

bvkJ.

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

Heft 11/10 · 41. (59.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:
Recherche
in PädInform

Fortbildung:
Herpes Zoster

Berufsfragen:
Priorisierung oder
Rationalisierung

Magazin:
Wie es
dazu kam

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

bvkj.

Foto: © Werner Knopp



Wie es dazu kam

Festvortrag von Dr. Werner Schmidt, Regensburg,
zum 40-jährigen Bestehen des BVKJ **S. 741**

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

Inhalt 11 | 10

Forum

- 686 **Personalien**
- 687 **Recherche in PädInform**
Judith Linnemann
- 691 **Pro und Kontra: Kopftuch in der Praxis**
- 692 **Das Leser-Forum**
- 693 **Eine Frage an Dr. Josef Kahl**
Regine Hauch
- 694 **Tics**
Wolfgang Meinrenken
- 696 **Neue Empfehlungen der STIKO**
Wolfgang Gempp
- 696 **1. Kompetenznetzwerk für angeborene Kugelzellanämie**
Stefan Eber
- 697 **Basteln, beten und Glotze aus**



- 698 **Herpes Zoster**
Helmut Helwig, Hansjörg Cremer
- 704 **Sandifer-Syndrom – mehr als nur eine Rarität**
Thomas Becher
- 710 **Der besondere Fall – Eine neue Rubrik im Kinder- und Jugendarzt**
Frank Riedel, Hans-Jürgen Christen
- 710 **Impressum**
- 711 **Die Apophysitis calcanei**
Jürgen Hower
- 713 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Anne Pieper, Veronika Fischer, Stephan Sollberg
- 716 **Consilium Infectiorum: Zusammenhang von Plötzlichem Kindstod und Scopulariopsis brevicaulis**
J. Dembinski
- 718 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 723 **Stellungnahme zum Artikel „Plagiozephalus bei Säuglingen“**
Heiner Biedermann
- 726 **Erwiderung**
Rudolf Funke

Berufsfragen

- 728 **Priorisierung im Gesundheitswesen**
Wolfgang Gempp
- 730 **Suche dringend Vertretung**
Wolfgang Gempp
- 731 **„Hilfe – in unserer Praxis wird geklaut!“**
Kyrill Makoski
- 732 **Keine „Verschärfung“ der Arzneimittelrichtlinien zur Verordnung von Methyphenidat**
Kirsten Stollhoff, Klaus Skrodzki
- 732 **Cartoon**
- 734 **Wechsel der Chefarztstelle**
Hans-Jürgen Nentwich
- 736 **Kopftuch in der Arztpraxis**
Andreas Meschke, Kyrill Makoski
- 739 **Dr. Wolfram Hartmann für weitere vier Jahre zum Präsidenten des BVKJ gewählt**
Wolfgang Gempp
- 740 **Wahlaufruf**
- 740 **Wahlergebnis**

Magazin

- 741 **Wie es dazu kam**
Werner Schmidt
- 746 **Fortbildungstermine BVKJ**
- 747 **Urzeit im Kinderzimmer**
Olaf Ganssen
- 748 **Zum Tode von Dr. Wolf-Rüdiger Horn**
Wolfram Hartmann
- 748 **Tagungen**
- 749 **Buchtipp**
- 750 **Praxistafel**
- 751 **Personalia**
- 754 **Nachrichten der Industrie**
- 762 **Wichtige Adressen des BVKJ**

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen Flyer mit den Kongressterminen des BVKJ und der Stiftung Kind und Jugend bei, sowie ein Plakat Paulinchen e.V.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.



Serie: Exanthematische Kinderkrankheiten

Herpes Zoster („Gürtelrose“)

Prof. Dr. med.
Helmut HelwigProf. Dr. med.
Hansjörg Cremer

Durch Reaktivierung der latent in den Spinal- und Hirnnerven-Ganglienzellen persistierenden Varizella-Zoster-Viren (VZV) kann es vornehmlich bei älteren Erwachsenen, aber auch bei abwehrgeschwächten Kindern und Jugendlichen nach früher durchgemachten Varizellen (rezidivierend) zum Krankheitsbild des Zoster kommen.

Epidemiologie ^(1,2,6,8,9)

Herpes zoster ist bei gesunden Kindern selten. Er zeigt kein saisonales Auftreten. 10–15 % aller an Varizellen erkrankten Personen erkranken irgendwann im Leben an Herpes Zoster, davon 75 % nach dem 45. Lebensjahr.

Kinder die in utero oder im 1. Lebensjahr eine Varizellen-Infektion durchgemacht haben, können schon früher an einem Zoster erkranken. Im Kindesalter verläuft der Zoster milder und ist nur selten von einer postherpetischen Neuralgie (p.N.) gefolgt.

Bei Kindern und Erwachsenen unter immunsuppressiver Therapie wegen maligner oder anderer Erkrankungen oder mit einer HIV-Infektion tritt der Zoster häufiger, u.U. rezidivierend, und schwerer auf.

Infektiosität und Isolierung ⁽³⁾

Der Zoster ist als solcher nicht übertragbar. Die in den frischen Zosterbläschen enthaltenen Viren können bei nicht immunen Kindern (und Erwachsenen) durch direkten Kontakt zu einer primären VZV-Infektion und zu einer Varizellen-Erkrankung führen. Eine aerogene Tröpfcheninfektion durch Rachensekret ist nicht möglich. Die Infektiosität des Zoster ist deutlich geringer als die der Varizellen.

Die Dauer der Infektiosität ist im Allgemeinen auf 5 Tage ab Auftreten der Effloreszenzen begrenzt. Protrahierte Verläufe bei Immunsuppression können länger infektiös sein.

Gefährdet sind nicht-immune und immungeschwächte Personen, besonders Kinder mit angeborener oder erworbener Immunschwäche.



Abb. 1: Kind mit Zoster im Thoraxbereich dorsal



Abb. 2 (Ausschnitt von Abb. 1)

Als Infektionsquelle kommen für diese vor allem ältere Mitglieder einer Wohngemeinschaft, Krankenhauspersonal und -patienten in Frage.

Nicht VZV-immune Risikopatienten sollten vor frisch an Zoster erkrankten Patienten geschützt werden.



Abb. 3: Zoster-Effloreszenzen an Hand und Arm



Abb. 4: Frischer Zoster im 1.+2. Trigeminusast mit Augenbeteiligung

Klinische Manifestationen ^(1,2,6,8,9)

Im Prodromalstadium kann es zu Kopfschmerzen, Lichtempfindlichkeit und Krankheitsgefühl kommen, jedoch selten zu Fieber.

Die Krankheit beginnt mit lokalisierten abnormen Hautempfindungen, von Jucken und Kribbeln bis zu starken Schmerzen 1–5 Tage vor Auftreten der Hauterscheinungen:

Nach einem einseitigen, dermatombegrenzten erythematösen, makulopapulären Ausschlag entwickeln sich innerhalb von 1–5 Tagen lokal, dichtstehende Bläschen in einem, seltener zwei benachbarten Dermatomen, meist an Gesicht und Thorax – von T3 bis L3 – (75 %), die innerhalb von 3–5 Tagen in Pusteln übergehen, ulzerieren und verschorfen (Abb. 1-6). Die Symptome klingen innerhalb von 2–3 Wochen ab, meist unter Narbenbildung und mit Pigmentveränderungen.



Abb. 5: Zoster im 1. Trigeminus-Ast



Abb. 6: Verschorfen der Zoster im 1. Trigeminus-Ast

Diagnose

Die Erscheinungen sind in den meisten Fällen klinisch eindeutig.

Atypische Manifestationen kommen vornehmlich bei abwehrgeschwächten Patienten vor und können dann eine Bestätigung durch Laboruntersuchungen erfordern.

Eine Viruskultur ist möglich, aber wegen der Empfindlichkeit des Virus ist es aus Abstrichen von Hauterscheinungen schwer zu isolieren. Sensitiver, kostengünstiger und schneller ist der IFT, der auch eine Differenzierung von Herpes zoster und Varizellen ermöglicht. Mittels PCR kann VZV-DNA in Flüssigkeiten und Geweben nachgewiesen werden.

Komplikationen ^(2,6,8)

Besonders häufig kommt es bei älteren Erwachsenen zu starken, postherpetischen, lang anhaltenden lokalisierten Schmerzen.

Diese postherpetische Neuralgie (p.N.), die mehr als 30 Tage nach Beginn der Hauterscheinungen persistiert, ist die am meisten gefürchtete Komplikation des Zoster bei immunkompetenten Patienten. Die Häufigkeit wird mit 8–70 % angegeben und nimmt mit zunehmendem Alter zu. Daneben kommen Enzephalitis, Myelitis, Lähmungen von Hirnnerven und peripheren Nerven, sowie



Abb. 7: Herpes Zoster mit Augenbeteiligung

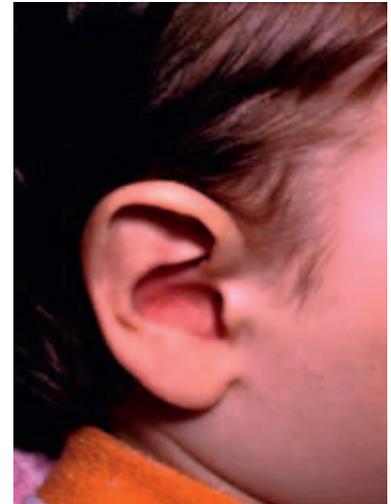


Abb. 8: Herpes Zoster oticus

Abb. 9+10:
Zoster vor
und unter
Aciclovir-
Therapie



ein Syndrom verzögert auftretender contralateraler Hemiparese vor.

Bei Immundefizienz kann es bei 6–26 % der abwehrgeschwächten Patienten ohne antivirale Therapie zur kutanen Dissemination kommen. Eine viszerale Beteiligung – Pneumonie, Enzephalitis, Hepatitis – wurde bei 10–50 % dieser Patienten beobachtet, mit einer Mortalität von 5–15 %, trotz i.v. Aciclovir-Behandlung.

Herpes zoster ophthalmicus und oticus^(2,6,8) (Abb. 4-8)

Bei Zoster im 1. Trigeminus-Ast (N.ophthalmicus) treten typischerweise einseitiger Stirn-Kopfschmerz und Läsionen im Versorgungsbereich des 1.Astes periokulär und an der Nase auf. Ohne antivirale Therapie kommt es in etwa 50 % der Fälle zu okulären Komplikationen: Keratopathie, Episkleritis, Iritis, Keratitis, die z.T. das Risiko eines Sehverlustes mit sich bringen (Abb. 7, 8).

Zoster bei HIV-positiven oder abwehr- geschwächten Patienten

Eine akute retinale Nekrose tritt am ehesten bei HIV-infizierten Patienten auf. Sehstörungen treten dabei Wochen bis Monate nach Abklingen des Zoster auf, unabhängig vom befallenen Dermatome. Am Augenhintergrund zeigen sich charakteristische gelbliche, granuläre

nicht-haemorrhagische Veränderungen. Bei HIV-infizierten Patienten schreiten die Retina-Veränderungen u.U. trotz antiviraler Therapie rapide fort (Abb. 9-12).

Therapie^(1,2,6,8,9)

Zur antiviralen Therapie sind Aciclovir (5 x tgl. 800 mg für 7–10 Tage), Valaciclovir (3 x tgl. 1000 mg für 7 Tage) und Famciclovir (3 x tgl. 700 mg für 7 Tage) zugelassen.

In placebo-kontrollierten Studien hat sich die Gabe von 5 x tgl. 800 mg Aciclovir zur Abkürzung der Virusausscheidung und Verhinderung weiterer Effloreszenzen sowie zur Beschleunigung der Heilung und Abschwächung der akuten Schmerzen bewährt.

Durch eine orale, antivirale Therapie kann das Spät-Risiko einer postherpetischen Neuralgie auf 20–30 % gesenkt werden (Abb. 9 + 10).

Symptomatische Therapie^(6,8,9)

Die Hautläsionen müssen sauber und trocken gehalten werden, um bakterielle Superinfektionen zu verhindern.

Durch einen sterilen Verband kann der Kontakt mit der Kleidung verhindert werden.



Abb. 11:
Herpes zoster
bei HIV-infi-
ziertem Kind



Abb. 12: hämorrhagischer Herpes Zoster

Der neuralgische Schmerz kann sehr stark sein und sollte nicht unterschätzt werden. Sympathikus-Blockade kann zu einer raschen, temporären Schmerzlinderung führen. Kurzwirkende Opioide sollten verordnet werden.

Lang wirkende, kontrolliert freigesetzte Opioide oral oder transdermal werden bei persistierenden Schmerzen bevorzugt.

Therapie der Postherpetischen Neuralgie (p.N.)^(2,6,8)

Die p.N. kommt bei immunkompetenten Kindern kaum vor; sie erfordert eine komplexe, multifaktorielle Therapie. In klinischen Studien haben sich allein oder in Kombination Opioide, trizyklische Antidepressiva und Gabapentin bewährt zur Verminderung der Schwere und Dauer der p.N. Die unerwünschten Folgen dieser Therapeutika können sich besonders bei älteren Patienten addieren. Bei einigen Patienten helfen lokale Lidocain-Applikationen oder Capsaicin-Creme. Bei Patienten mit unerträglichen p.N führten wöchentliche intrathekale Methylprednisolon-Injektionen über 4 Wochen zu einer signifikanten Schmerzreduktion.

Prophylaxe^(1,2,4,5,7)

Ein VZV-Impfstoff (Zostavax® Sanofi Pasteur MSD) mit einem 20-fach höheren Gehalt an PBE (PBE: Plaquebildende Einheiten) kann bei Menschen ≥ 60 Jahren, einschließlich derer, die früher einen Zoster durchgemacht haben, die Zoster-Inzidenz signifikant senken und den Krankheitsverlauf abschwächen. In den USA wird diese Impfung für alle Menschen ≥ 60 Jahren seit 2006 empfohlen⁽⁴⁾. Der Impfstoff ist auch in Deutschland zugelassen.

Literatur beim Verfasser.

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzanschrift für den Text:

Prof. Dr. med. Helmut Helwig
Alemannenstr. 20
79117 Freiburg
E-Mail: hehelwig@web.de

Korrespondenzanschrift für die Abbildungen:

Prof. Dr. med. Hansjörg Cremer
Dittmarstr. 54
74074 Heilbronn
E-Mail: Hj.Cremer@t-online.de
NipD e.V. (www.hautnet.de)

Red.: Christen

„Mein Kind verdreht immer so den Kopf ...!“

Sandifer-Syndrom – mehr als nur eine Rarität



Thomas Becher

Paroxysmale Bewegungsstörungen im Säuglings- und frühen Kindesalter sind häufig, das Spektrum reicht von harmlosen Stereotypien bis zu BNS-Anfällen. Eine wichtige Differenzialdiagnose anfallsverdächtiger Ereignisse stellt das Sandifer-Syndrom dar, definiert als das gleichzeitige Auftreten eines gastroösophagealen Refluxes und paroxysmaler Bewegungsauffälligkeiten. Der aktuelle Kenntnisstand zu klinischer Symptomatik, Diagnostik und Therapie wird in diesem Beitrag dargestellt.

Kasuistik 1

Maria war 1^{1/2} Jahre alt, als sie erstmals für 3 bis 5 Sekunden ein Innehalten mit starrem Blick ohne Bewusstseinsverlust oder Tonusverlust zeigte, dabei schmatzte und gähnte. Diese Zustände traten immer häufiger auf und wurden länger, nach einem Monat dauerten sie bis zu fünf Minuten und traten alle 20 bis 30 Minuten auf. Bei Müdigkeit nahm die Häufigkeit zu.

Maria wurde mit Valproat, bei fehlendem Erfolg zusätzlich mit Ethosuximid und Diazepam behandelt, ohne dass eine Besserung einsetzte.

Nach Aufnahme in die Epileptologie konnten einige Zustände im Video-EEG dokumentiert werden: Die aufgezeichneten paroxysmalen Ereignisse mit Arrest, ange-deutetem starren Blick, Beugstellung der Arme mit Tonuserhöhung sowie Augenschluss gehen nicht mit Anfallsmustern einher; es zeigt sich eine, je nach Vigilanz unterschiedlich stark ausgeprägte Theta-Rhythmisierung. Die paroxysmalen Ereignisse enden jeweils mit Gähnen oder Schmatzen. Das Kind ist während der Ereignisse reagibel und folgt mit den Augen dem Gesicht des Untersuchers, ebenso kann es emotionale Äußerungen zeigen (Lachen). Der Tonus der Beine ist normal, in sitzender Position sinkt der Oberkörper langsam nach vorn. Epilepsietypische Potentiale werden nicht aufgezeichnet.

Aufgrund des klinischen Verdachts auf Sandifer-Syndrom wurde eine pH-Metrie veranlasst, die eine hohe Koinzidenz zwischen Reflux-Episoden und den Zuständen zeigte. Die antikonvulsive Therapie wurde beendet, eine Behandlung mit Omeprazol begonnen; darunter zeigte sich eine langsame Besserung der Zustände; die psychomotorische Entwicklung des Kindes beschleunigte sich deutlich.

Kasuistik 2

Die 18 Monate alte Katharina wird zur weiteren Diagnostik bei wie BNS-Anfälle erscheinenden Ereignissen stationär aufgenommen. Die Mutter beobachtete seit dem 8. Lebensmonat vor allem in der Aufwach- oder Einschlafsituation Zustände, bei denen Marie entweder aus dem Sitzen oder aus Rückenlage heraus den Oberkörper

beugte, die Beine anzog und Arme und Beine klappmesserartig bewegte, dabei verzog sie das Gesicht, blickte starr. Zwischen den einzelnen Bewegungen war sie orientiert und konnte gezielt greifen und die Mutter anschauen. Die Mutter beobachtete die Ereignisse im 8. Lebensmonat einmalig, einige Wochen später nochmals, dann mehrfach/Woche. Anfangs traten diese Bewegungen in Serien bis zu einer Minute, inzwischen bis zu 5 Min. auf. Im Rahmen einer aufwändigen stationären videogestützten EEG-Diagnostik konnte eine Epilepsie ausgeschlossen werden; die pH-Metrie zeigte eine Koinzidenz von Ereignissen und pH-Abfall. Unter Omeprazol-Therapie war die Symptomatik rückläufig, ab dem zweiten Geburtstag trat sie nicht mehr auf.

Kasuistik 3

Der 13-jährige Johannes mit bilateraler spastischer Cerebralparese (GMFCS Level 5) wird aufgrund seit mehreren Monaten rezidivierender Zustände mit plötzlichem Stöhnen und Jammern, Opisthotonus und einschließender „Spastik“ vorgestellt. Dabei wirkte er abwesend, die Augäpfel sind oft tonisch nach links gewendet, der linke Mundwinkel zuckt. Eine Therapie zur Unterbrechung der Zustände mit Diazepam unter der Vorstellung zerebraler Anfälle hat keine Besserung erbracht. Im Rahmen der recht umfangreichen Differenzialdiagnostik wird eine Reflux-Ösophagitis diagnostiziert, die Zustände treten während einer pH-Metrie mehrfach zeitgleich zu Reflux-Episoden auf. Die Diagnose eines Sandifer-Syndromes wird gestellt, unter einer hochdosierten Therapie mit Omeprazol bessert sich die Symptomatik deutlich.

Historie

1964 beschrieb Kinsbourne fünf Kinder mit Torticollis und Hiatushernie (Kinsbourne 1964). 1969 gab der Radiologe John Sutcliffe, der die Hiatushernie bei diesen Kindern dargestellt hatte, dem Symptomenkomplex den heute noch verwendeten Namen Sandifer-Syndrom und verwies damit auf den behandelnden Kinderneurologen der in der Erstbeschreibung genannten Kinder, Paul Sandifer (Sutcliffe 1969). Murphy et al. sowie Bray et al. ver-

öffentlichten 1977 einige Fälle mit ähnlichen Bewegungen des Halses und des Kopfes bei gastroösophagealem Reflux (Murphy 1977, Bray 1977).

Die Pathophysiologie des Syndroms ist weiterhin unklar, es wurden aber einige Hypothesen veröffentlicht.

Definitionen

Die Definition des kindlichen gastroösophagealen Refluxes (GER) und insbesondere sein Krankheitswert waren lange Zeit Gegenstand kontroverser Diskussionen. In der früheren deutschen Literatur wurde getreu dem Leitsatz „Speikinder sind Gedeihkinder“ die pathologische Bedeutung des GER eher zurückhaltend gesehen. In neueren Publikationen wird darauf verwiesen, dass pathologisch und behandlungsbedürftig nur die Refluxkrankheit sei, d. h. wenn die Refluxe zu organischen Läsionen (z. B. Ösophagitis) führen oder Symptome verursachen (Schmerzen, Gedeihstörungen, chronischer Husten) (Nützenadel 2004).

Eine Leitlinie der pädiatrischen Fachgesellschaften zum GER existierte bis 2009 nicht. So war eine internationale Arbeitsgruppe erforderlich, um einen „globalen evidenzbasierten Konsensus zur Definition der gastroösophagealen Reflux-Krankheit (GERD) in der pädiatrischen Population“ zu erstellen (Sherman 2009). Nach dieser aktuell publizierten Übereinkunft liegt eine GERD vor, „wenn der Reflux von Mageninhalt unangenehme Symptome und/oder Komplikationen verursacht, wobei diese Definition durch die unsichere Angabe von Symptomen bei Kindern unter ungefähr acht Jahren erschwert wird.“ Es besteht Einigkeit darüber, dass extraösophageale Zustände mit GERD assoziiert sein können, dass aber für die meisten dieser Zustände die Kausalität noch nachgewiesen werden muss.

Pathophysiologische Überlegungen

Es besteht allgemeine Einigkeit in der Literatur, dass bei allen Kindern mit Sandifer-Syndrom eine Assoziation zwischen dem Auftreten der Bewegungsstörung und einem gastroösophagealem Reflux besteht. Welchen pathophysiologischen Hintergrund aber diese Koinzidenz hat, ist Gegenstand einer umfassenden Diskussion.

Schon Kinsbourne konstatierte 1964, die Ursache der Assoziation sei unklar. Er vermutete, die Bewegungen seien zwar unwillkürlich, aber am ehesten erlernte Muster (trick movement), die zu Abnahme des abdominalen Unwohlseins führten. Webb und Sutcliffe diskutierten 1971 als erste einen Reflexbogen, der zu den dystonen Bewegungen führe. Embryologisch entspringt die sensible und motorische Versorgung des Diaphragmas den cervicalen Wurzeln 3, 4 und 5. Da auch verschiedene Muskeln (Mm. trapezius, sternocleidomastoideus, splenius cervicis und scalenus) aus diesen motorischen Wurzeln versorgt werden, erschien es naheliegend, eine reflexhafte Reaktion auf Stimuli am Diaphragma als Ursache der Kontraktionen zu vermuten. Vorgeschlagen wurde eine einfache Testung mit Hilfe eines aufblasbaren intra-ösophagealen Ballons bei betroffenen Individuen. Über etwaige Ergebnisse wurde jedoch nie berichtet (Webb und Sutcliffe, 1971).

Nach vielen Jahren wurde diese Reflex-Hypothese 2008 von Cerimagic et al. wieder aufgegriffen. Die Autoren diskutierten drei verschiedene neuroanatomische Modelle eines neuen vagalen Reflexes. Alle drei Modelle haben ein Reflexzentrum im Nucleus tractus solitarii (NTS) und sensorische Afferenzen des Reflexbogens gemeinsam, bestehend aus Fasern des N. Vagus (X), die sensorische Informationen vom Ösophagus zum NTS übertragen. Der motorische Anteil ist jedoch verschieden. Die Hypothese stützt sich auf die dominierende Rolle des XI. Hirnnerven (N. accessorius) in der motorischen Innervation der Effektor-Muskeln in den Reflex-Bewegungen bei Patienten mit Sandifer-Syndrom. „Der Patient nimmt (unwillentlich und unwillig) eine schützende Körperhaltung ein, die die ösophageale Motilität unterstützt und den gastroösophagealen Reflux reduziert.“ Die Autoren schließen, „dass es sich beim Sandifer-Syndrom um eine klinische Manifestation eines weiteren vagalen Reflexes handelt (so wie Niesen, Husten, Gähnen und Schluckauf), der vagocervicaler Reflex genannt werden könnte (Cerimagic 2008).

Problematisch an diesem Ansatz ist die fehlende Erklärung für die Seltenheit des Syndroms. Im Gegensatz zu den Alltagsphänomenen Husten etc. handelt es sich bei den dystonen Bewegungen beim Sandifer-Syndrom um eine Seltenheit, gerade in Anbetracht der Häufigkeit des Refluxes bei Säuglingen und Kleinkindern. Dennoch erscheint der Ansatz bemerkenswert, wenn man postuliert, dass die Kinder eine Prädisposition zur Entwicklung von extrapyramidal-motorischen Bewegungsstörungen bei Reflux haben.

Es bestehen Reflex-Interaktionen zwischen Ereignissen im unteren Oesophagus und dystonen Bewegungen des Nackens bei bestimmten Individuen, die aufgrund von Varianten der normalen Neuroanatomie oder Physiologie für das Sandifer-Syndrom anfällig sind, so fasst Frankel 2006 zusammen (Frankel 2006).

Es besteht in der Literatur weitgehende Einigkeit, dass der auslösende Mechanismus der saure Reflux ist. Mehrere Autoren fanden bei der Untersuchung eventuell auslösender Faktoren eine prolongierte Verweilzeit des Refluxates im Oesophagus aufgrund einer Hiatushernie oder einer ösophagealen Motilitätsstörung als wesentliche Besonderheit (Gorrotxategi 1995, Frankel 2006, Narchi 2004). Unterstellt wird ein Reflex zum Schutz des Ösophagus vor der Säure, da die dystonen Bewegungen eine Beschleunigung der ösophagealen Clearance bewirken können (Frankel 2006, Narchi 2004).

Ungewöhnliche Ursachen

Im Jahr 2000 beschrieb Corrado ein gestilltes Kind, das nach Umstellung auf Formula-Nahrung symptomfrei wurde. Vermutet, aber nicht bewiesen wurde ein Zusammenhang mit Proteinen aus der Muttermilch. Weitere Fälle wurden nicht berichtet. Inwieweit die Stillfrequenz oder die Viskosität der Muttermilch eine Rolle spielte, wurde nicht diskutiert (Corrado 2000). Eine Kuhmilchproteinallergie kann eine Rolle bei der Genese des Refluxes spielen, auch bei Klein- und Schulkindern (Koletzko 2004, Nielsen 2003).

Smallpiece berichtete 1982 von einem Kind mit einem erheblichen intermittierenden Torticollis, das nach Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Ösophagus beschwerdefrei wurde.

Corrado konnte 2006 darstellen, dass bei einem einjährigen Kind mit dystoner Bewegungsstörung des Kopfes und des Rumpfes mit 8 bis 12 Episoden pro Tag formal keine gastroösophageale Refluxkrankheit bestand, aber eine gesicherte Assoziation zwischen pH-Abfall in der pH-Metrie und auftretender Dystonie. Ösophagoskopie, Biopsie, Barium-Breischluck waren normal. Nach Behandlung mit Omeprazol traten die dystonen Episoden nicht mehr auf (Corrado 2006). Er schloss daraus, dass ein irriter Ösophagus eine neue Ursache des Syndroms sei. Dem ist entgegen zu setzen, dass das auslösende Agens sicher das einzelne Reflux-Ereignis darstellt. Hier werden die definitorischen Schwierigkeiten bezüglich der GERD besonders deutlich.

Wenzl untersuchte 2006 zwölf Patienten mit Dystonie mittels einer kombinierten 24h-Impedanz/pH-Messung und fand bei drei Patienten kein Sandifer-Syndrom, bei vier Patienten ein Sandifer-Syndrom aufgrund von sauren Refluxen, aber bei vier weiteren Patienten eine klare temporäre Assoziation zwischen abnormalen dystonen Bewegungen und nicht-sauren Refluxen. Er schlug daraufhin eine neue Entität vor: Bolus-induced reflux dystonia (BIRDy) (Wenzl 2006).

Spektrum des klinischen Bildes

Ausgehend von der Originalbeschreibung Kinsbournes erweiterte sich das klinische Bild. Er beschrieb Kinder mit erheblichen dystonen Bewegungen und Stellungen, die mit einem Torticollis, teils auch mit einer Seitneigung des Rumpfes, einhergingen.

Aufgrund eigener Erfahrungen und Durchsicht der Literatur ist jedoch von einem weitaus größeren Spektrum auszugehen:

Torticollis
dystone Bewegungen des gesamten Rumpfes und des Kopfes
Myoklonien der Extremitäten und des Mundes
Innehalten und Nicht-Reagibilität
Augenzwinkern
Tränenfluss
Anziehen der Beine
Irritabilität
Weinen
Zyanose

Bei Eingabe des Stichwortes „Sandifer“ bei www.youtube.com werden eine Reihe von Videos angezeigt, die das klinische Spektrum sehr anschaulich illustrieren.

Tab. 1: Symptome des Sandifer-Syndroms

So werden Torticollis, dystone Bewegungen des gesamten Rumpfes und des Kopfes, Innehalten, Augenzwinkern, Tränenfluss, Anziehen der Beine, Irritabilität, Weinen, Zyanose, Myoklonien der Extremitäten und des Mundes beobachtet. Die in unserer Klinik betreuten Kin-

Anamnese	Hinweise auf GERD ¹ Genaue Analyse der Zustände (Erstmanifestation, Zeitpunkt, Semiologie, Begleitsymptome) Hinweise auf Kuhmilchprotein-Allergie
Klinische Untersuchung	Ausführliche neurologische und entwicklungsneurologische Untersuchung
Labor	Blutbild zum Ausschluss einer Anämie
EEG	mit Videographie – möglichst zu einem Zeitpunkt, an dem die Symptome häufig auftreten
pH-Metrie	oder ph/IMP ² -Messung mit Videographie oder genauester Erfassung der Zeitpunkte, ggf. mit 24h-Video-EEG
Barium-Breischluck	zum Ausschluss einer Hiatushernie
Ösophagogastroskopie	zum Ausschluss einer Ösophagitis mit Biopsien zum Nachweis einer H. pylori-Infektion

¹ GERD = Gastro-ösophageal reflux disease ² IMP = Intraluminale Impedanzmessung

der hatten überwiegend anfallsverdächtige Ereignisse mit Innehalten, Myoklonien und dystonen Bewegungen. Gerade bei Kindern mit Cerebralpareesen, Mehrfachbehinderungen, Syndromen oder anderen neurologischen Grunderkrankungen sollte daher die Aufmerksamkeit für das Vorliegen eines Sandifer-Syndroms groß sein – zumal GERD bei behinderten Kindern deutlich unterdiagnostiziert ist.

Eine begleitende mikrozytäre Anämie ist häufig.

Diagnostische Probleme

Es bestehen erhebliche Probleme in der Diagnostik des gastroösophagealen Reflux, die unter anderem mit der bisher nur unzureichenden Definition des Krankheitsbildes zusammenhängen. Darüber hinaus sind die einzelnen, zur Verfügung stehenden Verfahren aber auch durch Einschränkungen in der Aussagekraft gekennzeichnet.

