

bvkJ.

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

Heft 02/13 · 44. (62.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:
HPV-Impfung
für Jungen

Fortbildung:
Das „Squash
Drinking“
Syndrom

Berufsfragen:
Hausbesuch bei
Bundesgesund-
heitsminister
Daniel Bahr

Magazin:
Serie: Wie geht
es der Familie? –
Ich würde mich
zerreißen

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkJ.**

© Andreas Diekmannshenke



„Ich würde mich gerne zerreißen“ – Väter im Spannungsfeld von Erwerbs- und Familienleben

S. 54

Inhalt 2/13

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

Forum

- 3 Vermischtes
- 5 **HPV-Impfung für Jungen**
Regine Hauch
- 6 Vermischtes
- 8 **Das Leser-Forum**
- 11 **Kliniken können mehr für Frühgeborene tun**
Regine Hauch
- 12 **Verbot von Softdrinks hilft gegen Fettleibigkeit**
Regine Hauch
- 13 **Eine Frage an PD Dr. Hermann Kalhoff**
Regine Hauch
- 14 **„Bunter Kreis“ kritisiert deutliche Versorgungslücke für kranke Kinder**
- 16 **Programm des 10. Assistentenkongresses**
- 18 Roche wegen Tamiflu in der Kritik
Christoph Kupferschmid

Fortbildung

- 19 **Der besondere Fall: Das „Squash Drinking“ Syndrom**
Jürgen Hower
- 21 **Sozialmedizinische Begutachtungen bei Kindern und Jugendlichen im Umfeld von SGB V und SGB XI**
Thomas Mandel
- 24 **Welche Dimensionen der ICF werden in Studien zu Physiotherapie nach Bobath und Vojta im Bereich der Pädiatrie betrachtet?**
Stefanie Helbach, Michael Jung
- 33 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Peter H. Höger
- 33 Impressum
- 36 **Consilium Infectiorum: Hereditäres angioneurotisches Ödem**
Peter H. Höger
- 38 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**

Berufsfragen

- 41 **Hausbesuch bei Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr**
Regine Hauch
- 44 **Forschung mit Kindern und Jugendlichen für Kinder und Jugendliche**
Christoph Kupferschmid
- 47 **Neues Patientenrechtgesetz**
Kyrill Makoski
- 50 Erhöhung der „Mindestmenge“ zu behandelnder Frühgeborener
- 50 Wahlergebnis
- 51 **Neue Bedarfsplanungs-Richtlinie**
Christoph Kupferschmid
- 52 **Ein Netz aus Helfern**
Regine Hauch
- 53 **Zu neuen Ufern? Die GFB ringt um ihre Existenz**
Stefan Eßer

Magazin

- 54 **Serie: Wie geht es der Familie? – „Ich würde mich gerne zerreißen“**
Johanna Possinger
- 57 **Sinkende Geburtenrate**
Regine Hauch
- 58 Buchtipps
- 58 Praxistafel
- 59 Sonstige Tagungen und Seminare
- 60 Fortbildungstermine des BVKJ
- 61 Paediatric-Termine
- 62 Personalien
- 64 **Nachrichten der Industrie**
- 68 Wichtige Adressen des BVKJ

Achtung Klinikärzte! Siehe S. 11 + 50

Beilagenhinweis:
Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage ein Supplement der Firma Shire sowie ein Flyer der Firma Pari bei. Als Teilbeilage finden Sie das Sonderheft „Welche Diagnose wird gestellt?“ und die Programmhefte der 23. Pädiatrie zum Anfassen in Erfurt, der 11. Pädiatrie à la carte in Bielefeld und des 26. Pädiatretreffs in Köln.
Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Varizellenimpfung epidemiologisch wirksam

Mit der Einführung einer Impfung gegen Windpocken 2004 sollten drei Ziele erreicht werden: eine Verringerung der Windpockenerkrankungen, eine Verringerung ihrer Komplikationen und die Abnahme von Windpockenfällen bei Risikogruppen durch eine verbesserte Herdenimmunität.

Nach jüngsten Zahlen des Robert Koch Institut (RKI) ging die Zahl der Windpockenmeldungen aus den Praxen von April 2005 bis März 2012 um 85 Prozent zurück (von vier auf 0,6 Fälle pro Monat und Praxis). Der Rückgang betraf sowohl geimpfte als auch ungeimpfte Altersgruppen. Dies wird vom RKI als Beleg für eine Abnahme



© Dan Race – Fotolia.com

in der Viruszirkulation durch verbesserte Herdenimmunität angesehen. Gemessen an den Praxismeldungen und an Kranken-

hausdaten haben auch Komplikationen der Varizellen abgenommen.

Besorgt ist das RKI, ob durch die Impfung die Erkrankung in ein höheres Alter verschoben wird, und ob dadurch die Risiken ansteigen könnten. Die Daten zeigen zwar eine relative Verschiebung des Altersgipfels zu einem höheren Alter, jedoch haben die Erkrankungszahlen bei Älteren absolut nicht zugenommen.

Die spannende Frage, wie lange der Schutz nach der zweiten Windpockenimpfung anhält, kann aus den RKI-Daten noch nicht beantwortet werden.

Quelle: rki.de

Kup

Beschneidungsgesetz: die Mehrheit der Deutschen ist dagegen

Mit großer Mehrheit von 434 Abgeordneten hat der Deutsche Bundestag am 12. Dezember 2012 beschlossen, dass kleine Jungen auf Wunsch ihrer Eltern beschnitten werden dürfen. Religiöse Beweggründe sind hierfür nicht nötig. Bei Säuglingen unter sechs Monaten dürfen Beschneidungen auch von ausgebildeten medizinischen Laien vorgenommen werden, denen allerdings eine wirksame Schmerzbekämpfung durch Narkose oder Pudendusblockade verboten bleibt. Die Abgeordneten konnten sich nicht auf einen alternativen Gesetzentwurf einigen, der eine Beschneidung erst bei einwilligungsfähigen Jungen erlaubt hätte.

Die Organisation MOGIS (Missbrauchsoffer gegen Internetsperren) hat das Institut Infratest dimap beauftragt

festzustellen, wie die Meinung der deutschen Bevölkerung zu diesem Thema ist. Nach dieser repräsentativen Umfrage lehnen 70 Prozent der Deutschen das Gesetz zur Beschneidung von Jungen ab, nur 24 Prozent der Befragten halten es für richtig.

Der Vorsitzende von MOGIS, Christian Bahls fühlt sich bestätigt, dass „die Bevölkerung nicht hinter dem Beschluss des Deutschen Bundestages steht, Beschneidungen von Jungen aus jedem Grund und ohne deren Zustimmung zu legalisieren“. Er ergänzt: „Die hohe Ablehnung in allen Bevölkerungsschichten und politischen Lagern zeigt auch, dass sich die Kritik am Gesetzentwurf eben nicht aus einem anti-religiösen oder gar antisemitischen Reflex speist, sondern dass vielen Menschen die

körperliche Unversehrtheit und das Recht des Kindes auf Selbstbestimmung am Herzen liegen.“

Man kann nach der Umfrage erwarten, dass der Wunsch der Bundesregierung und der Bundestagsmehrheit, durch eine (vor)schnelle Gesetzesarbeit Rechtsfrieden zu haben, vermutlich nicht in Erfüllung gehen wird. Wer heute als Einzelner oder als Organisation Zweifel daran hat, dass dieses Gesetz nicht nur rechtmäßig, sondern auch richtig ist, weiß die Mehrheit des Volkes hinter sich. Ein Gericht, das über die Rechtmäßigkeit von Beschneidungen unmündiger Knaben zu befinden hat, muss sich bewusst sein, dass die Urteilsformel mit „im Namen des Volkes“ beginnt.

Ch. Kupferschmid

KINDER- UND JUGENDARZT

Ab Februar finden Sie unsere Zeitschrift wieder im Internet unter www.Kinder-undJugendarzt.de.

NRW: Flyer „Weibliche Genitalverstümmelung“ als Hilfestellung für das Gesundheitswesen

Immer noch gibt es Unsicherheiten und Unkenntnis im Zusammenhang mit weiblicher Genitalverstümmelung (Female Genitale Mutilation – FGM) im Gesundheitswesen.

Im Sinne der Prävention, Aufklärung und effizienten Hilfestellung hat das NRW-Gesundheitsministerium einen Flyer in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern und den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, den Berufsverbänden der Frauen-, Kinder- und Jugendärzte sowie dem Landesverband der Hebammen NRW zum

Thema entwickelt. Er richtet sich an die im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen, die mit betroffenen Mädchen und Frauen in Kontakt kommen, und ist ab sofort erhältlich.

„Weibliche Genitalverstümmelung ist laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine schwere Menschenrechtsverletzung, an deren körperlichen und seelischen Folgen betroffene Mädchen und Frauen lebenslang leiden. In NRW leben nach Schätzungen von Expertinnen und Experten 6000 von FGM betroffene Mädchen und Frauen. Sie benötigen professionelle

Hilfe“, erklärte Gesundheits- und Emanzipationsministerin Barbara Steffens bei der Vorstellung des Flyers.

Der Flyer „Genitale Beschneidung / Verstümmelung (FGM) bei Mädchen und Frauen“ kann im Internet unter www.mgepa.nrw.de/ministerium/service unter „Publikationen“ kostenlos bestellt und heruntergeladen werden.

*Hintergrundinformation:
Beratungsstelle stop-mutilation
www.stop-mutilation.de*

Red: ReH

Ambulanz für Kinder- und Jugendgynäkologie an der Uni Dresden eröffnet

Ab sofort bietet das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden eine Kinder- und Jugendgynäkologische Sprechstunde an. Hier arbeitet eine der sachsenweit einzigen drei Ärztinnen mit entsprechender Zusatzqualifikation der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. Als einzige ambulante kindergynäkologische Anlaufstelle verfügt die kinder- und jugendpsychologische Sprechstunde über eine direkte Anbindung an ein Krankenhaus und kooperiert

bei Bedarf mit Spezialisten der Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin, für Kinderchirurgie und des Instituts für Radiologie sowie Experten anderer Fachrichtungen und mit der Kinderschutzgruppe des Universitätsklinikums Dresden, die bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, Vernachlässigung oder Missbrauch aktiv wird.

Die ältesten Patientinnen in der Kinder- und Jugendgynäkologischen Sprechstunde von Frauenärztin Dr. Christine

Hirchenhain sind noch nicht 18 Jahre alt, die jüngsten gerade einmal wenige Wochen. Sie werden vom Kinder- und Jugendarzt überwiesen, Jugendliche auch von niedergelassenen Gynäkologen.

Red: ReH

Jeder vierte Junge zur Einschulung in Sprachtherapie

Viele Kinder bekommen beim Schuleintritt therapeutische Hilfe: So erhielt jeder fünfte AOK-versicherte fünfjährige Junge und jeder vierte Sechsjährige 2011 eine Sprachtherapie. Von den AOK-versicherten fünfjährigen Mädchen erhielten 13,2 Prozent eine sprachtherapeutische Maßnahme, bei den sechsjährigen Mädchen lag der Anteil bei 16,8 Prozent. Das beschreibt der aktuelle Heilmittelbericht 2012 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO). „Damit wird in dieser

Altersgruppe häufiger als in allen anderen eine Sprachtherapie verordnet“, sagte Helmut Schröder, stellvertretender WIDO-Geschäftsführer.

Ergotherapie und Sprachtherapie für den Übergang vom Kindergarten in die Schule

Bei den fünf- bis neunjährigen AOK-Versicherten benötigten gut 136.000 im Jahr 2011 vorübergehend eine sprachtherapeutische Maßnahme. Insgesamt erhiel-

ten rund 191.000 AOK-versicherte Kinder bis einschließlich 14 Jahre eine sprachtherapeutische Verordnung. Sie nahmen damit 70 Prozent der gesamten Sprachtherapien zu Lasten der AOK in Anspruch. Der Umsatz für die Versorgung der gesamten GKV-Versicherten mit sprachtherapeutischen Behandlungen hatte einen Anteil an den Heilmittelausgaben von elf Prozent und betrug 536 Millionen Euro.

Red: ReH

HPV-Impfung für Jungen

In Australien gehört die HPV-Impfung seit dem Sommer 2012 zum Schulimpfprogramm. Hierzulande werden Jungen selten gegen HP-Viren geimpft, die Impfung ist eine IGEL-Leistung. Dr. Uwe Büsching, Sprecher des Ausschusses Jugendmedizin im BVKJ plädiert dafür, dass Kinder- und Jugendärzte auch Jungen gegen HPV impfen.

? Die HPV-Impfung für Frauen hat sich inzwischen durchgesetzt. Nun sagen Experten, dass auch Jungen geimpft werden sollen. Warum?

Büsching: Zum einen gibt es noch zu viele Familien bzw. junge Frauen, die nicht von der Notwendigkeit der Impfung überzeugt sind. Durch die Impfung von Jungen senken wir das Risiko dieser Nichtgeimpften sich anzustecken.

Zum anderen halte ich eine Erkrankung mit Genitalwarzen für Jungen und junge Männer für unzumutbar. Da gibt es Piercings und Tattoos und dann diese Warzen. Ich möchte aber auch diese Impfung dazu nutzen, mit Jungen über Sexualität zu reden, über andere sexuell übertragbare Erkrankungen und über Verhütung. Schließlich sind die HP-Viren Ursache für Anal-, Mandel-, Zungen- und Kehlkopfkrebs.

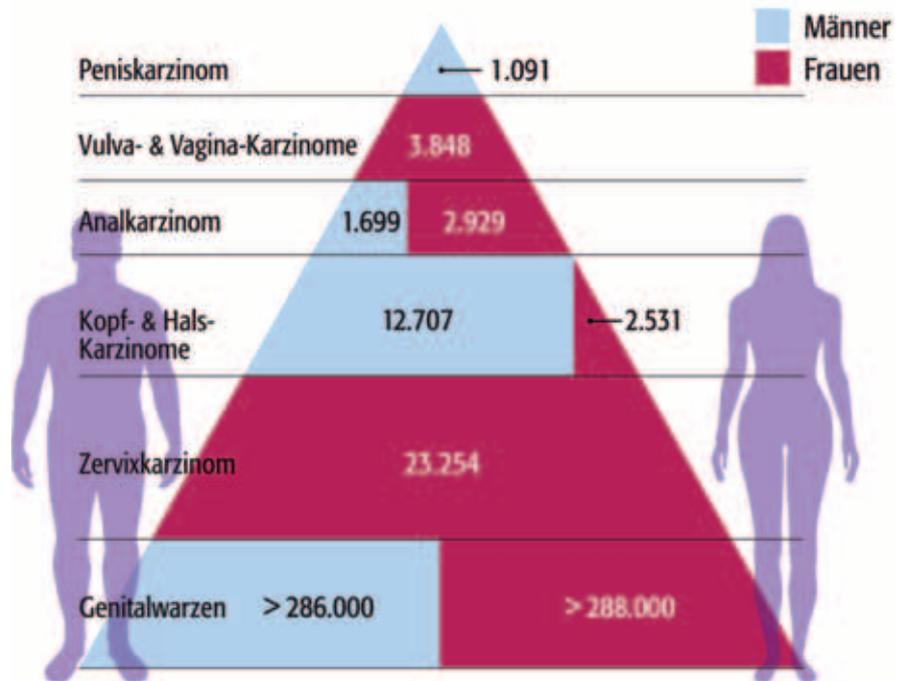
? Wann sollten Jungen am besten geimpft werden? Was empfehlen Sie Eltern? Warum?

Büsching: Da die Stiko zur Zeit nicht empfiehlt, Jungen zu impfen, der Impfstoff ab dem neunten Geburtstag vom PEI zugelassen ist, können wir bei der U11 (neunter bis elfter Geburtstag) darüber sprechen. Aber jeder Zeitpunkt vor einer Ansteckung, also auch mit 17 oder 24 Jahren ist geeignet. In den USA wird schon heute die Impfung für alle elf- bis zwölfjährigen Jungen empfohlen und es mehren sich die Zeichen, dass auch für unser Land eine Empfehlung der Impfung für Jungen nur noch eine Frage der Zeit ist.

Sehr begrüßen würde ich, wenn die Stiko Ihre Empfehlung änderte: alle Jungen und Mädchen ab dem neunten Geburtstag sollten geimpft werden. Wir müssen auch in Deutschland, wie in allen anderen Ländern, Erkrankungen durch HPV 6, 11, 16 und 18 wie die Masern eradizieren.

Männer und Frauen gleichermaßen betroffen

Geschätzte jährliche HPV-6/11/16- oder 18-bedingte Neuerkrankungen an Krebs und Genitalwarzen bei Männern und Frauen in Europa (2012)



Hartwig S. et al. Estimation of the epidemiological burdens of human papillomavirus-related cancers and non-malignant diseases in men in Europe: a review; BMC Cancer 2012.

Die aktuellen Durchimpfungsraten gegen HPV sind für unser reiches Land beschämend!

? Wie überzeugen Sie Eltern von der Notwendigkeit, ihre Söhne impfen zu lassen?

Büsching: Die Verantwortung für andere Menschen in Bezug auf Übertragung ansteckender Erkrankungen kann man unterschiedlich streng fassen – ist die Ansteckung mit Masern bereits Körperverletzung, weil jemand die Impfung verwei-

gerte? Wenn mein Sohn meine Schwiegertochter mit HPV infiziert und daraus für diese Schwiegertochter und auch für meine Enkelkinder die bekannten, zum Teil sehr ernstesten Folgen entstehen, dann hilft es wenig, mich dahinter zu verstecken, diese Schwiegertochter hätte selbst für einen ausreichenden Impfschutz sorgen müssen. Mit diesen Gedanken versuche ich, die Eltern in meiner Praxis von der Notwendigkeit zu überzeugen, ihre Söhne impfen zu lassen.

ReH



„Lesestart“ geht weiter

In Deutschland liest nur noch ein Drittel aller Familien ihren Kindern vor – zwei Drittel aller Familien mit Kindern verzichten auf diese preiswerte und einfache Form der Förderung. Die Kampagne „Lesestart – Die Lesee-Initiative für Deutschland“ will das Vorlesen für kleine Kinder wieder populär machen. Der BVKJ gehört zu den Pionieren der Kampagne. Seit dem

Sommer 2008 können Kinder- und Jugendärzte bundesweit Eltern im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchung U6 ein kostenloses, mehrteiliges Lesestart-Set mitgeben, um schon früh das Lesen im Familienalltag zu verankern. Nun gibt es wieder die kostenlosen Taschen zum Lesestart.

Infos und Bestellungen unter www.stiftunglesen.de

ReH

SAFARIKIDS auf Entdeckungstour gegen Übergewicht

Individueller Service für Kinder- und Jugendarztpraxen

Der Grundstein für gesundes Verhalten und einen aktiven Lebensstil wird bereits in jungen Jahren und in der Familie gelegt. Daher ist eine frühzeitige Intervention die beste Prävention von Adipositas. DAK-SAFARIKIDS ist ein Bewegungs- und Ernährungsprogramm zur Primärprävention für übergewichtige acht- bis zwölfjährige Kinder und ihre Eltern. Es zielt auf die Stärkung der individuellen Gesundheitsressourcen der Familien ab. Kinder und Eltern sollen dabei unterstützt werden, im Dschungel der Verhaltensänderung mit den vielen Ernährungs- und Bewegungswegen ihren eigenen Weg zu Gesundheit

und Wohlbefinden zu finden. SAFARI steht für Ressourcen **Selbstbewusst, Aktiv, Fit, Ausgeglichen, Robust, Integriert**.

Bei SAFARI-TurnKids entdecken die Kinder, dass Bewegung und Sport „tierisch gut“ tun und auch noch Spaß bringen. SAFARIKIDS-FitFood nimmt die Kinder mit auf eine Reise durch die Welt der Lebensmittel und Getränke. Dabei erfahren sie den Unterschied zwischen Hunger und Appetit, erklimmen die Ernährungspyramide oder spüren Fettverstecke auf. Das Besondere ist, dass auch die Eltern bei beiden Entdeckungstouren mit einbezogen werden.

Teilnehmen können Versicherte aller Kassen. SAFARIKIDS eignet sich für acht- bis zwölfjährige übergewichtige Kinder ab der 90. BMI-Perzentile und ihre Eltern. Kinder- und Jugendärzte finden bundesweit geschulte Kursleiter, die auch gern zu ihnen in die Praxis kommen, und mehr Informationen unter www.dak-safarikids.de

Kosten:

SAFARIKIDS FitFood: 210 – 240 Euro,
Zuschuss für DAK-Mitglieder: 180 Euro.

SAFARI-TurnKids: 60 – 100 Euro,
Zuschuss für DAK-Mitglieder: 75 Euro

(Siehe auch S. 13)

Red: ReH

Arztbashing im Internet

Wenn Patienten ihre Ärzte im Internet schlecht bewerten, müssen die Betreiber von Internet-Foren den Wahrheitsgehalt dieser Bewertung überprüfen. Das geht aus einem aktuellen Urteil des Landgerichts Nürnberg-Fürth hervor (LG Nürnberg-Fürth, Az.: 11 O 2608/12).

Der Fall: Ein Patient hatte die Bewertung seiner zahnärztlichen Implantatbehandlung anonym in ein Forum eingestellt und dabei seinem Zahnarzt unterstellt, er sei fachlich inkompetent und verfolge vorrangig eigene wirtschaftliche Interessen. Mit dieser Bewertung war der Zahnarzt

natürlich nicht einverstanden und erwiderte, dass er eine der Bewertung zugrunde liegende Behandlung in dem angegebenen Zeitraum gar nicht durchgeführt habe, die Bewertung also schon aus diesem Grund falsch sei. Der Patient, dessen Identität allein dem Forumbetreiber bekannt war, blieb bei seiner Darstellung. Der Forumbetreiber löschte die gerichtlich gerügten Teile der Bewertung nicht. Daraufhin wehrte sich der Zahnarzt mit Hilfe des einstweiligen Rechtsschutzes gegen die Verbreitung der negativen Bewertung. Das angerufene Gericht hat den Betreiber des

Internetportals nun vorläufig zur Unterlassung der Bewertung ärztlicher Leistungen verpflichtet und festgestellt, dass der Betreiber auf die konkrete Beanstandung des betroffenen Zahnarztes hin den Sachverhalt sorgfältiger hätte prüfen und sich von dem Patienten einen Nachweis dafür hätte vorlegen lassen müssen, dass die Behandlung tatsächlich stattgefunden hat. Weil dies nicht geschehen ist und eine Verletzung von Persönlichkeitsrechten des Zahnarztes möglicherweise vorliegen könnte, hafte der Betreiber.

Quelle: arag

Red.: ReH

Das Leser-Forum



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

Der lange Weg zur Inklusion



von Dr. Gabriele Trost-Brinkhues, KiJuA (2012) Heft 11, Seite 619 ff.

Einspruch! Wider den Inklusions-Irrsinn!

Die Idee der Inklusion ist wohl, sowohl normal entwickelte Kinder, aber auch hochbegabte, lern- und geistig behinderte, körperbehinderte, sprachentwicklungsgestörte Kinder und sogar Kinder mit sozial-emotionalem Förderbedarf gemeinsam in einer Klasse zu beschulen. Das einzige Auswahlkriterium ist der Geburtstag des Kindes.

Das Ziel ist eine „bessere Welt für Alle“ zu schaffen.

Die Umsetzung der Inklusion wirft Fragen auf:

- Da die Inklusion zur Zeit nur die Grundschule betrifft stellt sich die Frage, warum zuvor noch separiert wird? Müssten jetzt nicht alle Sprachheilkindergärten und heilpädagogischen Kindergärten abgeschafft werden? Glaubt man der Inklusionsideologie wären diese Kindertagesstätten schädlich und wir gefährden durch diese Separation das Kindeswohl!
- Wenn die Lernfähigkeiten des Kindes für die Entscheidung der Schulform keine Rolle mehr spielen sollen, dann muss folgerichtig die Feststellung der Schulreife abgeschafft werden. Tragen wir Kinderärzte es tatsächlich mit, dass

entwicklungsneurologisches und entwicklungspsychologisches Wissen hier keine Berücksichtigung mehr findet? Gibt es keine Schulreife im Wortsinne? Sind alle Kinder nach Erreichen eines rechnerischen Datums gleichermaßen beschulbar?

- Grundschullehrerinnen müssen jetzt heil- und sonderpädagogische Kenntnisse erwerben, um den inkludierten Kindern gerecht zu werden. Wird das auf breiter Basis angeboten? Verpflichtend? Ist das Lehramtsstudium reformiert worden? Werden angehende Grundschulpädagogen in Heil- und Sonderpädagogik ausgebildet? Dies sind bis vor kurzem immerhin noch eigenständige Studiengänge gewesen.
- Was passiert mit Kindern die auf (zu Recht) überforderte Lehrerinnen treffen und die nicht inkludiert werden können? Die überfordert sind. Deren Entwicklungschancen nicht genutzt werden. Ist dann das Medizinsystem zuständig? Brauchen die dann Ergotherapie?
- In unserer Region sind erste Schulen umgestellt. Diese inkludieren Kinder, auch zum Beispiel mit M.Down. Finden diese Kinder Freunde? Werden sie eingeladen? Fühlen sie sich wohl? Ist das untersucht worden? Untersucht nach wissenschaftlichen Kriterien? Oder werden hier nur Sehnsüchte der Eltern befriedigt?
- Ist eine heilpädagogische Beschulung, die auf lebenspraktische Ziele hin zu möglichst großer Selbstständigkeit abzielt falsch? Oder kann die Grundschule das auch leisten?

Die Liste lässt ist längst nicht vollständig. Wir Kinderärzte werden hier mit einer Entwicklung konfrontiert, die uns beschäftigen wird, ob gewollt oder nicht. Ich prognostiziere, dass die Wünsche nach außerschulischer Förderung über Ergotherapie und Logopädie zunehmen werden.