So weist die als Gold-Standard geltende **pH-Metrie** nur saure Refluxen nach. Die **intraluminale elektrische Impedanzmessung (IMP)** ist eine pH-unabhängige Langzeitmessmethode zur direkten GER-Erfassung, basierend auf der Änderung des (Schein-) Widerstandes zwischen zwei Elektroden bei der Passage eines Bolus. Die **kombinierte Messung mit pH-Sonde und intraluminale Impedanzmessung (IMP)** führt zwar zu erheblich verbesserten Ergebnissen, steht aber als Routine-methode noch nicht zur Verfügung. Sie wird in Zukunft die isolierte pH-Metrie als Standardverfahren bei der GER-Diagnostik mit großer Wahrscheinlichkeit ersetzen – insbesondere in der Diagnostik des Sandifer-Syndroms, wenn es um den Nachweis der Koinzidenz von dystonen Zuständen und Reflux geht.

Als Methode zum Nachweis einer Hiatushernie ist der **Barium-Breischluck** nach wie vor unverzichtbar. Die **Sonographie** ist zum Nachweis einzelner, auch physiologischer Reflux-Ereignisse geeignet, kann aber weder die Ko-Inzidenz noch die Quantität darstellen. Die **Reflux-Szintigraphie** ermöglicht eine Erfassung des GER und der Magenentleerung unmittelbar postprandial und mit

Tab. 2: Diagnostisches Vorgehen bei Verdacht auf Sandifer-Syndrom

Hilfe von Spätaufnahmen, so ist auch der Nachweis von Mikroaspirationen möglich. Das Verfahren geht mit einer Strahlenbelastung einher und ist nicht standardisiert. In der Diagnostik der pulmonalen Komplikationen des Reflux sicher von Wert, ist es für die Diagnostik bei Sandifer-Syndrom nicht geeignet. Die **Manometrie** ist für die Differenzialdiagnostik ösophagealer Erkrankungen, z.B. der Achalasie, wichtig und spielt in der prä- und postoperativen Betreuung eine Rolle (Wenzl 2004, Vandenas 2009).

Therapeutische Möglichkeiten

In den 2009 publizierten „Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines“ der nordamerikanischen und europäischen Gesellschaften für pädiatrische Gastroenterologie (Vandenas et al. 2009) werden die zur Verfügung stehenden medizinischen Maßnahmen auf der Basis von über 600 Publikationen bewertet. Die Ergebnisse und Empfehlungen sind weitgehend übereinstimmend mit den bisher im deutschen Sprachraum publizierten Übersichten und wie folgt zusammenzufassen:

Tab. 3: Therapeutisches Vorgehen bei Sandifer-Syndrom

Bei Säuglingen	Schräglagerung 25° Anpassung der Umgebungsvariable (Passivrauchen!) ggf. Therapie einer Kuhmilchprotein-Allergie Therapie mit Omeprazol in niedriger Dosis
Bei Kleinkindern und Schulkindern	ggf. Therapie einer Kuhmilchprotein-Allergie Therapie mit Omeprazol in höherer Dosis ggf. Eradikation einer H. pylori-Infektion evtl. Therapieversuch mit Baclofen
Bei Therapie-Resistenz	Prüfung der OP-Indikation (auch wenn keine Hiatushernie vorliegt!)

– Änderung der Ernährung und des Lebensstils

Angedickte Formula-Nahrung führt allenfalls zu einer Reduktion sichtbarer Regurgitationen, aber nicht zu einer messbaren Abnahme von GER-Episoden.

Die Bauchlage reduziert bei Säuglingen die Anzahl der Refluxes, geht aber mit einem erhöhten SIDS-Risiko einher und wird daher nicht empfohlen. Eine schräge Lage des Bettes (ca. 25°) kann hilfreich sein.

Bei älteren Kindern gibt es keine Hinweise auf die Wirksamkeit spezifischer Ernährung; bei Erwachsenen hilft die Vermeidung von Übergewicht, großen und nächtlichen Mahlzeiten.

– Pharmakologische Therapie

Histamin-2-Rezeptor-Antagonisten entwickeln eine Tachyphylaxie im Sinne eines schnellen Wirkverlustes, sind aber für den raschen Therapiebeginn geeignet.

Protonenpumpen-Inhibitoren (PPI) zeigen keine Tachyphylaxie und sind den H2-Rezeptor-Antagonisten in der klinischen Wirkung überlegen. Es liegen keine Daten zur Therapie von Kindern unter einem Jahr vor; in Deutschland ist ausschließlich Omeprazol als Antramups® für Kinder über einem Jahr zugelassen. Kinder von ein bis zehn Jahren scheinen eine höhere Dosis als Erwachsene zu benötigen, Kinder unter einem halben Jahr eine niedrigere Dosis. Die PPI sind nicht arm an Nebenwirkungen; eine genaue Kenntnis des Spektrums an unerwünschten Wirkungen ist notwendig. Aufgrund eines genetischen Polymorphismus des Cytochrom-P-450-Isoenzym CYP2C9 metabolisieren 2–5% der deutschen und ca. 20% der asiatischen Bevölkerung Omeprazol nur sehr langsam – auch dies ein Grund für die großen Un-

WER HILFT WEITER?

Bundesweite Wegweiser für Eltern und Ärzte



Schwer heilbare Krankheiten!

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



Band 2: Rehabilitation!

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

Behinderungen!



Band 3:
(Sexuelle) Gewalt gegen Kinder und Jugendliche.
Ein bundesweiter Wegweiser.

480 Seiten,
ISBN 978-3-7950-1908-2,
€ 19,80

(Sexuelle) Gewalt gegen Kinder!

Erhältlich in Ihrer Buchhandlung oder direkt beim Verlag.

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

terschiede der notwendigen Dosis. In einer Multicenter-Studie aus dem Jahr 2003 waren Dosen in einem Bereich von 0,7–3,5 mg/kg/Tag notwendig, um eine effektive Therapie einer Ösophagitis zu erreichen (Colletti 2003).

Alle zurzeit verfügbaren **Prokinetika** haben erhebliche Nebenwirkungen und werden für den Einsatz bei Kindern nicht empfohlen. Es gibt keinen ausreichenden Wirksamkeits-Nachweis für Metoclopramid, Erythromycin, Cisaprid, Bethanechol und Domperidon, sodass ein Einsatz grundsätzlich nicht empfohlen werden kann. **Baclofen** reduziert die Rate transienter Relaxationen des unteren Ösophagus-Sphincters, es existiert jedoch keine kontrollierte Studie zur Behandlung der GERD – ein probatorischer Einsatz, insbesondere bei Kindern mit Spastik, ist zu überdenken.

Puffernde Substanzen wie Alginate und Sucralfat sind nicht zur Behandlung des GERD bei Kindern empfohlen.

– Chirurgische Therapie

Antireflux-Chirurgie kann bei ausgewählten Patienten mit chronischer GERD erfolgreich sein. Die Indikationen schließen erfolglose optimale medikamentöse Therapie, lang anhaltende Notwendigkeit oder Nicht-Einnahme der medikamentösen Therapie sowie pulmonale Aspirationen ein.

Fazit für die Praxis

Das Sandifer-Syndrom ist eine Folgeerkrankung des gastroösophagealen Refluxes mit breitem klinischem Spektrum, das über die ursprüngliche Beschreibung eines Torticollis bei Hiatushernie oder GERD deutlich hinausgeht. Eine sorgfältige Differenzialdiagnose und umfangreiche Diagnostik sind notwendig, um Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen – insbesondere einer vermeintlichen Epilepsie – zu vermeiden. Der Nachweis der Koinzidenz des Auftretens der Symptome und des Refluxes ist nach Ausschluss einer Epilepsie beweisend, eine Hiatushernie und eine Refluxösophagitis müssen ausgeschlossen werden. Die Behandlung besteht neben der Anpassung von Umgebungsvariablen in einer medikamentösen Therapie mit Omeprazol. Prokinetika sind – evtl. mit Ausnahme von Baclofen – obsolet. Als ultima ratio ist eine chirurgische Intervention im Sinne einer Funduplicatio notwendig.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Thomas Becher
Facharzt Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie
Diplom-Heilpädagoge
Oberarzt am Kinderneurologischen Zentrum
Düsseldorf-Gerresheim, Sana Kliniken Düsseldorf
thbecher@web.de

Red.: Christen

Der besondere Fall ●●●

Eine neue Rubrik im KINDER- UND JUGENDARZT

Aus der Darstellung von interessanten Fällen kann man immer wieder viel für die eigene Tätigkeit in Praxis und Klinik lernen. Deshalb hat die Schriftleitung des KINDER- UND JUGENDARZT sich entschlossen, eine neue Rubrik „Der besondere Fall“ zu schaffen mit Kasuistiken aus der praktischen Tätigkeit in Praxis und Klinik, die von allgemeinem Interesse sind und dem Leser helfen, ähnlich gelagerte Fälle einzuordnen. Hier werden keine extrem seltenen Krankheitsbilder dargestellt, die man voraussichtlich nicht in seinem Pädiaterdasein erlebt, aber seltene Symptomkonstellationen von häufigeren Krankheitsbildern oder oft übersehene oder fehldiagnostizierte Erscheinungen. Geplant ist die Darstellung auf 1 bis maximal 1,5 Druckseiten mit 1 oder 2 Abbildungen, ein Literaturverzeichnis kann über den Verfasser abgerufen werden.

Um unnötige Vorarbeiten zu vermeiden, bitten wir Interessenten mit potentiell geeigneten Kasuistiken einen kurzen Entwurf des Falles an die Schriftleitung zu senden (frank.riedel@kinderkrankenhaus.net oder Christen@hka.de), wir werden Ihnen dann kurzfristig mitteilen, ob eine Manuskripterstellung uns sinnvoll bzw. im Journal platzmäßig möglich erscheint.

Wir freuen uns auf interessante Manuskripte und sind überzeugt, dass „Der besondere Fall“ eine Bereicherung des Fortbildungsteils sein wird.

Prof. Dr. Frank Riedel

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

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

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

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

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

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

Druckauflage 13.800
lt. IVW II/2010

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
Kommunikationsforschung im
Gesundheitswesen



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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 44 vom 1. Oktober 2010

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

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

© 2010. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Der besondere Fall ●●●

Die Apophysitis calcanei (Sever'sche Erkrankung)

Durch sportliche Aktivitäten ausgelöste Überlastungssymptome und Verletzungen des Bewegungsapparates werden zunehmend häufiger beobachtet. Wachstum und Entwicklung stellen ein zusätzliches Gefährdungsmoment für Kinder und Jugendliche dar, die an organisierten Sport-, Fitness- und Tanzaktivitäten teilnehmen [1]. Die erstmals von Haglund 1907 und später von Sever beschriebene Verknöcherungsstörung der Calcaneus Apophyse tritt wahrscheinlich in der Kinderarztpraxis häufiger auf, als sie diagnostiziert wird [2]. Im Gegensatz zum M. Osgood Schlatter ist die Erkrankung wahrscheinlich auch nicht so bekannt. Auch in der Literatur ist die Apophysitis calcanei unterrepräsentiert. Eine aktuelle Medline-Recherche ergab unter dem Suchbegriff „calcaneal apophysitis“ nur 25 Eintragungen.



Dr. Jürgen Hower

Fallbericht

LMH, ein 8^{3/4} Jahre altes Mädchen, stellt sich in der Praxis wegen eines seit drei Monaten anhaltenden Fersenschmerzes, besonders links, vor. Der Schmerz hatte in der letzten Zeit bei den sehr intensiv betriebenen sportlichen Aktivitäten des Mädchens, Ballet und Tennis, zugenommen, sodass sie zeitweise vor Schmerz kaum gehen konnte. Er nahm in den Ruhephasen ab. Die übrige familiäre und persönliche Vorgeschichte war unauffällig. Die allgemeine körperliche Untersuchung des in der Praxis bekannten Kindes ergab eine Größe von 140 cm (75. Perzentile) bei einem Gewicht von 30,6 kg (Größe/Gewicht 25. Perzentile). Im Bereich des linken Fersenbeins wurde eine Hautrötung über dem Ansatz der Achilles-Sehne beobachtet. Es bestand ein seitlicher Kompressionsdruckschmerz. Der übrige körperliche Untersuchungsbefund war unauffällig. Der ergänzend aufgesuchte Orthopäde fertigte eine Röntgenaufnahme an und veranlasste eine MRT des linken Calcaneus. Das MRT-Bild (Abb. 1) zeigt eine typische Calcaneus-Apophysitis mit Sklerosierung und Fragmentierung des Apophysen-Knochengengerüsts. Nach 3 Monaten Sportpause war das Mädchen beschwerdefrei.

Diskussion

Über die Inzidenz der Calcaneus-Apophysitis in der Altersgruppe bis 18 Jahre liegen keine verlässlichen Informationen vor. Die vorhandenen, aus Sportkliniken stammenden und nicht repräsentativen Daten, weisen eine unterschiedliche Inzidenz zwischen 2% und 16% aus. [2] Die Sever'sche Erkrankung wird als Entzündung der Calcaneus-Apophyse definiert, einem knorpelig angelegten, zweiten Ossifikationszentrum des Os calcaneus, an dem die Achilles-Sehne inseriert. [2] Damit entspricht sie in der Genese der wesentlich bekannteren Osgood-Schlatter'schen Erkrankung an der Tibia.

Die Entzündung wird mit einer verminderten Belastbarkeit gegenüber Scher- und Zugkräften im pubertären

Wachstumsschub assoziiert. Laufen und Springen führen zu einer erhöhten Belastung an der Calcaneus-Apophyse, was zu Mikrofrakturen und Entzündungen führen kann. Die Apophysitis calcanei ist die häufigste Ursache für einen Fersenschmerz bei einem wachsenden Kind. Betroffen sind vor allem sportlich aktive, vereinzelt auch adipöse Kinder. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt zwischen 8 und 15 Jahren, im Mittel bei 11 Jahren und 10 Monaten bei Jungen und bei 8 Jahren und 8 Monaten bei Mädchen [3]. Zu etwa 60% tritt die Erkrankung beidseits auf. Die posteriore Lage des Fersenschmerzes lässt auch an die Diagnose einer Achillessehnen-Tendinitis und -Bursitis denken.

Benötigen wir eine Röntgenaufnahme für die Diagnose einer Apophysitis calcanei? Mehrere Autoren betonen, dass die Diagnose zunächst klinisch gestellt werden kann [4-6]. **Die medio-laterale Kompression des Fersenbeins in der Höhe der Wachstumsfuge führt zu typischen Schmerzen und ist für die Diagnose pathognomonisch.** Alle anderen differentialdiagnostisch in Frage kommenden Erkrankungen (z.B. Achillobursitis,



Abb. 1: Signalintensitäts-Verstärkung des Fersenbeins median subcortical mit unruhiger Bälkchenarchitektur der Apophyse

-tendinitis, Exostose, plantare Fasciitis) reagieren auf den Kompressionstest negativ.

Die Behandlungsempfehlungen variieren stark und sind nicht validiert. Sie reichen von der Empfehlung, die sportlichen Aktivitäten zu verringern oder gar zu unterbrechen, über Übungen, Einlagen, Ultraschall, anti-inflammatorische Substanzen, Steroid-Injektionen bis zur Ruhigstellung in Gips [2]. Bei den meisten Kindern und Jugendlichen dürfte eine Reduktion der sportlichen Aktivitäten in Verbindung mit einem, die Ferse etwas anhebenden, Gelkissen zur Heilung in wenigen Wochen ausreichen.

Literatur beim Verfasser.

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Der Autor dankt Herrn Dr. med. Krüger vom DIAVERO Diagnosezentrum in Essen für die Überlassung der MRT-Bilder.

Dr. Jürgen Hower
Kinderarzt
Überörtliche Gemeinschaftspraxis
Drs J. und S. Hower, T. Lamberti und M. Figura
Mellinghofer Str. 256
45475 Mülheim an der Ruhr
Email: juergen.hower@googlemail.com

Red.: Christen

Arthur-Schlossmann-Preis und Ausbildungsstipendium 2011 der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie

Die Sächsisch-Thüringische Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie wird auf ihrer Jahrestagung 2011 in Gera erneut den **Arthur-Schlossmann-Preis** vergeben. Mit dem Preis sollen besonders wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin ausgezeichnet werden. Die Arbeit braucht noch nicht veröffentlicht zu sein, doch soll ihre Veröffentlichung möglichst bevorstehen. Die Ausschreibung finden Sie auf www.stgkjm.de. Bewerber müssen bis zum 31.12.2010 fünf Exemplare ihrer Arbeit an den 1. Vorsitzenden der Gesellschaft, Herrn Prof. Dr. Th. Richter, Klinik für

Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig, einreichen.

Die Sächsisch-Thüringische Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie schreibt für 2011 **Ausbildungsstipendien** bis zu einer Höhe von 3000,00 € aus. Es sollen damit Qualifizierungsmaßnahmen gefördert werden, die vordergründig die Verbesserung von Versorgungsleistungen für Patienten bewirken. Die Stipendien werden auf Antrag gewährt. Die **Antragsmodalitäten** sind auf der Homepage der Gesellschaft www.stgkjm.de abzurufen.

Welche Diagnose wird gestellt?

Anna Pieper, Veronika Fischer und Stephan Sollberg

Anamnese

Der 12-jährige Junge stellte sich mit seit 6 Wochen bestehenden erythematösen Infiltraten, Exkorationen und bräunlichen Krusten sowie vereinzelt Blasen an beiden Unterschenkeln und seinen Händen vor (Abb. 1 und 2). Nach Sonnenlichtexposition waren die Infiltrate verstärkt aufgetreten. Weiterhin litt der Patient unter ausgeprägtem Juckreiz. Als Vorerkrankung wurde eine seit dem Kleinkindalter bestehende atopische Dermatitis angegeben.

Untersuchungsbefund

Im Verlauf sekundäre Einblutung der anfangs goldgelben, prallgefüllten und unregelmäßig angeordneten Blasen (Abb. 3). Die Blasen entstanden nach tangentialer Druckeinwirkung an vorher nicht betroffenen Hautstellen (direktes Nikolski-Zeichen [Nikolski-Phänomen I] positiv). Das indirekte Nikolski-Zeichen (Nikolski-Phänomen II) ließ sich nicht auslösen.

Diagnostik

Labor. Das Blutbild/Differentialblutbild sowie CRP erbrachten einen normwertigen Befund. Immunglobulin E 78,0 IU/ml (nicht erhöht), nebenbefundlich Sensibilisierung auf Derm. pteronyssinus (Cap-Klasse 3), Lieschgras (Cap-Klasse 3) sowie Roggen (Cap-Klasse 3).

Histologie. Die am Unterschenkel entnommene Hautbiopsie zeigte eine unregelmäßige Akanthose der Epidermis mit eindeutiger subepidermaler Spaltbildung und einem schütterem, gemischtzelligen Entzündungsinfiltrat im oberen Korium.

Direkte Immunfluoreszenz (DIF). C3 linear entlang der Basalmembranzzone. Ansonsten unauffälliges Signal für IgG, IgA, IgM und Fibrinogen.

Punktat Blase. Kein Nachweis von aeroben und anaeroben Keimen nach 4-tägiger Bebrütung.

Ergänzende Befunde:

Autoimmunologischer Befund. Diskreter Nachweis zirkulierender IgG-Autoantikörper in der indirekten Immunfluoreszenz auf Affenösoophagus, kein Nachweis zirkulierender IgA-Autoantikörper. ELISA mit rekombinantem BP 180 NC16A: positiv, 6542 U/ml (normal < 20 U/ml).

Welche Diagnose wird gestellt?



Abb. 1: Rechter Unterschenkel mit erythematösen Infiltraten sowie Exkorationen



Abb. 2: Rechte Hand mit erythematösen Infiltraten



Abb. 3: Unterschenkel links: pralle, stabile Blasen

Diagnose: Bullöses Pemphigoid im Kindesalter

Therapie und Verlauf

Bei Verdacht auf eine Exazerbation der bestehenden atopischen Dermatitis führten wir eine topische Behandlung mit 0,1% Prednisolonsalbe sowie Polihexanid-Macrogol 0,04% und Polidocanol 5%-Salbe durch. Bei ausgeprägtem Juckreiz erhielt der Patient Cetirizin bis zur 4-fachen der empfohlenen Höchstdosis (max. 40 mg/d). Bei klinischem Verdacht der Superinfektion erfolgte eine orale antibiotische Therapie mit Cefuroxim (30 mg/kg) über 7 Tage. Unter dieser Therapie bereits beginnende Rückbildung der erythematösen Veränderungen. Es traten jedoch rezidivierend Blasen auf, die sekundär einbluteten. Der Abstrich aus einer eröffneten Blase blieb nach 4-tägiger Bebrütung steril. Es erfolgte eine Hautbiopsie, die eine subepidermale Spaltbildung zeigte. Die direkte Immunfluoreszenz zeigte C3 Ablagerungen entlang der Basalmembranzone. In der indirekten Immunfluoreszenz gelang der diskrete Nachweis zirkulierender IgG-Autoantikörper, die linear an der Basalmembran sowie im Dach der artifiziellen Blase binden. Zirkulierende oder gebundene IgA-Autoantikörper ließen sich nicht nachweisen, womit unsere Verdachtsdiagnose, die lineare IgA Dermatose, ausgeschlossen wurde. Weiterhin zeigte sich ein massiv erhöhter Autoantikörpertiter gegen BP180 (BP2). Der autoimmunologische Befund bestätigte unsere zweite Verdachtsdiagnose eines bullösen Pemphigoids. Wir begannen die systemische Behandlung mit Prednisolon (anfangs 1,5 mg/kg), die schrittweise – nach 5 Tagen jeweils um ein Viertel der Dosis – reduziert wurde. Bereits nach wenigen Tagen trat eine deutliche Verbesserung des Hautbefundes ein. Es kam zu keiner erneuten Blasenbildung. Die Abheilung der Hauteffloreszenzen erfolgte ohne Narbenbildung.

Definition

Das bullöse Pemphigoid ist eine bei Kindern sehr seltene Autoimmunerkrankung, bei der Autoantikörper gegen Bestandteile der Hemidesmosomen gebildet werden. Dadurch kommt es zu einer subepidermalen Blasenbildung.

Epidemiologie

Bis 2008 wurden lediglich 81 Fälle bei Kindern publiziert (1). Die Geschlechterverteilung (männlich:weiblich) liegt bei 2:1 (1).

Ätiologie

Gründe für die Entstehung sind unklar. Diskutiert werden Virusinfekte (3) sowie Impfreaktionen (2).

Klinik

Es treten prallgefüllte, subepidermale Blasen auf, die sich auf geröteter oder normaler Haut bilden können. Den Blasen können juckende Erytheme und urtikarielle Plaques vorausgehen.

Diagnostik

Die Diagnosestellung nur anhand der Klinik ist schwierig. Histologie und Immunfluoreszenz sind notwendig (3). In der direkten Immunfluoreszenz zeigen sich IgG- und C3-Ablagerungen linear entlang der Basalmembran (1). Für die Erkrankung spezifisch sind IgG Autoantikörper gegen die Glykoproteine BP 230 (BP1) und BP180 (BP2)/Typ IV Kollagen.

Differentialdiagnosen

Als infektiöse blasenbildende Erkrankungen kommen differentialdiagnostisch Impetigo contagiosa, Skabies sowie Herpes simplex Infektionen in Frage. Nicht-infektiöse blasenbildende Erkrankungen können sein: Incontinentia pigmenti, Histiozytose X, lineare IgA Dermatose oder Erythema exsudativum multiforme.

Therapie und Prognose

Als Therapie der 1. Wahl werden Glukokortikoide empfohlen (1). Vor einer systemischen Anwendung sollte die topische Anwendung versucht werden (2). Bei sehr ausgeprägten Formen ist Rituximab nach Versagen von Prednisolon, Dapson sowie Cyclosporin A eine Therapieoption (4). Die Prognose unter Therapie ist gut (1). Meistens kommt die Erkrankung nach einigen Jahren zum vollständigen Stillstand.

Literatur:

1. Gajic-Veljcic M, Nikolic M, Medenica L. Juvenile bullous pemphigoid: the presentation and follow-up of six cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010; 24:69-72.
2. Amos B, Deng JS, Flynn K, Suarez S. Bullous pemphigoid in infancy: case report and literature review. *Pediatr Dermatol.* 1998; 15:108-11.
3. Marcus KA, Halbertsma FJ, van Steensel MA. A case of juvenile bullous pemphigoid - successful treatment with diaminodiphenylsulfone and prednisone. *Pediatr Dermatol.* 2009; 26:55-8.
4. Schulze J, Bader P, Henke U, Rose MA, Zielen S. Severe bullous pemphigoid in an infant – successful treatment with rituximab. *Pediatr Dermatol.* 2008; 25:462-5.

Dr. med. Anna Pieper
Dr. med. Veronika Fischer
HELIOS Kliniken Schwerin
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Wismarsche Straße 393-397
19049 Schwerin

Prof. Dr. med. Stephan Sollberg
HELIOS Kliniken Schwerin
Hautklinik
Wismarsche Str. 393 - 397
19049 Schwerin

Red.: Höger

Zusammenhang von Plötzlichem Kindstod und *Scopulariopsis brevicaulis*

CONSILIUM
INFECTORUM

Priv.-Doz. Dr. med.
J. Dembinski

Frage:

In der Literatur finden sich Angaben zum Stellenwert von *Scopulariopsis brevicaulis* in Zusammenhang mit dem Plötzlichen Kindstod. Laut den Autoren dieser Veröffentlichungen enthalten Säuglings-Matratzen in ihren Materialien typischerweise Phosphor- und Antimon- sowie manchmal auch Arsen-haltige Substanzen, aus denen ein sonst harmloser Hauspilz (*Scopulariopsis brevicaulis*) extrem giftige Gase freisetzen kann. Diese Gase sollen für den Plötzlichen Kindstod im Säuglingsalter mit verantwortlich sein.

Wie sind die beiliegenden Publikationen zu bewerten?

Gibt es wirklich einen Zusammenhang zwischen *Scopulariopsis brevicaulis* und Plötzlichem Kindstod?

Falls dies der Fall ist, sollten Kinderärzte dann den Eltern ein entsprechendes „Encasing“ der Matratzen als Prophylaxemaßnahme empfehlen?

Antwort:

In den 80er- und 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts wurde die „toxic gas theory“ intensiv, zum Teil leidenschaftlich, v. a. in UK und Neuseeland diskutiert (s. a. Warnock et al., *The Lancet*, Dec 9, 1995; Richardson BA, *The Lancet* 335, 1990; Richardson BA, *Environmental Medicine* (8), 1991). Ausgehend von epidemiologischen Beobachtungen wurde befürchtet, dass die Inhalation von durch *S. brevicaulis* freigesetzten Arsen und Antimonhaltigen Gasen verantwortlich für das SIDS sei (Stichworte: „Cook-Report“, „Limerick-Report“). In UK hat damals eine Expertengruppe die Daten zusammengefasst und bewertet, generelle Empfehlungen zur Vermeidung möglicher toxischer Gasexposition resultierten daraus nicht. Eine Übersicht zur damaligen Bewertung der SIDS-Risikofaktoren gibt Mitchell EA, *MJA* 2000; 173, die Situation in Deutschland beschreiben Bajanowski T und Poets C (*Dtsch Ärztebl* 101(47), 2004) detailliert.

Toxikologische Untersuchungen zeigten einerseits, dass aus Schlafmatratzen zahlreiche Mikroorganismen isoliert werden können, in einer Arbeit schien sich eher

deren Spektrum als bestimmte Spezies zwischen SIDS-Fällen und Kontrollen zu unterscheiden (Kelley et al., *Hum Exp Toxicol*, Sep 11(5), 1992). PCR-basierte Daten zeigten ein Jahrzehnt später keinen Zusammenhang mehr zwischen SIDS und volatilen Arsen- und Antimon-Verbindungen (Lehr et al., *Hum Exp Toxicol*, Jun 22(6), 2003), wohl aber den Nachweis von anderen pathogenen Spezies wie Mycobakterien und Acinetobacter. Bakteriellles Wachstum findet z. B. auch in PU-Schaum statt. Der statistische Zusammenhang zwischen Verwendung gebrauchter haushaltsfremder Matratzen und SIDS ist bisher kausal nicht schlüssig erklärt. Mögliche infektiologische Mechanismen des SIDS sind weiterhin zentraler Bestandteil der Forschung. Neuere Erkenntnisse zur immunologischen Prägung des Neugeborenen in Anhängigkeit von der maternalen und der häuslichen Mikroflora lassen allerdings stark bezweifeln, dass „Sterilität“ zu erhöhter Immunkompetenz führt. Die Verwendung von Plastik-Hüllen erklärt nicht das Absinken der SIDS-Inzidenz (Mitchell EA, *Eur J Pediatr*, Febr 167(2), 2008). Eine aktuelle Re-Evaluation der bekannten SIDS-Risikofaktoren bestätigt den Stellenwert der Schlafposition neben der Bedeutung einer Kombination von ≥ 2 Faktoren (Ostfeld et al., *Pediatrics*, Mar 125(3), 2010).

Die beigelegten Publikationen können nach EBM-Kriterien nicht bewertet werden, da sie keine Originalarbeiten bzw. strukturierte Reviews darstellen. Die Bedeutung von *S. brevicaulis* sollte vor dem Hintergrund neuerer toxikologischer Untersuchungen und relevanter epidemiologischer Erhebungen (s. o.) bewertet werden.

Überzeugende Daten, welche eine generelle Empfehlung für ein „Encasing“ nahelegen, konnten nicht gefunden werden.

Literatur bei InfectoPharm

Priv.-Doz. Dr. med. J. Dembinski
Klinikum Itzehoe – Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Robert-Koch-Str. 2
25524 Itzehoe

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Schadstoffe und Asthma/Allergie

Long-term Exposure to Close-proximity Air Pollution and Asthma and Allergies in Urban Children?

Pénard-Morand C. et al., Eur Respir J 36:33-40, Juli 2010

Der Zusammenhang zwischen Luftschadstoffen und der Entstehung von Asthma und Allergien wurde in einer Gruppe von 6.683 9- bis 11-jährigen Schulkindern an 108 Schulen in 6 französischen Gemeinden unter der Federführung der Epidemiologischen Abteilung der Universität Pierre-et-Marie-Curie in Paris untersucht. Es wurden sehr präzise Messungen an den Schulen von Benzyl, SO₂, PM₁₀, NO_x und CO vorgenommen. 4.907 Kinder hatten in den letzten 3 Jahren ihren Wohnort und die Schule nicht gewechselt und waren somit in den letzten drei Jahren den gemessenen Schadstoffen ausgesetzt. Bei diesen Kindern waren bzgl. der Höhe der Schadstoffe zu den klinischen Daten positive Assoziationen für Asthma bronchiale (belastungsinduziertes Asthma, Asthma im letzten Jahr und im bisherigen Leben) gefunden worden. Mit Ekzemen war positiv assoziiert die Konzentration von Benzyl, PM₁₀, NO₂, NO_x und CO, mit allergischer Rhinitis PM₁₀ und mit Pollinose Benzyl und PM₁₀. Bei den 2.213 Kindern, die seit der Geburt im Einzugsbereich der Schule wohnen, gab es bezüglich Asthma signifikante Korrelationen mit Benzyl (OR 1.3), PM₁₀ (OR 1.4) und für Pollensensibilisierung mit flüchtigen organischen Stoffen (OR 1.3) sowie PM₁₀ (OR 1.2).