Und wir sollten der ideologischen Begleitmusik mit Slogans wie „eine bessere Welt für alle schaffen“ widerstehen. Solche Äußerungen sind nicht hilfreich. Einige gut dokumentierte Studien über Inklusions-Erfolge, mit nachvollziehbaren Kriterien und Ergebnissen, die übertragbar sind auf real existierende Verhältnisse in Deutschland würden mich eher überzeugen.

Wir sollten kinderärztlich den Diskurs über die Inklusion kritisch begleiten.

Mit freundlichen Grüßen

Lutz Krüger-Ruda
Kinderarzt / Kinderneurologe
Walsrode Straße 8
29614 Soltau

Red.: ReH

Kliniken können mehr für Frühgeborene tun

Umdenken schon bei der Neuplanung von Frühchenstationen



„Frühchen“ benötigen eine Versorgung, die ihre Entwicklung besonders fördert und die Eltern einbezieht. Viele Kliniken könnten die Voraussetzungen noch verbessern, um genügend Raum, Ruhe und elterliche Nähe zu schaffen. Hierüber waren sich Vertreter von Elternorganisationen und Kliniken auf dem Dräger-Presesymposium „Perspektive Frühchenstation – Von der Versorgungseinheit zum Kinderzimmer“ einig. Es fand im Rahmen des GNPI (Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin)-Kongresses in Hamburg statt.

„In drei Jahrzehnten wird der Anteil von Frühgeborenen an der Bevölkerung zehn Prozent betragen. In Europa gibt es aber noch keine einheitlichen Standards für eine angemessene Versorgung in der Klinik“, so Silke Mader, geschäftsführende Vorsitzende der europäischen Elternorganisation EFCNI (European Foundation for the Care of Newborn Infants). Ein hoher medizintechnischer Standard sei wichtig, um insbesondere Extremfrühchen mit einem Geburtsgewicht von 1.000 Gramm oder weniger den Weg ins Leben zu ebnet. Allerdings spielten auch die Umgebungsfaktoren auf der Station eine entscheidende Rolle.

Untersuchungen ergaben, dass die enge Nähe zur Mutter dem Frühchen hilft, sich besser stillen zu lassen, rascher an Gewicht zuzunehmen und gleichmäßiger zu atmen. Stressfaktoren wie Lärm- und Lichtreize können dagegen die Entwicklung stören – insbesondere das Hirnwachstum.

Nach Ansicht von Silke Mader müssten viele Kliniken die Voraussetzungen für eine kindgerechte Pflege verbessern. „Wir brauchen Platz, eigene Bereiche, in denen Eltern über längere Zeiträume nahe bei ihrem Kind bleiben können. Erst dann können sie eine enge Bindung zu ihm aufbauen, lernen, es richtig zu versorgen“, so Mader. Auch der Arbeitsalltag der Intensivpflegekräfte sollte unter die Lupe genommen werden. Wenn die Bedingungen vor Ort nicht stimmten, wirke sich das negativ auf die Pflege aus. „Das fängt beim Unfallrisiko durch Kabelsalat zwischen den Geräten an, was zusätzlich auch noch die Hygiene erschwert“, beklagt die EFCNI-Vorsitzende. Schlecht gestaltete Intensivarbeitsplätze würden zudem bei den Pflegekräften Stress erzeugen und Burn-Out fördern.

Lösungsvorschläge, die von internationalen Neonatologen und Fachgesellschaften unterstützt werden, liegen seit kurzem auf dem Tisch: So gibt das aktuell veröf-

fentlichte White Paper „Caring for tomorrow“ der EFCNI4 europaweit anwendbare Empfehlungen unter anderem für die Gestaltung einer Intensivstation, die Neonatalpflege sowie das Entlassungsmanagement.

Krankenhausarchitekten zum Umdenken bewegen

Der Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. beginnt, diese Forderungen bereits umzusetzen. Im Rahmen der Initiative „neo(t)räume®“ stellte der Architekt Oliver Hantke ein webbasiertes Baukasten-Modell für den Verband vor. Es soll die räumliche Gestaltung bestehender und neu zu entwerfender Frühchenstationen erleichtern. „Das geplante Internet-Portal wird modulare Gestaltungsvorschläge anbieten, zum Beispiel ein ideales Patienten-, Eltern- oder Schwesternzimmer. Daraus können Klinikbetreiber und -architekten individuelle Lösungen ableiten, wie sie ihre Pflegesituation optimieren können“, so Hantke. Auch einige erfolgreiche Stationskonzepte werden als Anregungen auf der Webseite stehen. Das Portal soll 2013 online gehen.

Das Eltern-Baby-Zentrum in Salzburg

Dr. Erna Hattinger-Jürgessen, die zurzeit das Neonatologiezentrum an der Universitätsklinik in Salzburg leitet, ist schon ein Schritt weiter. Das neue „Eltern-Baby-Zentrum“ versorgt seit 2010 kleine Patienten zusammen mit ihren Eltern.

Das neue Eltern-Baby-Zentrum in Salzburg setzt auf entwicklungsfördernde Betreuung: mit Wohnbereich für Frühchen-Eltern, indirektem Licht, Multifunktionsstühlen für verbesserte Känguruing- und Stillmöglichkeiten sowie Kinderspielbereich für Geschwister. „Nach der Intensivphase wechseln die Eltern mit ihrem Kind in ein Eltern-Kind-Zimmer auf der neonatologischen Station, wo sie zunehmend die Betreuung ihres Kindes über-



nehmen können und auf die Entlassung vorbereitet werden“, erläuterte die Ärztin.

Neue Herausforderungen für die Medizintechnik

Auch die Hersteller von Medizintechnik müssen auf die neuen Herausforderungen reagieren. Inkubatoren allein reichen nicht mehr. Arbeitsplätze auf der Neonatologiestation müssen ganzheitlich gestaltet werden. Zu modern ausgestatteten Intensivstationen für Frühchen zählen neben Inkubatoren und speziellen Beatmungsgeräten Patientenmonitore zur Überwachung von Vitalfunktionen sowie Deckenversorgungseinheiten mit verschiebbaren Trägerarmen, an denen die Medizingeräte im Raum aufgehängt werden können und damit helfen, Hygiene besser einzuhalten. Wichtig vor allem für die Entwicklungsförderung: Abdeckhauben zum Abdunkeln für Inkubatoren, Lagerungshilfen sowie individuell einstellbare Leuchten und Lichtfarben und so genannte Noise Displays, Lautstärkeindikatoren, die optisch warnen, wenn es zu laut im Raum wird.

Red: ReH

Geht doch: Verbot von Softdrinks hilft gegen Fettleibigkeit

New Yorks Bürgermeister Michael Bloomberg hat in seiner Stadt ein Verkaufsverbot für Großportionen von zuckerhaltigen Getränken durchgesetzt (unsere Zeitschrift berichtete). Mehrere Studien, die jetzt in der Onlineausgabe des »New England Journal of Medicine« erschienen sind, zeigen, dass dies ein weises Verbot ist.

Ab März 2013 ist Schluss mit den süßen Mammutportionen. Dann dürfen in New York kalorienreiche Softdrinks, aber auch gezuckerter Kaffee in Restaurants, Kinos und Stadien nicht mehr in Behältern verkauft werden, die größer sind als 16 Unzen, also 473 Milliliter. Nur noch Wasser, Light-Softdrinks, Fruchtsäfte oder Bier dürfen in die XXL-Becher.

Widerstand der Industrie

Wie zu erwarten läuft die Getränkeindustrie Sturm gegen die Mengenbegrenzung für süße Plörre. Seit Monaten prangt auf den Lieferwagen der Hersteller eine stilisierte Freiheitsstatue. Darunter steht: »Wollen Sie sich wirklich von einem Bürokraten vorschreiben lassen, aus was für einem Becher Sie trinken sollen?« Und natürlich hat der Verband der Getränkehersteller angekündigt, gegen das Verbot Klage einzureichen.

Forschung unterstützt Bürgermeister mit Argumenten

Die Befürworter des Verbots können dann auf die Schützenhilfe der Onlineausgabe des »New England Journal of Medicine« setzen. Dort sind jetzt zeitgleich drei Studien erschienen, die sich mit dem Einfluss zuckerhaltiger Getränke auf das Körpergewicht beschäftigen. Ihr Fazit: Zuckerwasser macht dick.

Eine Forschergruppe um David Ludwig vom Kinderkrankenhaus in Boston untersuchte, wie sich der Body-Mass-Index

(BMI) von bereits übergewichtigen oder adipösen Jugendlichen entwickelt, wenn sie von zuckerhaltigen Softdrinks auf Light-Getränke umsteigen (doi: 10.1056/NEJMoa1203388). Als Vergleich dienten Altersgenossen mit vergleichbarem BMI, die ihr Trinkverhalten nicht umstellten. Nach einem Jahr war der Durchschnitts-BMI in beiden Gruppen gestiegen, in der Light-Getränke-Gruppe jedoch signifikant weniger. Ein Jahr nach dem Ende der Intervention, nachdem alle wieder ihre normalen Trinkgewohnheiten aufgenommen hatten, fiel der BMI-Anstieg bei allen Teilnehmern der Studie wieder ähnlich hoch aus.

In einer zweiten niederländischen Studie untersuchten Forscher um Janne de Ruyter von der Universität Amsterdam den Einfluss gesüßter Getränke auf die Entwicklung von ursprünglich normalgewichtigen Vier- bis Elfjährigen (doi: 10.1056/NEJMoa1203034). Die Kinder erhielten in der doppelblinden, randomisierten Studie einmal täglich in der Schule entweder ein zuckerhaltiges oder ein mit Süßstoff gesüßtes Getränk. Nach anderthalb Jahren hatten die Kinder in der Zucker-Gruppe signifikant mehr zugenommen als die Kinder in der Süßstoff-Gruppe. Bei den Süßstoffkindern war zudem ein geringerer Zuwachs des Körperfettanteils zu verzeichnen. Dieser Unterschied war ebenfalls signifikant.

Die Arbeitsgruppe um Lu Qi von der Harvard School of Public Health unter-

suchte schließlich anhand mehrerer großer Beobachtungsstudien, ob Menschen mit einer genetischen Veranlagung zur Fettleibigkeit schneller adipös werden, wenn sie häufig zuckerhaltige Getränke zu sich nehmen (doi: 10.1056/NEJMoa1203039). Als Marker für das genetische Adipositas-Risiko dienten ihnen dabei 32 Genloci, die bekanntermaßen mit hohen BMI-Werten korrelieren.

Diese Adipositas-Risikogene waren bei Menschen, die viel Zuckerhaltiges tranken, sehr viel häufiger zu finden als bei Menschen, die auf diese Getränke weitgehend verzichteten. Das zeigte sich auch auf der Waage: Bei genetischer Prädisposition für Fettleibigkeit waren diejenigen mit einem hohen Softdrink-Konsum sehr viel häufiger übergewichtig oder adipös als diejenigen, die nur wenig davon tranken.

Wie genau die Gene das Verlangen nach süßen Getränken steuern, ist noch unklar. Sicher ist aber, dass zuckerhaltige Softdrinks Kalorienbomben sind, die den Hunger jedoch nicht stillen. Durch dieses Paradoxon erhöht der Konsum von zuckerhaltigen Getränken die absolute Energiezufuhr in der Regel. Dazu kommt: die Kohlenhydrate aus Cola und Limo sind schnell verfügbar, sodass die Gefahr für Insulinresistenz und Typ-2-Diabetes steigt.

Cola und Co wird es schwerfallen, gegen diese Erkenntnisse weiterhin ihre Riesenbecher zu rechtfertigen. ReH

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

Den bewährten Partner des BVKJ in allen Versicherungsfragen, die Assekuranz AG, können Sie ab sofort unter der folgenden Servicenummer erreichen: (02 21) 6 89 09 21.



Eine Frage an ...

Priv.-Doz. Dr. Hermann Kalhoff,
leitender Oberarzt an der Klinik
für Kinder- und Jugendmedizin,
Klinikum Dortmund:



Adipositas bei Kindern entwickelt sich früh. In Dortmund werden nun ganz neue Wege zur Prävention beschritten. Welche sind das?

Gesunde Ernährung von Anfang an ist ein wesentlicher Teil erfolgversprechender Präventionsstrategien für Adipositas. Dabei spielt der erleichterte Zugang zu gesunden Nahrungsangeboten eine bedeutende Rolle. Am Forschungsinstitut für Kinderernährung in Dortmund (FKE) wurde das Konzept der optimierten Mischkost (optiMIX) entwickelt, um die wissenschaftlichen Kenntnisse zur gesunden Kinderernährung in die Ernährungswirklichkeit zu übersetzen. Doch das Konzept allein reicht natürlich nicht, um die Ernährungspraxis positiv zu verändern, d.h. um Kinder aller sozialen Schichten gleichermaßen zu erreichen.

Damit das optiMIX-Konzept bei den Kindern ankommt, wird es nun am Standort Dortmund zunehmend in die Gemeinschaftsverpflegung eingeführt. 26 Dortmunder Grundschulen, 43 städtische und zehn freie Kindertagesstätten haben inzwischen optimierte und mit dem optiMIX-Gütesiegel ausgezeichnete Produkte in ihren Speiseplan aufgenommen. Als nächstes steht die Einführung ernährungswissenschaftlich optimierter Mahlzeiten für die Patienten des Westfälischen Kinderzentrums am Klinikum Dortmund auf der Agenda.

Wie sich diese Form des Transfers von wissenschaftlichen Ergebnissen zur präventiven Kinderernährung in eine effektive und nachhaltige Prävention entwickelt, werden wir sicher bei unserem nächsten Dortmunder Forum für Prävention und Ernährung erfahren, wenn wie jedes Jahr im November führende Wissenschaftler und Praktiker aus den Bereichen Ernährung, Pädiatrie, Gesundheitswesen und Wirtschaft in Dortmund zusammenkommen, um neueste Erkenntnisse zur Kinderernährung zu diskutieren.

(Siehe auch S. 6)

Red: ReH

● Wenn Schackeline zur U6 kommt

Unsere Lieblingsnamen im Februar

Albert-Paul-Otto-Rupprecht, Cid, Enrico Uwe, Honey Hope, Jamiro, Jarno, Kayley, Lia Medina, Liam Luke, Queen-Elisabeth, Sander, Susanne-Christine-Margarethe-Elisabeth.

Red.: ReH



© Philipus - Fotolia.com

„Bunter Kreis“ kritisiert deutliche Versorgungslücke für kranke Kinder

„Bis heute können 90 Prozent der Kinder nach einem Krankenhausaufenthalt nicht adäquat weiterversorgt werden!“

Jedes Jahr sind mehr als 40.000 Familien in Deutschland damit konfrontiert, dass ihr Kind zu früh geboren wird, schwer erkrankt, verunglückt oder stirbt. Im Krankenhaus werden die Kinder mit modernster Medizin versorgt. Zu Hause beginnen die Probleme. Hier setzen die Mitarbeiter aus den Einrichtungen „Bunter Kreis“ mit ihrer sozial-medizinischen Nachsorge an. Sie unterstützen die vielfach überforderten Familien im Übergang zwischen Krankenhaus und heimischem Alltag. Die sozialmedizinische Nachsorge ist seit 2008 eine Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVs), dennoch können erst zehn Prozent aller betroffenen Kinder versorgt werden. Vor allem in den östlichen Bundesländern gibt es erhebliche Versorgungslücken.

Trotz der wichtigen Gesetzesänderung im Jahr 2008 weist die Versorgung bis heute deutliche Lücken auf. Nur in zwei Dritteln der deutschen Bundesländer haben Nachsorge-Einrichtungen Versorgungs-Verträge mit den GKVs. Von den 40.000 betroffenen Familien können bisher nur rund zehn Prozent versorgt werden. In den östlichen Bundesländern ist die Versorgungslage besonders schlecht: Von bundesweit 75 Einrichtungen befinden sich nur sieben im Osten (in Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen). In Thüringen und Sachsen-Anhalt gibt es bisher noch überhaupt keine Nachsorge-Zentren.

Die Flächendeckung in Deutschland liegt bei knapp 40 Prozent, vor allem im ländlichen Bereich ist die Versorgung unzulänglich, weil die Fahrtkosten der Nachsorge-Mitarbeiter/innen nicht ausreichend von den GKVs übernommen werden.

Dabei zeigt die kontinuierlich vom Bundesverband Bunter Kreis e.V. durchgeführte Evaluation, dass sich Familien mit Nachsorge besser im Alltag integrieren, Klinikzeiten und damit Kosten reduziert werden, die Durchführung von Therapien sichergestellt wird, und die Eltern eine



hohe Zufriedenheit mit den Leistungen und Abläufen der Nachsorge haben.

Es gibt auch positive Beispiele. Bekannte Nachsorge-Einrichtungen wie Bunter Kreis Münsterland, Kindergesundheitshaus Bunter Kreis Berlin Süd, Bunter Kreis Augsburg oder Bunter Kreis Lübeck arbeiten seit vielen Jahren erfolgreich, sind an bekannten Kinderkliniken fest etabliert und versorgen jedes Jahr zahlreiche betroffene Familien.

Vision 2018: Flächendeckende Nachsorge

Andreas Podeswik, Geschäftsführender Vorstand des Bundesverbandes will die Nachsorge-Situation verbessern: „Wir haben die Vision einer in ganz Deutschland

flächendeckenden Nachsorge.“ Vor allem in den östlichen Bundesländern müsse der Zugang der Familien zum Nachsorge-Angebot endlich ermöglicht werden, „damit chronisch und schwerkranken Kindern, Jugendlichen und deren Familien das Leben gelingt“. Das Ziel: Bis 2018 soll jedes zweite Kind, das Nachsorge benötigt, entsprechende Leistungen erhalten. „Um das zu erreichen, engagieren wir uns als Bundesverband auf zwei Ebenen: Regional unterstützen wir die einzelnen Nachsorge-Einrichtungen, auf Bundesebene setzen wir uns für die Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen ein“, so Podeswik.

Info:

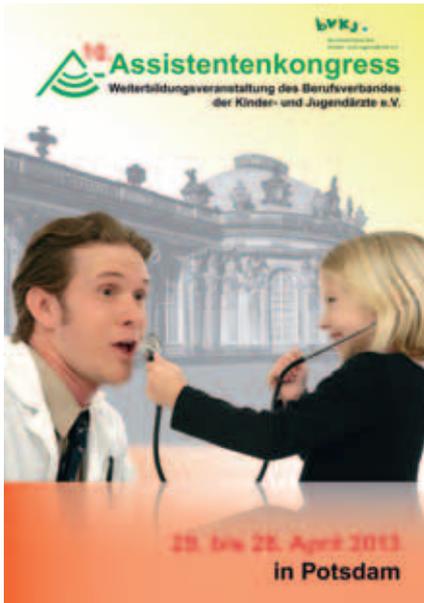
Der Bundesverband Bunter Kreis e.V. organisiert, informiert, fördert und vernetzt bundesweite Nachsorge-Zentren, die Patienten und deren Familien nach der Entlassung aus dem betreuten Klinikalltag weiterversorgen.

Bundesverband Bunter Kreis e.V.
www.bunter-kreis-deutschland.de

Red: ReH

KINDER- UND JUGENDARZT

Ab Februar finden Sie unsere Zeitschrift wieder im Internet unter www.Kinder-undJugendarzt.de.



Donnerstag, den 25. April 2013

Klinikseminare:

Sonographie, EKG, EEG, Neuropädiatrie, Früh- und Neugeborene, Kinder- / und Neugeborenenreanimationskurs, Allergien, Pneumologie

Als Fortbildungsblock wird über 8 Stunden mit begrenzter Teilnehmerzahl (je nach Kurs 20–40 Teilnehmer) in vier 1½ Stundenblöcken die Thematik abgehandelt. Wesentlicher Inhalt dieses Angebots ist die Vermittlung von praktischen Kenntnissen sowie fallbezogenen Arbeit mit klinischer Korrelation. Die Veranstaltungen finden in den Kliniken in Potsdam und Berlin statt.

Freitag, den 26. April 2013

Erstversorgung von Früh- und Reifgeborenen, Neonatalsepsis, Beatmung, paren-

terale und enterale Ernährung, Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit

Referenten: PD Dr. H. Proquitte, Prof. Dr. R. Rossi, Dr. K.-U. Schunck, PD Dr. F. Jochum, Dr. A. Loui

Freitag, den 26. April 2013

Besondere Themen:

Impfungen, Analyse der Assistentenumfrage 2012, Berufsmöglichkeiten für Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung, Hyperkinetische Störungen, Das Riemann-Thomann-Modell zum Kommunikationstraining.

Referenten: A. Pizzulli, Prof. Dr. R. G. Schmid, Dr. W. Hartmann, Dr. K. Skrodzki, Prof. Dr. W. Kölfen

Samstag, den 27. April 2013

Der Pädiatrische Notfall, Rheumatische Erkrankungen, Allergie, Hämatologie/Oncologie, Neuropädiatrie

Referenten: Dr. Chr. Fehlandt, PD Dr. T. Kallinich, Prof. Dr. V. Stephan, Prof. Dr. L. Schweigerer, Prof. Dr. F. Aksu

Sonntag, den 28. April 2013

Sonographie und Röntgen:
Televoting-Quiz: Röntgenbilder und Sonographie für die Weiterbildungsprüfung
Dr. G. Hahn, Prof. Dr. K.-H. Deeg

Samstag, Sonntag, 27. bis 28. April 2013:

Assistententraining:

Hämatologie, Gerinnungsstörungen, Kinderkardiologie, Pulmologie, Gastroenterologie, Neuropädiatrie, Kindernephrologie, Endokrinologie, Onkologie, Neonatologie, Reanimationsschulung, Stoffwechselerkrankungen, Dermatologie

Spezialseminare:

Anfälle im Kindesalter, Entwicklungsdiagnostik, Lungenfunktionsdiagnostik, Infusionsplan in der Neonatologie, Nahrungsmittelunverträglichkeit, Dermatologie, EEG-Diagnostik, Diabetes mellitus, Vorsorgeuntersuchungen, Tipps für Praxiseröffnung, Notfälle, Reanimationstraining, Entzündliche Darmerkrankung, Inhalationstherapie, Umschriebene Entwicklungsstörungen, Radiologie, Sonographie, ADHS, Fälle in der Klinikambulanz, Bauchschmerzdiagnostik, Harnwegsinfekt, Wachstumsstörungen, Psychiatrische Störungen, Jugendmedizin, Impfungen, EKG-Diagnostik, Beatmung.

Ausführliches Programm:

kongress.bvkj.de

Infos und Anmeldungen:

BVKJ e.V. Kongressabteilung
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Tel.-Nr. 0221/6 89 09-15
bvkj.kongress@uminfo.de

Teilnehmergebühren:

Für Mitglieder im BVKJ e.V.:

- Teilnahme am 25.04.2013: 85,- €
- Teilnahme vom 26.–28.04.2013: 280,- €

Für Nichtmitglieder im BVKJ e.V.:

- Teilnahme am 25.04.2013: 170,- €
- Teilnahme vom 26.–28.04.2013: 490,- €

Die Mitgliedschaft für Assistenten in der Weiterbildung zur Kinder- und Jugendmedizin ist während der Weiterbildungszeit kostenlos!

Bitte per Fax senden an: 02 21/6 89 09 78

ANMELDUNG zum 10. Assistentenkongress in Potsdam vom 25. – 28. 04. 2013

- ich bin Mitglied im BVKJ ich bin kein Mitglied im BVKJ
 ich bin noch kein Mitglied im BVKJ e.V. und bitte um Zusendung der Beitrittsinformationen

Ich möchte teilnehmen:

- am Donnerstag, 25.4.2013
für Mitglieder € 85,-
 von Freitag, 26.4. bis Sonntag, 28.4.2013
für Mitglieder € 280,-

- Mein Klinik-Seminarwunsch: _____
 für Nichtmitglieder € 170,-
 für Nichtmitglieder € 490,-

Meine Seminarwünsche für Samstag und Sonntag sind: 1. _____ 2. _____
 3. _____; Alternativ 4. _____ 5. _____ 6. _____

Absender / Anschrift: _____

Roche wegen Tamiflu in der Kritik

Die Substanz Oseltamivir war für Roche ein riesiger finanzieller Erfolg. Milliarden öffentlicher Gelder wurden dafür ausgegeben, um gegen etwaige neue Grippe-Wellen gewappnet zu sein. Der Vorsitzende des Cochrane Centers in Kopenhagen, Prof. Peter C. Gøtzsche, fordert jetzt die Europäischen Regierungen auf, rechtliche Schritte gegen die Pharmafirma Roche einzuleiten, um dieses Geld zurückzuholen. In einem offenen Brief in British Medical Journal (BMJ) vertritt er die Meinung, dass die Ausgaben für die Vorräte an Tamiflu® völlig unnötig gewesen seien. Zudem ruft Gøtzsche zu einem Boykott von Roche-Produkten auf, bis der Konzern Studienunterlagen vorlegt, die für eine objektive Bewertung nötig sind.

Schon seit Monaten versuchen BMJ und das Cochrane Center von Roche die Rohdaten zu den Studien zu erhalten, die angeblich die Wirksamkeit von Tamiflu® bei Influenza belegt haben. Anlass war, dass die Wissenschaftler des Cochrane Centers



keine ausreichende Evidenz dafür finden konnten, dass die Komplikationen von Influenza durch das Präparat vermindert würden. Die Chefredakteurin von BMJ, Dr. Fiona Godlee, verwies darauf, dass acht der zehn randomisierten und kontrollierten Studien, die eine Wirksamkeit belegen sollten, niemals publiziert wurden. Die übrigen zwei wurden von Roche bezahlt und

von Angestellten des Konzerns zusammen mit bezahlten Experten verfasst. Insgesamt sollen 123 Phase III Studien mit Oseltamivir und 60 Prozent der Patientendaten unveröffentlicht geblieben sein. Godlee hat den Verdacht, dass damit die Wirkung des Präparats systematisch überbewertet und Nebenwirkungen verschwiegen werden konnten. Deswegen hat sie das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) aufgefordert, die Zulassung zurückzuziehen, bis die vollständig in Daten ausgewertet werden konnten.

Roche hat versprochen, diese notwendigen Daten zu liefern und auch 3200 Seiten Material übergeben. Dieses sei jedoch, so das Cochrane Center, unvollständig und für die notwendige Nachprüfung nicht ausreichend.

Die Haltbarkeit der Tamiflu® Vorräte, die 2005 aus Angst vor der Vogelgrippe eingelagert wurden, endet spätestens 2013. Es gäbe also Anlass für Roche, Klarheit zu schaffen.

Kup

Personalien

Der Pädiater und Chefarzt der Kinderklinik in Porz, **Dr. Alfred Wiater**, wurde am 6. Dezember in Berlin zum neuen Vorstandsvorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafme-

dizin (DGSM) gewählt. Die DGSM ist eine interdisziplinäre wissenschaftliche Fachgesellschaft mit derzeit knapp 2500 Mitgliedern aus allen medizinischen Bereichen, insbesondere Innere Medizin, Neu-

rologie/Psychiatrie, HNO, Pädiatrie. Seine Tätigkeit im Krankenhaus Porz führt Wiater weiter fort.

Red: ReH

Gunther Gosch Magdeburger des Jahres

Die Leser der Volksstimme, der führenden Lokalzeitung in Magdeburg, haben den Kinder- und Jugendarzt Gunther Gosch für sein gesundheitspolitisches Engagement zum „Magdeburger des Jahres“ gewählt. Gunther Gosch setzt sich vor allem ein für die Gleichbehandlung von Patienten und gegen Polio.

R.H.



KINDER- UND JUGENDARZT

Ab Februar finden Sie
unsere Zeitschrift
wieder im Internet unter
www.

Kinder-undJugendarzt.de.

Der besondere Fall ●●●

Das „Squash Drinking“ Syndrom

Der exzessive Konsum von Fruchtsäften und Fruchtsaftgetränken kann im frühen Kindesalter zu einer Gedeihstörung führen, die oft mit mangelhaftem Appetit, erhöhter Erregbarkeit und Diarrhö assoziiert ist. Die Symptome treten vor allem bei den Kindern auf, die mehr als 30% ihrer täglichen Energieaufnahme aus Fruchtsäften und Fruchtsaftgetränken beziehen. Pathogenese und Symptome dieses Krankheitsbildes haben angelsächsische Autoren mit der Bezeichnung „Squash Drinking Syndrome“ (SDS) belegt (englisch: squash; to squash zusammendrücken, zerpressen) [1, 2]. Wahrscheinlich tritt das SDS in der Praxis häufiger auf, als allgemein bekannt ist. Die Symptome stellen sich nicht immer so deutlich dar, wie in dem von uns beobachteten Fall.

L.B., ein bisher gut gediehener 12 Monate alter weiblicher Säugling, wurde wegen eines zunehmenden Gewichtsverlustes von -2% innerhalb von zwei Monaten, konstanter Nahrungsverweigerung und Diarrhö vorgestellt. Die körperliche Untersuchung und die ergänzenden Laboruntersuchungen ergaben keine Besonderheiten (Blutbild, Elektrolyte, Eisen, IgA, G, M, E). Eine Kuhmilchallergie konnte ausgeschlossen werden. In der Vorgeschichte fiel auf, dass die aus einem bildungsfernen sozialen Umfeld kommende Mutter ihrem Kind auffällig häufig Fruchtsäfte zu trinken gab. Ihr wurde deshalb geraten, die Saftzufuhr zu beenden, was zunächst offenbar nicht geschah, da das Kind nach Angaben der Mutter jegliche andere Nahrung verweigerte. Das Ausmaß der Fehlernährung konnte erst durch ein zufälliges Gespräch mit der Großmutter erfasst werden, die berichtete, dass ihre Tochter dem Säugling seit etwa dem 8. Lebensmonat, dem eigentlichen Beginn der Gedeihstörung, täglich bis zu einer Flasche eines vitaminhaltigen Fruchtsaftgetränkes (Punica 17+4 Multivitaminensaft, 1,5 ltr pro Flasche) verabreicht habe.

Die couragierte Großmutter übernahm nach dem Gespräch die Fütterung und sorgte für die Beendigung der Fruchtsaftzufuhr. Die Durchfälle hörten damit auf, und das Gewicht nahm innerhalb von zwei Monaten um 15% (von 7900 g am 26.07.12 auf 9220 g am 2.10.12) zu. Die Durchfälle konnten bei erneuter Gabe des Multivitamin-Fruchtsaftes, aber auch von Apfelsaft, wieder ausgelöst werden, so dass auch die Kausalität belegt wurde.

Historisch wurde Kindern Fruchtsaft, früher meist Orangensaft, als ergänzendes, gesundheitsförderndes Getränk und zusätzliche Vitamin-C-Quelle empfohlen. Fruchtsäfte enthalten Flavonoide und Faserstoffe (Präbiotika), denen unterstellt wird, dass sie das Krebs- und Herz-Kreislauf-Risiko senken [3]. Früchte gehören zu den fünf Nahrungsmittel-Hauptgruppen in der Ernährungspyramide. Die amerikanische Gesellschaft für Kin-

derheilkunde (AAP – American Academy of Pediatrics) empfiehlt für Kinder im Alter zwischen 1–4 Jahren zwei Fruchtmahlzeiten pro Tag, für die im Alter zwischen 10–18 Jahre vier Fruchtmahlzeiten pro Tag. Dabei können 50% der Fruchtmahlzeiten durch einen Fruchtsaft (nicht Fruchtsaftgetränk) mit einem etwaigen Gewicht von 170 g (6 oz) pro Mahlzeit ersetzt werden [4]. Der Konsum von Früchten wird wegen der damit verbundenen höheren Aufnahme von Fasern gegenüber Fruchtsäften bevorzugt.

Als Fruchtsäfte werden nach der deutschen Fruchtsaftverordnung die aus Obst hergestellten unverdünnten Fruchtsäfte bezeichnet. Sie werden von Fruchtnektaren und Fruchtsaftgetränken unterschieden. Fruchtsaftgetränke besitzen den geringsten Anteil an Fruchtsaft. Der gesetzlich vorgeschriebene Mindestanteil liegt je nach Obstart zwischen 6 und 30 Prozent. Der Zuckeranteil ist bei Fruchtsaftgetränken im Gegensatz zu Fruchtsäften nicht begrenzt.

Der unserem Patienten verabreichte Punica Multivitaminensaft 17+4 gehört zu den Fruchtsaftgetränken und enthält entsprechend den Packungsangaben des Herstellers Wasser, Apfel-, Orangen-, Zitronen-, Ananas-, Passionsfrucht- und Birnensaft-Fruchtkonzentrate, außerdem Bananenmark, natürliches Fruchtroma, Vitamin C und Süßstoffe (Natriumcyclamat, Saccharin-Natrium und Sucralose); ein Glas des Getränkes (200 ml) enthält 36 kcal.

Obwohl Fruchtsäfte gesund sind und viele Vitamine enthalten, sind die Sorgen um den zu hohen Fruchtsaftkonsum im Kindesalter nicht neu. Seit mehreren Jahrzehnten haben Kinderärzte beobachtet, dass der übermäßige Fruchtsaftkonsum Karies, Blähungen, Bauchschmerzen und Durchfall verursachen kann [5]. Auch das Committee on Nutrition der American Academy of Pediatrics hat schon früh auf die Auswirkungen des exzessiven Fruchtsaftkonsums auf gastrointestinale Symptome im Kindesalter hingewiesen [4]. In ihren 1988 publizierten Studien haben Rumessen und Hyams erstmals versucht, die Ursachen für die gastrointestinalen Störungen zu klären [5, 6]. Die abdominalen Symptome werden nach heutigem Kenntnisstand durch eine Kohlenhydrat-Malabsorption verursacht, die vor allem bei einem hohen Gehalt an Sorbitol und/oder einem hohen Fruktose-Glucose Verhältnis entstehen kann.

Die unterschiedliche Zusammensetzung der im Fruchtsaft enthaltenen Zucker, die von den verwandten Früchten abhängt, ist mit einer unterschiedlich ausgeprägten Kohlenhydrat-Malabsorption assoziiert [5]. Klinische Studien haben gezeigt, dass die Malabsorption zunimmt, wenn die Fruktose-Konzentration die Glucose-Konzentration übersteigt (z.B. bei Apfel- und Birnensaft)



Dr. med.
Jürgen Hower

Als Fruchtsäfte werden nach der deutschen Fruchtsaftverordnung die aus Obst hergestellten unverdünnten Fruchtsäfte bezeichnet

Der übermäßige Fruchtsaftkonsum kann Karies, Blähungen, Bauchschmerzen und Durchfall verursachen

[7, 8]. Die Unterschiede in der Malabsorption verringern sich zwischen den Säften, wenn Fruktose und Glucose in angemessener Menge (10 ml/kg Körpergewicht) zu gleichen Anteilen vorhanden sind (z.B. weißer Traubensaft) [9]. Bei einem an 18 Säuglingen (mittleres Alter 6,3 Monate) und 10 Kleinkindern (mittleres Alter 18 Monate) randomisiert durchgeführten Wasserstoff-Ausatmungstest konnte nach Apfelsaft zu 54%, nach weißem Traubensaft zu 19% eine Kohlenhydrat-Malabsorption nachgewiesen werden [8]. Dabei betrug der standardisierte Fruktosegehalt in beiden Säften 1 g pro Kilogramm Körpergewicht. Nobigrot et al. wiesen ebenso wie Hyams et al. nach, dass eine Kohlenhydrat-Malabsorption eher bei Säften auftritt, die mehr Sorbitol und höhere Konzentrationen von Fruktose im Vergleich zu Glucose aufweisen [5, 7].

Smith und Lifshitz beziehen sich in ihrer Untersuchung über nicht-organische Gedeihstörungen und exzessiven Fruchtsaftkonsum auf unveröffentlichte US-amerikanische Marketingdaten, aus denen hervorgeht, dass mit einem Jahr >90% aller Säuglinge Fruchtsäfte zu sich nehmen. Kinder <5 Jahren konsumieren mehr Fruchtsäfte als alle anderen Altersgruppen [10]. Die Ergebnisse werden durch eine englische Studie bestätigt. In einer Umfrage in der Gegend von Southampton gaben 28 von 39 Vorschulkindern (78%) und 33 von 66 Kindergartenkindern (50%) an, nie einfaches Wasser zu trinken. Dabei waren 88% der befragten Mütter mit den Ernährungsgewohnheiten ihrer Kinder zufrieden [11].

Das mittlere Alter der von Hourihane und Rolles berichteten acht Behandlungsfälle mit einem SDS lag bei 20,8 Monaten mit einer Schwankungsbreite von 6 Monaten. Alle berichteten Patienten bezogen >30% ihres täglichen Energiebedarfs über Nicht-Milch-Getränke [2].

Nur in seltenen Fällen ist das SDS im Kindesalter mit mehr als einer Gedeihstörung und Diarrhö assoziiert. Hope and Foote berichten über den Fall eines 22 Monate alten Mädchens mit Gedeihstörungen, afebrilen Krampfanfällen und einer Hypo-Natriämie, die auf ein SDS zurückgeführt werden konnten [1].

Fruchtsaftgetränke sind beliebt, weil sie süß sind und von den Eltern als natürlich wahrgenommen werden. Ihr Konsum hat sich in den letzten Jahrzehnten auch in Deutschland vervielfacht. Nach einer Pressemitteilung des Verbandes der deutschen Fruchtsaftindustrie vom 14.12.2011 liegt der Pro-Kopf-Konsum für Fruchtsäfte und Fruchtnektare bei 37 Litern pro Jahr. Fruchtsäfte vermindern, wenn sie im Übermaß konsumiert werden, den Milchkonsum im Kindesalter und damit auch die Aufnahme von Calcium, Proteinen, Fetten und weiteren für die kindliche Entwicklung wichtigen Nährstoffen [12]. Die hohe einseitige Energiesubstitution aus Nicht-Nahrungsmitteln, besonders im Säuglingsalter, kann zu einer Vielzahl von Symptomen führen. Bei gastro-intestinalen Beschwerden im Kindesalter sollte daher immer an die Möglichkeit eines zu hohen Fruchtsaftkonsums und an eine dadurch ausgelöste Kohlenhydrat-Malabsorption gedacht werden. Das Ernährungsverhalten wird im frühen Kindesalter geprägt und erweist sich gegenüber Änderungen als resistent. Ein systematischer Review zu schulischen Ernährungsinterventionen führte zu einer mäßigen Erhöhung des Früchte- und Fruchtsaftverzehr, aber nicht des Gemüseverzehr. Bei norwegischen Jugendlichen konnte eine inverse Beziehung zwischen Squash-Konsum und elterlichem Bildungsgrad nachgewiesen werden, was auch für unser Beispiel gelten mag [13]. Schon in der frühen Kindheit sollte daher im häuslichen Umfeld, in der Kinderarztpraxis und im Kindergarten eine gesunde Ernährung vor allem in bildungsfernen Familien gefördert werden. Dies ist eine lohnende Investition in die Zukunft; eine Prävention, die sich nicht nur für den Einzelnen, sondern auch für die Gesellschaft bezahlt macht.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. med. Jürgen Hower
Mellinghofer Str. 256
45475 Mülheim a.d. Ruhr

Red.: Christen

Sozialmedizinische Begutachtungen bei Kindern und Jugendlichen im Umfeld von SGB V und SGB XI

Bei den sozialmedizinischen Begutachtungen stehen die Beurteilung der individuellen medizinischen Notwendigkeit zur Gewährung von unterschiedlichen Leistungen der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung im Vordergrund.

Die sozialmedizinischen Begutachtungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung umfassen sowohl Leistungen des stationären als auch des ambulanten Versorgungssektors.

Sie werden in der Regel durch ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bundesweit einheitlich durchgeführt.

Im Bereich des stationären Sektors, der in dieser Übersicht nicht ausführlich behandelt werden soll, stehen die Überprüfungen der Abrechnung der stationär erbrachten Leistungen der Krankenversicherung im so genannten DRG (Diagnosis - related - complex - Germany)-System mengenmäßig im Vordergrund.



Abb. 1: Verfahrensablauf Rehabilitationsantrag. Die Einleitung des Verfahrens erfolgt aus der vertragsärztlichen ambulanten oder der akut stationären Versorgung über das Formular Muster 60, damit die Krankenkasse das Vorliegen der individuellen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen prüfen kann. Die Verordnung der Rehabilitationsmaßnahme erfolgt auf Formular Muster 61 durch die/den entsprechend qualifizierte/n Vertragsärztin/-arzt; die Krankenkasse trifft die Entscheidung. Nur in Ausnahmefällen erfolgt die anlassbezogene Begutachtung durch den zuständigen MDK, z.B. bei unklaren Diagnosen oder im Widerspruchsfall.

Zudem werden in diesem Kontext die Verweildauer des Patienten in der stationären Einrichtung und die Notwendigkeit der stationären Aufnahme bzw. Behandlung des Patienten unter dem Gesichtspunkt der Fehlbelegung überprüft (§ 301 SGBV).

Auch die Begutachtung von Behandlungsfehlern und dem daraus entstandenen Schaden für den einzelnen Versicherten bei der Anspruchnahme von Versicherungsleistungen aus dem stationären Sektor kann notwendig werden.

Im ambulanten Sektor sind die Begutachtungen vielfältig und durch § 275 SGB V gesetzlich definiert.

Im Falle einer notwendigen Beantragung von Rehabilitationsleistungen sind Besonderheiten zu beachten, die oft in der Praxis zu Irritationen und Unstimmigkeiten führen. Deshalb wird diese Beantragung separat grafisch dargestellt. Vor der Beantragung einer Rehabilitation ist der so genannte „Dreiklang“ der Rehabilitation darzustellen:

Die **Rehabilitationsbedürftigkeit** des Versicherten ist festzustellen, also die nicht nur vorübergehende Einschränkung der Partizipation durch bestehende Schädigungen.

Die **Rehabilitationsfähigkeit** des Versicherten ist zu prüfen, insbesondere auch die Motivation.

Die **Rehabilitationsprognose**, also die medizinisch begründete Wahrscheinlichkeit das Rehabilitationsziel zu erreichen, ist letztlich zu stellen.

Erst nach positiver Darlegung dieser Kriterien ist eine Beantragung von Rehabilitationsleistungen mit Formularmuster 60 bzw. 61 sinnvoll (s. Abb. 1 und 2).



Abb. 2: Voraussetzungen zur Rehabilitation:

Sog. „Dreiklang“ der Rehabilitation: nur bei Vorliegen aller 3 Komponenten ist eine Rehabilitation sinnvoll.



Dr. Thomas Mandel

Begutachtungsanlässe

- Notwendigkeit der medizinischen Vorsorgeleistungen nach § 23 SGB V, um eine Schwächung der Gesundheit in absehbarer Zeit zu beseitigen, einer gesundheitlichen Gefährdung eines Kindes entgegenzuwirken, Krankheiten zu verhüten, deren Verschlimmerung und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
- Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
- Ambulante Vorsorgeleistungen an anerkannten Kurorten
- Stationäre Vorsorgemaßnahmen
- *Notwendigkeit der medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24 SGB V)*
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 SGB V)
- *Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 SGB V)*
- Notwendigkeit von häuslicher (Kinder-) Krankenpflege (§ 37 SGBV)
- Kostenübernahme einer medizinischen Behandlung im Ausland
- Notwendigkeit der Bewilligung eines Hilfsmittels (§ 33 SGB V) und Evaluation der durchgeführten Hilfsmittelversorgung (nur in von der Krankenkasse ausgewählten, also „geeigneten“ Fällen)
- Behandlungsfehler und daraus entstandener Schaden durch Leistungen im ambulanten Sektor
- Leistungen zur sozialmedizinischen Nachsorge (ergänzende Leistungen nach § 43 SGB V)
- Notwendigkeit der Verordnung von Heilmitteln außerhalb des definierten Regelfalls (in ausgewählten Fällen je nach Kasse)
- Sogenannter off-label-use von zugelassenen Arzneimitteln
- Notwendigkeit der Anwendung und damit der Finanzierung so genannter Neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)
- Notwendigkeit der Verordnung von Heilmitteln außerhalb des definierten Regelfalls (in ausgewählten Fällen je nach Kasse),

(Kursiv gesetzte Begutachtungsanlässe beziehen sich nur sekundär auf Kinder und Jugendliche)



Abb. 3: Träger der medizinischen Rehabilitation. In Deutschland ist das Versicherungswesen subsidiär organisiert.

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung für Kinder und Jugendliche nach SGB XI sind dort im § 15 definiert, das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist im §18 SGB XI beschrieben.

Durch die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit ist die Durchführung der Begutachtung festgelegt.

Nach Antrag wird eine individuelle Begutachtung des Antragstellers, also in diesem Falle des Kindes oder Jugendlichen, im häuslichen oder einrichtungsbezogenen Setting durchgeführt.

Im Vordergrund dieser Begutachtung steht die Beurteilung der individuellen Einschränkungen bei den Verrichtungen im täglichen Leben (ADL = Activities of daily life) nach § 14 SGB XI unter Berücksichtigung der ICF-Kontextfaktoren.

Bei Kindern ist dabei der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber eines gleichaltrigen nicht erkrankten oder behinderten Kindes festzustellen.

Dementsprechend kann die festgestellte und empfohlene Pflegestufe bei gleicher Erkrankung nach ICD-Kode und gleichem Alter eines Kindes bzw. Jugendlichen durchaus differieren, da die Verrichtungen im täglichen Leben durch die individuellen Kontextfaktoren unterschiedlich beeinflusst werden.

Auch diese Begutachtung wird durch entsprechend pädiatrisch geschulte Pflegekräfte oder durch Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte des MDK durchgeführt.

Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Die ICF wurde am 22.05.2001 auf der 54. Generalversammlung der WHO beschlossen, nachdem acht Jahre zuvor eine Überarbeitung der International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) festgelegt worden war.

Dadurch ergab sich ein Paradigmenwechsel, da der konzeptionelle Schwerpunkt der ICIDH-Klassifikation auf der Behinderung lag, während in der Klassifikation der ICF der Schwerpunkt auf der Partizipation (Teilhabe) behinderter und nichtbehinderter Menschen in allen individuell wichtigen Lebensbereichen liegt, also Behinderung inkludiert.

Im ersten Teil der ICF werden die Komponenten Körperfunktion und -struktur als bio-medizinischer Teil durch die Komponenten Aktivität (handelndes Subjekt) und Teilhabe in und an allen Lebensbereichen/-formen dargestellt.

Im zweiten Teil erfolgt die Ergänzung zum bio-psycho-sozialen Modell durch die Addition der Komponenten personenbezogene Faktoren und Umweltfaktoren, wobei die personenbezogenen Faktoren nicht klassifiziert werden.

Körperfunktionen und -strukturen	ICF	
	Aktivitäten	Teilhabe
Umweltfaktoren <ul style="list-style-type: none">• materiell• sozial	personenbezogene Faktoren <ul style="list-style-type: none">• Alter, Geschlecht• Motivation	

Abb. 4: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

An einem Beispiel soll die Anwendung verdeutlicht werden:

Bei der achtjährigen Sabine (personenbezogener Faktor) wird „Stottern“ (ICD-Kode F.98.5) diagnostiziert.

Sie hat in der Schule Probleme beim lauten Lesen (Einschränkung der Leistungsfähigkeit) und in der Familie beim Meinungs austausch (Partizipation), insbesondere mit dem zehnjährigen Bruder (Kontext).

Abschließend ist festzuhalten, dass jede Begutachtung individuell erfolgt und das Ergebnis als eine Empfehlung an die jeweils zuständige Kranken- oder Pflegekasse übermittelt wird.

Die Entscheidung, dieser formulierten Empfehlung zu folgen, obliegt allein der Kranken- oder Pflegekasse.

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:

Dr. Thomas Mandel

Gießener Str. 19

35112 Fronhausen

E-Mail: Dr.Thomas.Mandel@t-online.de

Red.: Christen

KINDER- UND JUGENDARZT

Ab Februar finden Sie unsere Zeitschrift
wieder im Internet unter
www.Kinder-undJugendarzt.de.

Welche Dimensionen der International Classification of Functioning (ICF) werden in Studien zu Physiotherapie nach Bobath und Vojta im Bereich der Pädiatrie betrachtet?

– Eine systematische Literaturübersicht –



PT Bac Stefanie Helbach¹

Dr. rer. medic. Michael Jung²

Das Ziel dieser Literaturübersicht bestand darin, aktuelle Studien beider Therapien hinsichtlich ihres Outcome mit validen Assessments zu vergleichen und Schwerpunkte im Hinblick auf die International Classification of Functioning, Disability and Health zu identifizieren.

Methodik In medizinischen Datenbanken wurde nach randomisiert-kontrollierten Studien, klinisch-kontrollierten Studien sowie klinischen Studien und systematischen Reviews aus der Pädiatrie mit der Intervention einer Physiotherapie nach Bobath bzw. Vojta recherchiert. Systematische Reviews wurden mit dem Assessment of Multiple Systematic Reviews und randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) mit der Amsterdam-Maastricht-Consensus List beurteilt.

Ergebnisse Insgesamt wurden 15 Studien in die Analyse eingeschlossen. Das Outcome von 12 Studien ist der ICF-Dimension Körperfunktion und -struktur zuzuordnen. Kontextfaktoren als Dimension haben 10 Studien näher betrachtet. Die Dimension Aktivität wurde nur in 3 Studien, die Dimension Partizipation in 2 Studien bewertet.

Fazit Vojta setzt seinen Schwerpunkt in der Motorik, Bobath befürwortet ein ganzheitliches Konzept und betrachtet Patienten eher in Alltagssituationen.

Das von Berta und Karel Bobath entwickelte physiotherapeutische Konzept wurde seit den 1940er-Jahren stetig weiterentwickelt. Grundpfeiler des Bobath-Konzepts (engl. Neurodevelopmental Treatment = NDT) sind die Entwicklungsförderung des Patienten in seiner Ganzheitlichkeit sowie interdisziplinäres Arbeiten in der Rehabilitation. Den Bezugspersonen der Betroffenen wird große Bedeutung zugeschrieben, weil sie von Anfang an aktiv am therapeutischen Prozess beteiligt sind. Ziel des Konzeptes ist, den Patienten auf seinem Weg zum Erreichen der größtmöglichen Autonomie zu unterstützen (Hüter-Becker et al. 2005). Kinder aller Altersgruppen mit zerebralen Bewegungsstörungen, sensomotorischen Störungen oder anderen neurologischen und muskulären Erkrankungen werden nach dem Bobath-Konzept behandelt.

Die Reflexlokomotion nach Václav Vojta hat ihren Ursprung in den 1950er-Jahren und ist eine weitere physiotherapeutische Methode, die in der Pädiatrie angewandt wird. Ein Element ist die Frühdiagnostik, die eingesetzt wird um rechtzeitig Fehlentwicklungen zu erkennen und entsprechend therapieren zu können (Hüter-Becker et al. 2005). Diese Methode beruht auf der Annahme, dass „[...] Muster der artspezifisch menschlichen Fortbewegungen bereits im ZNS eines jeden Individuums *verankert* sind“ (Hüter-Becker et al. 2005:75). So werden unter der Reflexlokomotion motorische und aber auch vegetative Reaktionen (u.a. Atmung, Verdauung) ausgelöst.

Trotz des weitläufigen Verbreitungsspektrums beider Therapiemethoden existieren wenig randomisierte kontrollierte Studien (RCT) als wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis. Faktoren wie Heterogenität und unterschiedliche Entwicklungsreife der Probanden erschweren die Vergleichbarkeit der Ergebnisse und limitieren die Qualität der Studien gerade im Bereich Pädiatrie.