Kommentar

Das Bestechende an dieser Studie sind die Langzeitexpositionsmessungen von hoher Qualität und die Zuordnung zum Wohnsitz der Kinder über viele Jahre sowie die hohe Probandenzahl. Die „Odds Ratio (OR)“ ist zwar in allen Bereichen nicht sehr hoch, aber doch signifikant. Diese Studie ist wiederum ein Hinweis darauf, dass gerade verkehrsbedingte Luftschadstoffe an der Entstehung von Allergien und Asthma einen gewissen Anteil haben.

(Frank Riedel, Hamburg)

Einfluss der arteriellen Sauerstoff-Sättigung auf Retinopathie-Häufigkeit und Mortalität von extrem unreifen Frühgeborenen

Target Ranges of Oxygen Saturation in Extremely Preterm Infants SUPPORT Study Group of the Eunice Kennedy Shriver NICHD Neonatal Research Network

N Engl J Med; 362:1959-69, Mai 2010

Die Studiengruppe führte pränatal bei 1316 Frühgeborenen, die zwischen der 24. Gestations-Woche und 27. Gestations-Woche geboren wurden, eine Randomisierung im 2:2 Faktoren-Vergleich verschiedener Sauerstoff-Sättigungs-Ziel-Bereiche (85–89 % vs 91–95 %) durch. Die Zuweisung zu dem jeweiligen Sauerstoff-Bereich wurde innerhalb von 2 Stunden nach der Geburt vorgenommen. Die Anwendung des jeweiligen Bereiches wurde beibehalten bis zum Erreichen der 36. postmenstruellen Woche, oder bis das Kind > 72 Std. Raumluft atmen konnte und keine Ventilatorunterstützung bzw. CPAP mehr benötigte. Primäres Studienziel waren die Ausbildung einer schweren Frühgeborenen-Retinopathie (ROP), Tod vor Krankenhausentlassung oder beides. Alle Kinder wurden pränatal zusätzlich randomisiert und entweder einer CPAP(Continuous-Positive-Air-Pressure)-Behandlung oder einer Intubations- und Surfactant-Behandlungs-Gruppe zugewiesen zu werden.

Alle Säuglinge wurden, beginnend mit Erreichen eines postmenstruellen Alters von 33 Wochen, augenärztlich von Ophthalmologen kontrolliert, die in der Diagnose der Frühgeborenen-Retinopathie erfahren waren. Die Untersuchungen wurden bis zum Studienende bzw. bis zur Resolution fortgesetzt. Als Resolution wurde eine vollständige Vaskularisation der Netzhaut oder unreife Gefäße in Zone 3 in jedem Auge bei zwei aufeinanderfolgenden Kontrollen definiert. Grenzwertige Retinopathie wurde diagnostiziert, wenn einer der folgenden Befunde erhoben wurde: in Zone 1: Stadium 3 ROP, auch ohne Plus Disease, bzw. Plus Disease mit Stadium 2 ROP oder Plus Disease mit Stadium 3 ROP (bezeichnet als „new type 1 threshold“ von der Early Treatment of Retinopathy Cooperative Group),

Die Häufigkeit schwerer Retinopathien und/oder Tod unterschieden sich in beiden Gruppen nicht signifikant (28,3 vs. 32 %). Allerdings ergab die endgültige Verteilung der angewendeten Sauerstoff-Sättigungen nur einen Unterschied von 89–97 %:91–97 %. Tod vor Entlassung trat jedoch signifikant häufiger in der Gruppe mit niedrigerer Sauerstoff-Sättigung auf (19,9 % vs. 16,2 %). Bei den Überlebenden dieser Gruppe war die schwere Retinopathie seltener als bei den Überlebenden in der höheren Sauerstoff-Sättigungs-Gruppe (8,6 vs. 17,9 %). Es wurden keine signifikanten Unterschiede relevanter Nebenwirkungen beobachtet.

Die niedrigere Sauerstoff-Sättigung (85–89 %) führte im Vergleich mit der höheren (91–95 %) zu keiner signifikanten Verminderung der Rate schwerer Retinopathien oder Todesfälle, sie resultierte aber in einer Erhöhung der Mortalität und einer substantiellen Verminderung schwerer Retinopathien bei den Überlebenden.

Die erhöhte Mortalität ist von wesentlicher Bedeutung, da eine geringere Sauerstoff-Konzentration zur Vermeidung der Frühgeborenen-Retinopathie angestrebt wird.

Kommentar

Die Begrenzung der inspiratorischen Sauerstoff-Konzentration auf 40 % zur Vermeidung einer ROP wurde vor über 50 Jahren empirisch/willkürlich festgelegt. Inzwischen verfügen wir über wesentlich exaktere Messmethoden der arteriellen Sauerstoff-Sättigung. Letztere gilt inzwischen als vergleichsweise zuverlässiger Parameter der Sauerstoff-Verträglichkeit der Retina. Prospektive, randomisierte Studien zur Beurteilung der Auswirkung verschiedener Grenzwerte fehlen bisher. Die vorliegende Studie versuchte hier, verschiedene Grenzwertbereiche zu vergleichen. Dies ist für die kurz- und mittelfristige Beurteilung nur teilweise gelungen. Die untersuchten Frühgeborenen wurden darüber hinaus auch randomisiert für verschiedene Methoden der Atemhilfen (CPAP vs. Intubation und Surfactant). Da die niedrigere Sauerstoff-Sättigung mit einer gering, aber signifikant höheren Mortalität verbunden war, lässt sich über die ROP bei den verstorbenen Kindern keine Aussage machen. Bedeutsam erscheint trotzdem die Tatsache, dass die ROP-Häufigkeit bei den Überlebenden in beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede aufweist. Somit könnte nach den Ergebnissen dieser Studie auch eine Sauerstoff-Sättigung von 91–95 % ohne eine Erhöhung der ROP-Häufigkeit angewendet werden. Nachteile der Studie sind die große Zahl der beteiligten Abteilungen sowie die nicht exakt eingehaltenen Grenzwerte der Sauerstoff-Sättigung.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Neue therapeutische Optionen bei Sichelzell-Erkrankung

How I Use Hydroxyurea to Treat Young Patients with Sickle Cell Anemia

Russell E. Ware, *Blood*; 11: 5300-5311, Juli 2010

Bisher wurden jüngere Patienten mit Sichelzell-Erkrankung bei akuten Schmerzkrisen lediglich analgetisch behandelt. Die Indikation zu Hydroxyurea (HU) erfolgte zurückhaltend (siehe auch Nationale Versorgungsleitlinie zur Sichelzellerkrankung von R. Dickerhoff). Ware schlägt nun einen wesentlich früheren und breiteren, präventiven Einsatz von HU bei Kinder vor. Er rechtfertigt die präventive Therapie mit den verschiedenen Organschäden, von denen im Kindesalter die Wachstums- und Entwicklungsverzögerung, die Autosplenektomie, gehäufte Schmerzkrisen, nächtliche Hypoxämie sowie ZNS-Infarkte und Nierenschäden im Vordergrund stehen. Die Verbesserung der Hämatologie ist bei Kindern und Erwachsenen im gleichen Maß eindrucksvoll: Anstieg von Hb (1,2 g/dl; Anstieg von Hämoglobin F (9,6 %); Abfall der Retikulozyten (–146000 mml), Abfall von LDH (–310 U/L). HU hemmt vor allem die Ribonukleotid Reduktase (RR) und damit die DNA-Synthese. Dadurch kommt es zu einer Art „Stresserythropoese“ mit Aktivierung von erythroiden Vorläuferzellen, die vermehrt Hb F bilden. Eine geringere Adhäsion und

verbesserte Rheologie von Neutrophilen (verminderte Entzündungsreaktion!) und Retikulozyten sind eine indirekte Folge. Im Schnitt steigt der Hb F Spiegel auf 20 % nach 7-jähriger Therapie an. Bisherige Studien zeigen eine derart eindruckliche Verbesserung der Lebensqualität (geringere Mortalität, signifikant weniger Schmerzkrisen und Organschäden) von Sichelzell-Kindern, so dass eine weitere plazebo-kontrollierte Studie nicht mehr stattfinden wird. Embryopathien, Fertilitätsstörungen oder Malignome sind nicht vermehrt. Ware gibt eine Expertenmeinung zum Einsatz von HU: Einsatz von HU bei wiederkehrenden Schmerzkrisen oder gar einem akuten Thoraxsyndrom ab dem 2. Lebensjahr. Die Angst vor HU ist größtenteils unbegründet. Die Therapie sollte mit 20 mg/kg oral begonnen werden mit einer Kontrolle des Blutbildes alle 4 Wochen. Die Zieldosis (meist zwischen 25–30 mg/kg) richtet sich nach der Verminderung der Neutrophilenzahl, die zwischen 2000 bis 4000 mml liegen sollte. Wichtigstes Ziel der frühen Therapie ist die Verhinderung von zerebrovaskulären Verschlüssen. Leider hat sich die Dopplersonographie zur Früherkennung in Deutschland bisher nicht etabliert (und es ist auch in den nächsten Jahren nicht mit einer wesentlich breiteren qualifizierten Anwendung zu rechnen, Dr. Dickerhoff, persönliche Mitteilung). Der frühe Einsatz von HU bei Kleinkindern mit symptomatischer Sichelzell-Erkrankung kann daher eine brauchbare Alternative zur Frühdiagnostik sein, um das Gehirn vor Gefäßverschluss zu schützen. In Deutschland gibt es drei kommerzielle Präparate: Litalir, Syrea und Siklos. Siklos ist wesentlich teurer, bietet aber bessere Dosierungsmöglichkeit und ist, im Gegensatz zu Litalir und Syrea, für die Behandlung von Sichelzellpatienten zugelassen.

Kommentar

Durch den Zuzug von Migranten aus Risikoländern steigt auch bei uns die Häufigkeit von Patienten mit Sichelzell-Erkrankung. Nach jüngster Schätzung dürften ca. 1500 Patienten in Deutschland leben. In den meisten Fällen wird die Diagnose Sichelzell-Erkrankung in der Kindheit gestellt. Im Vordergrund stehen schmerzhafte Krisen (bei Kleinkindern das Hand-Fuß-Syndrom) und schwere Sequestrationskrisen in der Milz. In Deutschland gibt es bisher leider kein Sichelzell-Neugeborenen-Screening und kein Screening von Migranten auf Trägerschaft für Hämoglobin-Erkrankungen. Es ist daher eine wesentliche Aufgabe des Kinder- und Jugendarztes, die Diagnose rechtzeitig zu stellen, um möglichst frühzeitig eine Dauertherapie mit Penizillin (mindestens bis zum 5. Lebensjahr) einzuleiten. Ich führe in meiner Praxis bei allen Risikokindern für eine Hämoglobinopathie (Herkunft beider Eltern aus einer der Regionen: Nord- und Zentralafrika, Türkei, Mittlerer Osten, Griechenland, Sizilien, Indien) ein kapilläres Blutbild mit mikroskopischem Ausstrich und Retikulozytenzählung nach dem 3. Lebensmonat durch (z.B. nach oder bei der U 4). Nach neueren Ergebnissen der französischen Studie zum neonatalen Screening für Sichelzellerkrankung muss dabei eine EDTA-Blutprobe für die Hämoglobinchromatographie (oder ein vergleichbares Verfahren) an ein spezialisiertes pädiatrisch-hämatologisches Labor geschickt werden. Für das diagnostische Procedere steht der Autor bei Fragen gerne zur Verfügung. Bei fehlender Diagnose können sowohl akute Milzsequestrationskrisen als auch schwere Infektionen (infolge der Autosplenektomie in den ersten 5 Lebensjahren) tödlich verlaufen. Nach den jüngsten Studien und dem exzellenten Review von Ware rate ich zu einer The-

rapie mit HU bei allen Sichelzell-Erkrankten, die zwei oder mehr Schmerzkrisen oder ein akutes Thoraxsyndrom durchgemacht haben. Im Flächenstaat Deutschland sollte der primär behandelnde Kinder- und Jugendarzt diese Behandlung mit dem nächst erreichbaren und in der Behandlung von Sichelzell-Patienten versierten pädiatrischen Hämatologen absprechen.

R. Dickerhoff: Leitlinie Sichelzellerkrankung. <http://leitlinien.net/>

Isabelle Thuret, Jacques Sarles, Françoise Merono, et al. Neonatal screening for sickle cell disease in France: evaluation of the selective process. *Clin Pathol* 2010 63: 548-551

(Stefan Eber, München)

Stationäre Diagnostik und Therapie bei Purpura Schönlein-Henoch

Variation in Inpatient Therapy and Diagnostic Evaluation of Children with Henoch Schonlein Purpura

Weiss PFA et al., *J Pediatr* 155, 812-818, Juni 2009

Die Autoren führten eine große multizentrische retrospektive Studie an 1988 stationär behandelten Patienten mit Purpura-Schönlein-Henoch (PSH) durch. Dabei wurde die Variation bezüglich dem Gebrauch von Medikamenten, der Diagnostik und der intensivtherapeutischen Maßnahmen untersucht. Das am häufigsten verwendete Medikament war Kortison (bei 56 % der Patienten eingesetzt) gefolgt von Opioiden (36 %) und nichtsteroidalen antiinflammatorischen Medikamenten (35 %) sowie Antihypertensiva (11 %). Nach Adjustierung an die jeweils vorhandenen Patientencharakteristika zeigte sich eine erhebliche Variation im Hinblick auf das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei der Auswahl der Medikation, der Bildgebung, der Bestimmung von Laborwerten sowie der Durchführung einer Endosko-

pie oder einer Nierenbiopsie. Im Gegensatz hierzu zeigte sich keine Differenz im Hinblick auf die Gabe von Antihypertensiva oder bei der Durchführung einer Hautbiopsie. Die Autoren schließen mit dem Hinweis, dass dieses von Krankenhaus zu Krankenhaus sehr unterschiedliche Vorgehen Bedenken aufkommen lässt bezüglich der Qualität der Versorgung von Kindern mit PSH. Es wird die Frage aufgeworfen, ob auch das „outcome“ der Kinder sehr unterschiedlich sein könnte entsprechend der unterschiedlichen Behandlung, und es wird die Entwicklung von Leitlinien gefordert.

Kommentar

Das diagnostisch-therapeutische Vorgehen bei der PSH ist ein jahrzehntelanges Dilemma, das zuletzt im Auftrag der Gemeinschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie bei den Wörlitzer Gesprächen 2005 (Hospach et al., *Klin. Pädiatr.* 220 (2205): 47-52) adressiert wurde. Üblicherweise wird der häufig gutartige Verlauf als Argument für einen diagnostischen Minimalismus herangezogen; auf der anderen Seite erschweren die seltenen schwerwiegenden Verläufe mit chronischer Niereninsuffizienz, Lungen- und ZNS-Beteiligung eine statistische Risikoabschätzung der Komplikationen. Zur weiteren diagnostischen Sicherheit tragen vermutlich die von Özen et al. 2006 publizierten Klassifikationskriterien für das Kindesalter bei, welche die „alten“ ACR-Kriterien für die Erwachsenenpopulation ablösen. Danach fungiert künftig die „palpable Purpura“ als unverzichtbares und die Arthritis als mögliches Kriterium. Für den histologischen Nachweis wird das Überwiegen von IgA-Ablagerungen gefordert (Ozen et al., *Ann Rheum Dis* 65 (2006) 936-41).

Im klinischen Alltag ist es ratsam, bei Zweifel an der Diagnose oder nichtblandem Verlauf neben den obligaten – über 6 Monate reichenden – Urinstatuskontrollen eine Blutuntersuchung mit Differenzialblutbild, Serumkreatinin und ggf. Gerinnungstest, sowie bei Bauchschmerzen eine Sonografie als Minimalprogramm durchzuführen.

(Toni Hospach, Günther Dannecker, Stuttgart)

Judith-Esser-Mittag-Preis

Ausschreibung 2011 des „Judith-Esser-Mittag-Preises“ der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. für Arbeiten zu allen Aspekten der Subspezialität

Die beiden besten wissenschaftlichen Arbeiten auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendgynäkologie werden von der AG Kinder- und Jugendgynäkologie e. V. mit dem Judith-Esser-Mittag-Preis ausgezeichnet.

Der 1. Preis ist mit € 4.000,00 und der 2. Preis mit € 2.500,00 dotiert.

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte/Innen mit einer deutschen Approbation. Neben Arbeiten von einzelnen Autoren sind auch solche von Arbeitsgruppen zugelassen. Bei letzteren wird der Ausweis der Einzelleistungen in den Schriften vorausgesetzt.

Die in deutscher Sprache verfassten Arbeiten dürfen nicht älter als 18 Monate, nicht veröffentlicht und noch nicht mit einem Preis ausgezeichnet worden sein.

Nach schriftlich bestätigtem Eingang einer Arbeit beim Vorstand der AG ist sie für den/die Verfasser/in zur Veröffentlichung frei. Der Vorstand der AG bestellt die Mitglieder eines Gutachterkollegiums. Dessen Entscheid ist unanfechtbar, der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Arbeiten können ab sofort eingereicht werden an die
Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.
z.H. Herrn Prof. Dr. med. Helmuth G. Dörr
Postfach 10 13 03, 40004 Düsseldorf

Einsendeschluss ist der 15. Juli 2011

Plagiozephalus bei Säuglingen: Diagnostik, Relevanz und Therapie

Stellungnahme zum Artikel: „Der lagebedingte Plagiozephalus – Diagnostik und Therapie“ R. Funke et al. Kinder- und Jugendarzt 41 (2010) 437-443

Die Autoren greifen in ihrem Artikel eine Problematik auf, die Kinderärzte und Orthopäden in den letzten Jahren zunehmend beschäftigt hat: Schädeldeformitäten bei Neugeborenen und Säuglingen. Ob die Zunahme dieser Fälle dabei allein durch die Favorisierung der Rückenlage bedingt ist, wie sie seit den achtziger Jahren zur SIDS-Prophylaxe empfohlen wird [1], scheint fragwürdig. Wahrscheinlicher ist, dass eine Kombination verschiedener Ursachen hier eine Rolle spielt und die verringerte Mobilität von Mutter (während der Schwangerschaft) und Kind als kausaler Faktor für die Zunahme dieses Phänomens nicht zu unterschätzen ist. Man denke nur an die konstante Lagerung der Säuglinge in Trageschalen wie dem Maxi Cosi, wodurch ihre Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt sind und sie in eine kyphotische Haltung gezwungen werden.

Funke et al. bemerken richtig, dass „die Deformität typischerweise bis zum 3./4. Lebensmonat zu[nimmt], um dann *mit zunehmender motorischer Entwicklung des Säuglings* (Hervorh. H.B.) wieder abzunehmen“. Passenderweise beschäftigt sich der ihrer Arbeit vorangehende Artikel von Collmann und Schweitzer mit den Kraniosynostosen, die in ihrer klinischen Relevanz ganz anders einzuschätzen sind (und deren Erkennen zum Handwerkszeug eines jeden gehören sollte, der sich mit ‚schiefen‘ Kindern auseinandersetzt).

Die angebotenen Therapieoptionen sehen auf dem Papier ganz vernünftig aus. Vor allem das Handling steht als Anfangsmaßnahme zentral und hilft, die „Spreu vom Weizen zu trennen“ und unnötigen Aufwand zu vermeiden. Schon bei den dann erwähnten Lagerungshilfen sollte man kritischer sein. Sie verstärken die strukturelle Ursache der Schädeldeformitäten, das Bewegungsmanko, und fixieren die Kinder unnötig. Noch fragwürdiger sind die anderen Ortes empfohlenen ‚Dehnungsübungen‘ für den Heimgebrauch (s. Abb., hier ein Beispiel von einem der Anbieter von Helmorthesen).

Es werden die – obsoleten – ‚Dehnungsübungen‘ propagiert, die über eine Irritation der reflektorisch verkürzten Muskulatur langfristig sogar das Problem verstärken.

Hier wird ein alter Grundfehler der Physiotherapie wiederholt: statt zu analysieren, was strukturelle Ursache einer muskulären Verkürzung ist, wird diese einfach zu beseitigen versucht. Es gehört zum orthopädischen Grundwissen, dass arthrogene Schmerzen zur Verkürzung der zugehörigen Muskeln führen. Werden diese Muskeln gegen ihren Widerstand gedehnt, kommt es zu einer kurzen postisometrischen Relaxation, ein Phänomen, was man durchaus therapeutisch einsetzen kann. Nach einer Latenzzeit variabler Länge erfolgt aber bei gesundem Muskel eine um so stärkere Verspannung. Man hat also durch die Dehnung exakt das Gegenteil dessen erreicht, was Behandlungsziel war. Letztlich führt dies zur Kontraktur. Unsere Erfahrungen der letzten 15 Jahre wiesen darauf hin, dass die wenigen Fälle, die wir schließlich zur Operation schicken mussten, allesamt ausdauernd gedehnt worden waren.

Ähnliches gilt für diverse Lagerungsmittel. Schon Mau empfahl in den 50er-Jahren Lagerung mit Sandsäcken zum Geraderichten der Kinder [2]. Auch die aktuell beworbenen Modelle (z.B. BabyDorm®) wirken ähnlich immobilisierend. Man ist versucht zu sagen: sie beseitigen das Symptom und verstärken die zugrunde liegende Ursache.

Bevor man sich Gedanken macht über irgendeine Behandlung, ist die Frage „Warum eigentlich?“ durchaus angebracht. Die Schädelasymmetrie selber beeinträchtigt das Wohlbefinden der Kinder nicht, was wir bei nunmehr 30.000 behandelten Säuglingen (davon 52% mit Schädeldeformitäten [3]) mit Sicherheit sagen können. Sie ist *Symptom* eingeschränkter Bewegungsmöglichkeiten – auch darüber sind wir uns mit den Autoren einig. Diese Schädeldeformitäten sind durchaus mit relevanten Beschwerden assoziiert, und die hierbei zu findenden Symptomkomplexe sind, je nach Lage der Deformität, unterschiedlich und recht gut zu definieren. Diese werden aber nicht durch die Schädeldeformität verursacht, sondern sind, gemeinsam mit ihr, auf eine **strukturelle Ursache** zurückzuführen: **eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der oberen Halswirbelsäule.**

Die sogenannten Kopfgelenke spielen eine enorm wichtige Rolle bei der Ausreifung und Organisation von Wahrnehmung und Motorik [4]. Die Einschränkung ihrer Mobilität hat weitreichende Konsequenzen; hier liegt auch die Basis der immer wieder mit Plagiozephalie assoziierten Probleme. McKinney wies in einer Studie darauf hin [5], dass Plagiozephalie bei Geburtstrauma häufiger zu finden sei, ohne auf den zugrunde liegenden Verletzungsmechanismus einzugehen. Dies entspricht etlichen vergleichbaren Studien. Die früher klassische Diagnose ‚muskulärer Schiefhals‘ hatte ein ähnliches Denkmodell: Das prominente Symptom wird zum *primum movens* erklärt.



Die sanfte Kopfmodellation

Halsmuskel-Dehnübungen



Übung Nr. 1



Übung Nr. 2a



Übung Nr. 2b

- Übungen 3 bis 5 mal täglich durchführen
- 20 Sekunden in der Endposition halten
- Übungen in beide Richtungen durchführen, insgesamt sind das 4 Übungen

Abb. 1: Ein abschreckendes Beispiel: den Eltern mitgegebenes Merkblatt der Firma Cranioform

Zur Zeit ist eine Nachuntersuchung einer 250er-Kohorte von Mitte der neunziger Jahre in unserer Praxis behandelten Säuglingen mit KiSS-Problematik in Arbeit, die sich mit der Frage beschäftigt, welche weitere Entwicklung diese Kinder nach der Behandlung der HWS-Irritation nehmen. So viel ist jetzt schon deutlich: nur eine Minderheit von ca. 20% hat später noch Beschwerden, die mit einiger Wahrscheinlichkeit mit der initialen Funktionsstörung in Verbindung zu bringen sind – wenn die ursächliche Bewegungseinschränkung der oberen HWS beseitigt worden war. Darauf sollte man auch die Eltern hinweisen, um unnötige Ängste gar nicht erst aufkommen zu lassen.

Schädeldeformität als Symptom ohne Krankheitswert

Ähnlich wie das oft auch nachweisbare Hämatom des M.sternocleidomastoideus handelt es sich bei einer Schädelasymmetrie um eine ‚offensichtliche‘ Problematik – und ich bin so weit Spielverderber, als ich einfach zugebe: ‚Ja, stimmt!‘ – aber im gleichen Atemzug muss man betonen, dass diese Auffälligkeiten nur Hinweise sind auf das wirkliche Problem, die schmerzhaft irritierte Biomechanik der Kopfgelenke und die dadurch erzwungene Schonhaltung. Die ‚klassische‘ Sichtweise findet sich z.B. bei de Chalain. Für ihn sind die drei häufigsten Ursachen ‚idiopathische Muskelprobleme wie die Fibrose des sternocleidomastoideus, Strukturanomalien der Halswirbel oder neurologische bzw. ophthalmologische Ursachen‘ [6]. Kordestani kommt – im Gegensatz zu dem, was der Titel seiner Arbeit suggeriert – zu dem Ergebnis, dass keine dramatischen Defizite bei Kindern mit Plagiocephalie zu finden sind [7]. Auch er stellt nicht die Frage, ob es sich bei Schädeldeformitäten um ein Symptom oder um ein strukturelles Problem handelt.

Rogers et al. wiesen darauf hin, dass die Hauptursache der Plagiocephalie in der eingeschränkten Kopfbeweglichkeit während der ersten Lebensmonate zu suchen ist [8]. Auch Oh et al. sehen diese Zusammenhänge: ‚Art und Ausmaß der eingeschränkten Kopfbeweglichkeit korrelieren stark mit der beobachteten Schädelasymmetrie‘ [9].

Die Probe aufs Exempel ist der Erfolg der daraus abgeleiteten Therapie. Die Familien kommen meist nicht wegen der Schädelasymmetrie. Ich bin immer wieder erstaunt, wie wenig Eltern die Asymmetrie wahrnehmen. Sie kommen wegen akuter Nöte wie Schreien, Stillproblemen oder durchwachten Nächten am Bett des Säuglings mit Schlafstörungen. Dies ist die Motivation, eine Ärztin, einen Physiotherapeuten aufzusuchen. Die Feststellung einer Schädeldeformität ist Nebenbefund der Untersuchung.

Wenn wir – wie unlängst wieder aufgearbeitet und veröffentlicht [10] in der Mehrheit dieser Fälle mit *einer* Behandlung die gestörte Biomechanik der HWS normalisieren können und so für Ruhe und Ausgeglichenheit des Säuglings gesorgt haben, bleibt die Schädelasymmetrie erst einmal bestehen. Sie normalisiert sich immer im Lauf der Entwicklung bis zur Vertikalisierung und darüber hinaus bis zum Abschluss des Schädelwachstums (ungefähr zum Schuleintritt), was wir bei tausenden von behandelten Säuglingen beobachten konnten. Die beste Unterstützung, die die Eltern dabei ihren Kindern geben können, ist aktives Bewegen, Bauchlage und Fördern des Stütz oder auch Baby-Schwimmen und ganz einfach alles, was die Motorik stimuliert. Passive Formung, seien es Kissen, Mützen oder gar die viel teureren Helmorthesen sind bestenfalls ergebnisneutral, schlimmstenfalls langfristig irritierend.

Jede Therapie – vor allem wenn sie über längere Zeit angewandt werden muss –, die potentiell Nebenwirkungen hat und/oder teuer ist, muss sich rechtfertigen. Heutzutage ist das ‚aggressive Abwarten‘ [11] oft nur schwer zu vermitteln. Wenn wir zu unterscheiden vermögen zwischen Symptom und struktureller Ursache, fällt es uns aber leichter, gezielt zu arbeiten, und wir ersparen den Kindern Druck im wörtlichen Sinne, Eltern und Kindern eine langwierige Behandlung und der Allgemeinheit unnötige Kosten.



Abb. 2: Schema der KiSS-induzierten Schädelverformung (aus [12])

Diese typische Situation entsteht durch eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung nach perinatal erlittener HWS-Irritation.

In diesem Fall liegt eine linkskonvexe Haltung vor, die zu einer Bevorzugung der linken Seite führt. Der linke Hinterkopf ist abgeplattet, die rechte Gesichtshälfte mikrosom.

Nach Beseitigung der Kopfgelenk-Blockierung verschwindet erst die Asymmetrie im Weichteilbereich des Gesichts innerhalb weniger Wochen. Die Hinterkopfabplattung wird nach 2–4 Monaten deutlich geringer, benötigt aber durchaus Jahre bis zur Normalisierung.

Dies muss den Eltern erläutert werden, weil man natürlich mit einer Orthese diesen Effekt in kürzerer Zeit erzwingen kann, ohne dabei das strukturelle Problem gelöst zu haben.

Ist Messen immer sinnvoll?

In jedem Orthopäden ist ein Techniker versteckt, und so verwundert es nicht, dass für die Beurteilung der Schädelasymmetrie etliche Verfahren angeboten werden [13–17]. Nun ist ein bekanntes Phänomen der Arzt-Patient Interaktion, dass das Messen eines Phänomens dessen (Krankheits-)Wert ändert [18]. Um dies kurz zu erläutern: wenn wir aufwendig die Schädelform eines Kindes dokumentieren, kommt ihr für alle Beteiligten – also auch für den Arzt – ein anderer Stellenwert zu, als wenn wir nur darauf hinweisen, dass das einseitige Liegen das Köpfchen verformt habe, sich dies aber auf die Dauer zuverlässig zurückbilden werde.

Bedenklich stimmt die Diskrepanz zwischen den Hinweisen auf die weitgehend kosmetische Rolle der Helmorthesen einerseits¹ und dem, was den Eltern kommuniziert wird. Es wird von „13 von 15 Maximalpunkten ... mit signifikantem Earshift“ gesprochen, ein Befund, der „mit lasergestützter Vermessung des knöchernen Hirnschädels verifiziert [wurde]“ die empfohlene

¹ Blecher, pers. Mitteilung

Kopforthese wird als „dringend erforderlich“ bezeichnet, da ansonsten die „unausweichlich entwickelnden Schäden am Haltings- und Bewegungsapparat“ zu gewärtigen sind². So werden immer wieder Spätfolgen erwähnt, die von ‚einfachen‘ Schulproblemen über Kopfschmerzen bis zu Hyperaktivität und ähnlichem reichen. In den USA versteigen sich manche anbietenden Kollegen zu der Aussage, dass das Nicht-Anpassen einer Helmorthese als unterlassene Behandlung ein Kunstfehler sei!

Bei ausgeprägten Schädelasymmetrien dürfte es erwägenswert sein, deren Symmetrisierung auch im Gespräch mit den Eltern zu diskutieren – schon um ihnen diese Sorgen zu nehmen. Auch die Autoren gehen ja davon aus, dass „fast immer ... eine spontane Rückbildung der Schädeldeformitäten zu verzeichnen [ist]“⁴. Bei welchen Kindern ist also eine intensivere Betreuung von Nöten? Es sind *immer* die akuten klinischen Kümernisse, die im Vordergrund stehen sollten, also Still- und Gedeihprobleme, motorische Entwicklungsverzögerungen und die Gruppe der vegetativen Irritationen mit Schlafstörungen, Schreien und Unruhe. Diese bedrücken auch die Eltern am meisten. Die Asymmetrie wird unserer Erfahrung erst dann als relevant wahrgenommen, wenn sie – z.B. bei der Untersuchung der eben angeführten Symptome – vom Therapeuten betont wird. Man muss sich fragen, wem mit der oben zitierten Wortwahl gedient ist. Wir haben in all den Jahren auf eine quantitative Auswertung der Schädelasymmetrien aus eben diesen Gründen verzichtet, ohne dass sich Probleme ergaben.

Schließlich sei noch an die alte aber immer noch aktuelle Bemerkung von Marx erinnert: „Das Sein prägt das Bewusstsein“. Wer in einer dezidierten Sprechstunde für ‚lagebedingte Schädeldeformitäten‘ arbeitet, für den ist die Versuchung groß, seinem Arbeitsgebiet auch eine entsprechende Aufmerksamkeit zu wünschen zu wollen.

Als kleines Apercu sei auf die Situation in der Türkei verwiesen. Dort wurden die Kinder schon seit Jahrzehnten während der ersten Lebensmonate relativ immobil auf den Rücken gelegt, und bei einem Besuch in Istanbul konnte ich letztes Jahr die ‚Spätfolgen‘ bei älteren Herren beobachten, deren Haarwuchs im reiferen Alter so weit nachgelassen hatte, dass die Hinterkopfabplattungen deutlich zu sehen waren. Habitus und Körpersprache zeigen aber, dass sie es im Leben weit gebracht hatten... Diese – zugegebenermaßen anekdotischen – Beobachtungen ließen den Schluss zu, dass sie – da nicht am Hals behandelt während ihrer Säuglingszeit – diese Asymmetrien mit ins Erwachsenenalter genommen hatten, trotzdem aber unbehelligt durch diese ‚Schädeldeformität‘ gut durchs Leben gekommen sind.

Ein bisschen Gelassenheit dürfte also auch gegenüber diesem Phänomen das Mittel der Wahl sein...

² Aus einem mir vorliegenden Arztbrief eines Helm-Verschreibers

Literatur beim Verfasser

Dr. Heiner Biedermann
Chirurg, Manuelle Therapie
Huhngasse 34
50676 Köln
Tel. 0221/716555-0
E-Mail: hbie@manmed.org

Red.: Christen

Antwort auf die Stellungnahme von H. Biedermann, Köln, zum Artikel „Der lagebedingte Plagiozephalus – Diagnostik und Therapie“, R. Funke et al., Kinder- und Jugendarzt 41 (2010) 437-443

Die Tatsache, dass Dr. Heiner Biedermann als anerkannt erfahrener Orthopäde in der Betreuung von Säuglingen mit Symmetrie-Störung zu unserem Artikel Stellung genommen hat, freut die Autoren sehr. Heiner Biedermann hat mit seiner langjährigen praktischen und wissenschaftlichen Arbeit die Diskussion um Symmetriestörungen im Säuglingsalter sehr bereichert und den Begriff des KiSS-Syndroms (Kopfgelenk induzierte Symmetrie Störung) geprägt. In einer kurzen Antwort möchten wir noch einmal auf einige wesentliche Punkte aus unserer Sicht hinweisen.

Unsere kleinen Patienten mit lagebedingtem Plagiozephalus werden uns **aus diesem Grunde** und mit oft sehr besorgten Eltern vorgestellt. Mit Aufkommen der Möglichkeit zur Helmtherapie vor einigen Jahren wurden sehr viele Kinder mit Helmen versorgt, z.B. nach Vorstellung beim HNO-Arzt oder Kieferchirurgen. Da wir von Anbeginn zu einer eher abwartenden Haltung (bei bekannter oft spontaner Besserung) tendierten aber auch keine Versäumnisse begehen wollten, haben wir in der vorliegenden Arbeit erstmals ein Instrument für die Abschätzung der Dynamik der spontanen Besserung lagebedingter Schädeldeformitäten vorgestellt. **Die Anzahl an angefertigten Helmorthesen in unserem Patientengut ist dadurch ganz erheblich zurückgegangen.** In der überwiegenden Zahl der Fälle können wir guten Gewissens die Eltern beruhigen, dass die Asymmetrie mit hoher Wahrscheinlichkeit verschwindet.

Andererseits befinden sich in der Patientengruppe mit fehlender Rückbildung oder gar Zunahme der Schädelasymmetrie nach dem 4. Lebensmonat in einem hohen Prozentsatz (ca. 70 %) Kinder mit relevanten Grunderkrankungen (allgemeine Entwicklungsstörung, Muskelerkrankung, Chromosomenauffälligkeit, Hirnanlagestörung etc., auch Nahtsynostosen) aus dem Gebiet der Neuropädiatrie. Diese sind mehrfach erst bei der Untersuchung anlässlich der Vorstellung wegen lagebedingter Schädelasymmetrie aufgefallen. **Damit hat der sich nicht in üblicher Weise spontan zurückbildende lagebedingte Plagiozephalus eine Indikatorfunktion für ernsthafte neuropädiatrische Erkrankungen.** Diese Erkenntnis haben wir erst mit Beschäftigung mit dem Thema und den vorliegenden Zahlen gewonnen. Wir sind daher

der Überzeugung, dass das Messen wichtig und kein Selbstzweck ist und sinnvoller Weise durch einen erfahrenen Pädiater bzw. Neuropädiater durchgeführt werden sollte. Dabei ist selbstverständlich eine enge Zusammenarbeit mit anderen Fachgruppen (Orthopäden, Manualtherapeuten, Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgen, Physiotherapeuten etc.) gewünscht und auch jetzt schon teilweise umgesetzt.

Der Einfluss der Helmorthese selbst auf die Biomechanik der HWS ist tatsächlich noch nicht ausreichend untersucht, scheint aber in der Anwendung keine relevante Problematik darzustellen. Zu diesem Punkt sind natürlich weitere Untersuchungen zu fordern und von uns bereits angedacht.

Heiner Biedermann äußert sich sehr kritisch zu den auf dem Markt angebotenen Lagerungshilfen. Wer hierzu unseren Artikel liest, entdeckt unter „therapeutische Optionen“, dass auch wir hier sehr zurückhaltend sind und auf die enge, individuelle Absprache mit dem behandelnden Kinderarzt verweisen. In jedem Einzelfall erläutern wir gerne unser Vorgehen. Wir empfehlen für die ersten Lebensmonate (bis das Kind sich oder seinen Kopf selbständig dreht) in erster Linie, das Bett des Kindes insgesamt auf der betroffenen Seite leicht anzuheben und schräg zu stellen, so dass das Schwerpunktrot des Kopfes mehr mittig als durch die abgeflachte Seite des Hinterkopfes verläuft. An gleicher Stelle im Artikel erwähnen wir die therapeutische Option der Physiotherapie mit Anleitung der Eltern. Wir empfehlen keine Dehnungsübungen ohne Anleitung durch Fachkräfte. Die Kritik von Heiner Biedermann bezieht sich hier offenbar auf andere Ambulanzen und „Helmverschreiber“, die auch zitiert werden.

Heiner Biedermann verweist am Ende seiner Stellungnahme noch auf die in einigen Regionen der Türkei durch Lagerung der männlichen Säuglinge gewollte Ausbildung eines symmetrischen Brachycephalus und deren gutes „outcome“. Tatsächlich ist die Methode der Helmorthese vor allem bei den asymmetrischen Schädelverformungen effektiv, auch ist die Möglichkeit von Spätfolgen (z.B. Kiefergelenksarthrosen) und die Gefahr einer späteren Stigmatisierung hier eher anzunehmen.

Für die Autoren Dr. Rudolf Funke

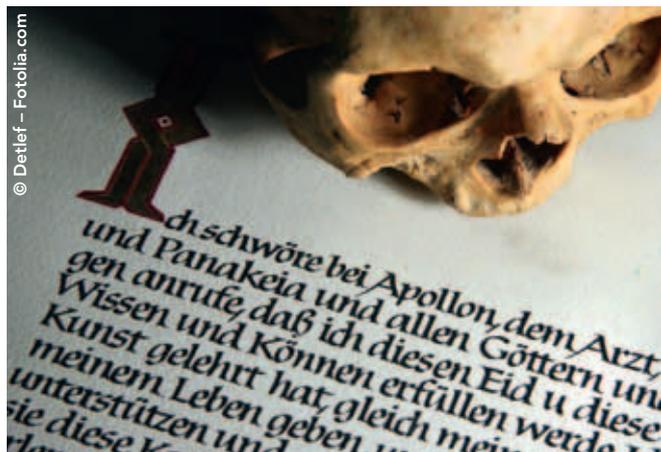
Red.: Christen

Priorisierung im Gesundheitswesen

Es ist still geworden um die Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung. Nach der Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe zur Eröffnung des 112. Deutschen Ärztetages 2009 in Mainz wird der Diskurs zwar in wissenschaftlichen Fachkreisen und ansatzweise auch in der Ärzteschaft geführt. Die Politiker weigern sich aber nach wie vor, das Thema auf die gesundheitspolitische Agenda zu setzen. „Ziemlich menschenverachtend“ nannte die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt die Ausführungen Hoppes und der derzeitige Gesundheitsminister Philipp Rösler meint, es sei unethisch, über Priorisierung und Rationierung im Gesundheitswesen zu diskutieren.

Was heißt Priorisierung und was ist Rationierung

Priorisierung im Gesundheitswesen bestimmt die relative Vorrangigkeit von medizinischen Maßnahmen, Indikationen, Patientengruppen oder ganzer Versorgungsbereiche. Priorisierung sagt etwas darüber aus, was im Gesundheitswesen wichtiger und was weniger wichtig ist. Unter Rationierung versteht man ein systematisches Vorenthalten medizinisch notwendiger, wenigstens aber nützlicher und prinzipiell verfügbarer Leistungen aus Knappheitsgründen.



Durch die zunehmende Alterung der Bevölkerung und den medizinischen Fortschritt wird die Diskrepanz zwischen dem medizinisch sinnvoll Möglichen und solidarisch Finanzierbare weiter wachsen. Aller Voraussicht nach werden die Rationalisierungsreserven nicht ausreichen, um den zunehmenden Kostendruck auf die GKV zu kompensieren. Damit die Gesundheitskosten nicht ins Unermessliche steigen, sind Einschränkungen unausweichlich. Inzwischen gibt es empirische Belege, dass es sich dabei nicht um ein Zukunftsszenario, sondern um eine schon jetzt verbreitete Realität in der GKV handelt. Die Frage lautet nicht mehr, ob wir Priorisierung in der Gesundheitsversorgung vornehmen müssen, sondern ob wir die unvermeidlichen Prioritäten implizit oder explizit einsetzen wollen. Explizite Leistungsbegrenzungen erfolgen auf Grundlage klar definierte Prioritäten, sie sind gegenüber impliziten und häufig verdeckten Leistungsbegrenzungen die bessere Lösung.

Leistungseinschränkungen sind bereits heute Realität

Ein Vertragsarzt hat sozialrechtlich gesehen keinen Anspruch auf die Vergütung jeder einzelnen Leistung, sondern nur auf einen fairen Anteil an dem, was die Krankenkassen seiner KV als Gesamtsumme zur Verfügung stellt. Hierfür hat sich der Vertragsarzt verpflichtet, jeden Kassenpatienten nach den vertraglichen Vorgaben und der ärztlichen Kunst eine ausreichende, zweckmäßige und notwendige Behandlung zukommen zu lassen. Eine Einschränkung der Behandlung mit der Begründung, dass das Budget vor Ende eines Quartals ausgeschöpft sei und man den Patienten erst wieder im nächsten Quartal oder als IGeleistung behandeln könne, ist eine individuelle, „wilde“ Rationierung von Gesundheitsleistungen und damit rechtswidrig. Hier steckt jeder Arzt in der Falle. Steigender gesetzlicher Anspruch des Patienten bei gleichbleibenden oder sinkenden Ressourcen der GKV und damit sinkenden Einnahmen führen schon heute zum Versagen von medizinischen Leistungen. Beispiele von versteckter impliziter Priorisierung finden sich auf allen Ebenen der medizinischen Versorgung, auch wenn die bisher vorliegenden wissenschaftlichen Aufarbeitungen des Themas noch erhebliche methodische Schwächen haben. So erhalten nach einer Studie von Bessou (2007) in Köln Kinder und jugendliche Privatpatienten 23 Prozent der Methylphenidatverordnung, obwohl nur etwa zehn Prozent privat versichert sind. Auch Generika werden deutlich häufiger GKV Patienten als Privatpatienten verschrieben. Die Liste lässt sich hinsichtlich Wartezeiten, Vergütungsunterschiede, ja selbst Morbiditätsunterschiede fortführen. (Lit.: J. Huber, A. Mielck, Bundesgesundheitsblatt 2010, 53:925-938.)

Staatliche Zuschüsse stärken den Einfluss des Staates

Wenn der Anteil der staatlichen Zuschüsse zum Gesundheitssystem wächst, und das ist abzusehen, wächst der Einfluss der Politik auf die gesamte medizinische Versorgung. Denn auf der der medizinischen Versorgung vorgeschalteten Makroebene der Priorisierung – sprich Staatsausgaben – entscheiden Politiker über die zur Verfügung stehenden Gelder und sie müssen unter anderem gegenüber Bildung, Sozialausgaben oder Sicherheit abwägen. Wie viel die Gesundheitspolitik im tagespolitischen Geschäft wert ist, zeigt sich am Beispiel der Texte von Koalitionsvereinbarungen. Die neue Minderheitsregierung von Nordrhein-Westfalen widmet dem Thema Gesundheit gerade einmal anderthalb Seiten, genauso viel wie für Sport und Bewegung.



Mitarbeit der Ärzteschaft im vopolitischen Raum unabdingbar

Priorisierung ist ein anspruchsvoller und hochkomplexer Vorgang. Wer Priorisierungsverfahren tatsächlich implementieren möchte, muss mit sehr viel Zeit rechnen, bis dieses Verfahren öffentlich akzeptiert wird, da es einen Paradigmenwechsel darstellt: nämlich von dem – nicht erreichten Ideal – einer vollständigen, bedarfsgerechten, sofortigen Versorgung aller Patienten zugunsten einer öffentlich finanzierten und sichergestellten Versorgung mit dem Wichtigsten, dann allerdings auch wirklich **für alle** Betroffenen. Andere Länder zum Beispiel Schweden, Dänemark und die Niederlande sind Deutschland um Jahrzehnte in der Diskussion und Umsetzung voraus. Die Erfahrungen anderer Länder belegen auch, dass eine effektive Prioritätensetzung nur in Kooperation mit medizinisch-wissenschaftlichen Experten und der Ärzteschaft gelingen kann. Eine Blockadehaltung der Ärzteschaft wird Priorisierung, Rationalisierung und Rationierung nicht verhindern. Ganz im Gegenteil, die notwendigen Maßnahmen würden – wie in der Vergangenheit bereits oft geschehen – von staatlicher Seite den Ärzten verordnet, was die ärztliche Berufsfreiheit weiter einschränken würde.

Das Ende einer gesundheitspolitischen Lebenslüge

Eine politisch unterstützte Auseinandersetzung um Prioritäten setzt dem zentralen Postulat deutscher Gesundheitspolitik (man kann auch von einer Lebenslüge sprechen), dass jedem GKV-Versicherten alles medizinisch Notwendige und Nützliche jederzeit uneingeschränkt zur Verfügung stehe, ein Ende. Kein Wunder, wenn alle Politiker unserer Wohlfühlendemokratie dieser Wahrheit ausweichen. Ein Grundübel ist, dass Politiker nahezu automatisch Rationierung hören, wenn spezifisch von Priorisierung gesprochen wird. Der Unterschied wird nicht verstanden und will offenbar auch nicht verstanden werden. Leider entzieht sich auch ein Teil der Ärzteschaft einer Diskussion, obwohl gerade sie die „kalte Rationierung“, die bereits in vollem Gange ist, auszubaden hat.

Wolfgang Gempp

(Die Ausführungen beziehen sich auf: Berliner Gespräch zur Sozialmedizin – Vorfahrt für wen? Priorisierung im Gesundheitswesen vom 4. November 2009, abgedruckt in Bundesgesundheitsblatt 2010, 53:865-896)

Suche dringend Vertretung

Es kann jeden treffen, ein Unfall, ein Beinbruch beim Skifahren oder Schlimmeres, dann braucht man schnell einen Vertreter oder Vertreterinnen. Wo finden, wenn die gegenseitige kollegiale Vertretung nicht möglich oder nicht gewollt ist.

Den **zentralen Vertreternachweis unseres Berufsverbandes (ZVN)** gibt es schon lange, aber nicht jeder kennt ihn. Etwa 80 Kolleginnen und Kollegen sind dort eingeschrieben und können für eine Praxisvertretung angefragt werden. Dem stehen etwa 200 Suchende gegenüber. Die meisten dieser Kollegen und Kolleginnen wünschen sich allerdings Mitarbeiter für eine spätere Praxisübergabe, denn die ZVN versucht auch in diesen Fällen zu vermitteln.

Der zentrale Vertreternachweis des BVKJ vermittelt:

- Praxisvertretung bei Urlaub oder Krankheit

- Mitarbeit in einer Praxis, auch in Hinblick auf eine spätere Praxisübernahme

- anerkannte pädiatrische Weiterbildungsstellen

Die ZVN sucht dringend noch Pädiater, die bereit sind, manchmal auch kurzfristig, eine Vertretung zu übernehmen. Auch steht der großen Zahl der Kollegen, die ihre Praxis abgeben möchten, nur eine geringe Zahl von Praxissuchenden gegenüber. Daher der Appell, sich bei der ZVN des BVKJ zu melden.

Die Vermittlung von Weiterbildungsstellen ist noch ein Stiefkind des ZVN. Nur

etwa drei Praxen bieten Weiterbildungssuchenden eine Stelle an. Auch die jungen Kolleginnen und Kollegen, die sich melden, um in einer Praxis praktische Erfahrungen in der ambulanten Pädiatrie zu erwerben, sind noch rar. Es gibt immer noch zu wenig Praxen, die eine Weiterbildungs-ermächtigung bei ihrer KV beantragt haben.

Der Vertreternachweis ist ein kostenloser Service des Berufsverbandes und könnte von seinen Mitgliedern noch effektiver genutzt werden.

ge

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

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis bzw. ein Jobsharingangebot

dann wenden Sie sich bitte an die

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

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

Ich suche einen Praxisnachfolger/Partner

Ich suche eine Vertretung

Ich suche einen Kollegen zur Mitarbeit/Jobsharing

Ich nehme eine/n Weiterbildungsassistenten/in auf

Zeitraum: von _____ bis _____

Unterkunft kann gestellt werden: ja nein

Ich möchte die Nachfolge in einer Praxis antreten

Ich stehe für Vertretungen zur Verfügung

Ich möchte in einer Praxis vertreten

Ich suche eine Weiterbildungsstelle

Zeitraum: von _____ bis _____ in folgendem Raum _____

Sonstiges: _____

Persönliche Daten:

Vorname _____

Nachname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

E-Mail _____

Tel. / mobil _____

Datum _____

Unterschrift _____

Stempel _____

„Hilfe – in unserer Praxis wird geklaut!“

Immer wieder kommt es in Praxen vor, dass aus der Bargeldkasse Geld verschwindet. Oft fällt es dem Praxisteam schwer, die Fehlbeträge überhaupt zu erkennen oder zu benennen, denn in vielen Praxen wird die Bargeldkasse allzu sorglos geführt. Sie steht offen herum, die Ein- und Ausgänge werden nicht dokumentiert, niemanden ist ausdrücklich für die Kasse zuständig. Wird der Diebstahl dann bemerkt, ist es im Nachhinein schwierig, den Täter oder die Täterin zu identifizieren. Noch schlimmer als der finanzielle Verlust wiegt oft das Misstrauen im Team. Darf der Praxisinhaber in einem solchen Fall eine Überwachungskamera ohne Kenntnis der Mitarbeiterinnen installieren?

Eine verdeckte Videoüberwachung ohne Kenntnis der Mitarbeiter ist unzulässig. Sie verletzt das allgemeine Persönlichkeitsrecht der Mitarbeiter.

Eine offene Videoüberwachung von öffentlich zugänglichen Räumen ist dagegen zur Wahrnehmung berechtigter Interessen für konkret festgelegte Zwecke zulässig (vgl. § 6b BDSG). Allerdings muss dabei der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gewahrt werden. Die Verhinderung von Diebstählen etwa berechtigt den Arbeitgeber dazu, den Kassenbereich mit einer Kamera zu überwachen. Die Kamera muss aber erkennbar sein. Zudem muss den Mitarbeitern bekannt sein, wann die Kamera läuft; ein Einschalten nach dem Zufallsprinzip ist unzulässig. Die Aufnahmen dürfen nur für den bestimmten Zweck, d.h. die Aufklärung von Diebstählen, verwendet werden; sonstige Erkenntnisse sind unverwertbar.

Sehr ausführlich hat sich hierzu das **Bundesarbeitsgericht** in einem Beschluss vom 29. Juni 2004 (1 ABR 21/03, NJW 2005, 313) geäußert.

Bei größeren Betrieben bedarf die Einführung einer Kameraüberwachung der Zustimmung des Betriebsrates.

Vorbeugen ist besser als Kontrolle

Einen recht guten Schutz vor Diebstählen bietet eine elektronische Registrierkasse, die nur mit einem – personalisierten – Chip bedient und geöffnet werden kann. Hierdurch kann nachvollzogen werden, wer wann an der Kasse war. Auch könnte die Kasse mit der Kamera verbunden werden, d.h. die Kamera zeichnet nur dann auf, wenn die Kasse bedient wird. Diese Funktion ist aber den Mitarbeitern deutlich zu erklären – vielleicht auch verbunden mit einem Hinweis an der Kasse, dass der Bedienungsvorgang aufgezeichnet wird.

Dr. Kyrill Makoski

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

ReH



Dr. Kyrill Makoski

Keine „Verschärfung“ der Arzneimittelrichtlinien zur Verordnung von Methylphenidat für Kinder- und Jugendärzte

Warum die Veröffentlichung des BGA von bestimmten Kreisen missgedeutet wird – ein Schelm, der Böses dabei denkt

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16. 9. 2010 die Anlage II der Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittelrichtlinie) modifiziert. Dies betrifft unter der Nr. 44 auch die Verordnung von Methylphenidat (MPH) bei der Behandlung von Kindern > 6 Jahre mit ADHS. Die jetzt veröffentlichte Veränderung des Textes erfolgte im Anschluss an ein Stellungnahmeverfahren, in dessen Rahmen sich medizinische Fachgruppen und Pharmaunternehmen äußern konnten. Der ursprüngliche Text ist bereits seit Juli 2009 Bestandteil der Gebrauchsinformationen und Fachinformationen von MPH-haltigen Arzneimitteln in

Europa. Damit wurde auf Anforderung der EMEA eine EU-weite einheitliche Fachinformation erstellt. Wer den in der Sitzung vom 16. 9. 2010 modifizierten Text liest (www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1185), wird feststellen, dass es sich keineswegs um eine „Verschärfung der Verordnung von Methylphenidat“ handelt, sondern um eine Beseitigung von Unklarheiten und missverständlichen Textpassagen.

- So darf sich die Diagnose von ADHS nicht alleine auf das Vorhandensein eines oder mehrerer Symptome stützen, sondern sollte auf einer vollständigen Anamnese und Untersuchung des Patienten basieren.

PRAXIS LIVE



- Die Arzneimittel dürfen nur von einem Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern und/oder Jugendlichen verordnet (Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin; Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; Facharzt/Fachärztin für Nervenheilkunde, für Neurologie und/oder Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapie, ärztliche Psychotherapeuten mit einer Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach § 5 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen) und unter dessen Aufsicht angewendet werden.
- In Ausnahmefällen dürfen auch Hausärzte/Hausärztinnen Folgeverordnungen vornehmen, wenn gewährleistet ist, dass die Aufsicht durch einen Spezialisten für Verhaltensstörungen erfolgt.

In Erweiterung zu dem ursprünglichen Text wurden jetzt also die Fachgruppen explizit aufgeführt.

- Der Einsatz von Stimulantien ist im Verlauf besonders zu dokumentieren, insbesondere die Dauertherapie über 12 Monate sowie die Beurteilung der behandlungsfreien Zeitabschnitte, die mindestens einmal jährlich erfolgen sollten.

Häufig kommt es im Laufe eines Jahres zu behandlungsfreien Zeitabschnitten (z.B. Wochenende und Ferien) – oft unfreiwillig. Diese und deren Auswirkungen sind zu dokumentieren und zu beurteilen.

Man muss auch weiterhin nicht nach einem Jahr einen Absetzversuch starten, wenn aufgrund der Verhaltensbeobachtung des betroffenen Kindes ein Gelingen des Absetzversuches unwahrscheinlich erscheint.

- Der Einsatz von MPH-haltigen Präparaten ist verboten ... ausgenommen bei hyperkinetischer Störung bzw. Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADS/ADHS) im Rahmen einer thera-

peutischen Gesamtstrategie, wenn sich andere Maßnahmen allein als unzureichend erwiesen haben, bei Kindern (ab 6 Jahren) und Jugendlichen.

Damit wird ein missverständlicher Text verändert, so dass auch **bei Jugendlichen eine initiale Therapie mit Methylphenidat** im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie gestattet ist, wenn sich andere Maßnahmen allein als unzureichend erwiesen haben.

Die jetzt herausgegebene Änderung stellt eine Verschärfung für Allgemeinärzte, nicht jedoch für Kinder- und Jugendärzte dar, wurde aber als solche in Windeseile im Internet auf Webseiten von zum Beispiel „Heilpraxis“, „Naturheilpraxis“, dem „Lehrerfreund“ und „heute gesund leben“ propagiert. Verunsicherte. Leider hat auch das „Ärztblatt“ eine Veränderung im Sinne einer „Restriktion“ in der Verordnung von Methylphenidat bekannt gegeben. Mit dieser Klarstellung erhalten Kinder- und Jugendärzte, die Kinder mit ADHS mit Methylphenidat betreuen, ausreichende Informationen, um besorgte Eltern zu beruhigen.

Im Übrigen übernehmen die GBA-Beschlüsse nur Vorgaben, die in der Leitlinie zu ADHS der Kinder- und Jugendärzte (www.ag-adhs.de) als der Goldstandard für Diagnostik und Therapie gelten.

Damit eine sorgfältige und umfassende Diagnostik und kontinuierliche Betreuung und Begleitung der Therapie auch adäquat honoriert werden kann, wurde in Zusammenarbeit aller an der Behandlung von ADHS beteiligten Fachgruppen, der sog. KBV-Vertrag abgeschlossen. Leider erfolgt die Umsetzung bisher nur durch BKKs in Baden-Württemberg. Trotz intensiver Verhandlungen wird der zukunftsweisende Vertrag sonst im Bundesgebiet bedauerlicher und unverständlicher Weise von keiner weiteren Krankenkasse umgesetzt.

Dr. med. Kirsten Stollhoff und Dr. med. Klaus Skrodzki
für Vorstand der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte
Internet: www.ag-adhs.de

Red.: ge



Wechsel der Chefarztstelle

Von Dr. jur. Manfred Andreas, Karlsruhe

– Referiert aus „arztrecht“*) Heft 7/2010



Prof. Hans-Jürgen
Nentwich

Noch vor Kurzem galt der Grundsatz, dass Chefarzte ihre Position nicht wechseln. Der Facharztmangel, der sich bisher nur bei den nachgeordneten Ärzten bemerkbar machte, schlägt nun aber auch auf die Besetzung von Chefarztstellen durch. So entschließen sich Chefarzte immer häufiger zu einem Wechsel in eine andere Einrichtung. Die Gründe dafür sind vielfältig. Mitunter spielt der Wunsch eine Rolle, näher an den Wohnort der Familie zu kommen oder aber von der Verwaltung bei Einstellung gegebene Zusagen werden nicht eingehalten.

Für die Beendigung eines bestehenden Chefarztvertrages bestehen arbeitsrechtlich mehrere Möglichkeiten.

Bei nicht unüberwindlich erscheinenden Gründen für einen Stellenwechsel könnten zunächst **Bleibeverhandlungen** durchgeführt werden. Dabei geht es um Verhandlungen mit der Geschäftsführung mit dem Ziel, die für einen geplanten Stellenwechsel zugrunde liegenden Gründe zu beseitigen. Ist eine solche Verständigung erfolgreich, mündet sie in einen **Änderungsvertrag**.

Besteht jedoch weiterhin das Ziel in einer Beendigung des Arbeitsverhältnisses, kann dies einvernehmlich mit dem alten Arbeitgeber zu jedem beliebigen Datum in der Gestalt eines schriftlichen **Auflösungsvertrages** erfolgen. Kündigungsfristen brauchen dabei nicht eingehalten zu werden.

Geht der Wunsch zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses vom Chefarzt aus, wird er im Regelfall im Auflösungsvertrag keine Abfindungszahlung erreichen können. Kommt es nicht zu einer einvernehmlichen Beendigung des alten Arbeitsverhältnisses durch Abschluss eines schriftlichen Auflösungsvertrages, bleibt dem Chefarzt nur die Möglichkeit, das Arbeitsverhältnis einseitig durch **Kündigung** zu beenden. Dabei muss der Chefarzt bei der ordentlichen Kündigung die im Arbeitsvertrag vereinbarte Frist einhalten.

Schwierigkeiten ergeben sich, wenn der bestehende Chefarztvertrag nur aus wichtigem Grund, also nicht ordentlich fristgemäß kündbar ist, oder der Chefarzt vor Ablauf der vereinbarten ordentlichen Kündigungsfrist die Stelle wechseln möchte. Jedoch gilt dabei, dass die arbeitsvertragliche Klausel, dass nur eine Kündigung aus wichtigem Grund möglich ist, nach fünfjähriger Tätigkeit keine Gültigkeit mehr hat. Deshalb kann das Arbeitsverhältnis bei einem nur aus wichtigem Grund kündbaren Vertrag nach Ablauf von fünf Jahren mit einer Frist von sechs Monaten gekündigt werden, ohne dass ein wichtiger Grund vorliegen muss.

Schwierig wird die Situation für den Chefarzt, wenn er sich vom Unternehmen trennen will, aber kein Auflösungsvertrag zustande kommt, oder er noch nicht fünf Jahre als Chefarzt beschäftigt ist bzw. ihm aus unterschiedlichen Gründen eine sechsmonatige Kündigungsfrist zu lang ist. Dann bleibt nur die Möglichkeit, den Chefarztvertrag außerordentlich aus wichtigem Grund zu kündigen. Diesbezüglich kann von jedem Vertragsteil aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn Tatsachen vorliegen, aufgrund derer dem Kündigenden unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles und unter Abwägung der Interessen beider Vertragsteile die Fortsetzung des Dienstverhältnisses

nicht zugemutet werden kann. Die Kündigung kann nur innerhalb von zwei Wochen erfolgen.