Trotz der aktuell dünnen Studienlage zu beiden Methoden sind die Therapien nach Bobath und Vojta international anerkannt. In der Praxis wird aber häufig kontrovers diskutiert, welche Methode effektiver und somit zu bevorzugen ist.

In diesem Artikel werden Studien zu beiden Methoden gegenübergestellt und hinterfragt, wo die Forscher den Schwerpunkt ihrer Arbeit sahen. Anhand der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) werden die Outcome-Parameter beider Therapien verglichen und analysiert.

Folgende Fragestellungen wurden mit der systematischen Literaturrecherche überprüft:

Hypothese 1: Die Vojta-Therapie hat ihren Schwerpunkt in der Motorik.

Fragestellung 1: Inwiefern berücksichtigt das Vojta-Konzept die Partizipation des Kindes?

Hypothese 2: Das Bobath-Konzept stellt eine ganzheitliche Methode dar, in welcher sowohl Motorik als auch Perzeption, Kognition und Emotion bedeutsam sind.

¹ Rheinblick 24
56341 Kamp-
Bornhofen

² Hochschule Fresenius – University of Applied Science
Fachbereich Gesundheit
Limburger Str. 2
D-65510 Idstein

Fragestellung 2: Werden kontextbezogene Faktoren, die zur Verbesserung der Alltagssituation beitragen, näher betrachtet?

Zu der bedeutenden Dimension *Partizipation* ist im Sozialgesetzbuch verankert: „Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung [...] die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“ (§ 4 SGB IX).

Inwiefern wird das Recht auf Teilhabe in Behandlungen nach Bobath oder Vojta unterstützt? Das Ergebnis dieser Literaturrecherche soll Kinder- und Jugendärzten sowie Eltern bei der Entscheidungsfindung unterstützen, welche Methode für das Kind zu bevorzugen ist, und Therapeuten mittels der ICF-Einteilung zu individuellen Therapiezielen verhelfen.

Studiendesign

Die eingangs beschriebenen Probleme mit RCTs im Bereich der Pädiatrie führten dazu, zusätzlich Kontrollierte Klinische Studien (CCT), Klinische Studien (CT) und Reviews einzuschließen. Da bei den Publikationen zur Vojta-Therapie die Fallberichte überwogen, wurde auch eine Kohortenstudie zur Effektivität von Vojta einbezogen.

Datenbanken

Die Literaturrecherche online wurde in folgenden Datenbanken durchgeführt: PubMed und DIMDI für Medline-Recherchen, als Verlagsdatenbanken Thieme-Connect, Elsevier und Springerlink, sowie Physiotherapy Evidence Database (PEDro).

Suchbegriffe

Folgende Suchbegriffe und Boolesche Operatoren wurden verwendet: „Vojta AND Bobath“, „Vojta OR Bo-

bath“, „CP AND Vojta“, „CP AND Bobath“, „(Vojta therapy in children)“, „(Bobath therapy in children)“, „(physical therapy in children)“, „(physical therapy) NOT adults“, „(cerebral palsy) AND physiotherapy“.

Studien zu Bobath wurden ebenfalls unter „Neurodevelopmental Treatment (NDT)“ gesucht. Die Publikationen wurden anhand von Titel und Abstrakt selektiert und im Anschluss daran mit festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien überprüft.

Einschlusskriterien

Inkludiert wurden Studien in englischer oder deutscher Sprache, die ab 1990 veröffentlicht wurden, deren Probanden einen Altersrange von 0–18 Jahren sowie eine neurologische oder motorische Störung aufwiesen. Die Studien von d’Avignon, Ottenbacher und Niethard et al.* nehmen trotz der Erscheinungsjahre 1981, 1986 und 1987 aufgrund ihrer methodischen Qualität für diese Untersuchung einen besonderen Stellenwert ein und wurden deshalb eingeschlossen; ebenso die Studie von Webb (2008)*, die 0–20-jährige Patienten untersuchte. Die so recherchierten Studien wurden zusätzlich einer methodischen Qualitätsprüfung unterzogen, um in die endgültige Auswertung zu kommen.

Ausschlusskriterien

Fallberichte, Einzelfallstudien und Fallserien wurden ausgeschlossen, ebenso Studien, die vor 1990 veröffentlicht wurden, weder in Englisch noch in Deutsch verfasst sind, sowie Populationen ab 18 Jahren (bis auf die *Sonderfälle).

Methodische Qualitätsprüfung

Die gefundenen Studien wurden mit der Amsterdam-Maastricht-Consensus-List (AMCL) und der Assessment of Multiple Systematic Review Checklist (AMSTAR) analysiert. Bei der Bewertung mit diesen Assessments mussten die Studien mindestens eine Score von sechs Punkten als Inklusionskriterium erreichen. Die Tabellen 1-3 zeigen die methodische Qualität von 15 Studien, wobei nur 3 eine Gesamtpunktzahl von 9 Punkten, was als „gut“ einzustufen ist und nur eine Studie die Punktzahl 10 erreichten (vgl. Tab. 1-3). Die anderen 11 Studien wurden als „ausreichend“ bewertet.

Outcome-Kriterien

Zur Überprüfung, inwiefern Bobath- oder Vojta-Therapie in ihren Outcome-Kriterien Aspekte der ICF-Dimensionen erfüllen, wurde in den 15 Studien nach folgenden Outcome-Parametern gesucht: 1. Motorik, 2. Funktion, 3. Aktivität, 4. Effektivität, 5. Intensität, 6. Selbstständigkeit (Autonomie), 7. Partizipation (Teilhabe), 8. Mutter-Kind-Interaktion.

Ergebnisse

Die Literaturrecherche erbrachte 93 Treffer, wovon 15 Studien in die Analyse eingeschlossen wurden (vgl. Abb. 1). Das Outcome der selektierten Studien wurde analysiert und im Hinblick auf die ICF-Kriterien betrachtet.

Item	Studien zu Vojta					
	Jung (2011)	Kanda (2003)	Niethard (1987)	Peschke (2010)	Giannantonio (2010)	Banaszek (2008)
1a	+	+	?	?	–	?
1b	+	?	?	?	–	?
2	?	?	?	?	–	?
3	–	?	?	?	?	?
4	+	?	?	+	+	+
5	+	+	+	+	+	+
6	+	+	+	+	+	+
7	+	+	+	+	+	+
8	+	+	–	+	?	?
9	+	?	+	+	–	+
10	+	+	+	+	+	+
11	+	+	+	?	+	+
Total	10	7	6	7	6	7

Tab. 1: AMCL-Bewertung der RCTs, CCTs, CTs zu Vojta

Legende: + 1 Punkt / - 0 Punkte / ? 0 Punkte

Items (1a) Randomization; (1b) Concealment of allocation; (2) Blinded patient; (3) Blinded care provider; (4) Blinded outcome assessor; (5) Acceptable drop-out rate; (6) Acceptable analysis of groups; (7) Relevance measures; (8) Comparable subgroups at baseline; (9) Co-interventions avoided or similar; (10) Acceptable Compliance; (11) Timing of outcome assessment

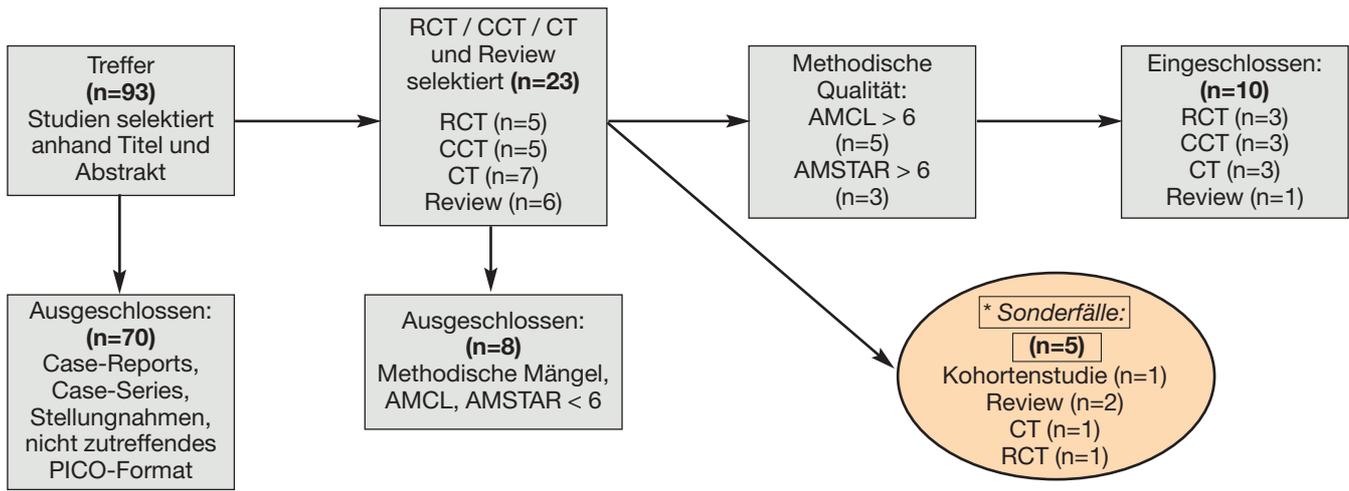


Abb. 1: Flowchart zur Studienauswahl (n=Anzahl an Publikationen)

Studienauswahl

Die 15 eingeschlossenen Studien teilen sich auf in 3 RCTs, 3 CCTs, 3 CTs und 1 Review. In der Ellipse *Sonderfälle wurden 5 Studien (1 RCT, 1 CT, 2 Reviews, 1 Kohortenstudie) aufgezählt, die trotz bestehender Exklusionskriterien aufgenommen wurden. Aufgrund nicht ausreichender methodischer Qualität mussten 8 Studien ausgeschlossen werden (vgl. Abb. 2).

Körperfunktionen und Körperstrukturen

In folgenden Studien fanden sich Ergebnisse zu Körperfunktionen und Körperstrukturen: Sakzewski et al. (2009) und Law et al. (1991) nutzen als Messinstrument den Quality of Upper Extremity Skills Test (QUEST) und die Peabody Fine Motor Scale (PFMS), um die Funktion und Bewegungsqualität der oberen Extremität zu bewerten. NDT kombiniert mit einer Gipsbehandlung erwies sich in der Studie von Law et al. (1991) als effektiv und ergab in der Studie von Sakzewski et al. (2009) einen mittleren Effekt (p=.009). Auch Fowler et al. (2001) beschäftigten sich in ihrer Studie mit der Bobath-Therapie und zeigten mit der Asworth Skala, dass sich die Spastik bei Widerstandsübungen nicht negativ erhöht. Die Untersuchungen zur Körperfunktion bei der Vojta-Therapie unterscheiden sich von denen des Bobath-Konzeptes: Gianantonio et al. (2010) prüften über einen Monitor die vegetativen Funktionen während der 1. Phase Reflexumdrehen nach Vojta. Auftreten von Stress und Schmerz testeten sie mittels der Neonatal Infant Pain Score (NIPS) und dem Premature Infant Pain Profile (PIPP). Die Studie konnte keine Risiken und negativen Auswirkungen der Vojta-Therapie feststellen. Banaszek et al. (2008) beobachteten die Bewegungspattern unter Vojta-Therapie.

Niethard (1987) beschäftigte sich in seiner Studie mit kongenitalen Hüftgelenksluxationen und bewies die Wirksamkeit von der Vojta-Therapie im Bezug auf Abduktionserweiterung des Hüftgelenks, Kontrakturprophylaxe und Normotonie.

Jung (2011) bestätigte mit einer RCT die Effektivität der Vojta-Methode zur Verbesserung (p=.025) der infantilen Haltungssymmetrie.

Aktivität

In den Studien von Knox et al. (2002) und Tsorlakis et al. (2004) wurde der Gross Motor Function Measure (GMFM) als Assessment mit folgenden Dimensionen verwendet: 1. Liegen und Drehen, 2. Sitzen, 3. Krabbeln, 4. Stehen, 5. Gehen, Rennen und Springen. Die Durchführung (das Handeln) der im GMFM gestellten Aufgaben entspricht in vollem Maße der Dimension Aktivität der ICF. Tsorlakis et al. (2004) geben in ihrer Studie eine allgemeine Verbesserung des GMFM durch intensive NDT an (p<.05). Einzelne Dimensionen werden jedoch nicht erläutert. Knox et al. (2002) hingegen beschreiben, dass sich die Dimensionen Gehen (p=.010) und Krabbeln (p=.050) nach der Bobath-Therapie signifikant verbessert haben, andere Dimensionen nicht. Außerdem verwendeten Knox et al. (2002) den Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI), um Informationen über Selbstversorgung, Mobilität und soziale Kompetenz zu

Item	Studien zu Bobath				Studien zu Bobath & Vojta	
	Tsorlakis (2004)	Knox (2002)	Fowler (2001)	Law (1991)	Mähler (1999)	d'Avignon (1981)
1a	+	?	+	+	-	+
1b	+	?	+	?	-	+
2	+	?	-	+	-	?
3	-	+	-	+	-	?
4	-	+	-	+	+	?
5	+	-	+	+	+	+
6	?	+	?	?	+	?
7	+	+	+	+	+	?
8	+	?	+	?	-	?
9	+	+	+	+	-	+
10	+	?	+	+	+	+
11	+	+	?	+	+	+
Total	9	6	7	9	6	6

Tab. 2: AMCL-Bewertung der RCTs, CCTs, CTs zu Bobath & Vojta

Legende: + 1 Punkt / - 0 Punkte / ? 0 Punkte

Items (1a) Randomization; (1b) Concealment of allocation; (2) Blinded patient; (3) Blinded care provider; (4) Blinded outcome assessor; (5) Acceptable drop-out rate; (6) Acceptable analyse of groups; (7) Relevance measures; (8) Comparable subgroups at baseline; (9) Co-interventions avoided or similar; (10) Acceptable Compliance; (11) Timing of outcome assessment

Item	Studien zu Bobath / NDT		
	Sakzewski (2010)	Webb (2008)	Ottenbacher (1986)
1	Yes	?	?
2	Yes	No	Yes
3	Yes	Yes	Yes
4	Yes	Yes	Yes
5	Yes	Yes	Yes
6	Yes	No	Yes
7	Yes	Yes	Yes
8	Yes	Yes	?
9	?	?	No
10	?	?	?
11	Yes	Yes	Yes
Total	9	6	7

Tab. 3: AMSTAR-Bewertung der Reviews zu Bobath

Legende: yes 1 Punkt / no 0 Punkte / ? 0 Punkte

Items (1) A priori design; (2) Duplicate study selection and data extraction; (3) Comprehensive literature search; (4) Inclusive publication status; (5) Included/excluded studies provided; (6) Characteristics of included studies provided; (7) Quality assessment of studies; (8) Study quality used appropriately in formulating conclusions; (9) Appropriate methods used to combine studies; (10) Publication bias assessed; (11) Conflict of interest stated

erhalten. In den Bereichen Selbstversorgung ($p=.031$) und Mobilität ($p=.015$), erwies sich die Bobath-Therapie als effektiv. Sakzewski et al. (2009) bedienten sich des PEDI, um Aktivitätsstörungen der Teilnehmer zu identifizieren.

Kanda et al. (2004), die die Vojta-Therapie genauer betrachteten, bewerteten die Aktivitäten Stehen und Gehen.

Partizipation

Das von Sakzewski et al. (2009) eingesetzte PEDI lässt valide Rückschlüsse auf die Teilhabe und das Integriertsein in Lebenssituationen zu, wobei sie noch zusätzlich

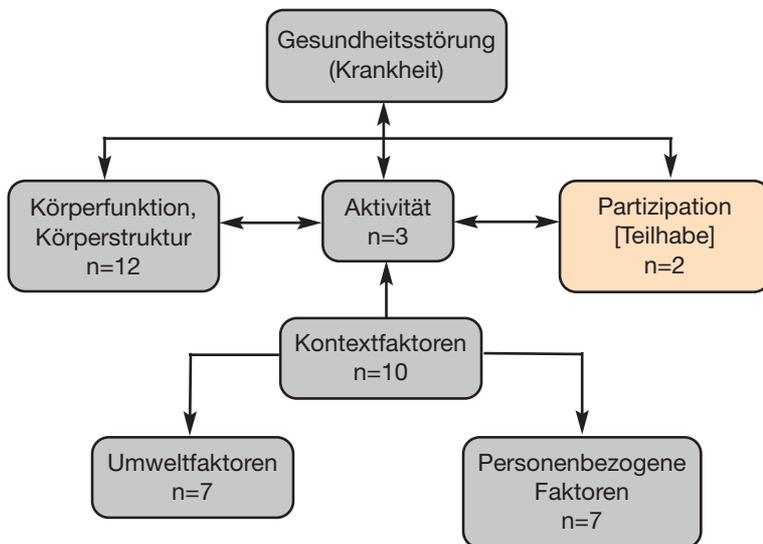


Abb. 2: Flowchart zum ICF-orientierten Outcome der selektierten Studien (n=Anzahl an Publikationen)

den Canadian Occupational Performance Measure (COPM) als Assessment einsetzten. Bezüglich der Teilhabe zeigten sich in der NDT-Gruppe positive Effekte ($p=.012$). Knox et al. (2002) hingegen entwickelten ergänzende, nicht standardisierte Fragebögen für Eltern und Therapeuten, um mehr über die Verbesserung der Alltagsituation der Kinder zu erfahren. In den gefundenen Studien zur Vojta-Therapie wird zur Teilhabe keine Information gegeben.

Umweltfaktoren

Diese Dimension betrachteten 7 der selektierten Studien. Mähler et al. (1991) und d’Avignon et al. (1981) verglichen das Bobath- und Vojta-Konzept miteinander. Mähler et al. (1991) untersuchten das Belastungsempfinden der Mutter und die Auswirkungen der Therapie auf die Mutter-Kind-Beziehung. D’Avignon et al. (1981) beschäftigten sich mit den Aspekten Compliance und Aufklärung der Eltern. Law et al. (1991) fanden heraus, dass die Compliance der Eltern umso höher ist, je jünger die Kinder sind. In einer Studie zur Vojta-Therapie zeigte Peschke (2010), dass die Compliance der von ihr befragten Eltern bei 40% lag. In einer RCT untersuchte Jung (2011) zusätzlich das Beruhigungsverhalten der Kinder. 94,4% (17/18) der Eltern gaben an, ihre Kinder während des Vojta-Therapiezeitraums „besser“ oder „gleich gut“ wie vor Therapiebeginn beruhigen zu können. Webb (2008) betrachtete in einem Review die Studien hinsichtlich der Faktoren „Input und Kostenaufwand der Therapie“.

Personenbezogene Faktoren

Drei Studien beziehen sich als sekundäres Outcome auf personenbezogene Faktoren: Knox et al. (2002) und Tzorlakis et al. (2004) machten die Erfahrung, dass jüngere Betroffene größere Fortschritte erzielen als ältere. Nach Einteilung der Kinder in Schweregrade ihrer Erkrankung mittels der GMF-Classification, wurde bei Tzorlakis et al. (2004) offensichtlich, dass Kinder im Level I-III bessere Ergebnisse erzielten, als Kinder im Level IV-VI. Banaszek et al. (2008) zeigten, dass die (Vojta-)Therapiedauer bei Frühgeborenen abhängig von deren Geburtsgewicht ist.

Diskussion

Die Mehrzahl der Studien beschäftigte sich mit den Dimensionen Körperstruktur und -funktion. In Studien zum Bobath-Konzept wiederholten sich die ausgewählten Assessments GMFM, QUEST und PFMS. Studien zur Vojta-Therapie hingegen untersuchten überwiegend Frühgeborene und Säuglinge und nutzen Assessments wie NIPP-, PIPP-Scores und Monitoring, um den Anstieg von Stress, Schmerz sowie der Atemfrequenz festzustellen. Die Auswahl der unterschiedlichen Assessments und die Verschiedenheit des Populationsalters innerhalb der Studien zu den beiden Therapiemethoden minimieren deren Vergleichbarkeit in der Pädiatrie.

Es stellte sich heraus, dass sich Studien zur Bobath-Therapie umfassender mit der ICF-Dimension Aktivität

beschäftigen als Vojta-Studien. Die ICF-Dimension Partizipation fand ausschließlich in Studien zum Bobath-Konzept Beachtung. Allerdings nur zwei Autoren berücksichtigten in ihren Studien zur Bobath-Therapie den Aspekt der Partizipation. Mithilfe des PEDI konnten sie Rückschlüsse über die Partizipation der Betroffenen ziehen. Knox et al. (2002) nutzten Fragebögen für Eltern und Therapeuten, und Sakzewski et al. (2009) zogen den COPM hinzu, der als valides Messinstrument des Faktors Teilhabe gilt. Die Umweltfaktoren, die in Wechselwirkung mit den erstgenannten Komponenten der ICF stehen, wurden sowohl in Vojta- als auch in Bobath-Studien berücksichtigt. Die Rolle der Eltern im Prozess der frühen Rehabilitation ist sehr bedeutend. Die Studie von Mähler et al. (1999) ebenso wie die Daten von Jung (2011) schmälern die Zweifel gegenüber der Vojta-Methode und den negativen psychologischen Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung. Da Vojta-Therapeuten voraussetzen, dass Eltern 3-4 Mal täglich eine ca. 20-minütige Therapieeinheit eigenständig mit ihrem Kind durchführen (Kanda et al. 2004; Peschke 2010; Jung 2011), ist vor allem innerhalb der Vojta-Methode der Part Aufklärung und Unterstützungsmaßnahmen der Bezugspersonen im Umgang mit ihrem Kind hervorzuheben. Die Studien von Peschke (2010) und Jung (2011) treffen Aussagen über die gute Compliance der Eltern in der Vojta-Therapie. Die genauere Betrachtung der Studie von Mähler et

al. (1991) führt zu der Frage, inwiefern die anfängliche Überforderung der Eltern der nach Vojta behandelten Kinder zu verringern ist. Sie fanden heraus, dass sich die seelische und körperliche Belastung der Mütter nach ca. 10 Wochen Therapie minimierte. Diese Ergebnisse zeigen, dass die Vojta-Therapie, in der die Eltern als Co-Therapeuten fungieren, von Anfang an großen Bedarf an Aufklärung und Instruktion hat. Es gilt zu verhindern, dass sich Eltern betroffener Kinder überfordert fühlen und den Eindruck erhalten, ihrer Rolle nicht gewachsen zu sein. Im Bobath-Konzept sind Anleitung und Aufklärung der Eltern sowie deren Umgang („Handling“) mit dem Kind fester Bestandteil der ohnehin stressfreien Therapie.

Methodische Qualität

Aufgrund der allgemein geringen Anzahl existierender Studien zur Vojta- bzw. Bobath-Therapie, wurden auch Studien mit so eben ausreichender methodischer Qualität eingeschlossen. Die durchgeführte methodische Qualitätsprüfung der selektierten Studien anhand der AMSTAR sowie der AMCL zeigt, dass überwiegend die Items Randomisierung, verdeckte Zuteilung, Verblindung der Teilnehmer und Assessoren mit negativ oder unklar bewertet wurden. Aus diesen Gründen ist die Evaluation der Effektivität beider Therapiemethoden schwierig. Eine Standardisierung der Messergebnisse ist

kaum möglich, da in der Pädiatrie und gerade im Zusammenhang mit CP in der Population große individuelle Unterschiede bestehen. Die große Altersspanne und die unterschiedliche Reifeentwicklung der Kinder sowie die verschiedenen Schweregrade der Erkrankungen haben eine hohe Heterogenität der Gruppen zur Folge, was die Vergleichbarkeit innerhalb eines RCTs bzw. eines CCTs erschwert. Außerdem vertreten viele Autoren die Meinung, dass eine Kontrollgruppe aus ethischen und moralischen Gründen nicht vertretbar ist (Gianantonio et al. 2010:2; Knox et al. 2002:448). Die Rolle der Kontrollgruppe besteht nicht ausschließlich darin, keine Intervention zu erhalten, sondern beinhaltet ebenso die Möglichkeit, eine weniger intensive oder später einsetzende Behandlung zu erhalten. Diese Kritikpunkte hatten zur Folge, dass die vorläufig aufgestellten Inklusionskriterien für diese Übersichtsarbeit geringfügig erweitert werden mussten, um eine größere Anzahl an Studien in die Analyse einschließen zu können.

Messung der ICF-Dimension *Partizipation*

Mit der Erweiterung der Handlungskompetenz soll das Kind in die Lage versetzt werden, an alltäglichen Dingen, die für es selbst bedeutsam sind, teil zu haben. Ein barrierefreies Umfeld ist hierfür selbstverständlich sehr förderlich. Zustimmend beschreibt Zukunft-Huber (2008:435) in einem Fallbericht, dass Hauptziele bei Zerebralparese die Selbständigkeit und die Integration in Familie und Gesellschaft beinhalten. Philippi (2008:10) schreibt im Kontext CP und ICF ebenfalls: „[...] auch die Physiotherapie wird ihre Effekte zunehmend mehr im Sinne der Partizipation zu evaluieren haben.“ Obwohl das vorrangige Ziel der Rehabilitation von beeinträchtigten Kindern die Partizipation bedeutet, befassten sich damit nur zwei Studien dieser Literaturübersicht. Sicher lässt eine Verbesserung auf der Körperfunktions- und Aktivitätsebene auch positive Auswirkungen auf die Partizipation erwarten, was in zukünftigen Studien aber noch zu evaluieren ist. In den besagten zwei Studien wurden verschiedene Assessments verwendet, um die Beeinträchtigungen bzw. die Fähigkeiten der Partizipation zu messen. An dieser Stelle wird der COPM diskutiert, der in dem methodisch hochwertigen systematischen Review von Sakzewski et al. (2005) eingesetzt wurde. Es wurden 13 RCTs und 7 Systematic Reviews untersucht, die 4 verschiedene Interventionen, u. a. NDT, auf ihre Effektivität hin miteinander verglichen haben. Das Outcome ergab: „individualized goals (COPM) demonstrated the greatest change with NDT [...] that are meaningful to the child and family may result in significant changes in parental perception of their child's performance“ (Sakzewski et al. 2008:1118). COPM wurde in den 1980er-Jahren von Law entwickelt und ist als Messinstrument im Kontext Partizipation etabliert (Law, Baptiste, McColl, 1990:82). In der Studie von Sakzewski et al. (2009) wurde es zur Messung der „individualized outcomes“ herangezogen, sodass keine Aussagen speziell über die Partizipation getroffen wurden. Schließlich steht hier die Überlegung, die Evaluation der Partizipation anhand

adäquater Messinstrumente in zukünftigen Studien zu integrieren und gemäß § 4SGB IX die persönliche Entwicklung der Betroffenen ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen bzw. erleichtern.