Die Aussicht des Chefarztes, an einer anderen Stelle eine bessere Chance für seine berufliche Entwicklung zu haben oder sein Einkommen zu verbessern, gelten in der Regel nicht als außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund.

Zu diskutieren sind dafür Versäumnisse des Arbeitgebers beim Arbeitsschutz, grobe Beleidigung und unrechtmäßige Verdächtigungen oder mit der Vergütung erheblich in Verzug geraten zu sein. Aber auch wiederholte unberechtigte Urlaubsverweigerungen kämen als Begründung für eine außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund infrage. Selbst wenn ein wichtiger Kündigungsgrund vorliegt, kann der Chefarzt, abgesehen von Extremfällen, nur wirksam kündigen, wenn er zuvor den Krankenhausträger wegen dessen vertragswidrigem Verhalten abgemahnt und dieser innerhalb der gesetzten Frist keine Abhilfe geschaffen hat.

Richtig schwierig wird die Situation, wenn der Chefarzt die bisherige Stelle aufgrund einer außerordentlichen Kündigung vorzeitig verlassen hat, die Kündigung aber im Nachhinein unwirksam war. In diesem Fall macht sich der Chefarzt wegen Vertragsbruches schadenersatzpflichtig. Allerdings kann der alte Arbeitgeber nicht erreichen, dass der Chefarzt am alten Krankenhaus

tätig bleibt. Es bleibt also nur die Gefahr, dass der Krankenhausträger Schadensersatz in Geld verlangen kann. Ein etwaiger Schaden (Verfrüherungsschaden) kann sich dabei nur auf den Zeitraum beziehen, der zwischen Arbeitsbeendigung und der normalen ordentlichen Kündigungsfrist liegt. Alle Aufwendungen, die der Krankenhausträger hat, um einen Nachfolger zu finden, stellen dafür keinen ersatzfähigen Schaden dar.

Auch ohne besondere Vereinbarung besteht ein Wettbewerbsverbot bis zum Ablauf der ordentlichen Kündigungsfrist. Nicht erlaubt sind dabei das aktive Eindringen in den Kunden- oder Lieferantenzirkel, das Abwerben von Arbeitnehmern sowie allgemeine Vorbereitungsmaßnahmen, die der Aufnahme einer nach Wettbewerbsrecht unzulässigen Betätigung dienen. Nach rechtmäßiger Beendigung des Arbeitsverhältnisses besteht für den Chefarzt in Bezug auf den früheren Arbeitgeber nur dann ein Wettbewerbsverbot, wenn dies vertraglich vereinbart wurde.

Natürlich lohnt sich ein Wechsel der Chefarztstelle nur, wenn die neue Position Verbesserungen bringt und der angebotene **Chefarztvertrag** akzeptabel ist. Für die Bewertung des neuen Vertragsangebotes sind zwei Punkte von entscheidender Bedeutung: der Bestandsschutz und die finanziellen Regelungen.

Hat das neue Chefarzt-Dienstverhältnis länger als 6 Monate bestanden, greifen zugunsten des Chefarztes automatisch die Bestimmungen des Kündigungsschutzgesetzes, ohne dass dies im Arbeitsvertrag ausdrücklich erwähnt zu werden braucht. Allerdings haben bestimmte Kündigungsgründe weiterhin Bestand. Dazu zählen Gründe, die in der Person oder in dem Verhalten des Chefarztes liegen beziehungsweise denen dringende betriebliche Erfordernisse zugrunde liegen oder Situationen, die eine den Betriebszwecken dienliche weitere Zusammenarbeit zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer nicht erwarten lassen. **Um dies zu verhindern, empfiehlt sich**

die Vereinbarung, dass der Vertrag nur aus wichtigem Grund im Sinne des § 626 BGB kündbar ist.

Zur vertraglichen **Formulierung einer Entwicklungsklausel** muss folgender aktueller Sachstand berücksichtigt werden:

- Seit dem 01.01.2002 gilt das Recht der Allgemeinen Geschäftsbedingungen auch im Arbeitsrecht.
- Eine Allgemeine Geschäftsbedingung liegt vor, wenn die zu beurteilende Klausel vom Arbeitgeber vorformuliert wurde und der Arbeitnehmer aufgrund der Vorformulierung auf ihren Inhalt keinen Einfluss nehmen konnte.
- In Allgemeinen Geschäftsbedingungen ist insbesondere unwirksam, die Vereinbarung eines Rechts, die versprochene Leistung zu ändern oder von ihr abzuweichen, wenn nicht die Vereinbarung der Änderung oder Abweichung unter Berücksichtigung der Interessen zumutbar sind oder den Vertragspartner entgegen den Geboten von Treu und Glaube unangemessen benachteiligen. Eine unangemessene Benachteiligung kann sich auch daraus ergeben, dass die Bestimmung nicht klar und verständlich ist.
- Stellt sich bei den Vertragsverhandlungen heraus, dass der Krankenhausträger zu substantiellen Änderungen bei der Entwicklungsklausel nicht bereit ist, sollte der Chefarzt in diesem Punkt nicht weiter verhandeln. Denn wenn es zu einer Abweichung vom ursprünglich vorformulierten Text kommt, liegt keine Allgemeine Geschäftsbedingung mehr vor. Eine Entwicklungsklausel, die als eine Allgemeine Geschäftsbedingung ungünstig formuliert ist, ist für den Chefarzt vorteilhafter als eine Entwicklungsklausel, die ohne substantielle Verbesserung individuell verändert wurde und dadurch den Charakter einer Allgemeinen Geschäftsbedingung verloren hat.

Das Einkommen eines Chefarztes setzt sich in der Regel aus den monatlichen Gehaltszahlungen sowie dem Liquidationsrecht beziehungsweise der Beteiligungsvergü-

tung und einem Bonus im Rahmen einer Zielvereinbarung zusammen.

Die **Bemessung des Gehaltes** sollte in Anlehnung an einen Gehaltstarifvertrag in der jeweils geltenden Fassung erfolgen, welcher zukünftig in vollem Umfang dynamisiert werden muss.

Das **Liquidationsrecht** beziehungsweise die Beteiligungsvergütung sollte sich auf die stationären ärztlichen Wahlleistungen beziehen. Da der Krankenhausträger spätestens mit Ende der Konvergenzphase keine ungedeckten Kosten mehr hat, entfällt mit Wirkung vom 01.01.2010 die innere Rechtfertigung dafür, vom Chefarzt eine Kostenerstattung in Höhe von 40 % bei den technischen und in Höhe von 20 % bei den sonstigen ärztlichen Wahlleistungen zu verlangen. Die vom Chefarzt zu leistende Kostenerstattung und die Höhe eines etwaigen Vorteilsausgleichs sind somit ausschließlich Verhandlungssache.

Die ambulanten Tätigkeiten sollten zum liquidationsberechtigten Nebentätigkeitsbereich des Chefarztes gehören.

Die Möglichkeit, über eine Zielvereinbarung einen **Bonus** zu verdienen, darf nur dazu dienen, die angemessene Vergütung weiter aufzustocken. Der Vertrag darf nicht so ausgestaltet sein, dass erst über die Zielvereinbarung insgesamt eine angemessene Vergütung erreicht werden kann. Die Zielvereinbarung soll einvernehmlich jährlich abgeschlossen werden und angemessene, erreichbare, zueinander gewichtete und vom Chefarzt beeinflussbare Ziele enthalten.

Bei einem Wechsel der Chefarztstelle kann sich die Zuständigkeit des ärztlichen Versorgungswerks ändern. Dabei sind bestimmte Antragsfristen zu beachten, denn ist der Arzt im alten Versorgungswerk nicht mehr Mitglied und hat das neue Versorgungswerk ihn nicht aufgenommen, kommt es zur Zwangsmitgliedschaft in der gesetzlichen Rentenversicherung.

* Mit freundlicher Genehmigung des Verlags für arztrecht

Kopftuch in der Arztpraxis

In den letzten Jahren kommt es immer häufiger vor, dass Patientinnen (oder Eltern) mit einem Kopftuch eine Arztpraxis aufsuchen oder dass Mitarbeiterinnen ein Kopftuch tragen wollen. Welche rechtlichen Fragen hier entstehen, skizzieren Dr. Andreas Meschke und Dr. Kyrill Makoski, Fachanwälte für Medizinrecht und Justitiare des BVKJ.

Patientinnen

Im Sommer 2010 machte ein hessischer Arzt Schlagzeilen, der Kopftücher in seiner Praxis verboten hatte. Dieses Verbot verstößt unter anderem gegen die Behandlungspflicht des Vertragsarztes, denn er darf die Behandlung nur in begründeten Fällen ablehnen (§ 13 Abs. 7 S. 3 BMV-Ä). Bei der Behandlung hat der Arzt die Persönlichkeit und das Selbstbestimmungsrecht der Patientin zu achten (§ 7 Abs. 1 MBO). Hiervon wird auch das Tragen eines Kopftuches als Ausdruck einer religiösen Überzeugung geschützt. Alleine die Tatsache, dass eine Patientin ein Kopftuch trägt, berechtigt den Arzt nicht dazu, die Behandlung zu verweigern. Tut er dies doch, drohen ihm Sanktionen durch Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung sowie, falls die Patientin einen Schaden erleidet, Schadensersatzansprüche der Patientin.

Allerdings kann der Arzt dann die weitere Behandlung verweigern, wenn die Patientin das Kopftuch auch dann nicht ablegen will, wenn es medizinisch (z.B. zu einer Untersuchung des Kopfes) erforderlich ist. In diesem Fall kann der Arzt seinen Behandlungsauftrag nicht ordnungsgemäß erfüllen. Es sollte aber zuerst versucht werden, der Patientin die Wichtigkeit des Vorhabens zu erläutern; zudem sollte diese Aufforderung nur gezielt eingesetzt werden.

Mitarbeiterinnen

Auch einer Mitarbeiterin steht das Recht auf freie Religionsausübung zu. Dieses tritt nur dann hinter den Interessen des Arbeitgebers zurück, wenn es hierfür wichtige Gründe gibt. So kann der Staat verlangen, dass eine Lehrerin kein Kopftuch trägt, um die religiöse Neutralität der Schule zu sichern. Dieses Verlangen allein reicht bei einem nichtstaatlichen Arbeitgeber nicht aus. Auch das Bestehen auf einem einheitlichen Auftreten (z.B. durch Tragen einer Uniform) bedeutet nicht immer ein zulässiges Verbot des Tragens von Kopftüchern. Dieses Weisungsrecht gemäß § 315 BGB i.V.m. Art. 12 Abs. 1 GG findet dort seine Grenze, wo es in die von Art. 4 Abs. 1 GG geschützte Glaubensfreiheit eingreift. Daher muss der Arbeitgeber konkrete Tatsachen vortragen, wonach durch das Tragen des Kopftuches der Betriebsfrieden oder die Geschäftstätigkeit gestört wird.

Diese Anforderungen sah das Bundesarbeitsgericht 2002 in einem Fall (2 AZR 472/01) nicht als erfüllt an: Dort hatte ein Kaufhausbetreiber einer Verkäuferin gekündigt, weil sie nur mit Kopftuch arbeiten wollte; dies widerspreche aber dem Charakter des in einer ländlichen Region gelegenen Kaufhauses. Diese Kündigung wurde für unwirksam erachtet, da der Arbeitgeber keine konkreten Anhaltspunkte für die befürchteten wirtschaftlichen Einbußen vorgetragen habe; zudem hätte die Verkäuferin nicht nur – wie bisher – in der Parfümerieabteilung, sondern auch in einer anderen Abteilung eingesetzt werden können. Eine Verfassungsbeschwerde des Kaufhausbetreibers nahm das Bundesverfassungsgericht nicht zur Entscheidung an.

Solange also alleine das Tragen des Kopftuches weder zur Unruhe unter den anderen Mitarbeiterinnen noch zur Abschreckung von Patienten führt, kann der Arzt einer Helferin das Tragen des Kopftuches nicht untersagen; die entsprechenden Gründe müssen aber beweisbar sein. Ein Verbot des Kopftuches wäre aus medizinisch-hygienischen Gründen möglich, wobei dieses Verbot u.U. auf bestimmte Bereiche (z.B. Operationsbereich) zu beschränken ist.

Unzulässig dürfte das Tragen eines Ganzkörperschleiers sein, da die Mitarbeiterin mit diesem kaum ihre Aufgaben in der Arztpraxis erfüllen kann.

Zusammenfassung

Patientinnen kann das Tragen des Kopftuches nicht untersagt werden. Auch stellt alleine das Tragen eines Kopftuches keinen Grund dar, die Behandlung zu beenden.

Bei Mitarbeiterinnen kann das Tragen eines Kopftuches nur dann untersagt werden, wenn hierdurch der Betriebsfrieden gestört oder Patienten abgeschreckt werden oder konkrete medizinische Gründe vorliegen.

Dr. Andreas Meschke
Dr. Kyrill Makoski
Kanzlei Möller u. Partner
Pfeifferstr. 6, 40625 Düsseldorf

Red: ReH

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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

0211 / 758 488-14

für telefonische Beratungen zur Verfügung.

Stephan Eßer, Hauptgeschäftsführer

Dr. Wolfram Hartmann für weitere vier Jahre zum Präsidenten des BVKJ gewählt

Auf ihrer jährlichen Versammlung in Bad Orb wählten die Delegierten des BVKJ Dr. Wolfram Hartmann erneut zum Präsidenten. Die Wahl für die am 1. November 2011 beginnende neue Amtsperiode erfolgte mit überwältigender Mehrheit. So kann der Präsident seine erfolgreiche Verbandsarbeit auch in den folgenden vier Jahren fortsetzen. Dabei sollen die Verbandsaufgaben zukünftig im Vorstand auf mehrere Schultern verteilt werden.

Als Schwerpunkte nannte Wolfram Hartmann:

Erhalt einer eigenständigen Kinder- und Jugendmedizin im dualen System der hausärztlichen Versorgung.

Eine Verbesserung der Versorgung von Kinder- und Jugendlichen aus sozial schwachen Bevölkerungsgruppen.

Ausbau der primären Prävention, speziell im Bereich der vorschulischen Einrichtungen.

Eine ausreichende Vergütung der Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen insbesondere für den immer größer werdenden Bereich der sozialpädiatrischen Inanspruchnahme.

Die Gesundheitspolitik wird auch in den nächsten Jahren ein äußerst schwieriges Feld bleiben, auf dem die Auseinandersetzung mit harten Bandagen geführt wird. Dies erfordert ein überdurchschnittliches Stehvermögen. Kinder- und Jugendärzte genießen ein hohes Ansehen bei der Bevölkerung und auch bei den Politikern aufgrund ihres breiten gesellschaftlichen Engagement als Anwalt der Kinder und Jugendlichen. Daran soll sich auch in den nächsten Jahren nichts ändern.

Weitere Berichte über die Beschlüsse der Delegiertenversammlung und der diesjährigen Kongresse in Bad Orb folgen in der nächsten Ausgabe.

ge

„Stiftung Kind und Jugend“ sucht neue Förderer für ausgewählte Projekte

Die Stiftung „Kind und Jugend“ will im kommenden Jahr ihre Förderprojekte ausweiten und sucht daher Kinder- und Jugendärzte, die bereit sind mitzuarbeiten und die durch Spenden die Arbeit der Stiftung unterstützen.

„Viele Probleme der medizinischen Betreuung insbesondere von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen werden trotz aller klinischen Forschung immer noch vernachlässigt. Dies können wir mit Hilfe der Stiftung ändern,“ so Dr. Hermann-Josef Kahl, Gründer und Vorsitzender der Stiftung. „Die „Stiftung Kind und Jugend“ gehört dem BVKJ, also uns Kinder- und Jugendärzten. Daher haben wir

direkten Einfluss auf die Auswahl der Förderprojekte. Wir können also die Themen bestimmen, die uns bei unserer alltäglichen Arbeit in den Praxen auf den Nägeln brennen. So haben wir durch unsere Studie zur Durchimpfung von Zweijährigen dazu beigetragen, dass zahlreiche Praxen ihr Impfmanagement verbessern konnten. Aktuelle Projekte der Stiftung beschäftigen sich z. B. mit der Prävalenz von Schlafpro-

blemen im Kleinkindalter, mit Unfallverhütung und Verhütung familiärer Gewalt, mit Versorgungsforschung usw. 2011 möchten wir weitere Projekte anschieben. Engagierte Kinder- und Jugendärzte, die uns im neuen Jahr mit Ideen und Geld tatkräftig unterstützen, sind uns daher hochwillkommen.“

(Siehe beiliegender Flyer)

ReH

Kindererziehungszeiten in der Rentenversicherung auch für Mitglieder berufsständischer Versorgungswerke

Sie sind Mitglied eines berufsständischen Versorgungswerks und haben Kinder? Dann sollten Sie einen Antrag auf Berücksichtigung von Kindererziehungszeiten an die deutsche Rentenversicherung (gesetzliche Rentenversicherung) stellen.

Auch wenn sich das zu widersprechen scheint: Das Bundessozialgericht hat entschieden und die deutsche Rentenversicherung hat sich dem gebeugt. Sie lässt nunmehr die Berücksichtigung von Kindererziehungszeiten und damit Ansprüche auf eine gesetzliche Rente für Mitglieder berufsständischer Versorgungswerke zu. Dies betrifft Ärzte, Tierärzte, Zahnärzte, Apotheker, Architekten, Notare, Rechtsanwälte, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer.

Da die Versorgungswerke überwiegend keine der deutschen Rentenversicherung vergleichbare Leistung für die Erziehung von Kindern in ihrem Leistungsrecht vorsehen, hielt das Bundessozialgericht die Nichtberücksichtigung von Kindererziehungszeiten für verfassungswidrig.

Daher sollten alle Mitglieder von berufsständischen Versorgungswerken, die Kinder erziehen oder erzogen haben, die Berücksichtigung bzw. Vormerkung ihrer Kindererziehungszeiten bei der deutschen Rentenversicherung beantragen. Je nach Geburtsjahr des Kindes werden dafür 12 Monate bis 36 Monate berücksichtigt. Nähere Informationen zur Anerkennung von Kindererziehungszeiten können Sie der Broschüre der deutschen Rentenversiche-

rung entnehmen, die Sie unter der Adresse www.DRV-Bund.de herunterladen können.

Sie können sich jedoch auch an das Servicetelefon unter 0800 10004800 oder die Auskunfts- und Beratungsstellen der deutschen Rentenversicherung wenden, bei denen Sie auch Ihren Antrag einreichen und sich bezüglich des individuellen Nutzens beraten lassen können. Dem Antrag auf Vormerkung der Kindererziehungszeiten sollten Sie beglaubigte Kopien der Geburtsurkunden der Kinder beifügen.

Thomas Ketteler-Eising
Steuerberater
Laufenberg Michels und Partner, Köln

Red.: ge


bvKj.

 Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Sachsen

Termingerecht findet vom **06.12.2010** bis **27.12.2010** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer, sowie der Ersatzdelegierten statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **27.12.2010** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Klaus Hofmann, Chemnitz
Landesverbandsvorsitzender


bvKj.

 Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlergebnis 2010 der Wahlen im Landesverband Baden-Württemberg des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. für die Legislaturperiode 2010–2014

Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter:

Dr. Klaus Rodens, Langenau

1. Stellv. Landesverbandsvorsitzender und 2. Delegierter:

Michael Sturm, Giengen

2. Stellv. Landesverbandsvorsitzender und 3. Delegierter:

Dr. Roland Fressle, Freiburg

3. Stellv. Landesverbandsvorsitzender und 4. Delegierter:

Dr. Ralph Gaukler, Esslingen

1.-4. Beisitzer und 5.-8. Delegierte:

Dr. Andreas Scheffzek, Heidelberg
Dr. Barbara Lütticke, Freiburg
Dr. Michael Mühlischlegel, Lauffen
Dr. Friedemann Puls, Friedrichshafen

Schatzmeister:

Dr. Hans Jörg Menzel, Möckmühl


bvKj.

 Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlergebnis 2010 der Wahlen im Landesverband Mecklenburg-Vorpommern des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. für die Legislaturperiode 2010–2014

Landesverbandsvorsitzende und 1. Delegierte:

Dr. Susanne Schober, Wolgast

1. Stellv. Landesverbandsvorsitzende und 2. Delegierte:

Dr. Christiane Trapp, Güstrow

2. Stellv. Landesverbandsvorsitzende:

Dr. Beate Stein, Rostock

3. Stellv. Landesverbandsvorsitzender:

Dr. Andreas Michel, Greifswald

Schatzmeisterin:

Dr. Heike Harder-Walter, Rostock

Wie es dazu kam

Festvortrag von Dr. Werner Schmidt, Regensburg,
zum 40-jährigen Bestehen des BVKJ
(gekürzte Fassung)

Der Ehrenpräsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte gab einen historischen Rückblick auf die Entwicklung der Pädiatrie und des BVKJ.

Die Gründung von Findelhäusern im 17. Jahrhundert führte im 18. und 19. Jahrhundert zur Einrichtung erster eigener Kinderabteilungen an den Spitälern, zuerst in Schweden, Schweiz, Österreich-Ungarn, später dann zu eigenen Kinderkliniken. Man erkannte nach und nach, dass Kinder nicht einfach kleine Erwachsene waren, dass sie vielmehr eigene Krankheiten hatten und darauf entsprechend anders reagierten. Es waren weitgehend Internisten, die sich mehr und mehr um die Erkrankungen von Kindern, vorwiegend auch Säuglingen zu kümmern begannen.

Die Ahnen der Pädiatrie

Zu ihnen gehörten u. a. **Julius August Christian Uffelmann** (1837–1894) aus Rostock, **August Steffen** (1825–1910), Stettin, und **Carl Gerhardt** (1833–1902) in Würzburg, später Berlin. Sie müssen zu den wissenschaftlichen Urvätern der Kinderheilkunde gezählt werden. Die beiden Letzteren setzten 1883 gegen den Widerstand der Internisten die Gründung einer speziellen Gesellschaft für Kinderheilkunde durch innerhalb der Versammlung der deutschen Naturforscher und Ärzte, von der damals die gesamte medizinische Wissenschaftspalette abgedeckt wurde.

1895 berief man den Leiter der Kinderklinik der Berliner Charité **Otto Heubner** (ursprünglich für Innere Medizin habilitiert) zum ersten ordentlichen Professor der Kinderheilkunde, gegen den Widerstand der medizinischen Fakultät. Damit war das Fach

auch in Deutschland akademisch etabliert. Sein Nachfolger **Adalbert Czerny** war dann der Begründer der dortigen internationalen Pädiatrischule.

1918 wurde in Deutschland endlich die Staatsexamensprüfung für Pädiatrie eingeführt. In dieser Zeit wandte man sich auch mehr und mehr der Volksgesundheit insgesamt zu, speziell dann der Sozialpädiatrie, gerade in Berlin. Es war eine große Zahl jüdischer Pädiater, wie **Heinrich Finkelstein**, **Rudolf Neumann**, **Gustav Tugendreich** und **Arthur Schlossmann**, die sich hier engagierten.

Weimar und Drittes Reich

1924 wurde von der Reichsärztekammer offiziell der „Facharzt für Kinderheilkunde“ anerkannt. Bis es solche Fachärzte dann in eigener Praxis gab, dauerte noch ein Weilchen. Wichtig war, finanzielle Voraussetzungen dafür zu schaffen. Die Gründung des Hartmannbundes war da sehr hilfreich. Um die Interessen der frei praktizierenden Kinderärzte wahrzunehmen, wurde 1926 eine „Wirtschaftliche Abteilung“ innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde gegründet. Ihr Vorsitzender **Dünzelmann** aus Leipzig. Das war gleichsam der Beginn einer eigenen Organisation für die Pädiater in der Praxis.

Schwierigkeiten nach 1933 wurden durch geschickte Vorstandsmaßnahmen weitgehend gemeistert. 1936 konnte erreicht werden, dass Kinderärzte auch Hausbesuche machen durften und

dafür von den Krankenkassen ein Honorar einzufordern, was bisher nur den praktischen Ärzten als Hausärzten zugestanden worden war.

Die Zeit des Dritten Reiches und der Kriegszeit wurde nur gestreift, auch das Verhalten gegenüber jüdischen Kollegen. Es hätte dafür eines eigenen Vortrags bedurft. Bemerkenswert, dass in diesen Jahren die Zahl der Kinderärztinnen deutlich zunahm, waren doch von den Kollegen viele als Sanitätsoffiziere im Krieg.

Nachkriegszeit – Aufbauzeit

Die große Zeit für niedergelassene Ärzte aller Professionen begann in den Jahren des Wiederaufbaus nach 1945. Jetzt erst beginnt auch die erzählenswerte Geschichte unseres Berufsverbandes.

Der Anfang war für die aus dem Felde oder der Gefangenschaft heimkehrenden Kollegen schwer. Es gab wenig freie Stellen in den Kinderkliniken, also blieb nur die Niederlassung. Hier blockten zunächst die Krankenkassen. Man konnte froh sein, wenigstens zu den Ersatzkassen zugelassen zu werden. Groß wieder die Konkurrenz der praktischen Ärzte. In den allgemeinen Krankenhäusern stritten sich Internisten und Gynäkologen um die Kinder. Man konnte eigentlich nur versuchen, mit einem entsprechenden guten Fachwissen zu punkten.

So wurde schon 1948 auf der 1. Nachkriegstagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in Göttingen von den in der Praxis tätigen Mitgliedern der Ruf nach Fortbildung laut, noch lauter dann ein Jahr später in Düsseldorf. Der Vorstand zeigte sich indes skeptisch gegenüber solchen Fortbildungswünschen. Die großen Jahreskongresse seien dazu nicht geeignet. Aufgabe der Gesellschaft sei doch vielmehr die Pflege der Forschung.

In Anbetracht der immer drängender werdenden fachlichen und wirtschaftlichen Belange der Niedergelassenen wurde die Gründung einer eigenen Interessenvertretung unvermeidlich. Bei der Jahrestagung 1951 in Heidelberg fand sich dann die Gruppe zusammen, die sich dieser Forderung stellen wollte. Es waren **Rolf Wollinger** (Bingen) sowie **Gisbert Böllhoff** (Münster), **Georg Emil Selter** (Frankfurt) und **Brehme** (Braunschweig). Am 13. 8. 1951 gründete man eine sog. „Abteilung für Berufsfragen“ in der DGK. 1952 wurde auf der 52. Jahrestagung der DGK diese Abteilung offiziell in die große Gesellschaft aufgenommen. 1. Vorsitzender wurde **Prof. Karl Klinke** (Düsseldorf), geschäftsführender Arzt **Georg Emil Selter**.

Mit einer „Abteilung“ fing es an

Nun begann der organisatorische Aufbau der Abteilung. Zur Mitgliederwerbung wurden zunächst alle Mitglieder der DGK angeschrieben, mit der Bitte sich der neuen Abteilung anzuschließen. Es wurde auf deren Ziele und Aufgaben von der Geschäftsführung hingewiesen. Die Bildung von Landesverbänden wurde vorgeschlagen. Im Juli 1953 erschien als standes- und berufspolitisches Informationsblatt das 1. Heft der „Mitteilung für Kinderärzte“ aus der Feder von **Georg Emil Selter** im bescheidenen DIN A5 Format mit grünem Spiegeldruck. Ihm folgten 66 Ausgaben bis Ende 1969. Die Älteren werden sich noch daran erinnern. Verleger war **Heinz Scheffler** (Lübeck), Chef des „Hansischen Verlagskontors“, das später in die Verlagsgruppe Beleke übergang. 57 Jahre also besteht unsere Verbindung mit diesem Verlag. **Heinz Scheffler** und **Norbert Beleke** wurden beide zu großzügigen Unterstützern der Arbeit unseres Berufsverbandes.

Erfreulich war der rasche Anstieg der Mitgliederzahl, die sich weitgehend aus den Reihen der niedergelassenen Pädiatern rekrutierte. Das „Mitteilungsblatt“ wurde bald zu einem „grünen Band der Sympathie“ für die Mitglieder. Es entwickelte sich mehr und mehr eine Art Familienzusammengehörigkeit, die gerade für die immer größer werdende Zahl von Kinderärztinnen von besonderer Wichtigkeit war. Es entwickelte sich die legendäre „Familie der Kinderärzte“, eine glückliche Familie, die ihren geliebten Beruf in Frieden und Bescheidenheit ausüben wollte. In anderen Arztgruppen schloss man sich schon damals eher zu Kampfgemeinschaften zusammen. Dazu sahen wir uns erst in späteren Zeiten gezwungen.

1956 organisierte **Georg Emil Selter** das erste berufspolitische Treffen in Bad Kreuznach mit ausschlaggebender Bedeutung für die Organisation der späteren Jahrestagungen. Schwerpunktthema war die Fortbildung, nach der die niedergelassenen Kollegen lechzten. Die Kongresse der DGK waren ihnen zu wissenschaftlich und oft ohne unmittelbaren Nutzen für ihre Praxistätigkeit. Ohnedies bekam man immer mehr Schwierigkeiten mit der Platzierung eines von uns gesondert gestalteten Programmes im Rahmen der großen wissenschaftlichen Tagungen. Man beschloss, künftig eigene Fortbildungsveranstaltungen abzuhalten und auch mit berufspolitischen Referaten zu bereichern. Im Mai 1962 traf man sich dazu erstmals in Freudenstadt.

1959 hatte **Prof. Paul Frick** (Mainz) den Vorsitz zusammen mit **Georg Emil Selter** übernommen. Die Organisationsstruktur der Abteilung wurde gestrafft und ein Netz von Landesverbänden mit Bezirksunterteilungen geschaffen. Eine erste Delegiertenversammlung hatte schon im September 1953 in bescheidenem Rahmen in Bad Kissingen stattgefunden. Das Anwachsen des Verwaltungsapparates machte die Einrichtung einer Geschäftsstelle in Köln nötig.

Dass eine Arztpraxis auch ein kleines Wirtschaftsunternehmen ist, wollte vielen anfangs nicht in den Kopf. Sich auch mit den verschiedenen Gebührenordnungen auseinandersetzen zu müssen, fiel den meisten schwer. Während der Ausbildungszeit in der Klinik hatten sie nichts davon gehört. So wurden Gebührenhinweise in den kleinen grünen Mitteilungsheften dankbar zur Kenntnis genommen. **Kurt Fölsing** (Bremen) erwarb sich da große Verdienste. Er übernahm dann 1970 auch die Verbandsleitung.

Von der Verbandszeitung zur Verbandsgründung

Unter seiner Führung erhielt die „Abteilung“ einen starken Aufwärtstrend. Nicht unschuldig daran war die neue Verbandszeitschrift „der Kinderarzt“, deren erstes Heft im Januar 1970 erschien. Herausgeber und Erfinder war kein geringerer als **Prof. Theodor Hellbrügge** (München). Mit ihm als Schriftleiter erhielt der Vorstand einen kräftigen Motor und Ideenvulkan. Wer konnte damals ahnen, was der Berufsverband und seine Mitglieder insgesamt diesem Mann würden einmal alles zu verdanken haben.

In Anbetracht der ungünstigen Situation der Ärzte allgemein in den ausgehenden 60er-, beginnenden 70er-Jahren des vorigen Jahrhunderts wurde der Ruf der ständig anwachsenden Mitgliederschar nach einer starken Verbandsführung immer lauter. Es kam zu Spannungen mit dem Vorstand der DGK, der schließlich einsah, dass eine wissenschaftliche Gesellschaft mit ihren Problemen die doch andersgearteten beruflichen und wirtschaftlichen Anliegen der Niedergelassenen nicht ausreichend vertreten kann. So kam es nach vielem Hin und Her zu einer Ausgliederung der

„Abteilung“ aus der DGK. Am Ende war man einhellig der Meinung, ein gutes Nebeneinander sei besser als ein schlechtes Miteinander. Und so wurde im September 1970 in Wiesbaden der „Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands e. V.“ aus der Taufe gehoben.

Das Vorsorgeprogramm startet

In diese Gründungszeit fiel eine bedeutsame Entwicklungsepoche der ambulanten Medizin. Durch Änderung in der Reichsversicherungsordnung wurden erstmals Krankheitsfrüherkennungsmaßnahmen als kassenärztliche Leistungen eingeführt, nachdem man eingesehen hatte, dass ein solches Vorhaben vom öffentlichen Gesundheitsdienst nicht bewältigt werden konnte, wie es ursprünglich vorgesehen war. Das bedeutete für uns die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Entwürfen für eine Serie von Vorsorgeuntersuchungen für Kinder vom 10. Lebensjahr bis zum vollendeten 4. Lebensjahr. Schließlich setzte sich der von **Theodor Hellbrügge** und Mitarbeitern erarbeitete Entwurf durch. Die Mehrheit der Kinderärzte stand diesem Vorhaben zunächst sehr skeptisch, wenn nicht gar ablehnend gegenüber. Wie sollte man das in den ohnedies gut gefüllten Praxen überhaupt zeitlich schaffen, von dem angebotenen miesen Honorar von 20,00 DM ganz zu schweigen.

Es ist dem damaligen Vorstand unseres Verbandes zu danken, dass er die Kolleginnen und Kollegen von der Wichtigkeit ihrer Beteiligung an dem Programm für die ganze Gruppe der Pädiater überzeugen konnte. Erst im Nachhinein stellte sich heraus, dass die Vorsorgeuntersuchungen für alle auch zu einem wichtigen finanziellen Standbein wurden.

Fortbildung als Schwerpunkt

Mit **Theodor Hellbrügge** als Motor wurden die Bemühungen um eine solide Fortbildung verstärkt neben den intensiven Schulungen der Mitglieder im Umgang mit der Gebührenordnung. Das bedeutete den Ausbau einer gut funktionierenden Geschäftsstelle in Köln. Geschäftsführerinnen wie **Gisela Lohmar** und später **Johanne Radbruch** sollen hier lobend erwähnt werden.

Fortbildungsschwerpunkte wurden gesetzt. Seminarwochen fanden dank der Aktivität von **Theodor Hellbrügge** seit 1968 jeweils in der Osterzeit in Brixen/Südtirol statt. Im selben Jahr hatten die österreichischen Kinderärzte mit **Prof. Ernst Huber** Ende Januar ihren ersten Fortbildungskurs in Obergurgl mit großem Erfolg durchgeführt, an dessen Mitgestaltung später auch die DGK beteiligt wurde. Noch heute sind diese beiden Veranstaltungen Fixpunkte im Fortbildungsprogramm der Kinderärzte. Ergänzung fanden sie für alle, die nicht so weit fahren wollten, seit Oktober 1973 durch den Herbst-Seminar-Kongress in Bad Orb. Den Weg dorthin bereiteten **Prof. Franz Schmid**, Aschaffenburg und **Prof. Dieter Palitzsch**, Gelnhausen. Die Organisation lag in den Händen des Berufsverbandes. Ohne die Unterstützung der Industrie wären alle diese Vorhaben nicht zu realisieren gewesen.

Um noch bei den Fortbildungsbemühungen des Verbandes zu bleiben: Auch regional gab es bald Wochenendangebote. Hier bewährte sich die Durchstrukturierung in Landes- und Bezirksverbände. Erstaunlich der Eifer unserer Funktionsträger, den Kolleginnen und Kollegen „auf die Sprünge zu helfen“. Man könnte viele Namen nennen. Es sei ihnen allen in cumulo für ihren Einsatz gedankt.

Zwei Namen muss ich aber doch nennen. Es sind dies **Sanitätsrat Hans Blatt**, Sulzbach/Saar, und **Klaus Gritz**, Hamburg. Ersterer hat dafür gesorgt, dass auch der Begriffsstutzigste am Ende in der Lage war, die Gebührenordnung virtuos anzuwenden, und **Klaus Gritz**, später einmal Verbandspräsident, erfand die „Pädiatrie zum Anfassen“ als neue Form praxisverbundener Fortbildung an einem Wochenende, zuerst mehrfach in Lüneburg, später dann in allen Landesverbänden erfolgreich kopiert.

Es muss dem Verband als wohl größtes Verdienst angerechnet werden, dass seine Fortbildungsangebote den Mitgliedern die Chance gegeben haben, Anschluss an die moderne Pädiatrie zu finden und sie mit fachärztlicher Kompetenz in ihren Praxen anwenden zu können. Es muss bemerkt werden, dass sich die hochkarätige Klinikpädiatrie dadurch in die Enge getrieben fühlte. In der Tat führte dies zu einer gewissen Konkurrenzsituation, die zu einer Trennung der beiden pädiatrischen Lager zu führen drohte: hier die Hochleistungsklinik, da die leistungsstarke ambulante Pädiatrie, die ein Gebiet abzudecken begann, das der Klinikpädiatrie unbekannt, weil nicht erreichbar war. Dass sich dies später zugunsten einer Gesamtpädiatrie wieder änderte, werden wir noch hören.

An **Theodor Hellbrügge** muss auch hier noch einmal erinnert werden. Was hat er seinen Zuhörern z. B. für die Funktionelle Entwicklungsdiagnostik abverlangt; was musste auf dem Gebiet der Kinderneurologie und -psychiatrie hinzugelert werden, nebst Psychotherapie. Auch die apparative Medizin fand Eingang in die Kinderarztpraxen mit Labor, Röntgen, Ekg, EEG, später Sonographie, – bescheidener zwar, als in anderen Arztgruppen, aber immerhin – und es musste ständig fleißig gelernt werden. Gott sei Dank! Es wurde aber das rein ärztliche Handeln deshalb nicht vernachlässigt: eine exakte manuelle und optische Untersuchung, eine exakte Anamnese gebunden an ein intensives Gespräch mit den Eltern oder jeweiligen Bezugspersonen.

Um die Außenwirkung des Verbandes zu demonstrieren, beschloss man 1966 jährlich eine Gesamttagung an wechselnden, attraktiven Orten abzuhalten, wobei berufs- und standespolitische Themen neben fachmedizinischen einen gewichtigen Platz einnehmen sollten.

Lobbyisten für Kinder

Die gesellschaftlichen Veränderungen in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts zwangen den Berufsverband zu einer zunehmenden Hinwendung zu den sozial-, familien- und bildungspolitischen Problemen. Es galt, die Interessen der Kinder in einer zunehmend kinderfeindlicher werdenden Welt wahrzunehmen. Das brachte den Kinderärzten den Ruf ein, „Lobbyisten für das Kind“ zu sein. „Warum eigentlich nicht?“ fragt man sich.

Im Sommer 1975 wurde **Rolf Wollinger**, Bingen, ins Amt des Vorsitzenden gewählt, bisher Leiter des Fortbildungsausschusses. Mit ihm begann eine große und wichtige Epoche in der Geschichte des Berufsverbandes.

Die Mitgliederzahl war inzwischen auf mehr als 3000 angestiegen. Es stellte sich bald heraus, dass bei der zunehmenden verbandspolitischen Tätigkeit die weitgehend ehrenamtliche Doppelbelastung von Amt und Praxis dem Vorsitzenden eine immer schwerere Bürde wurde. Man schuf das Amt eines „Präsidenten“ mit einer bescheidenen Vergütung.

Die Außentätigkeiten wurden immer dringender. Es galt sich Anerkennung zu verschaffen im Kreis der anderen organisierten

ärztlichen Berufsverbände. Es mussten Kontakte geknüpft werden zu verschiedensten Interessenverbänden, die sich inzwischen gebildet hatten und die vorgaben, sich für die Verbesserung der Situation der Kinder, ihrer Mütter und Familien einzusetzen. Da gab es die „Liga für das Kind“, den „Deutschen Kinderschutzbund“, den Bundeselternbeirat, das Aktionskomitee „Kind im Krankenhaus“, heute als AKIK bekannt, u. a. Nicht selten waren Vorstandsmitglieder eingebunden in die Gründungsbestrebungen solcher Gruppierungen. Nur wenige Mitglieder des Verbandes wussten um diesen Einsatz mit ständigen Reisen zu den verschiedenen Verhandlungsorten. Eine körperliche und vor allem auch zeitliche Belastung für die Funktionsträger.

Rolf Wollinger musste sich gleichzeitig im Kampf um die Verbesserung der Honorarsituation der Kinderärzte bewähren. Bei den zuständigen Herren der KBV in Köln und der Bundesärztekammer war er bald kein Unbekannter mehr. – Er war auch stets bemüht, auf ein engeres Zusammengehen der inzwischen drei großen pädiatrischen Verbände einzuwirken, nachdem sich neben der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde die Gesellschaft für Sozialpädiatrie als immer stärker werdende Vereinigung entwickelt hatte. **Rolf Wollingers** ausgleichendem Wesen gelang es, manche Spannungen zu entschärfen. Die Präsidenten erhielten gegenseitig Sitz und Stimme in den jeweiligen Vorständen.

Kinderärzte werden zu Jugendärzten

Die moderne Wohlstandsgesellschaft warf für die immer kleiner werdenden Familien neue Probleme auf, nicht zuletzt die krankmachenden Verhaltensstörungen. Plötzlich sahen sich die Kinderärzte in ihren Praxen mit einer zunehmenden Zahl auch von Jugendlichen konfrontiert. Ein ganz neues Fortbildungsgebiet musste erschlossen werden. Hier gilt es, den Einsatz von **Theodor Hellbrügge**, **Franz Schmid** und **Dieter Palitzsch** zu rühmen. So wird auf dem Deutschen Ärztetag 1978 erstmals der Wunsch laut nach einer Änderung der pädiatrischen Weiterbildungsordnung und der neuen Bezeichnung „Facharzt für Kinder und Jugendliche“. Auch eine Öffnung der Kinderkliniken für Jugendliche erörtert man. Es sollte noch Jahre dauern, bis man diese Forderungen nachkam.

Es würde zu weit führen, die vielen Aktivitäten des Vorstandes während der Ära Wollinger aufzuzeigen. Wir sind ihm zu großem Dank verpflichtet.

Gesundheitliche Gründe waren es, die **Rolf Wollinger** bewogen, nicht für eine dritte Amtszeit zur Verfügung zu stehen. So traf mich 1983 das harte Los, sein Nachfolger zu werden. Ohne die Opferbereitschaft meiner Frau, unsere Praxis allein weiterzuführen, hätte ich dieses Amt nicht übernehmen können.

Ich hatte bisher den Vorsitz im Gebührenordnungsausschuss inne. Mir blieb nur, im Sinne von **Rolf Wollinger** den Verband weiterzuführen. Unterstützt von einem starken kooperativen Vorstand und getragen von einer verbandsbewussten Delegiertenversammlung gelang es, die Vorstände der drei großen Pädiaterver-

bände auf eine gemeinsame Linie einzuschwören, nicht zuletzt durch die Schaffung einer Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Einer ihrer überzeugenden Gründerväter war **Prof. Hans Ewerbeck**, Köln, den wir jedoch zu bald durch einem tragischen Flugzeugabsturz verloren und zu betrauern hatten.

Als einen Erfolg konnten wir die Aufnahme in das Präsidium des Deutschen Ärztetages verbuchen, dessen Auflösung jedoch im Mai 1989 beschlossen wurde.

Schließlich war es mir in meiner Amtszeit vergönnt, die Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten zu erleben. Über das Wirken des Berufsverbandes in dieser „Wendezeit“ zu berichten, bedürfte ebenfalls eines eigenen Vortrages. Es macht mich ein wenig stolz, dass die sehr rasch einsetzenden Integrationsbemühungen der ostdeutschen Kolleginnen und Kollegen in unser westliches Ärzte- und Verbändesystem nicht zuletzt dank meiner Initiativen am Ende zu einem Erfolg geführt haben. Dass die Gesamtzahl aller unserer damaligen Funktionsträger mich dabei in hervorragender Weise unterstützt hat, sei ihnen heute und von dieser Stelle aus noch einmal von Herzen gedankt. Dank aber auch allen Kolleginnen und Kollegen aus Ostdeutschland, die sich sofort zur Mitarbeit bereit erklärten. Dank der ganzen uns doch unbekanntenen Kollegenschaft, dass sie unseren Ratschlägen so willig und vertrauensvoll gefolgt ist. Dass wir auch manchem nicht helfen konnten, wie es wünschenswert gewesen wäre, bedauern wir noch heute. Noch einmal muss aber auch der Industrie und ihren Mitarbeiter gedankt werden für die spontane Unterstützung unserer Hilfsvorhaben.

1991 folgte mir **Wolfgang Meinrenken**, Bremen, im Amte nach. Ihn löste 1997 **Klaus Gritz**, Hamburg, ab. In immer schwerer werdenden Zeiten nicht nur für uns Kinderärzte steuerten sie den Verband mit sicherer Hand und großem Geschick zu manchem beachtlichen Erfolg.

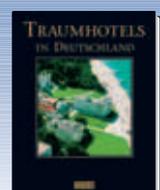
Die zunehmende Notwendigkeit einer Präsenz nahe den Schaltstellen der Standes- und Gesundheitspolitik erforderte eine Übersiedlung unseres Hauptgeschäftsführers, **Stephan Eßer**, nach Berlin, bei Verbleib der hervorragend arbeitenden Geschäftsstelle in Köln.

Seit 2003 hat nun **Wolfram Hartmann** die Verantwortung für die rund 12000 Mitglieder des Berufsverbandes übernommen.

Es sind keine rosigen Zeiten, lieber Wolfram, die Du Dir für Deine Amtsführung ausgesucht hast. Wer kann auch vorher schon wissen, was ihn in solch einem Amt erwartet. Versuche mit Kampf-, aber auch kompromissbereiten Kolleginnen und Kollegen weiterhin eine kluge, erfolgreiche Verbandspolitik zu betreiben zum Wohle und Nutzen all unserer Mitglieder, zur Zukunftsgestaltung der deutschen Kinderheilkunde und Jugendmedizin, vor allem aber zur Sicherung der Gesundheit der uns anvertrauten Patienten.

Dir und Deiner Mannschaft dafür ein herzliches „Glück auf!“

Vortrag von Dr. med. Werner Schmidt, Regensburg,
Ehrenpräsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.



Traumhotels in Deutschland

Deutschland ist das beliebteste Reiseland der Deutschen. Der Bildband „Traumhotels in Deutschland“ bietet einen Überblick über die breit gefächerte Hotellandschaft und hilft, die wirklich exklusiven, hervorragenden Häuser ausfindig zu machen. Der reich illustrierte, luxuriös ausgestattete Bildband ist eine wahre Augenweide: Denn hier präsentiert sich das ganz Besondere und Schöne. Der Leser erfährt nicht nur von Häusern, die sich durch eine ungewöhnlich edle Ausstattung auszeichnen, sondern auch von Hotels, die hinsichtlich Komfort und Service eine ganz eigene kundenfreundliche Philosophie verfolgen.

240 Kunstdruckseiten, Großformat 22,5 x 30 cm, durchgehend farbige Abbildungen, Kunstledereinband mit Goldprägung, ISBN 978-3-7950-7046-5, € 34,20 • Erhältlich im örtlichen Buchhandel oder direkt beim Verlag.

SCHMIDT ROMHILD DEUTSCHLANDS ÄLTESTES VERLAGS- UND DRUCKHAUS SEIT 1579 Mengstraße 16 Tel. 04 51/70 31-2 67 Internet: www.schmidt-roemhild.de
23552 Lübeck Fax 04 51/70 31-2 81 E-Mail: vertrieb@schmidt-roemhild.com

Fortbildungstermine des BVKJ

November 2010

25.–27. November 2010

Psychosomatische Grundversorgung für Kinder- und Jugendärzte (Teil 1)

Esslingen

Auskunft: BVKJ e.V., Kongressabteilung, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de)

20.–21. November 2010

8. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Bayern, Bamberg

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

Termine 2011

März 2011

11.–13. März 2011

17. Kongress für Jugendmedizin

des bvkj e.V., Weimar

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

18.–19. März 2011

20. Pädiatrie zum Anfassen

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

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

24.–27. März 2011

8. Assistentenkongress

des bvkj e.V., Dresden

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

April 2011

2. April 2011

34. Pädiatref 2011

des bvkj e.V., LV Nordrhein, Köln

und 3. Kongress PRAXISfieber-regio für medizinische Fachangestellte in Kinder- und Jugendarztpraxen

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

29.–30. April 2011

9. Pädiatrie à la carte des LV Westfalen-Lippe

des bvkj e.V., Bielefeld

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

Mai 2011

14. Mai 2011

24. Fortbildungsveranstaltung mit praktischen Übungen

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

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

21. Mai 2011

1. Hebammen- u. Pädiaterkongress NRW Oberhausen

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

21.–22. Mai 2011

21. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Thüringen, Erfurt

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

Juni 2011

17.–19. Juni 2011

41. Kinder- und Jugendärztetag 2011

des bvkj e.V., Berlin

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

18.–19. Juni 2011

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

des bvkj e.V., Berlin

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

Juli 2011

9.–10. Juli 2011

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Württemberg / (Baden), Heidelberg

Auskunft: Dr. Andreas Scheffzek, Friedrich Ebert-Anlage 23a, 69126 Heidelberg, Tel. 06221/23404, Fax: 06221/21506 ②

Oktober 2011

1. Oktober 2011

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkj e.V., Dresden

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

8.–12. Oktober 2011

39. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkj e.V., Bad Orb

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

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

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

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

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

Urzeit im Kinderzimmer

DIE RÄTSEL DER DINOS

Die Faszination, die sie seit Jahren auf Kinder ausüben, scheint ungebrochen. Ist es das bizarre, teils furchterregende Aussehen mit seiner Formenvielfalt, weit weg von allen ihnen bekannten Haus- und Zootieren? Bücher, Poster, Filme schüren diese Vorliebe geschickt im Sinne des geschäftlichen Erfolges. Wer kennt nicht von Hausbesuchen die überbordenden Regale voller Saurier aller Gattungen in Plüsch und Plastik. Affen und Teddys sind fast zur Randpopulation geworden.

Den Paläontologen geben sie weiter Rätsel auf: Zum Beispiel der BRACHIOSAURUS, ein Pflanzen fressender Urzeitriese des Erdmittelalters aus der oberen Jura- und Kreidezeit vor rund 200–65 Millionen Jahren. Im Berliner Naturkundemuseum ragt sein monumentales Skelett empor: Er wurde bis 24 m lang, über 12 m hoch und wog mehr als 50 t; wohl das schwerste Landtier, das je auf der Erde lebte.

Aber wie war sein Kreislauf beschaffen mit Transportwegen zur Peripherie über -zig Meter, wie die Blutversorgung des Gehirns bei erhobenem Schädel?

Schon die Giraffe muss das Blut ja gegen die Schwerkraft etliche Meter hochpumpen. Ihr besonders muskelkräftiges Herz schafft diese Leistung mit sehr hohen



© Oleg Znamenskiy – Fotolia.com

Afrikanische Massai-Giraffe



Brachiosaurus

Blutdrücken: herznah systolisch 260–350, diastolisch 160–300 mm Hg, in den Halsschlagarterien stark abfallend bis zu Werten um 130/75 mm Hg in den Hirnarterien (persönl. Mitteilung Prof. M. Diener, Inst. f. Veterinär-Physiologie, Gießen). Beim Heben und Senken des Kopfes mögliche Blutdruckschwankungen im Gehirn werden vermutlich durch Verschlussklappen in der großen Halsvene ausgeglichen.

Beim Brachiosaurus gibt es zu Herzform und -größe nur theoretische Vorstellungen, da fossile Belege für die inneren Organe fehlen. Das Berliner Naturkundemuseum schätzt bei der enormen Pumpleistung gegen das hydrostatische Druckgefälle sein Herzgewicht auf über 400 kg. Es müsse ein vollgekammertes Herz vorgelegen haben wie beim Säugetier: zwei getrennte Kreisläufe für Lunge und Körper; nur so habe es den nötigen Druck im Körperkreislauf aufbringen können, ohne dass die Lungengefäße platzten.

Möglicherweise habe er den Kopf nicht über Schulterhöhe geführt und dadurch

das Herz entlastet; auch das bleibt Spekulation.

Im Senckenberg Forschungsinstitut und Naturmuseum Frankfurt/M. nimmt man auf Grund der Gesetze der Herzphysiologie eine Ventrikeldicke von ca. 40 cm (!) an. Ein solch riesiger Herzmuskel wäre aber nicht mehr kontraktibel (persönl. Mitteilung).

Andere Theorien vermuten mehrere Herzen über die Länge des Halses als zwischengeschaltete Pumpstationen.

Diese Fragen werden vielleicht nie befriedigende Antworten finden. – Hingegen scheint das Rätsel seines „plötzlichen“ Aussterbens am Ende der Kreidezeit gelöst: Er hat einen abrupten Klimawechsel mit all seinen Folgen nicht überlebt.

Sicher ist auch, dass sein Hirngewicht nur ein Drittel bis ein Viertel des menschlichen betrug. Trotzdem werden wir wohl nicht -zig Millionen Jahre die Erde bevölkern; Anpassung an die Natur scheint zum Überleben wichtiger als der oft fehlgeleitete und selbstzerstörerische Intellekt des Homo sapiens.

Aber zurück zum Anfang: All das kümmert Kinder nicht und kann ihrer Begeisterung für die Dinos keinen Abbruch tun.

Für Interessierte am Thema „SAURIER“ zwei umfassende Darstellungen:

Zillmer, Hans-Joachim: Dinosaurier-Handbuch Fakten-Funde-Kontroversen, Langen-Müller 2002

Schoch, Rainer (HG.): Saurier – Expedition i.d.Urzeit, Jan Thorbecke Verlag, 2007

Dr. med. Olaf Ganssen
Kinder- und Jugendarzt
Am Grünewald 38
42549 Velbert

Red.: ge

Zum Tode von Dr. Wolf-Rüdiger Horn

Am 1. Oktober ist Dr. Wolf-Rüdiger Horn aus Gernsbach im Alter von 66 Jahren nach kurzer schwerer Krankheit verstorben. Alle, die von diesem plötzlichen Verlust gehört haben, sind tief betroffen. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte trauert um einen engagierten Kinder- und Jugendarzt, der sich vorbildlich auf allen Ebenen für die Gesundheit und das Wohl von Kindern und Jugendlichen eingesetzt hat.

Wolf-Rüdiger Horn ist über Umwege zur Kinder- und Jugendmedizin gelangt. Nur wenige wussten, dass er gelernter Bankkaufmann war. Er war ein überzeugter Jugendmediziner und seit vielen Jahren der Suchtbeauftragte des BVKJ. In dieser Funktion hat er auf vielen Ebenen bescheiden, aber mit Überzeugung und großem Einsatz wichtige Markierungen in ganz Deutschland gesetzt und sich auch bei anderen Professionen und in der Politik hohe Anerkennung erworben. Sein Rat wurde immer wieder nachgefragt.

Zahlreich sind seine Vortragsveranstaltungen, die vielen von uns die Problematik näher gebracht und Verständnis für die Jugendlichen und ihre Familien geweckt haben. Nur durch seine Überzeugungskraft



und sein fundiertes Wissen haben viele Kinder- und Jugendärzte Zugang zu dieser schwierigen Problematik gefunden. Mit seinen Veröffentlichungen hat er Bleibendes hinterlassen.

Auch sein Einsatz bei EU Teach war bemerkenswert. Mit großem Engagement hat er im BVKJ und in der DAKJ für die Jugendmedizin geworben und mit dazu beigetragen, dass Kinderärzte zu Jugendmedizinern geworden sind. Das bleibt unvergessen.

Wolf-Rüdiger Horn war für viele, die ihn näher kannten, ein echter Freund und hochinteressanter Gesprächspartner.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte verliert mit ihm einen bemerkenswerten Kinder- und Jugendarzt. Wir trauern mit seiner Frau Dr. Irene Schneid-Horn und seinen fünf Kindern um diesen feinen Menschen und werden Wolf-Rüdiger immer ein ehrendes Andenken bewahren.

Dr. Wolfram Hartmann – Präsident

Tagungen

November 2010

27. November 2010, München
16. Münchner Impftag – Interaktiv
Info: www.rg-web.de

27.–28. November 2010, Erlangen
Zertifizierung zum/zur Neurodermitstrainer/in
Info: Andrea.Egloffstein@uk-erlangen.de

27.–28. November 2010, München
Symposium Aktuelle Fragen der Sozialpädiatrie:
Die Schule als interdisziplinäre Herausforderung
Info: www.theodor-hellbrügge-stiftung.de

Dezember 2010

4.–5. Dezember 2010, Wangen/Allgäu
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer Block 2
Info: Dr. med. T. Spindler, Tel. 07522/7971211 oder www.aabw.de

Januar 2011

22.–23. Januar 2011, Erlangen
Zertifizierung zum/zur Neurodermitstrainer/in
Info: Andrea.Egloffstein@uk-erlangen.de

Februar 2011

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

April 2011

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

Juli 2011

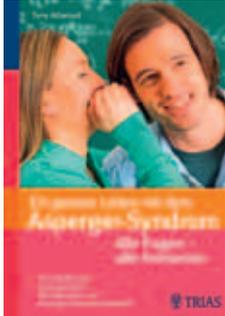
9.–10. Juli 2011, Wangen/Allgäu
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer Block 1
Info: Dr. med. T. Spindler, Tel. 07522/7971211 oder www.aabw.de

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

Buchtipps

Tony Atwood

Ein ganzes Leben mit dem Asperger-Syndrom. Alle Fragen – alle Antworten



Verlag
Trias, 448
S., 14 Abb.,
ISBN
978-3-
830433927,
€ 29,95

Wer kennt sie nicht? Die aufgeweckten, außergewöhnlich eloquenten Kinder, die uns – sämtliche nonverbalen Signale unserer ermüdenden Aufmerksamkeit ignorierend – einen umfassenden Monolog über Planeten, Dinosaurier oder andere Spezialinteressen halten, dabei meist Augenkontakt vermeiden und vollkommen unbeeindruckt von unseren Versuchen, das „Gespräch“ zu beenden, fasziniert fortfahren. Verwendet man die vom Autor favorisierten Gillberg-Diagnosekriterien, so beträgt die Häufigkeit des Asperger-Syndroms (AS) bei Kindern etwa 1:250. Gegenwärtig werden nur rund 50 % aller Betroffenen erkannt, mit steigender Tendenz. „Von Kindheit bis Erwachsensein: Was Menschen mit Asperger Syndrom weiterhilft“ – so der Untertitel dieses Fachbuchs für Professionelle und Ratgeber für Betroffene in einem. Und diesen Anspruch löst Tony Atwood ein.

Der australische Psychologe leitet seit 1992 eine Klinik für Menschen mit dem AS und beeindruckt nicht nur durch sein hohes Maß an Fachwissen, sondern vor allem durch sein so tiefes menschliches Verständnis für die Perspektive von Menschen mit AS – für ihre Schwächen und Stärken, die er illustriert durch zahlreiche Beispiele und autobiographische Berichte von Betroffenen dem Leser einfühlsam nahebringt.

Nach einem lebendig illustrierten einführenden Kapitel, wie sich das AS in den verschiedenen Lebensabschnitten vom Säugling bis zum Erwachsenen präsentieren kann, widmet sich das 2. Kapitel der schwierigen Diagnosestellung. Tony Atwood stellt die vorhandenen verfügbaren diagnostischen Instrumente dar, be-

wertet kritisch die aktuell gültigen Diagnosekriterien und geht auf geschlechtsabhängige Schwierigkeiten ein. Kapitel 3 befasst sich mit dem fehlenden sozialen Verständnis von Kindern mit AS und den Möglichkeiten, ihnen in den verschiedenen Altersphasen dabei zu helfen, soziale Signale zu erkennen, angemessen darauf zu reagieren und Freundschaften zu knüpfen. Aufgrund ihrer Andersartigkeit sind Kinder und Erwachsene mit AS häufig Ziel von Hänseleien und Bullying – mit anhaltenden und gravierenden Folgen für ihr ohnehin fragiles Selbstbewusstsein. Im vierten Kapitel macht uns Atwood darauf aufmerksam und empfiehlt Strategien, um die Häufigkeit und die Folgen von Bullying zu reduzieren. Menschen mit AS haben offensichtlich Schwierigkeiten, die Worte, Blicke, Mimik und Gestik ihres Gegenübers zu verstehen, ihre sozial-emotionale Empathiefähigkeit ist stark beeinträchtigt. Das soziale Miteinander führt zu Verwirrung, Frustration und Angst. Affektive Störungen wie Depressionen, Angststörungen sowie Probleme mit der Steuerung von Wut und der Vermittlung von Liebe und Zuneigung sind häufig die Folge. Das 6. Kapitel widmet sich ausführlich diesen Problemen und gibt einen Einblick in die psychologischen Behandlungsmöglichkeiten mithilfe der kognitiven Verhaltenstherapie. Die folgenden Kapitel (Spezialinteressen, Sprache, Kognitive Fähigkeiten, Bewegung und Koordination sowie Sensorische Empfindlichkeiten) widmen sich nun detaillierter den Verhaltensbesonderheiten von Kindern und Erwachsenen mit AS. Das Verständnis dieser Besonderheiten ist die Grundlage therapeutischer Ansätze, die Atwood detailliert und praxisnah beschreibt. Im Kapitel 13 (Langfristige Beziehungen) werden Probleme, die sich in Partner- und Elternschaft entwickeln können, angerissen. Dabei kommen auch die Schwierigkeiten des nicht-autistischen Partners zu Wort – leider ist dieses Kapitel sehr kurz geraten. Ein Kapitel über den Nutzen von Psychotherapie und eine Zusammenstellung häufiger Fragen beschließen das Buch.

Das Buch wendet sich an Ärzte, Psychologen, Studenten, Betroffene, Familienmitglieder, Lehrer und Thera-

peuten gleichermaßen. Jedes der 15 Kapitel wird von einer kurzen Formulierung der „Lernziele“ eingeleitet und von einer prägnanten Zusammenfassung beendet. Die Kapitel sind gut gegliedert, mit zahlreichen einprägsamen Zwischenüberschriften versehen und leicht zu lesen. Das Buch wird beschlossen von einem Serviceteil mit umfangreichem Literaturverzeichnis und hilfreichen Adressen für Betroffene in Deutschland. Es ist rundum empfehlenswert: Angetrieben davon, gerade auch diesen Menschen mit ihren offensichtlichen sozialen Schwierigkeiten ein erfülltes Leben in unserer Gesellschaft zu ermöglichen, bricht Tony Atwood die Lanze für eine frühe Diagnose und Förderung. Er schafft es, uns Menschen mit Asperger-Syndrom so darzustellen, dass sie mit all ihren Eigenheiten als liebenswerte Individuen verstehen, denen Respekt und Anerkennung gebührt.