Schlussfolgerungen

Abschließend ist festzustellen, dass in der von uns gefundenen Literatur, die Vojta-Therapie ihren Schwerpunkt in der Motorik hat und das Bobath-Konzept eine ganzheitliche und spielerische Herangehensweise präferiert – damit mehr Teilhabe orientiert ist. Während Vojta die Körperstrukturen (z.B. Hüfte, Wirbelsäule) des Kindes im Focus hat und darüber die Aktivitäten des Kindes verbessert, wirkt Bobath über seine Ganzheitlichkeit und Interdisziplinarität direkt auf die Partizipation. Das Bobath-Konzept geht weniger den Weg, über Maßnahmen an Körperfunktionen und -Strukturen eine Verbesserung zu bewirken; man sieht die Physiotherapeuten hier selten isoliert den Muskel- oder Skeletapparat bearbeiten. Die personenbezogenen- und Umweltfaktoren spielen als Kontextfaktoren immer in die Therapieplanung des Bobath-Konzeptes mit ein, werden aber in Bobath-Studien weniger erforscht als in Studien zur Vojta-Therapie. Da das Vojta-Konzept auf der Körperstrukturebene leicht operationalisierbare Variablen beeinflusst, ist es gut messbar und einfacher zu erforschen. Wie die Partizipation aufgrund physiologisch arbeitender Muskelketten und besserer Aufrichtung beeinflusst werden kann, wird in den vorliegenden Studien nicht angesprochen.

Die Verbesserungen auf der Partizipationsebene und der subjektiven Lebensqualität (teilweise durch externe Beobachter) die Eltern erhoben, sind nicht immer gut messbar, stehen aber im Vordergrund beim Bobath-Konzept. Aufgrund der unterschiedlichen Ansätze ist der praxisorientierte Wettbewerb, in dem beide Methoden auf ihre Effektivität hin verglichen werden, nicht haltbar. Vielmehr sind den Vorzügen der einen bzw. anderen Methode Beachtung zu schenken und diese hervorzuheben. Die Wahl der Therapiemethode ist auf die individuellen Bedürfnisse des Kindes anzupassen.

Weist das Kind größere Defizite im Bereich der motorischen Entwicklung im 1. Lebensjahr auf, kann der Vojta-Methode tendenziell der Vorzug gegeben werden, sofern die Familie dies mittragen kann. Verfügt das Kind bereits über ausreichende motorische Funktionalität hilft das Bobath-Konzept, diese alltagsnah zu gestalten und für die integrativen Bedürfnisse des Kindes, wie beispielsweise Kindergarten oder Schule, zu nutzen.

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzanschrift:
Stefanie Helbach
Rheinblick 2
56341 Kamp-Bornhofen

Red.: Christen

Welche Diagnose wird gestellt?

Peter H. Höger

Anamnese

Bei dem 13-jährigen Mädchen bestehen seit 3–4 Monaten pigmentierte Hautveränderungen im Bereich des Abdomens mit zunehmender Tendenz, jedoch ohne subjektive Beschwerden. Die weitere Eigen-, Familien- und Sozialanamnese ist unauffällig.

Untersuchungsbefund

13-jähriges Mädchen in gutem Allgemeinzustand. Im Bereich des Abdomens besteht ein ausgedehntes, unscharf begrenztes Areal mit teils linear angeordneten, schmutzig-graubraunen, konfluierenden hyperkeratotischen Plaques (Abb. 1).



Abb. 1: Unscharf begrenztes Areal mit teils linear angeordneten, schmutzig-graubraunen, konfluierenden hyperkeratotischen Plaques

Welche Diagnose wird gestellt?

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

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

Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel. (040) 67377-202, Fax -380, E-Mail: p.hoeger@kklh-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. Christoph Kupferschmid, Olgastr. 87, 89073 Ulm, Tel. (0731) 23044, E-Mail: Ch.Kupferschmid@t-online.de

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

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

Druckauflage 13.730

lt. IVW IV/2013

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



LA-MED

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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 46 vom 1. Oktober 2012

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

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

© 2013. 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.

Terra-firma-forme Dermatose (TFFD)

Die Hautveränderungen lassen sich durch Reiben mit einem Alkohol-Tupfer vollständig entfernen, ohne dass eine Verletzung auftritt (Abb. 2). Sie sind offensichtlich der Haut aufgelagert. Anders als man vermutet, handelt es sich jedoch nicht um Schmutz („exogenes Pigment“), sondern um eine Retentions-Hyperkeratose, die unter der treffenden Bezeichnung „Terra firma-forme Dermatose“ (TFFD) 1987 erstmals von Duncan et al (1) beschrieben wurde. Sie erinnert an die Acanthosis nigricans, die gleichfalls durch eine Hyperkeratose bedingt ist, aber die intertriginösen Regionen und den Nacken bevorzugt.



Abb. 2: Entfernung der Hautveränderungen durch Reiben mit alkoholgetränktem Tupfer

Die Ätiologie der Erkrankung ist bisher nicht ganz geklärt. Sie ist abzugrenzen von der Dermatitis neglecta, die durch schlichtes Nicht-Waschen bedingt ist (2). Patienten mit TFFD duschen durchaus regelmäßig; dieser Waschvorgang ist jedoch offenkundig nicht effektiv (genug), d.h. die sich an der Hautoberfläche ansammelnden Hornschuppen werden nicht entfernt, so dass der Eindruck einer schmutzig-grauen Hyperpigmentation entsteht.

Ob zusätzlich eine Disposition zur erhöhten Adhäsion von Hornschuppen besteht, ist nicht bekannt. In der Tat kommt es gelegentlich zu Verwechslungen mit durch Hyperkeratosen gekennzeichneten Hauterkrankungen wie der Psoriasis vulgaris (3), der (Pseudo-) Acanthosis nigricans oder, wie bei unserer Patientin, einem Epidermalen Naevus. Gegen diesen sprach das Fehlen einer blaschkolineären Anordnung und das Überschreiten der Mittellinie.

Die Häufigkeit dieser weitgehend unbekanntes Dermatose ist nicht bekannt; viele Fälle dürften unbemerkt, andere unter anderen Diagnosen erfasst sein. In einer kürzlich publizierten größeren Fallserie von 31 Patienten lag das Durchschnittsalter der TFFD-Patienten bei 12 Jahren (4). Bevorzugt betroffen (und meist symmetrisch) waren der Halsbereich (insb. infra- und retroaurikulär), Knöchelregion, Arme und Brust. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer vor Diagnosestellung lag bei 4 Monaten. In einzelnen Fällen bestand eine Assoziation mit einer Atopsischen Dermatitis. Ein Drittel der Patienten war vor Diagnosestellung schon diversen Laboruntersuchungen oder einer (erfolglosen) Lokaltherapie mit topischen Steroiden ausgesetzt worden (4).

Die Behandlung besteht wie im vorliegenden Fall in der Entfernung der Plaques durch Abreiben mittels Alkoholtupfer; dieser Vorgang dient gleichzeitig der Diagnosesicherung. Eltern bzw. Patienten sollten über die Harmlosigkeit des Befundes informiert und beraten werden, den täglichen Reinigungsvorgang (ggf. unter Zuhilfenahme von Waschlappen/-bürsten) zu intensivieren.

Literaturangaben

1. Duncan WC et al. Terra firma-forme dermatitis. Arch Dermatol 1987; 123: 567-569
2. Poskitt L et al. „Dermatitis neglecta“: unwashed dermatosis. Br J Dermatol 1995; 132: 827-829
3. Park JM et al. A case of generalized dermatitis neglecta mimicking psoriasis vulgaris. Arch Dermatol. 2010; 146:1050-1.
4. Berk DR Terra-firma-forme dermatosis: A retrospective review of 31 patients. Pediatr Dermatol 2012; 29: 297-300

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

Hereditäres angioneurotisches Ödem (HANE)

CONSILIUM
INFECTORUM

Prof. Dr. med.
Peter Höger

Frage:

In meiner Behandlung befindet sich ein 9-jähriges Kind, das klinisch durch Gesichtsschwellung in ca. halbjährlichem Abstand imponiert. Die Mutter hat ein nachgewiesenes hereditäres Angioödem. Ich habe nun eine Labordiagnostik veranlasst, die jedoch meine Diagnose nicht zu bestätigen scheint.

- Wie sollte hier jetzt weiter vorgegangen werden?
- Mögliche Differentialdiagnosen?

Antwort:

Das hereditäre angioneurotische Ödem (HANE) wird autosomal-dominant vererbt. Es beruht auf einer Mutation des *C1-Esterase-Inhibitor-Gens* (Chromosom 11q11-q13.1). Dadurch kommt es zur unkontrollierten Aktivierung des Komplementsystems. Die Häufigkeit der Erkrankung wird mit etwa 1:50.000 angegeben (1).

Formen des HANE:

In der Mehrzahl der Fälle (85 %) liegt ein quantitativer Defekt des Proteins vor (Typ I), dessen Serumkonzentration auf 30 bis 40 % der Norm vermindert ist. Bei Typ II ist hingegen die Serumkonzentration des Proteins normal, was zu Missverständnissen (wie vermutlich im vorliegenden Fall) führen kann. Aufgrund des verstärkten Komplementverbrauches ist bei beiden Formen die Konzentration der Komplementfaktoren C2 und C4 im Serum vermindert (2). Bei Erwachsenen wird darüberhinaus ein Typ III (östrogenabhängig) und ein erworbener Typ IV (bei Patienten mit malignen Erkrankungen des RES) beobachtet.

Klinisches Bild:

Rezidivierende spontane oder durch leichte Traumen hervorgerufene, über 2–3 d anhaltende Schwellungen der Haut und Schleimhäute. Im Unterschied zur Urtikaria/Quincke-Ödem treten weder Quaddeln noch Juckreiz auf. Bevorzugt betroffen sind die Extremitäten und das Gesicht. Bei gastrointestinaler Beteiligung können heftigen Bauchschmerzen auftreten, die nicht selten zur Laproskopie/Laparotomie führen.

Diagnostik + Differentialdiagnostik:

Nicht selten vergehen mehr als zehn Jahre bis zur Diagnosefindung (1). Die Verdachtsdiagnose „HANE“ sollte bei jedem Patienten mit rezidivierendem Angioödem *ohne Urticae* und *ohne Juckreiz* erwogen werden. Juckreiz und Urticae sprechen eher für ein Quincke-ödem. Die Mehrzahl der HANE-Patienten weist eine positive Familienanamnese auf, bei 25 % liegt allerdings eine Neumutation vor. Alle HANE-Patienten haben niedrige C4-Werte (= Screening-Parameter), aber normale Werte für C1 und C3. Wenn die Serumkonzentration des C1-Esterase-Inhibitors normal ist, sollte anschließend ein funktioneller Assay erfolgen.

Therapie:

Die klassische Therapie besteht in der Substitution von C1-Esterase-Inhibitor (Berinert P) intravenös. Vor operativen Eingriffen (einschließlich zahnärztlicher Eingriffe, Endoskopien) sollte die Gabe auch prophylaktisch erfolgen. Neuere Therapieansätze stellen Ecallantid (rekombinanter Kallikrein-Inhibitor) und Icatibant (Bradykinin-Rezeptor-Antagonist) dar (3, 4).

Literaturangaben

1. Zuraw BL. Hereditary angioedema. *N Engl J Med* 2008; 1359: 1027-36.
2. Frank MM. Complement disorders and hereditary angioedema. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 125 (Suppl 2): S262-71.
3. Cicardi M et al. Ecallantide for the treatment of acute attacks in hereditary angioedema. *N Engl J Med* 2010; 363: 523-31.
4. Cicardi M, Banerji A, Bracho F et al. Icatibant, a new bradykinin-receptor antagonist, in hereditary angioedema. *N Engl J Med* 2010; 363: 532-41.

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

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Lebensqualität bei Drillingen

Health-Related Quality of Life and Behaviour of Triplets at Adolescent Age

Natalucci G, Iten M, Hofmann J, et al., *J Pediatr* 161, 495-500, September 2012

Anliegen dieser Studie aus Zürich ist es, die Lebensqualität und Verhaltensmerkmale von Drillingskindern im Jugendalter zu erfassen, mit Einlingen zu vergleichen und medizinische und soziodemographische Prädiktoren für das Outcome der Mehrlinge herauszuarbeiten. Hypothetisch wurden häufigere Auffälligkeiten in der Lebensqualität und im Verhalten der Drillinge erwartet.

54 Drillingskinder (19 Geschwistersets) nach Geburt in der im Mittel (SD) 32.0 (2.4) Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht von 1580 (450) g wurden mit 51 Einlingen verglichen, die bezüglich der genannten Parameter und des Geschlechts adjustiert worden waren. Nach Erhebung soziodemographischer Variablen und Testung der kognitiven Funktionen machten alle Probanden mit 14.5 (0.3) Jahren selbst Angaben zu ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HrQoL= Health-related Quality of Life) mit dem Kidscreen-52, der multidimensional die körperliche, emotionale und soziale Lebenssituation erfasst, und zu Verhaltensauffälligkeiten mit der Child Behaviour Checklist (CBCL). Die Mütter, Väter und Lehrer der Kinder wurden mit den entsprechenden Eltern- und Lehrerversionen der Fragebögen befragt.

Die Kinder beider Gruppen unterschieden sich bezüglich der Lebensqualität im Selbst- und Fremdurteil kaum; die Drillinge erzielten sogar bessere Ergebnisse in den Dimensionen „Stimmung und Gefühle“ und „Autonomie“. Die Eltern von Drillingen gaben signifikant seltener Verhaltensauffälligkeiten für ihre Kinder an als die Einlingseltern, schätzten jedoch die Lebensqualität ihrer Kinder etwas schlechter ein als die Jugendlichen selbst. Im Vergleich mit Schweizer Normierungspopulationen lagen die Drillinge für beide Instrumente mit ihren Mittelwerten im Normbereich und erschienen im Lehrerurteil seltener verhaltensauffällig – insbesondere im externalisierenden Sinn – als gleichaltrige Schüler ohne definiertes Entwicklungshandicap. Als prädiktiv für das Outcome konnten weder der Konzeptions- (IVF/ICSI) oder der

Geburtsmodus (Sectio) noch das Auftreten perinataler Komplikationen gewertet werden. Lediglich die Dichorionizität (eine Placenta geteilt von 2 oder 3 Feten) ermöglichte die Vorhersage einer eingeschränkten gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Kommentar

Drillingsschwangerschaften, die vermehrt nach assistierter Reproduktion wie auch infolge höheren mütterlichen Alters entstehen, gelten wegen potentieller Komplikationen und Frühgeburten als „unerwünschte Nebenwirkungen“ eines veränderten reproduktiven Verhaltens. Die Kindesentwicklung von Drillingen ist häufiger belastet mit körperlichen und kognitiven Einschränkungen und die Familien sind gerade in den ersten Lebensjahren der Kinder hohen Anforderungen ausgesetzt mit oft negativen Folgen für das Wohlbefinden und die elterliche Paarbeziehung. Vor diesem Hintergrund überrascht das Ergebnis einer unbeeinträchtigten gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Drillingskindern im Jugendalter. Dies entspricht jedoch den erfreulichen Resultaten anderer Untersuchungen, die bei Jugendlichen mit Entwicklungshandicaps hinsichtlich verschiedener psychosozialer Lebensbereiche in der Selbsteinschätzung ebenfalls keine Einschränkungen fanden. Typischerweise sehen Eltern die Entwicklung ihrer jugendlichen Kinder etwas weniger positiv.

In der Studie von Natalucci et al. berichten Eltern und Lehrer seltener Verhaltensauffälligkeiten und eine frühere Autonomieentwicklung für die Drillinge. Erstes wird als Ausdruck einer möglicherweise aus der Geschwisterschaft erwachsenen höheren sozialen Kompetenz interpretiert, zweites als Konsequenz aus einer verminderten emotionalen Verfügbarkeit von Eltern, die von Anfang an weniger individuelle Zuwendung gewähren konnten. Die Autoren geben mit einer gewissen Skepsis ihren Ergebnissen gegenüber zu bedenken, dass die Drillinge längsschnittlich untersucht worden waren und die positiven Resultate auch dem Umstand geschuldet sein könnten, dass bei Bedarf frühzeitige Interventionen veranlasst wurden.

Dichorionizität hatte den stärksten Effekt für das Outcome der Kinder und kann als Risikofaktor für verschiedene Entwicklungsstörungen gelten. (Carola Bindt, Hamburg)

Interferon-Assays bei latenter Tbc

The Effect of Age on Whole Blood Interferon-Gamma Release Assay Response among Children Investigated for Latent Tuberculosis Infection

Critselis E, Amanatidou V, Syridou G et al, *J Pediatr* 161: 632-638, Oktober 2012

Neben dem altbekannten Intrakutantest auf Tuberkulose (Mendel-Mantoux-Test) hat der Gamma-Interferon-Release-Test als diagnostischer Parameter einer latenten oder manifesten Tuberkulose mittlerweile einen hohen Stellenwert eingenommen. Unklar ist allerdings die Aussagefähigkeit dieses neuen Testverfahrens bei jungen Kindern. Um diese Lücke zu schließen, haben Pädiater der Universität von Athen bei 761 gesunden Kindern und Jugendlichen in Griechenland den Intrakutantest parallel zum

Quantiferon-Test (einer der beiden verfügbaren Interferon-Gamma-Release-Teste) eingesetzt, hierunter waren 198 Kinder unter 5 Jahren und 74 unter 2 Jahren. Im Ergebnis konnte gezeigt werden, dass die Rate der unklaren Testergebnisse („keine Aussage möglich“) größer unter den jungen Kindern gegenüber den älteren Kindern war (8,1% versus 2,7%) und deutlich größer gegenüber den Adoleszenten (0,7%). Allerdings war die Konzentration des Gamma-Interferons bei den positiven Quantiferon-Testergebnissen höher bei den jungen Kindern im Vergleich zu den älteren Kindern oder Jugendlichen. Hieraus wird klar, dass der Quantiferon-Test in jedem Alter aussagefähig ist, dass jedoch unklare Ergebnisse bei jüngeren Kindern deutlich häufiger vorkommen.

Kommentar

Es ist beruhigend zu erfahren, dass der Quantiferon-Test auch in jungen Jahren aussagefähig ist, denn wir brauchen ihn insbesondere bei BCG-geimpften Kindern mit Migrationshintergrund. Bei Erwachsenen ist die Spezifität dieser Tests mit 95–100 % sehr hoch und in den meisten Studien besser als der des Intrakutan-Testes, die Sensitivität liegt bei 80–90 % und ist vergleichbar mit dem des Intrakutan-Testes. Dieses bedeutet nun nicht, dass wir auf den Intrakutan-Test in Zukunft verzichten sollten. Er ist deutlich preiswerter und der Umgang mit dem Quantiferon-Test ist gerade bei jungen Kindern (Blutabnahme in Vakuumröhrchen, Transport, Anforderung an das Labor) nicht unkompliziert.

(Frank Riedel, Hamburg)

Probiotika zur Prophylaxe und Therapie Antibiotika-assoziiierter Durchfälle – Ergebnisse einer systematischen Meta-Analyse

Probiotics for the Prevention and Treatment of Antibiotic-Associated Diarrhea A Systematic Review and Meta-Analysis

Hempel S, Newberry AJ, Maher Al R et al. JAMA 307: 1959-1969, Mai 2012

Probiotika sind lebende Mikroorganismen, die einen gesundheitlichen Nutzen haben sollen, wenn sie konsumiert werden. Eine Indikation sind antibiotika-bedingte Durchfälle.

Die Autoren identifizierten aus 12 elektronischen Datenbanken 82 randomisierte, kontrollierte Studien (RCTs) zur Prävention und Therapie Antibiotika-assoziiierter Durchfälle (AAD).

Zwei voneinander unabhängige Gutachter untersuchten RCTs von Probiotika (Lactobacillus, Bifidobacterium, Saccharomyces, Streptococcus, Enterococcus) hinsichtlich der Effektivität zur Verhütung und Behandlung von AADs und bewerteten die Qualität der Studien.

Die Mehrzahl der Studien verwendete Lactobacillus allein oder in Kombination mit anderen Gattungen. Die einzelnen Stämme waren schlecht differenziert und dokumentiert. Das zusammengefasste relative Risiko aus 63 RCTs mit 11.811 Teilnehmern ergab einen statistisch signifikanten Zusammenhang der Probiotikagabe mit einer Verminderung der AAD ($P < 0.001$). Dieses Ergebnis war relativ insensitive für zahlreiche Untergruppen-Analysen. Es existiert eine signifikante Heterogenität der zusammengefassten Ergebnisse und die Evidenz ist nach Meinung der Autoren unzureichend, da die Studien bezüglich Population, Charakteristik der Antibiotika oder der probiotischen Zubereitungen zu stark variieren.

Die zusammengefasste Evidenz aller Studien lässt den Schluss zu, dass die Einnahme von Probiotika mit einer Reduktion der AADs verbunden ist. Weitere Untersuchungen werden für erforderlich erachtet, um zu entscheiden, welche Probiotika die grösste Wirksamkeit haben und für welche Patienten mit welchen spezifischen Antibiotika sie am besten geeignet sind.

Kommentar

Probiotika werden inzwischen verbreitet zur Verhütung und Behandlung Antibiotika-assoziiierter Durchfälle verwendet. Sie sind in sehr unterschiedlichen Zubereitungen auf dem Markt. Das Verdienst der Autoren ist es, die große Zahl der Publikationen bezüglich der verwendeten Zubereitungen, der Populationen (insbesondere verschiedener Alters- und Risiko-Gruppen) und der ursächlichen Antibiotika analysiert zu haben. Die wichtigste Aussage ist, dass ein signifikanter Nutzen nachweisbar ist und dass Lactobacillus am meisten verwendet wird. Welche Zubereitungen für welche Populationen zu wählen sind, konnte aus den sehr verschiedenen Studien aber nicht herausgefunden werden. Es muss also der behandelnde Arzt bislang individuell entscheiden, ob, wann und welche Probiotika er begleitend zu einer Antibiotika-Behandlung anwendet.

(Helmut Helwig, Freiburg)

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.



Hausbesuch bei ● ● ● Daniel Bahr, Bundesminister für Gesundheit

Daniel Bahr ist seit 2011 Gesundheitsminister. Der FDP-Politiker will in diesem Jahr besonders Kinder und Jugendliche in den Fokus nehmen. Mit unserer Zeitschrift sprach der Marathonläufer über die Bedeutung von Sport für Kinder, die Zukunft der Pädiatrie und über die Erinnerung an seinen eigenen Kinderarzt.

? *Was ist aus Ihrer Sicht für Kinder die größte Schwäche des derzeitigen Gesundheitssystems?*

Bahr: Typisch deutsch! Ich sage Ihnen lieber erst mal, was gut ist. Wir haben in Deutschland freie Arztwahl und es gibt freiberuflich tätige, niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, anders als in anderen Ländern! Die Herausforderung der Zukunft wird darin bestehen, beides zu erhalten. Zu den Schwächen: Bei der Prävention muss es uns noch besser gelingen, Kinder und Jugendliche zu erreichen. Wir müssen dazu auch die Eltern sensibilisieren. Ich habe den Eindruck, dass sich manche Eltern mehr und mehr aus der Gesundheitserziehung zurückziehen, das halte ich für eine Fehlentwicklung. Ich komme zum Beispiel in Grundschulen, in denen ein Drittel der Schüler ohne Frühstück zur Schule kommt. Da können die Krankenkassen und Sie, die Pädiater, mit noch so vielen gesundheitspolitischen Ansätzen kommen, wenn diese Grundlagen nicht gelegt sind, können Sie nur mit viel Aufwand korrigieren. Das wurmt mich, weil ich glaube, dass Familien einen Erziehungsauftrag haben und dass wir den auch immer wieder einfordern müssen.

? *Bedeutet das, dass Kinder im Mittelpunkt der für 2013 geplanten Präventionsstrategie stehen?*

Bahr: Ja. Da liegt ein Schwerpunkt neben der betrieblichen Gesundheitsförderung. Denn wenn wir frühzeitig mit Prävention bei Kindern und Jugendlichen beginnen, können wir eine bessere Gesundheit für die gesamte Bevölkerung erreichen und Kosten sparen. Wir müssen Menschen erreichen, die sich bisher noch nicht für ihre Gesundheit interessiert haben. Krankenkassen müssen mehr in Prävention investieren und auch Settingmaßnahmen an-

bieten. Der Richtwert, den sie für Prävention ausgeben müssen, steigt um das Doppelte auf sechs Euro. Außerdem werden wir Krankenkassen zum Nachweis verpflichtet, dass ihre Maßnahmen nachhaltig sind.

? *Wie werden diese Settingmaßnahmen für Kinder aussehen?*

Bahr: Ein Beispiel wäre, dass Programme gezielt in sozialen Brennpunkten stattfinden und dort Kinder und Jugendliche erreichen, die man mit den bisherigen Präventionsmaßnahmen nicht erreicht.