Dr. Regina Gaissmaier
Im Wiblinger Hart 60
89079 Ulm

Red.: ge

Angelika Enders,
Michele Noterdaeme (Herausgeber)

„Autismus-Spektrum-Störungen (ASS)“

Verlag Kohlhammer,
2010, geb., 323 S., 39 Abb.,
27 Tab., ISBN: 978-
31702011497, € 49,90

Bei diesem vor kurzem erschienenen Buch handelt es sich – der Komplexität des Themas angemessen – um ein Werk mehrerer Autorinnen und Autoren aus verschiedenen Fachgebieten. Hierbei ist nicht nur die Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychiatrie/Psychotherapie vertreten sondern auch die Pädiatrie mit den Fachgebieten Entwicklungsneurologie, Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie, Stoffwechsel und Ernährung, des weiteren die Humangenetik und die Sonderpädagogik.

Das systematisch aufgebaute Werk behandelt umfassend alle mit Autismus auftretenden Fragestellungen und setzt sich auch kritisch mit Fragen der Epidemiologie und Klassifikation auseinander.



Die Entwicklungspsychologie erhält ausreichend Raum mit Beschreibung der sensitiven Phasen der frühen sozioemotionalen Entwicklung aber auch der aktuellen psychologischen Theorien wie z.B. der für das Verständnis des Phänomens Autismus wichtigen Theory of Mind.

Im Kapitel „Neurobiologische Erklärungsansätze“ werden genetische Syndrome vorgestellt, die häufig mit Autismus kombiniert auftreten (z.B. Tubuläre Sklerose, Fragiles X-Syndrom, Rett-Syndrom, Angelman-Syndrom u.a.m.). Auch neurometabolische Syndrome (z.B. Neurotransmitterstoffwechsel und Mitochondriopathien) sowie immunologische Befunde bei Autismus-Spektrum-Störungen werden kompetent beschrieben.

Das elementare Thema der diagnostischen Vorgehensweise berücksichtigt ebenso die Beschreibung autisspezifischer Instrumente wie die neuropsychologische, neuropädiatrische und genetische Diagnostik. Gerade hierbei wird der Wert dieses Buchs deutlich, da die unterschiedlichen fachspezifischen Aspekte umfassend bearbeitet werden. Die in den letzten zehn Jahren entwickelten Instrumente zur Durchführung einer standardisierten Diagnostik der tiefgreifenden Entwicklungsstörung werden dabei übersichtlich und ver-

ständig dargestellt, so dass der sehr komplexe diagnostische Prozess auch von weniger Autismus-Erfahrenen gut nachvollzogen werden kann.

Auch bei diesem Kapitel gefällt eine distanzierte Betrachtungsweise als Ausdruck einer souveränen Kenntnis des Autismus-Spektrums.

Viel Wert wird auf die genaue Beschreibung und Erkennung der für den Kinderarzt wichtigen frühen Symptomatik im Kleinkind- und Vorschulalter gelegt, sowohl bei Beschreibung der Kernsymptome als auch im diagnostischen Teil.

Komorbidität und Verlauf werden ausführlich besprochen. Auch die häufig schwierige differenzialdiagnostische Abgrenzung (z.B. Sinnesbeeinträchtigungen, Landau-Kleffner-Syndrom, Mutismus, Hyperkinetische Störungen) wird auf gut verständliche Art bearbeitet. In diesem Kapitel findet sich auch ein interessanter Beitrag zum Autismus im Erwachsenenalter mit Themen wie: „Internetselbsttest auf Asperger-Syndrom“, „Aspie“ – das neue Asperger-Syndrom“ und „Aspie – Problemlösung durch Verniedlichung?“

Die verschiedenen therapeutischen Verfahren werden ausführlich und übersichtlich beschrieben und in Form von Fallbeispielen verdeutlicht (z.B. Aufbau von Handlungskompe-

tenz, Stimuluskontrolle, autisspezifische Konsequenzkontrolle, Bedeutung effektiver Verstärker, Aufbau von Kommunikation und Sprache, Aufgreifen kindlicher Kommunikationssignale, Einsatz gestützter Kommunikation, Aufbau sozialer Kompetenz, TEACCH-Programm u.a.m.), des weiteren medikamentöse Therapie sowie Behandlung der Epilepsie bei Autismus.

Auch Eltern- und familienbezogene Maßnahmen und Schulische Rahmenbedingungen, Hilfen und Interventionen sowie in einem letzten Kapitel das Versorgungsnetz werden besprochen.

Dem Buch beigelegt ist eine Video-DVD mit wertvollen Fallbeispielen, auf die vereinzelt im Text direkt verwiesen wird. Leider findet sich im Buch keine Inhaltsangabe der Video-DVD (diese kann allerdings als PDF-Datei geöffnet und ausgedruckt werden).

Zusammenfassend handelt es sich um ein sehr empfehlenswertes, reichhaltiges Buch auf dem neuesten Wissensstand, das für Kinder- und Jugendärzte, die ja der Regel die ersten sind, die autistische Kinder in der Praxis oder in der Klinik sehen, ein absolutes „Muss“ darstellt. Dieses Buch lässt wirklich keine Frage zum Thema Autismus offen!

Dr. Wilfried Katzer, Konstanz

Red.:ge

Praxistafel

Suche FÄ/FA (auch im letzten Ausbildungsjahr) **zur Mitarbeit** in unserer fachübergreifenden Praxisgemeinschaft nahe Hamburg (auch Teilzeit möglich).
Tel. 04102/78930, e-mail: dr.s.bischoff@gueldenholm.de

Große kinderärztliche Praxis (3 Ärzte) in Bremen sucht **engagierten Kollegen/in** (auch im letzten Ausbildungsjahr) zu Übernahme eines KV-Sitzes ab April 2012. Vorherige Kennenlernzeit ab Sommer 2011 gewünscht.
Zuschriften bzw. tel. Auskunft:
Vera Harms, Dr. Ute Greeff, Dr. med. Joachim Schlage, Kinder- und Jugendheilkunde, Naturheilverfahren, Schwaneweder Str. 21-23, 28779 Bremen-Blumenthal, Tel. 0421 - 60 60 25 / 60 00 48
oder email: info@kinderaerzte-blumenthal.de

Kinder- und Jugendarztpraxis Kreis ES, Kirchheim-Teck (40T. EW), Region Stuttgart (S-Bahn) ab 1.4.2011 abzugeben. Geregelter Nacht-WE-Dienst.
e-mail: dr.martin.baur@t-online.de

Gutgehende Kinderarztpraxis in mittlerer, südhessischer Großstadt, zentrale Lage vom 02.01.2012 zu verkaufen.
Zuschriften unter Chiffre 1879 KJA 11/10 an den Verlag erbeten.

Münsterland

*Suchen Sie eine Alternative zur Klinikätigkeit?
Möchten Sie Beruf und Familie durch flexible Arbeits- und Urlaubszeiten, geregelten zentr. Notdienst und gute Verdienstmöglichkeiten in Einklang bringen?
Wollten Sie schon immer selbstverantwortlich Ihre Ideen einer ambulanten Pädiatrie umsetzen, dabei aber die Vorteile einer Teamarbeit nutzen?*

Dann sollten wir miteinander in Kontakt kommen.

Wir sind eine modern und großzügig ausgestattete Praxis mit engagiertem Team (MfAs, Kinderkrankenschwester, Diätass., Kollege/in) und suchen für einen ausscheidenden Kollegen Ersatz, um unseren sehr großen Patientenstamm zu betreuen.

Die Praxisausstattung ist auf neuestem Stand (EDV, EKG, Uschall, Lufu etc.), Arbeitszeit und Status (Anstellung, Teilhabe) frei vereinbar. Landschaftlich reizvolle Kleinstadt mit sehr guter Wohnqualität (alle Schulen).

Kontakt unter 015154989153

Kinder- und Jugendarztpraxis in Schriesheim (15.000 Einwohner) bei Heidelberg ab 01.04.11 abzugeben.
Kontakt über Tel.: 0 62 03 / 6 12 11

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

Wir gratulieren zum Geburtstag im Dezember 2010

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Barbara *Leucht*, Berlin, am 02.12.
 Herr Dr. med. Albert *Heindl*, Amberg, am 09.12.
 Herr Dr. med. Peter-Andoko *Soemantri*, Kleve, am 11.12.
 Frau Dr. med. Barbara *Fischer*, Karlsruhe, am 14.12.
 Herr Dr. med. Manfred *Darr*, Frankfurt/Oder, am 22.12.
 Herr Dr. med. Harald *Kandler*, Bad Honnef, am 26.12.
 Herr Dr. med. Klaus *Knaup*, Lüdinghausen, am 30.12.

70. Geburtstag

Herr Dr. med. Rüdiger *Schalkhäuser*, Ochsenfurt, am 06.12.
 Herr Dr. med. Wolfgang *Henneberger*, Friedberg, am 08.12.
 Frau Maria *Johna*, Solingen, am 08.12.
 Herr Dr. med. Frieder *Kötz*, Siegen, am 09.12.
 Frau Dr. med. Elke *Winter*, Schleswig, am 09.12.
 Herr Dr. med. Rainer *Müller-Hefß*, Herford, am 10.12.
 Herr Dr. med. Lothar *Höpfner*, Laatzen, am 11.12.
 Frau Gisela *Nitka*, Celle, am 12.12.
 Frau Dr. med. Christine *Böhme*, Wernigerode, am 14.12.
 Herr Dr. med. Eckhart *Walther*, Bad Zwischenahn, am 14.12.
 Herr Dr. med. Winfried *Modlich*, Sereetz, am 16.12.
 Frau Dr. med. Gudrun *Schmidt*, Frankfurt/Main, am 16.12.
 Herr Dr. med. Klaus *Giese*, Lübeck, am 18.12.
 Herr Dr. med. Günter *Bartsch*, Neukirchen, am 25.12.
 Herr Dr. med. Reimar *Zerm*, Lommatzsch, am 27.12.
 Herr Dr. med. Bruno *Stumpf*, Idar-Oberstein, am 29.12.
 Herr Dr. med. Frank *Aehnelt*, Neugersdorf, am 31.12.
 Herr Dr. med. Horst *Wagner*, Bremen, am 31.12.

75. Geburtstag

Herr Dr. med. Hans Jörg *Baumann*, Göttingen, am 02.12.
 Herr Prof. Dr. med. habil. Wolfgang *Brömme*, Halle, am 03.12.
 Frau Dr. med. Elfriede *Philipp*, Fürth, am 09.12.

Herr Dr. med. Rolf *Hille*, Niederwartha, am 11.12.
 Herr Dr. med. Winfried *Rath*, Forchheim, am 12.12.
 Frau Dr. med. Helga *Carstensen*, Lübeck, am 16.12.
 Frau Dr. med. Anna-Maria *Brumberg*, Bielefeld, am 19.12.
 Herr Hans-Jürgen *Hildebrandt*, Dessau, am 24.12.
 Frau SR Annemarie *Koban*, Seifhennersdorf, am 24.12.
 Herr Dr. med. Günter *Voigt*, Lutherstadt Eisleben, am 30.12.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Marianne *Wende*, Kaufbeuren, am 16.12.
 Herr Dr. med. Harro *Schirmer*, Friedrichsdorf, am 20.12.
 Herr MR Dr. med. Udo *Steiniger*, Zörnigall, am 26.12.

81. Geburtstag

Frau Dr. med. Katharina *Bauer*, Bunde, am 17.12.
 Herr Dr. med. Bruno *Jahn*, Sondershausen, am 27.12.
 Frau Dr. med. Lilli *Meurer*, Monschau, am 29.12.

82. Geburtstag

Frau Marlene *Zacharias*, Berlin, am 17.12.
 Herr Dr. med. Frederico *Biefang*, Bremen, am 19.12.

85. Geburtstag

Herr Dr. med. Cazim *Kiliccioğlu*, Wolfsburg, am 01.12.
 Frau Dr. med. Isis *Elbern*, München, am 10.12.

86. Geburtstag

Herr Dr. med. Hans *Hager*, Köln, am 08.12.
 Herr Dr. med. Ernst *Peres*, Koblenz, am 08.12.
 Frau Dr. med. Edeltraut *Fritz*, Reinbek, am 11.12.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Inge *Baader*, Köln, am 01.12.
 Frau Dr. med. Angela *Bahr*, Münster, am 12.12.
 Herr Dr. med. August *Witte*, Mülheim, am 15.12.
 Frau Dr. med. Marianne *Kremer*, Essen, am 22.12.
 Frau Dr. med. Renate *Stefan*, Ingolstadt, am 22.12.
 Herr Dr. med. Gerhard *Warnek*, Bielefeld, am 29.12.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Eulner*, Göttingen, am 11.12.
 Herr Dr. med. Gerhard *Artzt*, Köln, am 18.12.
 Frau Dr. med. Hildegard *Geiger*, Offenburg, am 20.12.

89. Geburtstag

Herr Dr. med. Andreas *Löffler*, Gifhorn, am 30.12.

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Lore *Kunkel*, Krefeld, am 05.12.
 Frau Dr. med. Gisela *Detmold*, Ganderkesee, am 21.12.
 Herr Dr. med. Kurt *Meyer*, Schwabach, am 27.12.
 Herr Dr. med. Ferdinand *Müller*, Graflin, am 27.12.

91. Geburtstag

Herr Dr. med. Gerhard *Helm*, Prien, am 06.12.
 Herr Dr. med. Otto *Meuser*, Hannover, am 21.12.
 Frau Dr. med. Maria *Werner*, Mannheim, am 26.12.

92. Geburtstag

Frau Dr. med. Marianne *Andersen*, Pullach, am 27.12.

93. Geburtstag

Frau Dr. med. Anne *Weikert*, Grünwald, am 17.12.

97. Geburtstag

Frau Dr. med. Christa *Blumenbach-Hasbach*, Vögelsen, am 20.12.

101. Geburtstag

Herr Dr. med. Erwin *Keyser*, Bad Reichenhall, am 31.12.

Wir trauern um:

Herr Dr. med. Wolf-Rüdiger *Horn*, Gernsbach
 Herr Dr. med. Hartmut *Kasischke*, Südamerika
 Frau Dr. med. Christiana *Kieser*, Hamburg
 Herr Dr. med. Herbert *Ludwig*, Freudenstadt
 Frau Dr. med. Anne *Rieder*, Mannheim
 Herr Dipl.-Med. Tilmann *Roedel*, Haynrode
 Frau Dr. med. Berta *Schnieder*, Lüdinghausen
 Frau Dr. med. Katarina *Weller*, Gerlingen

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Stefanie *Krauß*
 Frau Dr. med. Teresa *Edenfeld*
 Herrn Friedrich *Reichert*
 Herrn Özgür *Dogan*

Landesverband Bayern

Frau Dr. med. Verena *Schneider*
 Herrn Volker *Schönecker*
 Frau Dr. med. Lena *Stuedemann*
 Herrn Dr. med. Thomas *Leis*
 Herrn Dr. med. Peter *Bartels*

Landesverband Berlin

Herrn Dr. med. Thomas *Boeckel*
 Frau Dr. med. Gabriele *Dolk*
 Frau Dr. med. Evelyn *Rugo*

Landesverband Brandenburg

Frau Dipl.-Med. Sylvia *Richter*

Landesverband Hessen

Herrn Jörn *Rohweder*

Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Frau Anne *Michalk*
 Herrn Florian *Woermann*

Landesverband Niedersachsen

Frau Dr. med. Iris *Abel*
 Frau Verena *Giffhorn*

Landesverband Nordrhein

Frau Hawa *Senkabak-Lunnemann*
 Frau Eva-Maria *Niehoff*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Frau Dr. med. Maike *Kiesewetter*
 Frau Dr. med. Julia *Pfützner*
 Frau Dr. med. Elisabeth *Siegmund*

Landesverband Sachsen

Herrn Dr. med. Michael *Waas*
 Frau Jana *Geisler*
 Frau Dipl.-Med. Brunhild *Richter*

Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Dr. med. Dagmar *Fischer*

Landesverband Thüringen

Frau Dr. med. Gudrun *Gottweiss*

Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Dr. Petra *Winzer-Milo*
 Frau Dr. med. Christiane *Jaecker*
 Frau Dr. med. Heidi *Kühl*

● Pädindex

KINDER-UND JUGENDARZT

im Internet

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

www.kinder-undjugendarzt.de

Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Reprint der 1. Auflage von 1918

Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes

von L. Langstein und F. Rott

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



Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes

von
L. Langstein und F. Rott

Nachdruck der 1. Auflage

erschienen in Berlin 1918
bei Julius Springer

Verlag Schmidt-Römhild · Lübeck
1989

€ 25,-

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

**SCHMIDT
RÖMHILD** DEUTSCHLANDS
ÄLTESTES VERLAGS-
UND DRUCKHAUS
SEIT 1579

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

Beispiel für eine erfolgreiche Zusatztherapie mit Levetiracetam bei epileptischen Anfällen im Säuglingsalter

Dr. med. Ingo Borggräfe aus der Abteilung für Pädiatrische Neurologie des Dr. von Haunersches Kinderspitals der Ludwig-Maximilians-Universität München berichtet über die Behandlung eines Säuglings, der durch die Kombinationsbehandlung mit Levetiracetam das Ziel der Anfallsfreiheit erreichen konnte.

Anamnese

Nach unauffälliger Schwangerschaft und Geburt des im Januar 2009 geborenen Kindes zeigten sich im vierten Lebensmonat erstmals epileptische Anfälle in Form von generalisiert tonisch-klonischen Anfällen, die zur Vorstellung des Kindes in der Kinderklinik führten. Die Familienanamnese bezüglich Fieberkrämpfen und Epilepsien ist leer, die Patientin hat einen gesunden älteren Bruder.

Diagnostik

In der körperlichen Untersuchung zeigte sich eine psychomotorische Retardierung mit unzureichender Fixation und leichter generalisierter muskulärer Hypotonie. Sowohl Untersuchungen des Stoffwechsels als auch der Genetik blieben ohne wesentlichen Befund. Im EEG zeigten sich multiregionale Spikes sowie eine generalisierte kontinuierliche Verlangsamung. Das im Alter von vier Monaten durchgeführte MRT war unauffällig.

Therapie und Therapieerfolg

Kurz nach Auftreten der ersten Anfälle wurde eine antikonvulsive Therapie mit Phenobarbital (7,5 mg/kg Körpergewicht, KG) begonnen. Unter der kurze Zeit später eingeführten Kombination mit Topiramaten wurde das Kind anfallsfrei. Aufgrund der starken Müdigkeit des Kindes wurde Phenobarbital ausgeschlichen. Unter der Monotherapie mit Topiramaten (5 mg/kg KG) traten dann im Verlauf Anfallsrezidive in Form von hypomotorischen Anfällen und generalisiert tonischen Anfällen auf. Das Kind hatte zu diesem Zeitpunkt etwa zwei bis drei Anfälle pro Woche mit zunehmender Frequenz. Im sechsten Lebensmonat

begann die sukzessive Eindosierung von Levetiracetam mit einer wöchentlichen Erhöhung der Dosis um 10 mg/kg KG auf zunächst 20 mg/kg KG. Nach initialer Anfallsfreiheit traten wieder Anfälle auf, sodass die Medikation sukzessive gesteigert wurde. Unter der Kombinationstherapie von Levetiracetam (50 mg/kg KG) und Topiramaten (5 mg/kg KG) wurde eine anhaltende Anfallsfreiheit erreicht. Die Zusatzbehandlung mit Levetiracetam wurde sehr gut vertragen. Es traten keine Nebenwirkungen auf, Schlaf sowie Appetit waren unbeeinträchtigt. Es zeigten sich keine Verhaltensauffälligkeiten.

Diskussion

Das heute 21 Monate alte Mädchen (13 kg) ist unter der Kombinationstherapie von Levetiracetam und Topiramaten anhaltend anfallsfrei. In ihrer kognitiven Entwicklung ist sie weiterhin deutlich retardiert. Sie besitzt keinen aktiven Wortschatz und verfügt nicht über eine dem Alter entsprechende Ausdauer und Qualität im freien Spiel. Im EEG zeigte sich im Verlauf neben den epilepsietypischen Potenzialen eine zunehmende rhythmische Verlangsamung. Eine Untersuchung bezüglich Angelman-Syndrom war unauffällig. Die Eltern des Kindes haben nach wie vor Mühe, sowohl die Epilepsie als auch die kognitive Retardierung des Kindes zu akzeptieren.

Levetiracetam stellt in der Zusatzbehandlung fokaler Anfälle im Kindesalter aller Altersgruppen eine wertvolle Therapieoption dar. Das Antiepileptikum zeigt ein breites Wirkspektrum, hat ein geringes Interaktionspotenzial, keine neurotoxischen Effekte und erlaubt aufgrund seiner

günstigen Pharmakokinetik eine einfache Handhabung mit rascher Aufsättigung. Aufgrund der zunehmenden Anfallsfrequenz des Kindes werten wir auch die Möglichkeit, Levetiracetam schnell aufzudosieren, als Vorteil.

Insbesondere vor dem Hintergrund der für dieses Lebensalter bislang limitierten Behandlungsoptionen stellt die Zulassung von Levetiracetam ab dem ersten Lebensmonat eine sinnvolle Bereicherung dar. Die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Levetiracetam in der Zusatzbehandlung bei diesen sehr jungen Patienten (mit fokalen Anfällen) wurde in einer randomisierten, doppelblinden und plazebo-kontrollierten Multizenterstudie belegt. Seit September vergangenen Jahres ist Levetiracetam (Keppra®) bei Säuglingen mit Epilepsie ab dem ersten Lebensmonat zur Zusatzbehandlung fokaler Anfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung zugelassen.

1. Pina-Garza JE, Nordli DR, Rating D et al. Adjunctive levetiracetam in infants and young children with refractory partial-onset seizures. *epilepsia* 2009;50(5):1141-1149.

Dr. med. Ingo Borggräfe
Dr. von Haunersches Kinderspital
Kinderklinik und Kinderpoliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München
Lindwurmstr. 4
80337 München

Unterstützt durch UCB GmbH, Monheim

Späte Frühgeborene als Risikogruppe wahrnehmen

RSV-Prophylaxe gezielt einsetzen

Späte Frühgeborene, die in der 34. bis 36. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen, sind trotz der Tatsache, dass sie den Termingeborenen ähneln (Abb. 1), physiologisch und metabolisch unterentwickelt, vor allem das Immunsystem und die Lunge sind noch längst nicht ausgereift. So müssen sie doppelt so lange im Krankenhaus verweilen wie Termingeborene, auch werden sie drei Mal häufiger intubiert. „Wir müssen späte Frühgeborene verstärkt als Risikogruppe wahrnehmen und sie mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln, zum Beispiel durch eine Prophylaxe mit Palivizumab, schützen,“ so das Fazit der Experten anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ).



Abb. 1: Lilly, geboren in der 35. Schwangerschaftswoche, 10 Wochen alt

Im Vergleich zu den vor der 34. Schwangerschaftswoche (SSW) geborenen Kindern wird die neonatologische Versorgung der späten Frühgeborenen als relativ problemlos angesehen. „Trotzdem haben diese Kinder im Durchschnitt ein siebenfach höheres Morbiditätsrisiko als nach der 37. SSW Geborene, wie neue Daten aus Amerika eindrücklich zeigen“, warnte Dr. Thorsten Wygold, Hannover, auf einem von Abbott unterstützten Symposium (1). Im Vergleich zu Termingeborenen multipliziert sich die Mortalität später Frühgeborener je nach Geburtswoche um den Faktor 3,5-8 (2). „Eine noch nicht abgeschlossene Entwicklung des Immunsystems bei späten Frühgeborenen erhöht das Risiko einer Infektion im Vergleich zu Termingeborenen um mehr als das Fünffache.“ Wichtig sei zu wissen, dass der Anteil der späten Frühgeborenen mittlerweile bei drei Viertel aller Frühchen liege. „Wir sollten somit unser Augenmerk verstärkt auf diese Gruppe legen.“ Laut Wygold sind es nicht nur die Infektionen, die für späte Frühgeborene ein Risiko darstellen: Chronische Atemwegserkrankungen, Essstörungen oder Veränderungen im Sinne des metabolischen Syndroms seien nicht selten, und auch die motorischen, kognitiven und sozio-emotionalen Leistungen könnten nachhaltig gestört sein.

Auch späte Frühchen hinken der Entwicklung hinterher

Dass sich die Auswirkungen einer Geburt vor dem Termin bis weit ins Kleinkindalter hineinziehen können, demonstrierte Prof. Eva Robel-Tillig, Leipzig, mit Daten einer eigenen Studie: 122 Frühgeborene der 33.-36. SSW wurden in ihrem ersten Lebensjahr eingehend untersucht. Im Fokus der Untersuchung standen dabei die körperliche, mentale, motorische und sensorische Entwicklung der Kinder. „Ein unerwartet hoher Anteil zeigte während des ersten Lebensjahres erhebliche Entwicklungsrückstände“, fasste Robel-Tillig zusammen. „Wir sahen in vielen Fällen motorische Probleme, viele dieser Frühchen mussten später psychotherapeutisch behandelt werden“. 20 Prozent der Mütter berichteten zudem über Probleme mit der Ernährung.

RSV-Prophylaxe bei späten Frühgeborenen gezielt einsetzen

Der Infektiologe und Pneumologe Priv.-Doz. Dr. Markus Rose, Frankfurt am Main, warnte davor, das Risiko einer RS-Virusinfektion bei späten Frühgeborenen zu unterschätzen: „Studien zeigen, dass auch späte Frühgeborene erheblich schwer an RS-Virusinfektionen erkranken (3). Neben einer durch das RS-Virus verursach-

ten frühkindlichen Morbidität gibt es eindeutige Hinweise darauf, dass auch die langfristige Entstehung obstruktiver Lungenerkrankungen begünstigt werden kann“, so Rose in Potsdam.

Die passive Immunisierung von Risikokindern ist neben den üblichen Hygienemaßnahmen momentan die einzig wirksame Möglichkeit zur Prävention schwerer RS-Virusinfektionen, zeigte Rose auf. Eltern von Risikokindern sollten über infektiologische Allgemeinmaßnahmen zur Vermeidung der RSV-Exposition informiert werden. Im Krankenhaus müsse eine räumliche Trennung von Patienten mit RS-Virusinfektion von anderen Patienten erfolgen.

Palivizumab – wer sollte immunisiert werden?

Zur RSV-Prophylaxe steht seit nunmehr zehn Jahren der monoklonale Antikörper Palivizumab (Synagis®) zur Verfügung. Palivizumab bindet an das F-Protein auf der Oberfläche des RS-Virus und verhindert so seinen Eintritt in die Zielzellen.

Die Immunisierung ist gemäß des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 19. Juni 2008 indiziert und als Praxisbesonderheit von den Kassen zu erstatten bei Kindern mit hohem Risiko im Alter von ≤ 24 Lebensmonaten zum Beginn der RSV-Saison,

- die wegen bronchopulmonaler Dysplasie begleitende therapeutische Maßnahmen innerhalb der letzten bis wenigstens sechs Monate vor Beginn der RSV-Saison benötigten; diese Maßnahmen beinhalteten zusätzlichen Sauerstoff, Steroide, Bronchodilatoren oder Diuretika

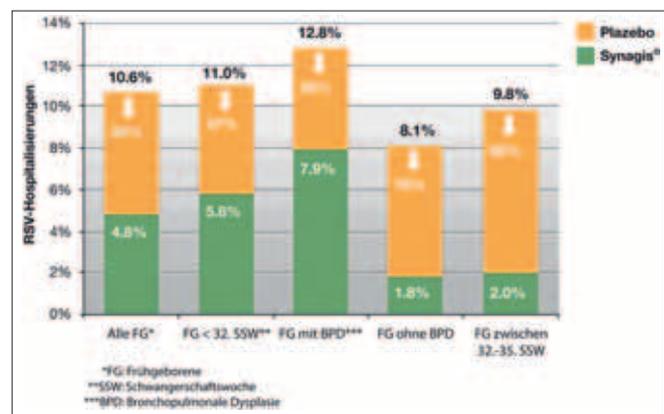


Abb. 2: Palivizumab-Prophylaxe reduziert RSV-Hospitalisierungen bei späten Frühgeborenen der 32.-35. Schwangerschaftswoche am effektivsten (mod. nach 4)

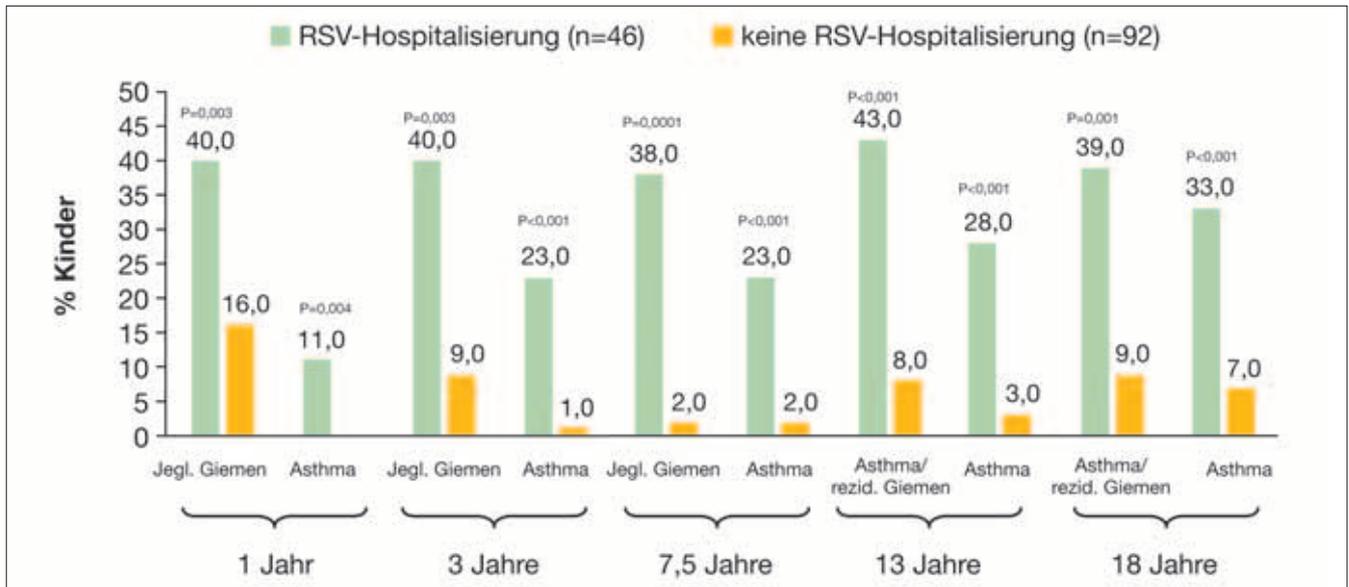


Abb. 3: Zusammenhang zwischen schweren RS-Virusinfektionen im Säuglings- und Kleinkindalter und der Entwicklung von Asthma und obstruktiven Atemwegserkrankungen (mod. nach 5)

- mit hämodynamisch relevanten Herzfehlern (zum Beispiel relevante Links-Rechts- und Rechts-Links-Shunt-Vitien und Patienten mit pulmonaler Hypertonie oder pulmonalvenöser Stauung).