? *Was heißt das konkret?*

Bahr: Das können ganz verschiedene Initiativen für mehr Bewegung und Sport, für Hygiene und gesunde Ernährung sein. Sportvereine, die verschiedenen Träger der Jugendarbeit, Schulen und Kindergärten sollen sich beteiligen. Aber auch der Ausbau der U-Untersuchungen soll verstärkt werden.

? *Pädiater haben hier ganz konkrete Vorstellungen, der BVKJ fordert eine Änderung des § 26 SGB V mit der Schließung der Lücke im Grundschulalter.*

Bahr: Wir werden durch das Präventionsgesetz die Rahmenbedingungen schaffen, um die Forderungen des BVKJ zu erfüllen. Die Vorsorge-Lücke im Grundschulalter werden wir schließen.

Hartmann: Unsere Frage an Sie lautet hier, ob in dieser Legislaturperiode der § 26 SGB geändert wird? Denn der verbietet ja Vorsorgeuntersuchungen zwischen sechs und zehn Jahren.

Bahr: Ja, wird er. Wir arbeiten mit Hochdruck an dem Gesetz. Und mein Ziel ist, dass wir das in diesem Jahr noch beschließen. In den nächsten Wochen wird das Gesetz auf den Weg gebracht.

? *Die Kinder- und Jugendärzte wünschen sich zusätzlich zur J1 eine weitere Jugendvorsorgeuntersuchung.*

Bahr: Die J1 wird wenig in Anspruch genommen. In einem ersten Schritt würde ich deshalb gerne mehr dafür tun, dass die Teilnehmerquoten bei der J1 steigen. Hieran werden wir zusammen mit der BZgA im Rahmen der Präventionsstrategie arbeiten.

Hartmann: Bisher laden die Krankenkassen nach den Bestimmungen des § 26 SGB V nur zu den Kindervorsorgeuntersuchungen ein. Im Land Brandenburg werden im Rahmen eines Modellprojektes auch Jugendliche zur Vorsorgeuntersuchung eingeladen. Mit dem Ergebnis, dass die Inanspruchnahme bei über 80 Prozent liegt. Wir als Verband versuchen zur Zeit ebenfalls im Rahmen verschiedener Projekte, die Jugendlichen einzuladen.

Die J2 für alle Jugendlichen halten wir auf jeden Fall für wichtig, da die Jugendarbeitsschutzuntersuchung nur 1/5 der Jugendlichen erreicht, nämlich die, die einen Ausbildungsvertrag haben und unter 18 sind. An den Jugendlichen, die die J2 in Anspruch sehen wir aber, dass diese Altersgruppe ebenfalls einen erheblichen



medizinischen Beratungsbedarf, vor allem auch im Hinblick auf die Berufswahl hat. Früher haben die Gesundheitsämter die Jugendlichen in den Hauptschulen untersucht und damit diesen Bedarf gedeckt.

Bahr: Aber Sie sind doch gegen Vorsorgeuntersuchungen in den Schulen.

Hartmann: Die BVKJ-Mitglieder, die im ÖGD arbeiten, sagen uns, dass sie das nicht leisten können. Der ÖGD ist mit einigen Ausnahmen so zurückgefahren worden, dass sie nicht flächendeckend in die Schulen gehen können, außerdem verfügt der ÖGD nicht über genug entsprechend ausgebildete Pädiater.

? *Die Pädiater sehen hier auch das Problem, dass bei Vorsorgen in der Grundschule die Eltern nicht dabei sind. Bei vielen Gesundheitsstörungen wäre es wichtig, dass der Pädiater sie direkt berät.*

Bahr: Ich stelle fest, dass ich bei allen Veranstaltungen zum Thema große Zustimmung aus der Bevölkerung erfahre. Vielleicht hat der Verband meinen Vorstoß auch ein bisschen überspitzt wahrgenommen. Ich hatte ja nicht vorgehabt, dass wir von heute auf morgen eine völlig neue Struktur aufbauen und den Kinder- und Jugendärzten irgendetwas wegnehmen und jetzt neue Ärzte in die Schulen schicken. Ich habe immer gesagt: Die Zahnuntersuchungen in den Schulen haben so gute Ergebnisse gebracht, also lasst uns schauen, wie wir solche Erfahrungen nutzen können, Kinder und Jugendliche in Schulen besser zu erreichen. Wir haben jetzt die BZgA aufgefordert, dass sie im Rahmen der Präventionsstrategie Modellversuche durchführt, um zu sehen, wie man Jugendliche besser erreichen kann. Und da lade ich Ihren Verband ein, sich mit eigenen Ideen einzubringen.

Hartmann: Wenn präventive Untersuchungen in den Schulen stattfinden sollen, muss gesichert sein, dass sie durch entsprechend qualifizierte Mitarbeiter des ÖGD durchgeführt werden und dass die Kinder anschließend zur Weiterbehandlung an die niedergelassenen Pädiater überwiesen werden. Ich betone auch noch mal: ohne Einbeziehung der Bezugspersonen sind Vorsorgeuntersuchungen im Grundschulalter nicht erfolgreich.

? *Die GKV spart jedes Jahr zwei Milliarden Euro bei den Arzneimittelausgaben, z.T. auf dem Rücken von Kindern: Kinder über zwölf Jahre bekommen viele Medikamente nur noch als OTC-Präparate. Das ist schlecht.*

Bahr: Mit den von Ihnen angesprochenen OTC-Präparaten – Ohrentropfen, fiebersenkende Mittel, Hustensäfte etc. – werden Kinderkrankheiten behandelt, die insbesondere in den ersten Lebensjahren häufig auftreten. Mit zunehmendem Alter nimmt je-

doch die Erkrankungshäufigkeit bei solchen sogenannten geringfügigen Gesundheitsstörungen erfahrungsgemäß ab. Wir haben, zum ersten Mal in einer Legislaturperiode, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen nicht reduziert, sondern wir haben sie ausgeweitet! Wir haben erreicht, dass viele Krankenkassen OTC-Präparate als freiwillige Satzungsleistungen übernehmen. Weiterhin setzt sich diese Regierung für die Belange von Familien ein, indem Kinder bis zum 18. Lebensjahr von der Zuzahlung für verschreibungspflichtige Arzneimittel befreit sind.

? *Es geht hier nicht nur um das Präparat selbst. Viele Eltern denken, dass es keinen Sinn macht, ihr Kind dem Kinder- und Jugendarzt vorzustellen, wenn es eh kein Rezept bekommt.*

Bahr: Auch hier müssen wir deutlich machen, dass Gesundheit ein Wert ist, insbesondere auch die Gesundheit der Kinder. Ich wundere mich bei meinen Besuchen in Jugendclubs, Schulen und Kitas immer, dass die Kinder dort mit Handys, iPods usw. gut ausgestattet sind, dass also dafür Geld da ist. Die Gesundheit ihrer Kinder muss den Eltern etwas wert sein, mindestens so viel wie Technik, die sie ihren Kindern zur Verfügung stellen. Wir können die Eltern hier nicht aus der Verantwortung entlassen, für ihre Kinder zu sorgen. Wir haben in Deutschland einen sehr einfachen Zugang zu Ärzten und zu medizinischen Leistungen, gerade auch für Kinder, aber dennoch ist nicht alles finanzierbar, was wünschenswert ist. Und wenn Eltern ihr Kind nicht zum Arzt bringen, weil sie bestimmte Medikamente nicht erstattet bekommen, dann halte ich das für falsch.

Hartmann: Es gibt im Bereich der Medikamente noch ein anderes Problem. Die Rabattverträge der GKV zwingen Kinder- und Jugendärzte dazu, für Kinder einen weniger geeigneten Grippeimpfstoff zu verwenden, und verhindern, dass Kinder mit einem hervorragend verträglichen und sehr immunogenen nasalen Grippeimpfstoff geimpft werden können. Sie müssen aufgrund dieser Rabattverträge gepiekt werden und erhalten einen weniger gut wirksamen Impfstoff. Wenn es einen Impfstoff gibt, der für Kinder besser geeignet ist, müssen wir den nehmen.

Bahr: Wo Verträge zu starr sind und die individuellen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen nicht berücksichtigen, müssen sie geändert werden. So besteht für Kinder und Jugendliche mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer Grunderkrankung ein Rechtsanspruch auf eine Gripeschutzimpfung. Für die meisten Kinder und Jugendlichen treffen diese Voraussetzungen jedoch glücklicherweise nicht zu. Gesunde Kinder und Jugendliche können aber auch eine Gripeschutzimpfung erhalten. Es ist allerdings Sache der Krankenkassen zu entscheiden, ob sie als freiwillige Satzungsleistungen neben zugelassenen Impfstoffen für alle Altersgruppen auch Impfstoffe mit Zulassung für bestimmte Altersgruppen übernehmen. Mir ist bekannt, dass eine große Krankenkasse die Kosten für diesen nasalen Grippeimpfstoff übernimmt. Sorgen macht mir bei den Rabattverträgen aber vor allem, dass es möglich ist, dass Unternehmen aufgrund von Qualitätsmängeln bei der Herstellung verspätet liefern. Aber grundsätzlich bin ich zurückhaltend, die Rabattverträge in Frage zu stellen. Es ist sinnvoll die hohen Arzneimittelpreise, die wir in der Vergangenheit hatten, ein bisschen mehr unter Preisdruck zu setzen. Seit Horst Seehofer Gesundheitsminister war, haben wir in Deutschland immer mehr Geld ausgegeben für Arzneimittel als für die ambulante Behandlung, seit Herr Rösler Gesundheitsminister war und jetzt mit mir geben wir weniger Geld aus für Arz-



neimittel als für die ambulante Behandlung. Und ich finde, das ist die richtige Priorität.

Hartmann: Wenn mehrere Unternehmen gleich gute Impfstoffe für Kinder herstellen, kann man unter diesen den Günstigsten auswählen. Aber es muss klar sein, dass Kinder den für sie am besten geeigneten Impfstoff bekommen.

? *Eine weitere Baustelle ist aus BVKJ das Verhältnis zwischen Selektiv- und Kollektivverträgen. Das müsste geändert werden.*

Hartmann: Immer noch können Allgemeinärzte ohne irgendeinen Qualifikationsnachweis Kinder in Verträge nach den §§ 73b und c einschreiben. Die Kinder können dann zwar einen Kinder- und Jugendarzt im Rahmen des Kollektivvertragssystems aufsuchen, den Kassen entstehen aber durch diesen Umweg unnötige Kosten. Denn der Allgemeinarzt kassiert eine Grundpauschale für die Einschreibung, die Versorgung überlässt er aber dem Kinder- und Jugendarzt. Die Kinder- und Jugendärzte fordern hier das Recht, eigene Verträge zur pädiatrischen Grundversorgung mit den Krankenkassen abschließen zu können wie in Bayern. Was denkt die Bundesregierung hier zu unternehmen?

Bahr: Wir haben im Patientenrechtegesetz vorgesehen, dass jeder aufgeklärt werden muss, bevor er sich in solche Selektivverträge einschreibt, dass er auch ein Widerspruchsrecht hat. Die hausarztzentrierte Versorgung ist ein Angebot für Versicherte, sie sollen sich freiwillig entscheiden, was sie für sich besser halten, ich möchte nicht, wie das in der Vergangenheit der Fall war, die Leute da rein treiben durch indirekten Druck. Aber das Thema ist hochumstritten bei allen Parteien. Wir haben jedoch klargestellt, dass die Kinder- und Jugendärzte ihre eigene Rolle haben, und auch noch mal Verbesserungen vorgenommen, was die Aufklärung betrifft.

Hartmann: Der Gesetzgeber sollte die Kinder- und Jugendärzte in der Vertragshoheit den Allgemeinärzten gleichstellen. Wir haben ein komplett neues Vorsorgeheft für Kinder und Jugendliche erarbeitet und hoffen, dass von diesen innovativen und zeitgemäßen Untersuchungen nicht nur Privatpatienten, sondern auch GKV-Versicherte profitieren.

? *Wie sieht die Bundesregierung die Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland? Soll es weiterhin eine allgemeine ambulante Kinder- und Jugendmedizin mit freiem Zugang zum Kinder- und Jugendarzt als Erstversorger geben oder plant die Bundesregierung ein System mit dem Allgemeinarzt als Gatekeeper wie in England, den Niederlanden und den skandinavischen Ländern und Kinder- und Jugendärzte nur noch im Bereich der sekundären und tertiären Versorgung?*

Bahr: Nein! Wir brauchen niedergelassene Haus- und Fachärzte flächendeckend. Die freie Arztwahl ist ein hohes Gut. Und gerade in der Kinder- und Jugendmedizin gibt es ein großes Vertrauensverhältnis zwischen Eltern, Kindern und Ärzten. Ich möchte Rahmenbedingungen schaffen, dass junge Medizinerinnen und Mediziner weiterhin selbstständig als Niedergelassene tätig sein können.

? *An welche Rahmenbedingungen denken sie?*

Bahr: Wir haben durch das Versorgungsstrukturgesetz Einiges gegen den drohenden Ärztemangel gemacht. Das es einen solchen gibt, wurde in der letzten Legislaturperiode noch gelehrt von der Vorgängerin in diesem Amt. Wir haben das thematisiert und

dagegen gearbeitet. Zum Beispiel durch Abbau der Regresse, Abschaffung der Residenzpflicht, durch die Erleichterung der Vereinbarung von Familie und Beruf in der Niederlassung, Abschaffung der Budgetierung, durch die neue Bedarfsplanung, die auch Kinder- und Jugendärzten eine verlässliche Perspektive gibt. Sie wird auch neue, zusätzliche Zulassungen schaffen. All das wird die Position des niedergelassenen Kinder- und Jugendarztes stärken. Die eben genannten Länder sind nicht unser Vorbild. Im Gegenteil. Was wir hier in Deutschland haben, ist so gut, dass ich alles dafür tue, dass wir das auch behalten werden.

Hartmann: Die Kinder und Jugendliche sind dort medizinisch schlechter versorgt als bei uns. Und die Kosten dafür sind insbesondere im Bereich der Arzneimittel und der stationären Behandlung wesentlich höher.

Bahr: Genau, aber ich glaube dennoch, dass sich die Strukturen im Gesundheitswesen noch weiter verändern müssen. Das Versorgungsstrukturgesetz war ein erster wichtiger Schritt. Das muss fortgesetzt werden.

Hartmann: Gerade haben wir einen Orientierungskongress durchgeführt, um junge Pädiater über ihre beruflichen Möglichkeiten zu informieren. Wir wissen durch Umfragen, dass die Jungen Teilzeitarbeitsplätze wollen, die wollen zum Teil angestellt arbeiten, auch in der Niederlassung. Die Kolleginnen und auch die Kollegen wollen Familie und Beruf miteinander in Einklang bringen. Wir brauchen also zentrale Standorte, an denen mehrere Hausärzte und Spezialisten tätig sind. Wir versuchen derzeit gemeinsam mit verschiedenen Anbietern Musterstandorte zu bilden. Aber wir brauchen auch die entsprechenden Rahmenbedingungen durch den Gesetzgeber.

Bahr: Das wird kommen.

Hartmann: Ein weiterer kritischer Punkt ist die Osteopathie, die inzwischen fast 80 Prozent der Krankenkassen als Satzungsleistung bezahlen. Dieser Humbug ist besonders im frühen Säuglingsalter nicht nur überflüssig, sondern zum Teil auch gefährlich, die Kassen bezahlen dafür nur aus Marketinggründen. Die Hebammen beeinflussen die Eltern, wir sollen dann dafür die Indikation ausstellen. In manchen Regionen kommen nahezu alle Eltern mit ihren Neugeborenen und verlangen von uns entsprechende Bescheinigungen.

Bahr: Dann haben Sie es doch in der Hand. Die Pädiater müssen Osteopathie nicht verschreiben, wenn sie medizinisch nicht notwendig ist.

Hartmann: Ich habe hierzu bereits das Bundesversicherungsamt angeschrieben und hoffe, dass diese Leistung gestrichen wird. Kinder werden auch ohne Osteopathie gesund groß.

Bahr: Stimmt. Ich bin auch ohne Osteopathie gesund aufgewachsen.

? *Können Sie sich an Ihren Kinder- und Jugendarzt erinnern?*

Bahr: Sehr gut sogar. Ich hatte zwei, wir sind einmal umgezogen, an den zweiten kann ich mich besser erinnern. Meine Erinnerungen an meine Kinderärzte sind sehr gut. Und jetzt erlebe ich bei meinen Nichten und Neffen wieder, wie eng das Vertrauensverhältnis zu ihren Kinderärzten ist. Und irgendwann werde ich das auch wieder persönlich bei meinen Kindern erleben.

Die Fragen stellte Regine Hauch.

Gekürzte Stellungnahme der Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) Kommission für ethische Fragen

Forschung mit Kindern und Jugendlichen für Kinder und Jugendliche

Etwa die Hälfte der in der Kinder- und Jugendmedizin regelmäßig verabreichten Medikamente ist für Kinder und Jugendliche insgesamt oder für bestimmte Altersgruppen nicht zugelassen. Dennoch benötigen derzeit 67% aller hospitalisierten Kinder, darunter 90% der Neugeborenen, diese für ihr Lebensalter nicht zugelassenen Medikamente.

Andererseits ist eine Behandlung eines Kindes mit einem für Kinder nicht zugelassenen Medikament, der so genannte off label use, problematisch. Bestraft werden kann der Arzt zum einen, wenn er bei einem Kind ein zwar für Kinder nicht zugelassenes, aber als notwendig anerkanntes Arzneimittel nicht einsetzt, umgekehrt aber auch gerade dann, wenn er es verordnet oder selbst anwendet. Der off label use stellt eine Umgehung des vorgesehenen und grundsätzlich sinnvollen arzneimittelrechtlichen Zulassungsverfahrens dar. Zudem können Kostenträger die Kostenübernahme für einen off label use wegen fehlender Zulassung für die Anwendung am Kind ablehnen.

Um diese Probleme zu vermeiden und vor allem um spezifisch für Kinder wirksame Medikamente zu entwickeln und Kinder sachgerecht medikamentös behandeln zu können, muss Forschung an bzw. mit Kindern möglich sein – Forschung mit Kindern ist Forschung für Kinder. Unter dem Druck der Notwendigkeit, eine europäische Richtlinie in nationales Recht umzusetzen, hat der deutsche Gesetzgeber inzwischen erweiterte Möglichkeiten geschaffen, Arzneimittel an Kindern zu prüfen.

Hohe ethische Anforderungen bei Studien

Sowohl Studienleiter als auch Sorgeberechtigte, d. h. die gesetzlichen Vertreter (üblicherweise die Eltern), haben hierbei

in besonderer Weise sowohl das Kindeswohl als auch den Kindeswillen zu berücksichtigen. Minderjährige müssen nach Möglichkeit aufgeklärt werden. Ihre Ablehnung, an der Studie teilzunehmen, ist trotz Einwilligung der Sorgeberechtigten zu beachten. Auch wird die Einwilligung des einsichtsfähigen Minderjährigen neben der seiner Sorgeberechtigten verlangt.

Bei Prüfungen an Minderjährigen hat die Ethikkommission Sachverständige beizuziehen oder Gutachten anzufordern, wenn die Kommission nicht über eigene Fachkenntnisse auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin einschließlich ethischer und psychosozialer Fragen der Kinder- und Jugendmedizin verfügt. Die DAKJ fordert mit Nachdruck, dass bei allen Studien, die Minderjährige einschließen, in welchem Fachgebiet auch immer, ein Kinder- und Jugendarzt /-ärztin in der Ethikkommission mit Sitz und Stimme mitwirkt.

Studien mit Kindern und Jugendlichen dürfen nur nach einem pädiatrisch orientierten Prüfkonzept und von pädiatrisch geschultem Personal durchgeführt werden. Unnötige Mehrfach-Untersuchungen sind zu vermeiden, gegebenenfalls sollte versucht werden, sich kooperativen Studien anzuschließen. Hilfreich wäre in diesem Zusammenhang eine allgemein zugängliche Registrierung aller Studien unabhängig von deren Ergebnis.

Im Sinne der ärztlichen Sorgfaltspflicht wird es als wesentlich angesehen, Studien so zu planen, dass sie ein verwertbares Ergebnis hervorbringen. Nicht optimal geplante und daher möglicherweise unverwertbare Studien sind ethisch nicht zu rechtfertigen, denn sie belasten Studienteilnehmer ohne einen rechtfertigenden Gegenwert zu liefern.

Risiken und Belastungen durch Studien

Das Arzneimittelgesetz schreibt vor, dass die Risiken für den Probanden, gemessen an der voraussichtlichen Bedeutung des Arzneimittels für die Heilkunde, ärztlich vertretbar sein müssen. Sonstige Belastungen sind nicht angesprochen, müssen aber, besonders in der Kinder- und Jugendmedizin, sehr wohl berücksichtigt werden. Allerdings ist die Schwere von Belastungen nicht ohne weiteres quantifizierbar, noch weniger in einem Regelwerk zu beschreiben. Was an Belastungen im konkreten Fall hinnehmbar ist und was nicht, muss mit der zuständigen Ethik-Kommission, den Sorgeberechtigten und auch mit den involvierten Kindern, soweit diese Wesen, Bedeutung und Tragweite bereits erfassen können, besprochen werden. Auch eine über das altersgemäße Maß hinausgehende ablehnende Haltung (z.B. unbeeinflussbare Panik) des Kindes ist zu berücksichtigen.

Alle Maßstäbe zu Planung und Durchführung von Studien sind in den Verlautbarungen der Confederation of European Specialists in Paediatrics vom Jahre 2002 ausführlich besprochen und niedergelegt. Diesen schließt sich die DAKJ ausdrücklich an. Die DAKJ empfiehlt allen Kolleginnen und Kollegen, die Studien planen und durchführen, diese Grundsätze zu beachten.

Der volle Wortlaut der Stellungnahme ist unter http://dakj.de/media/stellungnahmen/ethische-fragen/Forschung_Endversion_081112.pdf erhältlich.

Kup

Neues Patientenrechtegesetz

Das Patientenrechtegesetz enthält wenig Neues. Allerdings sind nunmehr die Rechte und Pflichten aus dem Behandlungsvertrag sowohl für den Arzt als auch für den Patienten leichter nachvollziehbar.

Für den Arzt erhöht sich der Aufwand insbesondere bei der Aufklärung. Nicht nur kann er nicht mehr auf Informationsschreiben zurückgreifen; zusätzlich hat er dem Patienten eine Kopie des Aufklärungsbogens zu überlassen, soweit dieser vom Patienten unterschrieben wurde. Der Arzt hat zu gewährleisten, dass der Patient kurzfristig Einsicht oder eine Kopie seiner Patientenakte erhalten kann.

Bei der Arzthaftung ändert sich hingegen praktisch nichts. Insbesondere wurden Ideen einer verschuldensunabhängigen Haftung oder eines Härtefallfonds abgelehnt.



Dr. Kyrill
Makoski

Der ärztliche Behandlungsvertrag ist eine Sonderform des Dienstvertrages. Der Arzt schuldet seine medizinischen Dienste, aber keinen Erfolg. Die allgemeinen dienstvertraglichen Regelungen können nicht immer auf den ärztlichen Behandlungsvertrag übertragen werden. Demzufolge hat sich in den letzten Jahrzehnten hierzu eine differenzierte Rechtsprechung entwickelt. Problematisch ist, dass die Rechte und Pflichten aus dem Behandlungsvertrag für Patienten meist nur schwer erkennbar sind. Daher gab es immer wieder Bestrebungen, den Behandlungsvertrag zu regeln.

Anfang des Jahres 2012 veröffentlichte das Bundesministerium der Justiz den ersten Entwurf eines Patientenrechtegesetzes. Ziel war es, die bisherige Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs in Gesetzesform zu gießen. Nach Modifikationen wurde das Gesetz am 29.11.2012 vom Bundestag verabschiedet. Es soll im Februar 2013 den Bundesrat passieren und wird voraussichtlich im März 2013 in Kraft treten. Der vollständige Wortlaut des Gesetzes ist in PädInform in der Urteilsdatenbank veröffentlicht.

Inhalt des Gesetzes

Vertragspflichten

§ 630a Abs. 1 BGB legt fest, dass der Behandelnde zur Leistung der versprochenen **Behandlung** verpflichtet ist und der Patient zur Gewährung der vereinbarten **Vergütung**. Allerdings besteht die Vergütungspflicht des Patienten nicht, wenn ein Dritter, beispielsweise die Krankenkasse, zur Zahlung verpflichtet ist. Bei der Behandlung im Krankenhaus erfolgt die Vergütung des Behandelnden durch den Krankenhausträger, der seinerseits mit der Krankenkasse oder dem Patienten abrechnet.

Die Behandlung muss nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten **fachlichen Standards** erfolgen (§ 630a Abs. 2 BGB). Ein abweichender Behandlungsstandard muss gesondert vereinbart werden. Dies gilt sowohl für eine eventuell höhere Qualität als auch für sonstige Wunschbehandlungen, die einen geringeren Qualitätsstandard haben.

§ 630b BGB verweist unter anderem auf § 613 BGB, wonach der Verpflichtete die Dienste im Zweifel persönlich zu erbringen hat – sofern nicht eine Delegation möglich ist – sowie auf die Kündigungsregelungen unter anderem in § 627 BGB.

Aufklärungs- und Informationspflichten zur Behandlung

Nach § 630c Abs. 1 BGB sollen Behandelnder und Patient zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken. Erstmals gere-

gelt sind die Aufklärungs- und Informationspflichten des Behandelnden. Dieser ist nach § 630c Abs. 2 BGB verpflichtet, dem Patienten **in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und ggf. auch während des Verlaufs sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern**, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Das Gesetz sieht auch vor, dass dann, wenn der Behandelnde Umstände erkennt, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, dieser den Patienten über diese Umstände auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren hat, in allen anderen Fällen also nicht. Der Behandelnde ist zur Selbstbezeichnung verpflichtet, wobei dies vor allem dann gerechtfertigt ist, wenn durch den Behandlungsfehler weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen drohen. Wenn die Information durch denjenigen erfolgt, dem der Behandlungsfehler unterlaufen ist, darf diese Information in einem gegen ihn geführten Strafverfahren nur mit seiner Zustimmung verwendet werden. In einem zivilrechtlichen Haftungsverfahren ist eine Verwendung dieser Information zulässig. Inwieweit dies mit den Bedingungen der Haftpflichtversicherer vereinbar ist, ist noch ungeklärt. Allerdings kann der Arzt schon jetzt dem Patienten einen negativen Ablauf der Behandlung eingestehen, ohne dass dies einem Schuldanerkenntnis gleichkommt.

Wenn der Behandelnde weiß, dass eine vollstationäre Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder sich hierfür entsprechende Hinweise ergeben, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die **voraussetzlichen Kosten** in Textform informieren; eine E-Mail oder SMS reicht also aus (§ 630c Abs. 3 BGB). Der Information des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat.

Heileingriffe

Es dürfte inzwischen allgemein bekannt sein, dass ein medizinischer Heileingriff – und sei er auch noch mit der besten aller Intentionen vorgenommen worden – der **Einwilligung des Patienten** bedarf (§ 630d BGB). Diese setzt voraus, dass der Patient zuvor aufgeklärt wurde. Für die Einwilligung und Aufklärung von Minderjährigen wurde auf die bisherige Rechtsprechung zur abgestuften Einbindung des Minderjährigen verwiesen. Für den

Fall, dass der Patient selbst nicht einwilligungsfähig ist, muss die Einwilligung des hierzu Berechtigten eingeholt werden, wenn nicht eine Patientenverfügung nach vorliegt.

Eine Ausnahme von der Einwilligungserfordernis besteht, wenn eine unaufschiebbare Maßnahme vorgenommen werden muss und diese dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Dies bedeutet, dass **bei Notfallpatienten keine Änderung** zur Rechtsprechung eintritt.

Der Patient kann die Einwilligung in die Behandlung jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen (§ 630d Abs. 3 BGB). Dieser Widerruf der Einwilligung sollte jedoch dokumentiert werden (z.B. durch einen Eintrag in die Patientenakte), um spätere Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden.

Aufklärung mündlich, auch bei Impfungen

Der Behandelnde hat den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären, insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei medizinisch gleichermaßen indizierten und üblichen Methoden mit wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen ist der Arzt **zur Aufklärung über alternative Maßnahmen verpflichtet** (§ 630e Abs. 1 BGB).

Die Aufklärung muss mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt erfolgen. Dies bedeutet, dass auch ein Assistenzarzt über einen Eingriff aufklären kann. Möglich bleibt weiterhin die Aufklärung im Rahmen eines **Telefongesprächs**, jedenfalls wenn es sich um eine „ergänzende Aufklärung“ eines anderen Elternteils bei einfachen Eingriffen handelt.

Ergänzend kann auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält. Auch bei Routineimpfungen ist das mündliche Gespräch anzubieten, wobei durchaus im Vorhinein der Patient über entsprechende Informationsblätter vorbereitet werden kann. **Die Unterlagen können das Gespräch nur ergänzen, nicht ersetzen.**

Die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen muss, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann, d.h. bei größeren Eingriffen mindestens 24 Stunden vorher, in jedem Fall aber so früh, dass der Patient ohne Probleme Nein sagen kann.

Verständlich, auch bei Kindern

Die Aufklärung muss für den Patienten verständlich sein. Dies betrifft insbesondere Patienten, die der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig sind (oder wenn der aufklärende Arzt nicht ausreichend Deutsch spricht). Die Übernahme von Dolmetscherkosten ist weiterhin nicht geregelt.

Vor allem bei kleineren Eingriffen reicht es aus, die Aufklärung in der Patientenakte zu notieren, ohne den Patienten unterschreiben zu lassen. Erst bei größeren Eingriffen oder Eingriffen mit größerem Risiko sollte der Patient die Durchführung der Aufklärung und seine Einwilligung mit seiner Unterschrift bestätigt. Neu ist die ausdrückliche Verpflichtung, dem Patienten Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen, damit dieser nachlesen kann, worin er eingewilligt hat (§ 630c Abs. 2 S. 2 BGB). Insbesondere bei unaufschiebbaren Maßnahmen oder einem aus-

drücklichen Verzicht des Patienten ist die Aufklärung nicht erforderlich.

Wenn ein Kind in die Behandlung eingebunden ist und es die Verstandesreife besitzt, selbst über die Behandlung mitzentscheiden, ist das Kind selbstverständlich auch entsprechend aufzuklären (§ 630e Abs. 5 BGB). Ist die Einwilligung eines Dritten einzuholen, ist dieser entsprechend der vorgenannten Anforderungen aufzuklären.

Dokumentation

Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zwecke der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte zu führen. Die Patientenakte kann sowohl in Papierform als auch in elektronischer Form geführt werden. **Berichtigungen und Änderungen sind nur zulässig, wenn daneben der ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt** und wann sie vorgenommen wurden. Hierdurch soll verhindert werden, dass Akten nachträglich „manipuliert“ werden (§ 630f Abs. 1 BGB).

In der Patientenakte sind sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen sind. Dies umfasst insbesondere die Anamnese, die Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen. In rechtlicher Hinsicht sind Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen aufzunehmen. Zudem sind auch Arztbriefe Bestandteil der Patientenakte (§ 630f Abs. 2 BGB).

Die **Aufbewahrungspflicht** hat der Gesetzgeber entsprechend der berufsrechtlichen Regelungen auf **zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung** festgelegt. Eine Ausnahmeregelung gilt, soweit nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsvorschriften bestehen (z.B. den Strahlenschutzregelungen).

Akteneinsicht des Patienten

Der Patient hat das Recht, unverzügliche Einsicht in seine Patientenakte zu verlangen (§ 630f Abs. 1 BGB). Dies gilt dann nicht, wenn der Einsichtnahme erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Diese Sonderregelungen betreffen insbesondere psychiatrische Erkrankungen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist entsprechend zu begründen. Besondere Regelungen bei der Behandlung Minderjähriger wurden ausdrücklich nicht aufgenommen. Jeder Arzt sollte sich zweimal überlegen, in der Patientenakte Informationen zu dokumentieren, die der Patient (oder andere einsichtsberechtigte Personen) nicht sehen sollte. Im Gesetzentwurf werden als Beispiel Informationen über die Eltern genannt, wenn ein Kind behandelt wird; in diesem Fall darf der Arzt die Einsicht beschränken.

Die Einsichtnahme hat an dem Ort zu erfolgen, an dem sich die Akte befindet. Wenn der Patient die Übersendung der Patientenakte an sich verlangt, hat er die **Kosten zu übernehmen**; zudem trägt er das Risiko, dass die Patientenakte verlorengeht.

Der Patient kann nicht nur Papierkopien, sondern auch elektronische Abschriften der Patientenakte verlangen, er muss die Kosten hierfür erstatten. Zur Höhe der Kosten finden sich keine Regelungen. Hier dürfte ein Satz von 0,50 € pro Kopie nicht zu hoch gegriffen sein. Für die Kopie von Daten sind mindestens 2,50 € pro Datei anzusetzen.

Das **Einsichtnahmerecht steht im Falle des Todes des Patienten den Erben** zu. Daneben gibt es das entsprechende Einsichtsrecht auch für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie

immaterielle Interessen geltend machen. Die Einsichtsrechte der Angehörigen und Erben sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.

Haftung und Beweislast

Grundsätzlich bleibt es dabei, dass der Patient den Behandlungsfehler, den dadurch entstehenden Schaden an Körper oder Gesundheit (Primärschaden) und alle daraus folgenden Schäden (Sekundärschäden) einschließlich der Kausalität beweisen muss.

Ein **Fehler des Arztes** wird dann vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat (§ 630h Abs. 1 BGB). Dies bedeutet, dass in diesen Fällen der Arzt widerlegen muss, dass er gerade keinen Fehler gemacht hat bzw. dass eine andere Ursache den Schaden verursacht hat.

Daneben trägt der Behandelnde die **Beweislast für die Einwilligung** und die entsprechend den gesetzlichen Erfordernissen erfolgte Aufklärung. Im Falle eines Aufklärungsfehlers steht dem Arzt jedoch die Berufungsmöglichkeit darauf zu, dass der Patient auch im Falle einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte (§ 630h Abs. 2 BGB).

Hinsichtlich der Dokumentationspflichten enthält das Gesetz eine sehr strenge Vorschrift. Wenn der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis nicht in der Patientenakte aufgezeichnet hat oder die Patientenakte nicht aufbewahrt hat, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat. Dies bedeutet, dass dann, wenn etwas nicht dokumentiert ist, es auch als nicht vorgenommen gilt. Ein anderweitiger Beweis dürfte – zumal nach Jahren – nur schwer geführt werden können (§ 630h Abs. 3 BGB).

Wenn ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt ist, wird vermutet, dass die **mangelnde Befähigung** ursächlich war für den entstandenen Schaden des Patienten. Dies bedeutet, dass immer dann, wenn nicht hinreichend qualifizierte Ärzte eingesetzt werden, ein erhöhtes Haftungsrisiko besteht (§ 630h Abs. 4 BGB).

Bei einem **groben Behandlungsfehler** wird vermutet, dass dieser für die Verletzung ursächlich war, wenn er grundsätzlich geeignet ist, diese entsprechende Verletzung herbeizuführen. Die gleiche Vermutungswirkung gilt auch dann, wenn es der Behandelnde unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern, wobei hier jedoch der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit das Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte; zudem müsste das Unterlassen der Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen sein. Ein Behandlungsfehler ist grob, wenn ein medizinisches Fehlverhalten aus objektiver Sicht bei Anlegung des für den Behandelnden geltenden Ausbildungs- und Wissensmaßstabes nicht mehr verständlich erscheint, weil der Fehler gegen gesicherte und bewährte medizinische Erkenntnisse und Erfahrungen verstoßen hat und dem Behandelnden schlechterdings nicht unterlaufen darf (§ 630h Abs. 5 BGB).

Krankenkassen sollen bei Schäden unterstützen und müssen schneller genehmigen

Schon bisher konnten die Krankenkassen ihre Mitglieder bei der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen unterstützen (§ 66 SGB V). Der Gesetzgeber hat das „Können“ in ein „Sol-



Keine schlafenden Hunde wecken? Von wegen! Patientenaufklärung ist Pflicht Foto: Dr. Michael Sperlich

len“ geändert und damit zum Ausdruck gebracht, dass die Krankenkassen sich dieser Aufgabe nicht mehr entziehen können.

Eine deutliche Verbesserung bringt der Gesetzentwurf bei Leistungen, die die Krankenkassen zu genehmigen haben. Die Krankenkasse muss nunmehr über Anträge innerhalb von drei Wochen (bei einer Stellungnahme des MDK innerhalb von fünf Wochen) über den Antrag entscheiden. Teilt sie in dieser Zeit keinen hinreichenden Grund für eine Ablehnung mit, gilt der Antrag als genehmigt. Wenn sich der Versicherte dann die Leistung selbst beschafft, hat die Krankenkasse die hierdurch entstandenen Kosten (und nicht die sonst von ihr bezahlten Kosten) zu ersetzen (§ 13 Abs. 3a S. 1 SGB V).

Haftpflichtversicherung

Für die Approbation als Arzt ist bisher der Abschluss und die Aufrechterhaltung einer Haftpflichtversicherung keine Bedingung. Manche Heilberufsgesetze der Länder und teilweise auch die Berufsordnungen sehen eine solche Verpflichtung vor. Nunmehr gestattet § 6 Abs. 1 Nr. 5 BÄO den Widerruf der Approbation durch die zuständige Behörde, wenn eine kraft Landesrechts oder Ständerechts bestehende Verpflichtung zur Versicherung nicht erfüllt wird. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Vorschrift in der Praxis bewährt, zumal verschiedene Versicherer sich aus dem Bereich der Heilberufsversicherungen zurückgezogen haben und es für einige Berufsgruppen (z.B. Geburtshelfer) immer schwieriger oder teurer wird, eine Haftpflichtversicherung zu finden.

Dr. Kyrill Makoski
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
Möller und Partner, Düsseldorf

Der Autor ist Justitiar des BVKJ.

Red.: Kup

Eine ausführlichere Erläuterung von Rechtsanwalt Dr. Makoski finden Sie in PädInform im Ordner Kinder- und Jugendarzt.

Erhöhung der „Mindestmenge“ zu behandelnder Frühgeborener mit Geburtsgewicht unter 1250 Gramm von 14 auf 30 Geburten pro Jahr für Krankenhäuser grundsätzlich nichtig



Zu Recht ist der beklagte Gemeinsame Bundesausschuss davon ausgegangen, dass die Behandlung Frühgeborener mit Geburtsgewicht unter 1250 Gramm eine planbare Leistung darstellt, für die er verfassungskonform Mindestmengen beschließen darf. Das hat das Bundessozialgericht am 18.12.2012 verkündet. Der G-BA durfte auch annehmen, dass die Qualität des Behandlungsergebnisses Frühgeborener mit Geburtsgewicht unter 1250 Gramm in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen in einer Abteilung abhängig ist. Es handele sich um hochkomplexe medizinische Leistungen, bei denen die mit wissenschaftlichen Belegen untermauerte Erwartung berechtigt sei, dass die Güte der Leistungserbringung hinsichtlich der Mortalitätsrate in besonderem Maße auch von der Erfahrung und Routine der mit der jeweiligen Versorgung

betrauten Krankenhauseinheit beeinflusst sei.

Der Beklagte überschreite indes mit der Erhöhung der Mindestmenge seinen Beurteilungsspielraum, so das Gericht weiter. Die neuere Studienlage rechtfertige die beschlossene Erhöhung der Mindestmenge nicht. Die Mortalitätsrate Frühgeborener sinke nicht linear mit steigender Zahl behandelnder Kinder. Vielmehr behandelten 56 Prozent der Abteilungen mit einer jährlichen Fallzahl von mindestens 30 die Frühgeborenen mit überdurchschnittlicher Qualität risikoadjustierter Mortalität, aber auch immerhin 44 Prozent der Abteilungen mit einer Fallzahl von 14 bis 29 Frühgeborenen. Insoweit komme bei der umstrittenen Erhöhung der Mindestmenge in Betracht, dass in einzelnen Regionen Deutschlands durch die Erhöhung der Mindestmenge die Behandlungsquali-

tät insgesamt sinkt. Der G-BA habe diesbezüglich in der angegriffenen Regelung keine Ausnahmetatbestände geschaffen, die solche Folgen verhindern. Er sei auch nicht der Anregung gefolgt, durch eine Begleitevaluation die Grundlagen für eine Veränderung der Mindestmengenregelung zu vertiefen. Der G-BA verfüge zur Beschaffung und Auswertung der hierfür erforderlichen Daten inzwischen über ein umfassendes Rechtsinstrumentarium. Nutze er dies, komme auf der Basis spezifischer Erkenntnisse eine Veränderung der Mindestmengenregelung in Betracht, die eine Qualitätsverbesserung ohne Gefahr regionaler Qualitätsminderung erwarten lasse.

Az.: B 1 KR 34/12 R
Klinikum Hildesheim GmbH / GBA

Red: ReH



bvkd.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Ergebnis

Wahlen im Landesverband Berlin des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. für die Legislaturperiode 2012–2016

**Landesverbandsvorsitzender
und 1. Delegierter:**

Klemens Senger, Berlin

**1. stellv. Landesverbandsvorsitzende
und 2. Delegierte:**

Dr. med. Sigrid Peter, Berlin

**2. stellv. Landesverbandsvorsitzender
und 3. Delegierter:**

Dr. med. Burkhard Ruppert, Berlin

4. Delegierter:

Dr. med. Reinhard Bartzky, Berlin

Ersatz-Delegierte:

Jakob Maske, Berlin

Dr. med. Steffen Lüder, Berlin

Peter Müller, Berlin

Schatzmeister:

Dr. med. Reinhard Bartzky, Berlin

Neue Bedarfsplanungs-Richtlinie: regionale Gestaltungsspielräume nutzen

Fristgerecht zum 1. Januar ist die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Kraft getreten. „Wir haben nun eine zielgenaue und den regionalen Besonderheiten Rechnung tragende flexible Regelung vorgelegt, mit der die Zulassungsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten in ländlichen Regionen verbessert und mit der Verteilungsprobleme in der ärztlichen Versorgung zielgerichtet angegangen werden können“, sagte Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der diese Richtlinie erarbeitet hat. Das ist zunächst auf die allgemeinärztliche Versorgung gemünzt. Was die neue Richtlinie für Kinder- und Jugendärzte bedeutet, kann man heute noch nicht vollständig absehen. Zumindest in einigen Regionen wird die „Übersorgung“ auf dem Papier jedoch noch ansteigen.

Teil der fachärztlichen Versorgung

Kinder und Jugendärzte sind in der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie nicht mehr dem hausärztlichen- sondern dem allgemeinen fachärztlichen Bereich zugeordnet. Dies ermöglicht, so der G-BA, in Zukunft eine Planung in größeren Räumen, in denen eine ausreichende Kinderzahl erwartet wird. Das heißt aber nicht, dass Kinder- und Jugendärzte nicht mehr in der primären Versorgung von Kindern und Jugendlichen gesehen werden. Der § 73 SGB V ist davon nicht betroffen. Die Planungsbereiche wurden in fünf Typen mit unterschiedlichen Verhältniszahlen (Kinder pro Arzt) eingeteilt. Diese reichen von 2405 (Typ 1) bis 3850 (Typ 5). Mit dieser Typisierung reagiert der G-BA darauf, dass beispielsweise Ballungsräume (Typ 1) das Umland pädiatrisch mit versorgen. Sie soll auch der Tatsache Rechnung tragen, dass eine zunehmende Spezialisierung der Kinder- und Jugendmedizin in Schwerpunkte und Teilgebiete zu beobachten ist. An zentralen Orten soll diese Spezialisierung vorgehalten werden können, daher wird dort eine geringere Zahl von Kindern und Jugendlichen pro Arzt gerechnet. Die Typisierung erfolgte nach einem komplexen Algorithmus, der nach Angaben des G-BA auch die aktuelle Versorgungssituationen mit einbezieht. Daraus entstand ein umfangreicher Katalog von einzelnen Stadt- und Landkreisen mit jeweiliger Typenzuordnung.

Keine Enteignungen

Aus diesem Grund ist es nicht möglich, die Auswirkung der Bedarfsplanungs-Richtlinie auf die pädiatrische Versorgung hinsichtlich Über- oder Unterversorgung bundesweit berechnen. Für einzelne Bundesländer hat der BVKJ vorläufige Modellberechnungen angestellt. Dr. Klaus Rodens, Landesvorsitzender im Baden-Württemberg, befürchtet, dass in seinem Bundesland langfristig 200 Kinder- und Jugendarztsitze wegfallen könnten: das wäre jeder Vierte. Nach KBV-Daten sollen es 170 sein, 80 mehr als nach der bisherigen Bedarfsplanung. Eine „Übersorgung“ hat auch vor Inkrafttreten der neuen Regelung teilweise bestanden, die Situation hat sich jedoch weiter verschärft. Zudem haben jetzt die Zulassungsausschüsse die Möglichkeit, die Neubesetzung freier Praxen in übersorgten Gebieten zu blockieren und den Praxisinhaber zu entschädigen. Es kann also nicht mehr jede Niederlassung auf dem Markt angeboten werden, aber „Enteignungen“ wird es nicht geben. Das Problem jener Kolleginnen und Kollegen, die in ländlichen Gebieten keine Praxisnachfolger finden, löst die Bedarfsplanungsrichtlinie nicht, stellt sie aber auch nicht schlechter als bisher.

Unklar bleibt, wie mit der erwarteten Zunahme von spezialisierten Praxen umgegangen werden soll. Falls diese sich nicht an der allgemeinpädiatrischen Versorgung beteiligen, könnte dies zu einer Überlastung der Versorgerpraxen führen. Dies

würde nach dem jetzigen Modell insbesondere die pädiatrische Versorgung in den Städten gefährden.

Spielräume der regionalen KVen nutzen

Obwohl sie vorgibt, die derzeitige Versorgungsrealität abzubilden und Zukunftsfest zu sein, haftet der neue Bedarfsplanungs-Richtlinie der grundsätzliche Makel einer generellen Pauschalierung an: Sie ist für regionale Besonderheiten zu unscharf. Sie berücksichtigt weder die Wartezeiten, die in unseren Praxen immer noch beklagt werden, noch die stark angestiegenen Anforderungen durch sozialpädiatrische Aufgaben und durch „neue Morbiditäten“.

Hier müssen die regionalen kassenärztlichen Vereinigungen die Gestaltungsspielräume nutzen, die sich durch die Neufassung der Bedarfsplanung ergeben. Notfalls müssen sie von den Vorgaben abweichen. Hier bedarf es nach Meinung von BVK-Präsident, Dr. Wolfram Hartmann, einer regionalen Analyse und entsprechender Argumente vor Ort, um die Landesausschüsse von flexiblen und dem tatsächlichen Versorgungsbedarf angepassten Regelungen zu überzeugen.

Sie finden in die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie unter

<http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1621/>

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

Ein Netz aus Helfern

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

Hilfe bei der Homepage

Das Homepage-Team der Monks – Ärzte im Netz GmbH

Ein Team aus Mediendesignern und Webentwicklern erstellt und betreut die Praxis-Homepages der www.kinderaerzte-im-netz.de, Leiter der Abteilung ist Steven Monks, Dipl. Betriebswirt, er ist auch Ansprechpartner für Abrechnung und Buchhaltung.



Was tun Sie für den BVKJ und seine Mitglieder?

In der bundesweiten Arztsuche von www.kinderaerzte-im-netz.de können Mitglieder des BVKJ eine Praxis-Homepage anmelden. Das Homepage-Team berät die Praxisinhaber bei der Erstellung des Eintrags und gestaltet den Eintrag nach ihren Wünschen. Änderungen können jederzeit ganz unkompliziert per Telefon oder Mail dem Support-Team mitgeteilt werden. Auf Wunsch können Pädiater auf ihrer Seite kostenlose Serviceangebote, wie den Vorsorge- und Impfminder, den Blutdruck-, Größen- oder den BMI-Rechner nutzen. Auch ein Newsticker mit aktuellen Nachrichten rund um die Kindergesundheit von der Redaktion von www.kinderaerzte-im-netz.de steht ohne zusätzliche Gebühren zur Verfügung.



© Felix Pergande - Fotolia.com

Wie können BVKJ-Mitglieder Sie erreichen?

Telefonisch unter: 089 / 64 24 82-12/22/23

per E-Mail: support@kinderaerzte-im-netz.de – per Fax: 089 / 64 20 95 29

ReH



Service-Nummer der Assekuranz AG

für Mitglieder des Berufsverbandes
der Kinder- und Jugendärzte

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

(02 21) 6 89 09 21.

Zu neuen Ufern? Die GFB ringt um ihre Existenz

Seit über 60 Jahren existiert die Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GFB). Obwohl der BVKJ schon seit Jahrzehnten ein Mitglied dieser Vereinigung ist, dürfte sie nur den wenigsten Kinder- und Jugendärzten ein Begriff sein. Dies ist nicht weiter verwunderlich, da es der GFB in all den Jahren niemals gelungen war, als ernstzunehmender Vertreter fachärztlicher Interessen in Deutschland und Europa aufzutreten, dies, obwohl die überwiegende Mehrheit der fachärztlichen Verbände Mitglied der GFB waren. Die Gründe sind vielfältig, so gab es nie eine abschließende Klärung der Frage, ob die GFB als berufspolitischer Gegenspieler des „Deutschen Hausärzterverbandes“ auftreten oder sich auf Sachthemen konzentrieren sollte, die im gemeinsamen Interesse aller Ärzte liegen, so z. B. die Gestaltung und Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung. Außerdem gab es wiederholt heftigen Disput über die Frage, ob die GFB alle Fachärzte oder nur die Interessen der ambulant tätigen Ärzte vertreten solle. Eine solche Positionierung wäre für Verbände wie den BVKJ, in denen auch viele Klinikärzte organisiert sind, nicht akzeptabel.

Jeder kämpft für sich allein

In den wenigen Fällen, in denen die GFB eine klare Position bezog, führte dies zum Austritt derjenigen Verbände, die mit dem Standpunkt der Gemeinschaft nicht einverstanden waren. So trat der Berufsverband der Deutschen Radiologen zeitweilig aus der GFB aus, nachdem sich Vorstand und Mitgliederversammlung für den Erhalt der Teilradiologie ausgesprochen hatten. Auch der BVKJ konnte sich in der Vergangenheit nicht immer auf die Unterstützung seiner Anliegen durch den Dachverband verlassen und musste harte Auseinandersetzungen mit anderen Mitgliedsverbänden ausfechten – so mit Pädaudiologen und HNO-Ärzten um die Frage der Berechtigung zur Durchführung von Hörprüfungen bei Kindern. Die GFB vermied es, hierzu Stellung zu beziehen. Dennoch hielt der Vorstand des BVKJ es bis zum vergangenen Jahr für vertretbar, Mitglied der GFB zu bleiben.

In der jüngsten Vergangenheit entschlossen sich jedoch immer mehr Verbände, die GFB zu verlassen. Nachdem 2011 auch die Verbände der Anästhesisten und Chirurgen ihren Austritt erklärten, verblieben von den größeren Berufsverbänden nur noch der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) und der BVKJ als Mitglieder der GFB. Unter diesen Umständen

den machte ein Fortbestehen des Dachverbandes in der bisherigen Form keinen Sinn mehr, sodass beide Verbände ebenfalls ihren Austritt ankündigten, falls nicht eine grundlegende Umgestaltung der GFB erfolgte. Hiermit war eine deutliche Absenkung der Mitgliedsbeiträge verbunden.