Darüber hinaus kann eine Immunisierung auch erfolgen bei Kindern im Alter von ≤ 6 Monaten bei Beginn der RSV-Saison,

- die als Frühgeborene bis zur vollendeten 28. SSW (28 [+6] SSW) geboren wurden
- die als Frühgeborene ab der 29. bis zur vollendeten 35. SSW (35 [+6] SSW) geboren wurden, nur nach individueller Abwägung weiterer Risikofaktoren, die für schwere Verläufe der RS-Virusinfektion disponieren. Zu fordern sind mindestens zwei Risikofaktoren, wie z. B. schwere neurologische Erkrankung, Vorhandensein von Geschwistern im Kindergarten- oder Schulalter, Entlassung aus der Neonatologie zwischen Oktober und Dezember.

Eindrücklich: Die Studien zu RSV und Palivizumab

Rose fasste in Potsdam noch einmal die wichtigsten Studien zum Thema RS-Virusinfektion und Immunprophylaxe durch Palivizumab zusammen:

In der Zulassungsstudie Impact wurde die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Palivizumab bei 1.502 Frühgeborenen (≤ 35 . SSW) und Kindern unter zwei Jahren mit bronchopulmonaler Dysplasie untersucht (4). Die monatliche Gabe führte zu einer Reduktion der RSV-Hospitalisierungsrate in allen Patientengruppen (Abb. 2). Insgesamt wurde die Rate der RSV-Hospitalisierungen um 55 % vermindert ($p<0,001$). „Beeindruckend war jedoch die Gruppe der späten Frühgeborenen: Hier konnte die Hospitalisierungsrate um 80 % gesenkt werden!“

Folge der frühkindlichen RS-Virusinfektion ...

„Eine beeindruckende Studie von Nele Sigurs aus Schweden möchte ich Ihnen nicht vorenthalten – sie untersucht über nunmehr zwei Jahrzehnte den Zusammenhang zwischen schweren RS-Virusinfektionen im Säuglings- und Kleinkindalter und der Entwicklung von Asthma und obstruktiven Atemwegserkrankun-

gen bei Erwachsenen (5) (Abb. 3). Die Arbeitsgruppe verglich zu verschiedenen Zeitpunkten (1; 3; 7,5; 13 und 18 Jahre) Kinder, die eine RS-Virusinfektion durchlebt hatten, mit Kindern ohne diese Infektion.

... Atemwegsprobleme als Erwachsener

Die Häufigkeit von Atemwegssymptomen (Asthma/Giemen) war in der RSV-Gruppe signifikant höher als in der Kontrollgruppe. „Sigurs konnte ganz klar aufzeigen, dass ein frühkindlicher RSV-Infekt ein Asthma lostreten kann“, brachte Rose es auf den Punkt.

„Da mittlerweile 75 Prozent aller Frühgeborenen zu der wichtigen Gruppe der späten Frühchen zählen, ist eine Behandlung mit Palivizumab aus Kostengründen leider nicht bei jedem Kind möglich. Das vom G-BA geforderte Vorliegen von zwei zusätzlichen Risikofaktoren birgt jedoch die Chance, jedes gefährdete Kind zu schützen – durch gezielten und damit wirtschaftlichen Einsatz von Palivizumab.“

Wichtig sei zudem, die Immunisierung genau nach der Empfehlung des G-BA durchzuführen, um den größtmöglichen Schutz zu gewährleisten.

Literatur

1. Shapiro-Mendoza CK et al. Pediatrics 2009. 121(2): e223-e232
2. Khashu M et al. Pediatr 2009. 123: 109-113
3. Horn and Smout. J Pediatr 2003. 143: S133-S141
4. The Impact-RSV Study Group. Pediatrics 1998. 102: 531-537
5. Sigurs et al. Thorax 2010 (Epub ahead of print)

Quelle: Lunch-Symposium „Fast am Termin ist immer noch zu früh – spezifische Risiken bei späten Frühgeborenen.“ 17. September 2010, Potsdam.

Mit freundlicher Unterstützung von Abbott Deutschland.

Autor: G. Fischer v. Weikersthal

Neue Empfehlung zur Pneumokokken-Indikationsimpfung

Die Ständige Impfkommission (STIKO) sieht in ihren aktuellen Empfehlungen zur Pneumokokken-Indikationsimpfung von gefährdeten Kleinkindern im Alter von 2 bis 5 Jahren einen Pneumokokken-Konjugatimpfstoff anstelle des bisher verwendeten Polysaccharidimpfstoffs vor.

1. Welche Bedeutung hat dies für die kinderärztliche Impfpraxis?

Es ist wichtig, den Impfstatus regelmäßig zu kontrollieren und durch die Identifizierung von Impflücken das individuelle Risikoprofil des Patienten zu bewerten. Des Weiteren ist es bedeutsam, sich zu vergegenwärtigen, welche Patienten die STIKO mit dieser Indikationsimpfung meint.

2. Warum empfiehlt die STIKO nun einen 13-valenten Konjugatimpfstoff für Risikokinder anstelle eines 23-valenten Polysaccharidimpfstoffs?

Aus Erfahrung mit dem Polysaccharidimpfstoff wissen wir, dass seine Wirkung nicht so gut ist wie in der Theorie ursprünglich angenommen. Er hat eine schlechte Responderate und durch die kurze Wirkdauer muss er regelmäßig nachgeimpft werden. Es zeigt sich hierbei eine „Hyporesponsiveness“ – bei Auffrischimpfungen wird die Wirkung immer schlechter. Zudem wird der Polysaccharidimpfstoff nicht so gut vertragen. Der 13-valente Impfstoff hat hingegen viele Vorteile. Durch die Konjugation muss er nur einmal geimpft werden und wie aus Daten des nationalen Referenz-

zentrums hervorgeht, hat er eine so gute Serotypenabdeckung, dass er besser wirkt als der 23-valente Polysaccharidimpfstoff. Das liegt vor allem an dem enthaltenen Serotyp 6A, der in dieser Altersgruppe bedeutsam häufig vorkommt.

3. Welche Kinder profitieren von dieser zusätzlichen Impfung?

Der Kinderarzt muss sich klar machen, welche Kinder Risikokinder sind. Das ist die Herausforderung. Im Prinzip zählen hierzu laut STIKO alle Kinder mit chronischen Krankheiten oder Immundefekten. Ich denke, auch wiederkehrende Infekte der oberen Atemwege, die häufig zu Ohr- oder zu Nebenhöhlenentzündungen führen, sind als Risikoindikation zu betrachten. Eine endgültige Beurteilung ist in der Altersgruppe der 2- bis 5-Jährigen schwierig, da häufig erst der Beginn einer Erkrankung sichtbar ist. Eine Ausdehnung der Altersspanne wäre günstig, um Chroniker sicher zu identifizieren.

4. Wie gehen Sie in Ihrer Praxis konkret vor?

Wir empfinden uns als eine präventionsmedizinische Pra-

xis. Jeder Termin wird genutzt, um auch das Thema Impflücken anzusprechen. Zudem besagt die „Öffnungsklausel“ der STIKO, dass der Arzt das individuelle Risiko der Patienten einschätzen muss. Wenn ich also einen Patienten habe, bei dem ich denke, dass er von dieser Impfung auch später noch profitieren kann, beispielsweise bei familiärem Risiko, dann kann ich diese sicherlich vornehmen – natürlich im Rahmen der Zulassung.

5. Wie und in welchem Umfang sind Eltern von Risikokindern über die Bedeutung der Indikationsimpfung informiert?

Bislang sind die Eltern völlig uninformiert, da die Empfehlung der STIKO noch ganz aktuell ist. Diese muss zunächst einmal in der Fachwelt aufgenommen und umgesetzt werden. Dann ist es Aufgabe des Arztes, seinen Patienten bzw. dessen gesetzliche Vertreter zu informieren.

6. Haben Sie in Ihrer Praxis bereits erste Risikokinder nach der neuen Empfehlung geimpft und welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?

Bereits vor der neuen Empfehlung haben wir entspre-



Jörn Voigt, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Groß-Umstadt

chend geimpft und uns auf die Öffnungsklausel gestützt. Seitdem die STIKO die Neuerung ausgesprochen hat, haben wir auch schon einige Kinder mit sehr gutem Erfolg nachgeimpft. Besonders zu erwähnen ist die gute Verträglichkeit des Konjugatimpfstoffs im Vergleich zum Polysaccharidimpfstoff. Die lokalen Nebenwirkungen sind deutlich geringer und ich verspreche mir insgesamt einen deutlich höheren individuellen Schutz für die Patienten.

Mit freundlicher Unterstützung der Pfizer Deutschland GmbH, Berlin

Fachinformationen für die Ernährungsberatung und -bildung

Neuer Bereich für Fachkreise im Nestlé Ernährungsstudio

Neu: Bereich für Fachkreise im Nestlé Ernährungsstudio / Praxisorientierte Informationen, Rechner, Broschüren und Links für die tägliche Arbeit / einfache Integration vieler Angebote in die eigene Website / Reinklicken unter <http://fachkraefte.ernaehrungsstudio.nestle.de>

Das Nestlé Ernährungsstudio startet einen neuen Bereich exklusiv für Fachkreise mit nützlichen Informationen und Tools rund um die gesunde Ernährung (<http://fachkraefte.ernaehrungsstudio.nestle.de>). Für Endverbraucher ist das interaktive Portal als Informations- und Beratungsplattform bereits seit 2005 eine der beliebtesten Anlaufstellen für Ernährungsfragen im Internet. Nun können auch Fachkräfte nach einer kostenlosen Registrierung von der Nestlé-Ernährungskompetenz profitieren.

Der Fachbereich gliedert sich in vier Hauptbereiche: Die Rubrik „Für die Ernährungsberatung“ ist für Ernährungsberater, Ärzte, Pflegepersonal,

Apotheker und Psychologen. Verschiedene Broschüren und Flyer stehen zur Bestellung und zum Download bereit. Darüber hinaus können die Fachkräfte zahlreiche Artikel und interaktive Tools einfach und kostenlos auf ihrer eigenen Website einbinden. Die Rubrik „Für Schule & Unterricht“ richtet sich an Lehrer und Erzieher, die einen anschaulichen Ernährungsunterricht gestalten möchten. In den Rubriken „Nestlé Studie“ und „Nützliche Links“ erhalten alle Fachkräfte übergreifend weiterführende Informationen zu gesunder Ernährung für die persönliche Recherche.

Nach Informationen von Nestlé Deutschland AG, Frankfurt



Pneumokokken-Indikationsimpfung für Risikokinder

STIKO empfiehlt 13-valenten Konjugatimpfstoff

Die STIKO empfiehlt aktuell, die Pneumokokken-Indikationsimpfung von gefährdeten Kindern zwischen 2 und 5 Jahren statt mit dem 23-valenten Polysaccharidimpfstoff mit dem 13-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff durchzuführen.¹ Mit dieser Entscheidung erwartet sie einen weiteren Rückgang invasiver Pneumokokken-Erkrankungen.² Denn im Gegensatz zum Polysaccharidimpfstoff mit 23 Serotypen werden die in Prevenar13® enthaltenen 13 Serotypen als Konjugatvakzine verimpft, die im kindlichen Immunsystem zahlreiche Vorteile für den Immunschutz aufweist. Prevenar13® ist als einziger Pneumokokken-Konjugatimpfstoff für diese Altersgruppe zugelassen.

In der Gruppe der 2- bis 5-jährigen Kinder, traten im Zeitraum von Juli 2007 bis Juni 2009 jährlich durchschnittlich 144 Fälle von invasiven Pneumokokkenerkrankungen auf. Diese Fallzahl beruht auf der Auswertung der erhobenen Daten von Pneumoweb und ESPED-Fallmeldungen. Laut STIKO war dabei in 94 Fällen ein Serotyp ursächlich, der von dem 13-valenten Konjugatimpfstoff abgedeckt wird. 31 Fälle wurden von Serotypen verursacht, die im 7-valenten Impfstoff enthalten sind. Somit hätten bei zusätzlicher Impfung mit dem 13-valenten Impfstoff 63 Erkrankungen verhindert werden können.

Bei Prevenar13® ist das schwach immunogene Kapselpolysaccharid an ein stark immunogenes Trägerprotein konjugiert. Dadurch lässt sich eine bessere Immuno-

genität bei guter Verträglichkeit und eine gute Booster-Antwort erreichen, denn das kindliche Immunsystem reagiert nur eingeschränkt auf bakterielle Kapselpolysaccharide. Außerdem werden Polysaccharidimpfstoffe häufig schlecht vertragen.

Zusätzlicher Schutz durch Konjugatimpfstoff epidemiologisch relevant

Die im Vergleich zum 23-valenten Polysaccharidimpfstoff fehlenden Serotypen spielen in dieser Zielgruppe keine bedeutende Rolle, der zusätzliche Schutz gegen Serotyp 6A dagegen ist epidemiologisch bemerkenswert.³ Der 13-valente Impfstoff Prevenar13® umfasst zusätzlich zu den sieben in Prevenar® enthaltenen Serotypen 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F die sechs Seroty-

pen 1, 3, 5, 6A, 7F sowie 19A, die für die größte nach Einführung eines generellen Impfprogramms verbleibende Krankheitslast durch Pneumokokken im Kindesalter verantwortlich sind.

Hervorzuheben ist der Serotyp 19A, der zu schwer verlaufenden invasiven Erkrankungen führt, in Europa verstärkt auftritt und häufig multiresistent gegenüber Antibiotika ist.⁴

1 Epidemiologisches Bulletin 30/2010, S. 290

2 Epidemiologisches Bulletin 33/2010, S. 334 - 335

3 Kinder- und Jugendarzt 7/2010, S. 454

4 Imöhl et al. Int J Med Microbiology, June 2010; 300(5):324-30

Nach Informationen der Pfizer Pharma GmbH, Berlin

Neue Erkenntnisse zu Beruhigungssaugern

Schnuller befriedigen natürliches Saugbedürfnis

Etwa 70 % der Kinder in Industrieländern haben ein über die Ernährung hinausgehendes Saugbedürfnis. Doch „Schnullis“ sind nicht nur geliebte Tröster, sondern können auch auf Aspekte der Kiefer- und Mundraumentwicklung einwirken. Ihre Form ist dabei entscheidend, so die Meinung einer Expertenrunde aus Fachzahnärzten für Kieferorthopädie und einer Kinderärztin, die sich im Rahmen des Workshops „Auswirkungen von Beruhigungssaugern auf die Kiefer- und Mundraumentwicklung“ in Hamburg umfassend mit dem Thema auseinandersetzte.

Der Saugreflex des Kindes ist angeboren. Schon etwa ab dem 5. Schwangerschaftsmonat ist er per Ultraschall nachweisbar. Saugen ist überlebenswichtig; bereits wenige Minuten nach der Geburt können Babys deshalb trinken. Im ersten Lebensjahr ist das Saugbedürfnis am größten, danach wird es schwächer bzw. verliert sich ganz.

Doch Saugen ist nicht nur Ernährung – Babys können dadurch sehr gut beruhigt und getröstet werden. Am besten geht das nach wie vor an der Mutterbrust, doch auch Mütter sind bisweilen ruhebedürftig. Kein Wunder also, dass die ersten Beruhigungssauger in Form von mit Honig oder Mohnsamen gefüllten Leinenbeuteln bereits im Altertum im Einsatz waren. Albrecht Dürer malte 1473 ein Bild einer Madonna mit Kind und Schnuller und überlieferte so gleichzeitig die erste bildliche Darstellung eines Beruhigungssaugers. Mit fortschreitender medizinischer Erkenntnis gerieten die jahrhundertlang üblichen Stoffsauger wegen möglicher Keimübertragung und zweifelhafter Alkohol- und Mohnfüllungen immer mehr in den Hintergrund. Bereits in der Mitte des 17. Jahrhunderts entstand der erste Gummisauger. Gummi blieb bis zum 19. Jahrhundert das bevorzugte Material für die Saugerherstellung. Doch die Entwicklung von Beruhigungssaugern schritt aus verschiedenen Gründen bis in die 1950er Jahre nur langsam voran.

Orthodontische Sauger sind nicht rund

Die Wende brachten die Untersuchungen der Zahnmediziner Prof. Dr. Dr. W. Balters und Dr. med. dent. A. Müller, die alarmiert durch hohe Raten kindlicher Kieferanomalien die ersten kiefergerechten Sauger in den 1950er Jahren entwickelten.^{1,2} Der Beruhigungssauger erlebte – un-



Abb. 1: NUK Beruhigungssauger von 1956

ter anderem Dank dieser Grundlagenforschung – seit den 1960er Jahren in Industrieländern einen steilen Aufschwung und ist heute aus dem Babyalltag nicht mehr wegzudenken.

Seit rund 60 Jahren wird die NUK Form wissenschaftlich in Studien untersucht, bestätigt und kontinuierlich weiterentwickelt. Darüber hinaus ordnet das renommierte American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics den NUK Sauger als kieferorthopädisches Instrument ein.³ „Ein orthodontischer Beruhigungssauger kann bei richtiger Anwendung eine wertvolle Bereicherung für die Entwicklung sein“ bestätigt die Kinderärztin

Dr. Suzanne Knauer-Schiefer. Sie empfiehlt Beruhigungssauger wie ein Genussmittel einzusetzen, über dessen Einsatz die Eltern nach sorgfältiger Information durch den Arzt entscheiden sollten.

Doch nicht jeder Sauger scheint geeignet, da durch die Form die Entwicklung der Kiefer und des Mundraumes beeinflusst werden kann. Bei Neugeborenen liegt die Entwicklung des Unterkiefers hinter dem Oberkiefer als Anpassung an die Geburt meist zurück. Bereits nach einem Lebensjahr hat der Unterkiefer allerdings den Oberkiefer häufig im Wachstum eingeholt. Bei Betrachtung des Kindes im Profil liegen Unterkiefer und Kinn dann weiter nasenwärts im Vergleich zur Geburt. Parallel dazu entwickelt sich die Mundhöhle des Babys.

„Eine am Universitätsklinikum Münster seit 1999 durchgeführte Langzeituntersuchung zeigt im Ergebnis sowohl bei Frühgeborenen als auch bei reif geborenen Kindern ein statistisch absicherbares Wachstum des Oberkiefers bereits im ersten Lebensjahr“ berichtet die Direktorin der dortigen Poliklinik für Kieferorthopädie, Univ.-Prof. Ariane Hohoff, „dies legt nahe, dass – falls die Eltern ihrem Kind einen Beruhigungssauger geben möchten – dem Wachstum des Kindes entsprechend verschiedene Größen verwendet sollten.“



Abb. 2: a. Saugen mit Beruhigungssauger, b. Saugen am Daumen, c. Saugen an der Mutterbrust



Abb. 3: Orthodontischer Beruhigungssauger, NUK Genius (Latex)

Orthodontische Sauger sind aus guten Gründen nicht rund. Das im vorderen Teil nach oben gewölbte Lutschteil kann sich der Form des Oberkiefers gut anpassen (Abb. 2). „Besonders die Zunge braucht genügend Bewegungsspielraum für eine gute Entwicklung der Zungenmuskulatur, die wichtig für das spätere Sprechen und einen korrekten Lippenschluss ist“, erläutert Dr. Christoph Herrmann vom Privatinstitut für ganzheitliche Kieferorthopädie in Heidelberg. Alle NUK Sauger sind kiefergerecht und unterstützen die gesunde Gesamtentwicklung.

Fokus Frühchenversorgung

Frühgeborene oder Reifgeborene mit geringem Geburtsgewicht müssen oft künstlich enteral ernährt werden. Zwar wird dadurch die Versorgung mit Nährstoffen sichergestellt, die Kinder können aber nicht zur Nahrungsaufnahme saugen, wie es eigentlich ihrem Bedürfnis entspricht. Wird ein Beruhigungssauger parallel zur Fütterung über eine Sonde gegeben, sind viele Säuglinge ruhiger, zufriedener und physiologisch stabiler. Die bei Frühchen häufig noch unvollständig entwickelte Koordination des Saugvorgangs kann durch Verwendung eines Beruhigungssaugers schneller erlernt werden. Deshalb können diese Babys aufgrund ihres stabileren Zustands und ihres höheren Gewichts in der Regel früher aus der stationären Behandlung entlassen werden; verglichen mit Säuglingen ohne Gabe eines Beruhigungssaugers parallel zur Fütterung.⁴

„Da diese Kinder einen sehr kleinen und sehr weichen Kiefer haben, könnte die richtige Größe beim Beruhigungssauger entscheidend sein“, so der Fachzahnarzt

für Kieferorthopädie Priv.-Doz. Dr. Thomas Stamm vom Universitätsklinikum Münster. Für Frühgeborene steht bereits für die Anwendung in der Klinik von NUK ein spezieller Beruhigungssauger zur Verfügung. Weitere Entwicklungen für diese besondere Gruppe sind angedacht.

Rolle von Beruhigungssaugern bei der Kiefer- und Mundraumentwicklung

Die Entwicklung der Kiefer und des Mundraums verläuft etwa ab dem ersten Geburtstag parallel. Doch in den folgenden Jahren entstehen aus verschiedenen Gründen oft Kieferanomalien. Ein häufiger Grund für Kieferanomalien ist beispielsweise Daumenlutschen. „Eine gesunde Mundfunktion, zu der auch das Saugen gehört, ist essentiell für die altersgerechte Kiefer- und Mundraumentwicklung“, so der Zahnarzt Dr. Hubertus v. Treuenfels, kieferorthopädische Praxis in Eutin, zu einer möglichen unterstützenden Rolle von Beruhigungssaugern in diesem Entwicklungsintervall. Die falsche Größe und Form, wie z.B. runde Sauger, können Anatomie und Physiologie des Mundes in der Entwicklung hemmen oder in eine ungewollte Richtung drängen, so der Experte. Mangelnder Lippenschluss und falsche Zungenruhelage können Ergebnisse davon sein.

Aufgrund dieser Erkenntnisse formuliert er als wichtigste Anforderung an einen Beruhigungssauger ein im vorderen Teil nach oben gewölbtes Lutschteil mit flacher Basis. Neben einer physiologischen Zungenbewegung kann so der vollständige Lippenschluss gefördert werden.

Aufgrund von Materialeinschränkungen kann die Weichheit der Mutterbrust nur eingeschränkt nachgeahmt werden. Derzeit werden Beruhigungssauger aus Latex oder Silikon hergestellt. Die Rillen im Lutschteil beim NUK Genius (Abb. 3 und 4) sind daher ein wichtiger Schritt in Richtung Weichheit und Flexibilität, besonders beim Silikonsauger. Verschiedene Größen an Beruhigungssaugern scheinen essentiell, um dem raschen Größenwachstum des Mundraums und des Kiefers besonders im ersten Lebensjahr gerecht werden zu können.

Der NUK Genius erfüllt bereits zahlreiche dieser Bedingungen und eignet sich daher als prophylaktische und unterstützende Maßnahme für eine physiologische Kiefer- und Mundraumentwicklung.³ Ein



Abb. 4: Orthodontischer Beruhigungssauger, NUK Genius (Silikon)

orthodontischer Sauger kann gegenüber dem Daumen den Vorzug haben, dass er kontrollierter gegeben und früher abgewöhnt werden kann. Weitere Studien sollen die Entwicklung von Saugern vorantreiben. So ist gewährleistet, dass sie immer den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen.

Die Amerikanische Akademie für Kinderzahnheilkunde (AAPD) hält nichtnutritives Saugen am Schnuller bei Säuglingen und Kleinkindern für normal, da es deren Bedürfnis nach Kontakt und Sicherheit entspricht. Nach dem dritten Lebensjahr empfiehlt sie allerdings eine Untersuchung und gegebenenfalls Intervention durch einen Experten, weil permanentes Saugen zu Langzeitproblemen führen kann.⁵

Expertenworkshop

„Auswirkungen von Beruhigungssaugern auf die Kiefer- und Mundraumentwicklung“, Hamburg 14.08.2010, Veranstalter: MAPA GmbH

Verfasserin: Dr. Claudia Heß, Mainz

Referenzen

- 1 Müller A: Prophylaxe der Kieferanomalien und prophylaktische Geräte. Deutsches Zahnärzteblatt. 1956; 10: 1-7.
- 2 Balters W: Ergebnisse gesteuerter Selbstheilung von kieferorthopädischen Anomalien. Dtsch. Zahnärztl. Z. 1960; 15, 241-248.
- 3 Wahl N: Orthodontics in 3 millenia. Chapter 9: Functional appliances to midcentury. Am Assoc Orthod. 2006; 129 (6): 829-833, DOI: 10.1016/j.ajodo.2006.03.019.
- 4 Pinelli J, Symington A: Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants (review). The Cochrane Library. 2007; 4: 1-22.
- 5 American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on oral habits. Online verfügbar unter: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_OralHabits.pdf, accessed 14.09.2010.

Update Hautpflege im Säuglingsalter

Bedeutung der Hautschutzbarriere nicht unterschätzen

Die Bedeutung der Hautschutzbarriere im Säuglingsalter kann – das zeigen wissenschaftliche Erkenntnisse – nicht hoch genug geschätzt werden. Eine gestörte Barrierefunktion in den ersten Lebensjahren steht u. a. in unmittelbarem Zusammenhang mit atopischen Hauterkrankungen und allergisch bedingten Krankheitsbildern (1). Zudem zeigen klinische Studien, dass der Entwicklungsprozess der Barriere länger dauert als bisher angenommen, nämlich mindestens bis zum vierten Lebensjahr (2, 3, 4). Durch eine konsequente und adäquate Hautpflege im Säuglingsalter und mit speziell für diese Altersgruppe entwickelten Produkten können die Hautbarrierefunktion positiv beeinflusst und Hauterkrankungen vorgebeugt werden.

Gestörte Barrierefunktion – bei allergischen Erkrankungen im Fokus

Die Barrierefunktion der Haut ist nicht nur zur Abwehr gegen Pathogene und Noxen wichtig, sondern spielt bereits im Säuglingsalter eine große Rolle bei der möglichen Verhinderung allergischer Erkrankungen, erläuterte Prof. Dr. Hans F. Merk, Direktor der Hautlinik der Universität Aachen. Das gilt nicht nur für atopische Hauterkrankungen, wie Atopische Dermatitis oder Kontaktekzem, auch Asthma bronchiale, allergische Rhinitis und Nahrungsmittelallergien werden durch Störungen der Hautbarrierefunktion begünstigt (1). Diese treten insbesondere dann auf, wenn genetische Veranlagung und schädliche Umweltfaktoren zusammentreffen: Hartes Wasser etwa, ungeeignete Hautpflegeprodukte (z. B. aggressive Seifen) oder exogene Proteasen können den Schutzmantel der Haut angreifen. Der Grundstock für Barrierestörungen der Haut wird schon im Säuglingsalter gelegt. Umgekehrt können Maßnahmen, die die Säuglingshaut schützen und deren natürlichen Reifeprozess unterstützen, dabei helfen, allergischen Erkrankungen vorzubeugen, meint Merk: „Die Hautschutzbarriere ist die entscheidende Zielstruktur für Interventionen.“

Windeldermatitis: Barrierestörung nachgewiesen

Welche Rolle die Hautschutzbarriere im Zusammenhang mit der Ausbildung von Windeldermatitiden spielt, erläuterte Dr. Matthias Hauser, Associate Director Scientific Relations, Johnson & Johnson

GmbH. Er stellte eine kürzlich durchgeführte wissenschaftliche Untersuchung vor, die folgendes ergab: Auch bei der Windeldermatitis liegt eine Störung der Hautbarrierefunktion vor. In der Vergleichsstudie (3) an 16 Säuglingen mit und 19 ohne Windeldermatitis verfügten entzündete Hautareale schon optisch über eine andere Morphologie und zeigten mittels der modernen Methode der Reflektionsspektroskopie eine deutlich höhere Blutzirkulation in den betroffenen Hautbereichen, ähnlich wie bei Wunden. Dort konnte auch ein signifikant höherer TEWL als an Arealen in der Windelregion ohne Dermatitis bzw. Kontrollarealen am Oberschenkel gemessen werden, wie Hauser berichtete. Im gesamten Windelbereich lag der pH-Wert höher als der physiologische. „Das deutet auf eine Schädigung der Hautschutzbarriere hin“, so Hauser. Präventive Pflegemaßnahmen könnten helfen, eine Eskalation der Barrierestörung im Windelbereich bis hin zur Windeldermatitis zu verhindern.

Adäquate Hautpflege kann Barriere stärken

Die auf dem Fachpressegespräch „Hautpflege im Säuglingsalter: Orientierung gefragt – Hautbarriere im Fokus“, Berlin, 28. September 2010, vorgestellten wissenschaftlichen Untersuchungen belegen darüber hinaus, dass die Hautschutzbarriere über das erste Lebensjahr hinaus noch nicht vollständig entwickelt (2) und somit anfälliger für Störungen ist. Dies ist insbesondere bei Kindern mit entsprechender genetischer Veranlagung der Fall. Ziel jeder Pflege sollte es daher sein, die

Barrierefunktion zu erhalten und die natürlichen Reifeprozesse zu fördern. Hierzu können standardisierte Pflegeroutinen beitragen, die in Form von evidenzgestützten Pflegeempfehlungen Eltern und Fachkreisen Orientierung im Umgang mit der Säuglingshaut geben. Die Johnson & Johnson GmbH ist bestrebt, diese auf der Basis des fortschreitenden wissenschaftlichen Erkenntnisstands zu erweitern, beispielsweise für die Windelregion. Entsprechende klinische Studien dazu wurden bereits durchgeführt bzw. laufen derzeit in eigenen Forschungszentren oder in Kooperation mit renommierten Forschungsinstituten, u. a. dem Royal College of Midwives in England.

Broschüren mit den ersten evidenzgestützten Pflegeempfehlungen für gesunde Säuglinge können kostenlos angefordert werden bei der
Ketchum Pleon GmbH,
Windmühlstraße 1,
60329 Frankfurt,
Tel. 069 24286165,
pressebuero-jnj@ketchumpleon.com

- (1) Oord van den R et al (2009), *BMJ*; 339:b2433
- (2) Chu M et al (2010), Poster at ICP Congress, Johannesburg
- (3) Nikolovski J et al. (2008), *J Invest Dermatol*; 128:1728-1736
- (4) Stamatias GN et al. (2010), *Ped Dermatol*; 27(2):125-131
- (5) Stamatias GN et al. (2010), *Ped Dermatol* (in press)

Nach Informationen von
Johnson & Johnson GmbH, Neuss

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer

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

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer

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

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum

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

Mitgliederverwaltung

Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Kongressabteilung

Kongresse des BVKJ

Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum

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

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

www.kongress.bvkj.de

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

BVKJ Service GmbH

Geschäftsführer: Dr. Wolfram Hartmann

Beauftragter: Herr Klaus Lüft

Ansprechpartnerin in Geschäftsstelle:

Frau Ursula Horst

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

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

E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

Prof. Dr. med. Frank Riedel

Dr. med. Wolfgang Gempp

Regine Hauch

E-Mail: Christen@HKA.de

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

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

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

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinder- und Jugendarzt

www.kinder-undjugendarzt.de

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php