Neubeginn in 2013

Nach einigem Geplänkel erklärte sich das Präsidium der GFB zu der geforderten Reform bereit und legte mittlerweile den Entwurf einer Satzung vor, die den Wünschen des BDI und BVKJ entspricht und auch den Wiedereintritt der Chirurgen und Anästhesisten sichern sollte:

- die GFB soll zu einem eingetragenen Verein umgewandelt werden,
- die Beiträge werden deutlich gesenkt und beschränken sich künftig im Wesentlichen auf die ohnehin an die UEMS (European Union of Medical Specialists) zu entrichtenden Beiträge der deutschen Fachärzteschaft sowie einen 10%igen Aufschlag für Verwaltungskosten. Weitere Zahlungen sind in Zukunft nur noch projektbezogen und im Konsens zu leisten. Damit wird sich der Beitrag des BVKJ an die GFB deutlich verringern.
- in Zukunft wird das Präsidium der GFB nur noch aus zwei Personen bestehen,

die außerdem auch die deutschen Delegiertensitze bei der UEMS besetzen werden.

- in der Mitgliederversammlung der GFB wird ein Verband pro angefangene 5.000 Mitglieder über eine Stimme verfügen, für den BVKJ (3 Stimmen) ändert sich nichts.

Der Satzungsentwurf fand den einstimmigen Konsens der Vertreter der Mitgliedsverbände und soll im Rahmen einer weiteren Mitgliederversammlung am 17.01.2013 verabschiedet werden. Falls dieser Schritt erfolgreich verlaufen sollte, besteht die Chance des Neu- bzw. Wiedereintritts weiterer Berufsverbände, sodass die GFB wieder ein ernstzunehmender Mitspieler der deutschen Gesundheitspolitik werden könnte. Um dies zu erreichen, ist aber neben einer neuen Satzung und einer größeren Mitgliederzahl vor allem eine kompetente Bearbeitung von für die Zukunft der deutschen Fachärzte wichtigen Themen erforderlich. Sollte dies mittelfristig nicht gelingen, wird die GFB schnell vor dem endgültigen Aus stehen.

Stephan Eßer
10115 Berlin
E-Mail: stephan.esser@uminfo.de

Red.: Kupp

KINDER- UND JUGENDARZT

Ab Februar finden Sie unsere Zeitschrift wieder im Internet unter www.Kinder-undJugendarzt.de.



„Ich würde mich gerne zerreißen“ – Väter im Spannungsfeld von Erwerbs- und Familienleben

© dubova - Fotolia.com

Serie: Wie geht es der Familie?



Johanna Possinger

¹ Bei dem vorliegenden Beitrag handelt es sich um Ergebnisse der familiensoziologischen Doktorarbeit „Neuen Vätern auf der Spur – Fürsorgliche Vaterschaft im Spannungsfeld zwischen Erwerbs- und Familienleben“, die 2013 im Springer VS Verlag erscheinen wird.

Viele Väter wollen beides: Sie haben den Anspruch, beruflich erfolgreiche Ernährer ihrer Kinder zu sein und wünschen sich gleichzeitig, mehr Zeit für ihre Kinder zu haben, um sich aktiv an deren Fürsorge zu beteiligen. Dieser Spagat zwischen Erwerbs- und Familienarbeit gelingt im Alltag jedoch nur den wenigsten. In den meisten Familien dominieren traditionelle Familienarrangements, in denen die Väter die Hauptverantwortung für die finanzielle Existenzsicherung der Familie tragen, während sich die Mütter um die Kinderfürsorge kümmern. Der folgende Beitrag beleuchtet aus der Sicht von Vätern Hindernisse, die einer gelingenden Vereinbarkeit von Familie und Erwerbsarbeit im Wege stehen.¹

Väter zwischen Modernität und Traditionalität

Vom „Beginn einer tiefgreifenden Bewusstseinsveränderung“ sprach Ursula von der Leyen, als sie 2007 in ihrer Amtszeit als Bundesfamilienministerin das Elterngeld einführte (Rollmann 2008) und Väter damit gezielt aufforderte, eine eigene sorgebedingte Auszeit für ihre Kinder zu nehmen. Tatsächlich stieg der Anteil der Väter, die nach der Geburt eines Kindes ebenso wie ihre Partnerinnen eine gewisse Zeit zuhause bleiben, mit der Einführung des Elterngeldes innerhalb eines Jahres von 3,5 auf 21 Prozent (Statistisches Bundesamt 2011) und hat sich mittlerweile bei stabilen 25 Prozent eingependelt (Statis-

tisches Bundesamt 2012). Daran zeigt sich, dass sich viele Väter heute wünschen, mehr für ihre Kinder zu sein als nur finanzielle Versorger. Diese Öffnung im Konzept von Vaterschaft bei Männern hin zu einer höheren Bereitschaft, Fürsorgeaufgaben zu übernehmen, die insbesondere in den 1950er und 1960er Jahren vor allem Müttern zugeschrieben waren (z.B. Wickeln, Füttern, Betreuung des Kindes), belegen auch zahlreiche Studien der letzten Jahre (vgl. z.B. Fthenakis/Minsel 2002, Bambey/Gumbinger 2006, Volz/Zulehner 2009). Die zunehmende Modernisierung von Vaterschaft ist vor allem eine gute Nachricht für die Kinder engagierter Väter, denn die väterliche Fürsorge stellt hinsichtlich der emotionalen, mo-

torischen, kognitiven und intellektuellen Entwicklung von Kindern eine unersetzbare Ergänzung zur mütterlichen Sorge dar und wirkt sich – wie insbesondere die amerikanische Vater-Kind-Forschung zeigt – sehr positiv auf das Wohlbefinden und den Bildungserfolg von Kindern aus (z.B. Lamb 2011).

Trotz des Wunsches von Vätern, sich auch persönlich in der Betreuung, Bildung und Erziehung ihrer Kinder zu engagieren, ist bei den meisten Familien in Deutschland nach der Geburt eines Kindes ein „Traditionalisierungseffekt“ (Kaufmann 2005) zu beobachten. Väter spezialisieren sich vorrangig auf ihre Rolle als finanzielle Brotverdiener, während die Mütter ihre Berufstätigkeit (vorübergehend) einschränken, um sich der Kinderfürsorge und dem Haushalt zu widmen (Statistisches Bundesamt 2008). In Deutschland dominiert damit das sog. „Ernährer-Zuverdiener-Modell“ (Klenner/Pfahl 2008), bei dem die Väter in Vollzeit, die meisten Mütter jedoch nur in Teilzeit erwerbstätig sind. Statt ihre Erwerbstätigkeit der Familie wegen zu reduzieren oder zu unterbrechen, verbringen Väter sogar mehr Zeit am Arbeitsplatz als ihre kinderlosen Kollegen (Cornelißen 2005). Das hohe Arbeitsvolumen vieler Väter von oftmals mehr als 50 Stunden pro Woche (IGS Organisationsberatung 2005), schränkt damit die Zeit, die Vätern für die Fürsorge ihrer Kinder überhaupt zur Verfügung steht, deutlich ein. Forscher/innen des amerikanischen Families and Work Institute sprechen in diesem Zusammenhang von einer „New Male Mystique“ (Aumann/Galinski/Matos 2011): Die Erwartung, sowohl ehrgeizige und erfolgreiche Brotverdiener als auch fürsorgliche Väter zu sein, setzt Männer zunehmend unter Druck „to do it all in order to have it all“ (ebd., 10). Um eine „Mystique“, d.h. eine Schimäre, handelt es sich deshalb, da es sich im Alltag für Väter als weitgehend nicht umsetzbar herausstellt, den zeit- und energieintensiven Anforderungen beider Bereiche vollständig zu entsprechen. Welche Gründe es hierfür gibt, wird im Folgenden beleuchtet.

Methodisches Vorgehen

Um u.a. der Frage nachzugehen, welche Hindernisse sich Vätern in den Weg stellen, wenn sie neben ihrer Erwerbstätigkeit mehr Zeit mit ihren Kindern verbringen wollen, wurden im Rahmen einer Dissertation mit einem explorativen Forschungsdesign 23 Väter im Jahr 2008 biografisch interviewt. Die Hälfte der befragten Väter hatte eine eigene Elternzeit- bzw. Elterngeldphase für sich genutzt, die andere Hälfte hatte dies nicht getan. Alle Interviewten waren zudem beim gleichen Arbeitgeber angestellt – der *Hetektro AG*², einem großen internationalen Energiekonzern mit mehreren tausend Beschäftigten. Die *Hetektro AG* war als Untersuchungsgegenstand deshalb reizvoll, da diese für ihre Familienfreundlichkeit ausgezeichnet ist und im Vorfeld der Interviews deshalb die Erwartung bestand, anhand eines positiven Beispiels personalpolitische Angebote mit Vorbildcharakter für die Familienfreundlichkeit anderer Unternehmen zu identifizieren. Wie sich bei der Befragung der Väter jedoch herausstellte, herrschen bei der *Hetektro AG* informelle Normen und Verhaltenskodices, die die auf dem Papier bestehende Familienfreundlichkeit im Betriebsalltag insbesondere für Väter faktisch untergraben.

Hindernisse fürsorglich engagierter Vaterschaft

Fragt man Väter, die gerne mehr Zeit mit ihren Kindern verbringen würden, warum sie dafür ihren Anspruch auf Elterngeld, Elternzeit oder eine reduzierte Arbeitszeit nicht nutzen, so nennen diese

² Der Name *Hetektro AG* ist rein fiktiv, um dem untersuchten Unternehmen Anonymität zu gewähren.



meist ökonomische, innerfamiliäre sowie betriebliche Faktoren als zentrale Hindernisse einer fürsorglich engagierten Vaterschaft. In vielen Fällen entscheidet die „Logik des Geldbeutels“ (Hochschild 1989, 221) darüber, wie nach der Geburt eines Kindes die anfallende Familienarbeit auf Eltern verteilt wird. Da die befragten Väter mehr Einkommen erwirtschaften als ihre Partnerinnen und diese Einkommensdifferenz zusätzlich steuerlich begünstigt wird, geben die meisten an, sich eine berufliche Auszeit schlichtweg nicht leisten zu können. Auch geschlechtsspezifische Normen erweisen sich als Barriere, da die Befragten traditionelle Modelle der familialen Arbeitsteilung z.B. als „natürlich“, Vätermonate im Rahmen des Elterngeldes hingegen als „unmännlich“ empfinden. Zudem berichten einige Väter davon, dass ihre Partnerinnen die Versorgung des Kindes als ihr „Revier“ betrachten und den Vater lediglich als „Mithelfer“ akzeptieren – eine Rolle, die für die Befragten sehr unbefriedigend ist.

Darüber hinaus nimmt der Arbeitgeber für das Fürsorgeengagement von Vätern meist eine Schlüsselstellung ein. Die untersuchte *Hetektro AG* bietet ihren Beschäftigten zwar zahlreiche familienfreundliche Instrumente an (z.B. flexible Arbeitszeiten), die befragten Mitarbeiter nutzen diese jedoch kaum. Ängste der Väter vor beruflichen Nachteilen oder einem „Karriereknick“, wenn sie familienbewusste Angebote nutzen, um mehr Zeit mit ihren Kindern zu verbringen, sind hier weit verbreitet. „Karriereknicke“ sind im untersuchten Unternehmen zwar mehr Schreckgespenst denn Realität, es ist jedoch auch die Angst vor negativen Reaktionen der Kolleginnen und Kollegen sowie des/der Vorgesetzten, die Väter davon abhält, ihren Wunsch nach mehr Familienzeit in die Tat umzusetzen. Hohe Leistungsanforderungen, konstanter Zeitdruck, Stress und Hektik prägen das Arbeitsklima der meisten Befragten. Ist ein Projekt abgeschlossen, folgt zugleich das nächste. Um das hohe Arbeitspensum zu bewältigen, fallen regelmäßig Überstunden an. Unabhängig von ihrer hierarchischen Position im Unternehmen beklagen viele deshalb eine große Lücke zwischen ihrer tariflich vorgesehenen und ihrer tatsächlichen Arbeitszeit, die kaum Raum für Familienzeiten lässt. Zudem wird im Unternehmen physische Präsenz mit Leistungsbereitschaft und Produktivität gleichgesetzt. Dabei ist es wichtig, zu den „richtigen Zeiten“ anwesend zu sein. Während in technisch geprägten Berei-

chen eine ausgeprägte „Lerchen-Kultur“ des frühen Arbeitsbeginns vor 8 Uhr morgens vorherrscht, ist es in den betriebswirtschaftlich dominierten Abteilungen dagegen entscheidend, entsprechend einer „Eulen-Kultur“ in die Abendstunden hinein Präsenz zu zeigen. Beide Anwesenheitskulturen sind trotz ihres informellen Charakters so dominant, dass sie die formell vorhandenen flexiblen Arbeitszeiten völlig außer Kraft setzen und Mitarbeiter, die familienbedingt davon abweichen, durch kritische Bemerkungen ihrer Kolleg/innen abgestraft werden. Der Vereinbarkeitskonflikt vieler Beschäftigter verschärft sich zusätzlich durch eine ausgeprägte Kultur der Verfügbarkeit, bei der insbesondere von Führungskräften jederzeitige Einsatzbereitschaft vorausgesetzt wird.

Hinzu kommt ein betriebliches Leitbild, das Männlichkeit mit Vollzeitwerbstätigkeit gleichsetzt. Väter, die in Elternzeit gehen oder auch einfach nur ihre Überstunden begrenzen wollen, um mehr Zeit für ihre Kinder zu haben, riskieren dabei, als unmännlich und unproduktiv wahrgenommen zu werden. Männer sollen nicht für ihre Kinder, sondern in erster Linie für Mitarbeiter/innen, Kund/innen, Vorgesetzte und Kolleg/innen Fürsorge leisten. Ein Befragter bezeichnete die *Hetektro AG* als „gieriges Kind“, das von seinen Mitarbeiter/innen gar nicht genug Fürsorge bekommen kann. Der bzw. die Vorgesetzte, Kolleg/innen und Kund/innen dürfen nicht „hängengelassen“ werden (vgl. Kratzer 2003). Gerade angesichts der hohen Arbeitsbelastung ist das Verantwortungsgefühl vieler Beschäftigter gegenüber der Erwerbsarbeit dabei so groß, dass es einem Verstoß gegen einen solidarisch-fürsorglichen Ehrenkodex gleichkäme, sich mehr Zeit für die Familie einzuräumen.

Fazit und Ausblick

Fast alle befragten Väter empfinden diese Fürsorgekonkurrenz zwischen Erwerbs- und Familienleben als Quelle eines belastenden Dauerkonfliktes: Sie haben den Anspruch, in beiden Lebensbereichen „ihr Bestes“ zu geben – ein Anspruch, der sich jedoch an der Realität des Arbeitsmarktes bricht, der Vätern eine Vereinbarkeit von Kinderfürsorge und Karriere massiv erschwert. Schuldgefühle, als Vater zu versagen, sowie chronische Zeitknappheit und der Wunsch, sich „gerne zerreißen zu wollen“, prägen den Alltag vieler Befragter. Als Folge berichten viele nicht nur von psychischen Belastungen, sondern auch von körperlichen „Stresskrankheiten“ wie Hörstürzen, Schlafmangel und Burnout-Syndromen. Die untersuchten Angestellten des *Hetektro*-Energiekonzerns stehen im alltäglichen Spannungsfeld zwischen Erwerbs- und Familienleben damit „immer unter Strom“.

Für eine künftige Ausrichtung der Familienpolitik bedeutet dies Folgendes: Will man Familienmodelle fördern, in denen sich beide Eltern partnerschaftlich an der Betreuung, Erziehung und Fürsorge ihres Kindes beteiligen, so sollte man bei den Männern ansetzen und prüfen, inwiefern die bestehenden strukturellen Rahmenbedingungen Vätern überhaupt Gelegenheiten für die Fürsorge ihrer Kinder verschaffen. Dabei sollten vor allem solche Instrumente auf den Prüfstand gestellt werden,

die eine traditionelle Arbeitsteilung von Eltern begünstigen, indem sie eine solche z.B. durch steuerliche Anreize wie dem Ehegattensplitting für Familien wirtschaftlich rational erscheinen lassen. Gleichzeitig sollten familienpolitische Maßnahmen, die auf ein Mehr an Familienzeit für Väter abzielen, gestärkt werden. Parallel dazu müssen die Arbeitgeber mehr in die Pflicht genommen werden. Hier ist vor allem eine Unternehmenskultur von großer Bedeutung, die mit Normen jederzeitiger Verfügbarkeit bricht und sich nicht an einem Leitbild des „sorgelosen Mitarbeiters“ (Klenner/Pfahl 2008) orientiert, sondern anerkennt, dass fast jeder Mensch im Laufe seines Lebens Phasen hat, in denen er Fürsorgeverantwortung für andere trägt – sei dies nun für Kinder oder pflegebedürftige

Angehörige. Fürsorge muss so in die berufliche Entwicklung beider Geschlechter integriert werden, dass Frauen und Männern daraus keine Nachteile entstehen (Berttram 2011, 701) – nur dann werden familienbewusste Maßnahmen im Betrieb auch von den Beschäftigten angenommen.

Literatur bei der Verfasserin

Johanna Possinger

Leiterin der Fachgruppe „Familienpolitik und Familienförderung“
Deutsches Jugendinstitut e.V.
Abteilung Familie und Familienpolitik
81541 München
E-Mail: possinger@dji.de

Red: ReH

Sinkende Geburtenrate

In Deutschland wird es immer unattraktiver, Kinder zu bekommen (s. KJA 12/2012). Einer der Hauptgründe sei das kulturelle Leitbild einer „guten Mutter“, die zu Hause erzieht, schreiben die Autoren in einer aktuellen Studie des Wiesbadener Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung.

Die Einstellungen der Deutschen zum Leben mit Kindern unterscheiden sich laut Studie signifikant von den Haltungen in anderen Ländern. So ist zum einen die Überzeugung, dass Kinder Lebensglück bedeuten, hierzulande weniger stark ausgeprägt als in anderen Ländern. Auch die gesellschaftliche Anerkennung der Elternschaft ist im Vergleich mit anderen Ländern gering.

Einer weiterer Grund für die sinkende Geburtenrate in Deutschland ist laut Studie die Ratlosigkeit in puncto Vereinbarkeit von Elternschaft und Beruf. Das kulturelle Leitbild der „guten Mutter“, die zu Hause bei den Kindern bleibt, sei vor allem in den alten Bundesländern noch so stark verbreitet, dass sich berufs-

affine Frauen und hier vor allem Akademikerinnen im Zweifel eher gegen ein Kind entschieden.

Kinderlosigkeit ist „erblich“

Die Forscher nehmen an, dass junge Leute, die in einem Umfeld aus Kleinstfamilien aufwachsen, ebenfalls einen niedrigen Kinderwunsch entwickeln. Es sei davon auszugehen, schreiben sie in ihrem pessimistischen Ausblick, dass sich „die kleine Familie zu einer handlungsleitenden Normalität entwickelt hat, die durch familienpolitisches Handeln nicht kurzfristig und nicht unmittelbar zu verändern ist“.

ReH

Zentraler Vertretungsnachweis 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

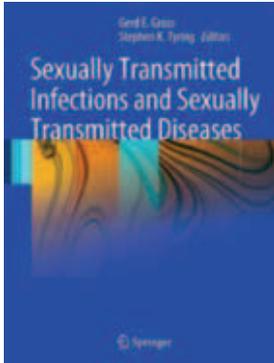
dann wenden Sie sich bitte an die

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

Buchtipps

Gerd Gross, Stephen K. Tyring
(Hrsg.)

Sexually Transmitted Infections and Sexually Transmitted Diseases



Springer, Berlin 2011,
925 S., 372 Abb.,
€ 213,95, ISBN 978-3-
64214663-3

Das Buch ist ein ausführliches Informations- und Nachschlagewerk zu Sexuell übertragbaren Infektionen (STI) und -Erkrankungen (STD). Auf 925 Seiten werden nicht nur die

„klassischen“ Geschlechtskrankheiten behandelt, sondern auch ungewöhnlichere wie Läuse und Krätze, die man spontan vielleicht nicht dazu zählen würde.

Im ersten Teil des Buches werden geschichtliche, epidemiologische, anatomische und physiologische Grundlagen erklärt. Danach folgen Kapitel über Infektionen. Nachfolgend werden die Reisemedizin, therapeutische Herausforderungen, Prävention und Impfungen, Labor Diagnostik, spezielle Aspekte der STDs und zuletzt psychosoziale, sowie ökonomische und politische Themen behandelt.

Wichtige Erreger oder Krankheitsbilder werden von verschiedenen Autoren behandelt, wobei die Reihenfolge der Themenschwerpunkte

Kapitel jeweils ähnlich strukturiert sind. Zu Beginn werden die Kernaussagen erläutert um dem Leser einen Überblick zu verschaffen. Details werden mit farbigen Fotografien und Tabellen veranschaulicht. „Take-Home pearls“ zum Schluss fassen die wichtigsten Informationen nochmals zusammen und wiederholen, was didaktisch wertvoll ist. Zitate sind reichhaltig und werden gründlich mit Fußnoten belegt. Die detaillierte Gliederung des Inhaltsverzeichnis erleichtert das Zurechtfinden. Mit dem ausführlichem Stichwortverzeichnis findet man schnell zum gewünschten Thema.

Das Buch ist für Personen mit einem medizinischem Grundwortschatz und guten Englischkenntnissen leicht verständlich. Seine Ausführlichkeit ist für den Pädiater im Praxisalltag zu tiefgehend. Hingegen ist es als Informations- und Nachschlagewerk für Gynäkologen gut geeignet. Interessierten vermittelt es außerdem einen umfassenden Eindruck über den derzeitigen Forschungsstand bezüglich STIs und einen Ausblick auf zukünftige pharmazeutische Therapie- und Präventionsmöglichkeiten von STDs.

Als besonders Informativ empfinde ich die verschiedenen psychologischen, psychosozialen und ökonomischen Hintergründe und Zusammenhänge, die einen Hinweis darauf geben, wie viel Erfolg Prävention durch Information und Sozialmedizin haben kann (könnte). Die Aus-

führungen über Beschneidung von Frauen können für Gynäkologen, Pädiater und Allgemeinmediziner hilfreich sein kann, genauso wie das Kapitel über männliche Beschneidung, gerade in Bezug auf das derzeitige öffentliche Interesse.

Leider fehlt in den Kapiteln über Chlamydien und Mycoplasmen der pädiatrische Bezug, bis auf die perinatale Übertragbarkeit. Im Kapitel über bakterielle Vaginosis werden nur die Folgen Frühgeburtlichkeit und Unreife des Neugeborenen erwähnt. Im Teil über Herpesinfektionen wird die Adoleszenz, sowie auf die Probleme in der Schwangerschaft eingegangen. Das Kapitel über HIV bei Kindern ist detailliert, zählt die Besonderheiten und Unterschiede im Vergleich zu Erwachsenen auf und geht ausführlich auf die Mutter-Kind-Übertragung ein. Von Interesse im Abschnitt über HPV-Infektionen dürfte für Kinder- und Jugendärzte der hohe Anteil an Neueninfektionen in der Altersgruppe 15–19-Jähriger sein, die Transmission von Mutter zu Kind und selbstverständlich das ausführliche Kapitel über die Impfung.

Das Buch leistet als Nachschlagewerk in der Bibliothek von Gynäkologen, Perinatologen und engagierten Jugendmediziner wertvolle Hilfen.

Dr. Nikolaus Weissenrieder,
80797 München
E-Mail: info@Praxiszentrum-Saarstrasse.de

Red.: Kup

Praxistafel

Pädiater/-in zum Einstieg in eine Praxisgemeinschaft
in Dortmund gesucht.

Zuschriften unter Chiffre 1986 KJA 2/13 an den Verlag erbeten.

FA/FÄ für Pädiatriepraxis im Raum Dortmund gesucht.
OA-Gehalt

h.branski@t-online.de

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

Kinderärztliche Praxis in Hamburg 2013 abzugeben.

Telefon 0170/966 88 98

Per Frühjahr 2013 **Nachfolge in pädiatrischer Doppelpraxis gesucht** in Schweizer "Ferien"landschaft, Nähe Hallwilersee, zwischen Luzern u. Zürich. Sehr gut laufende Praxis, noch ausbaubar, keine Beschränkungen, liebes Klientel, sehr vielseitiges interessantes Patientengut, incl. Ngb. Betreuung, großzügige Räumlichkeiten, sehr gute Verdienstmöglichkeiten.

Dr. med. Peter Studer
Tel. +41 78 669 03 57, pestuder@bluewin.ch

● Sonstige Tagungen und Seminare

Februar 2013

22.–24. Februar 2013, Benediktbeuern
Prävention und Therapie im Kleinkindalter
 Info: institut@aerztliche-akademie.de

23. Februar 2013, Bad Boll
17. Göppinger Pädiatrie Fortbildung
 Info: Dieter.Woelfel@KaE.de

März 2013

8.–9. März 2013, Köln
Kinderanästhesie aktuell
 Info: www.kinderanaesthesie-aktuell.de

13.–16. März 2013, Münster
44. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie
 Info: www.gpn-kongress.de

15.–17. März 2013, Jena
**Frühjahrstagung der AG Pädiatrie der Dt. Ges. für Schlaf-
 forschung und Schlafmedizin (DGSM) e.V.**
 Info: www.dgsm-paediatric.de

April 2013

20.–21. April 2013, Berlin
2. Workshop „Sprung in die Praxis“
 Info: www.kinderarzt-dr.lueder.de/workshop

Mai 2013

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

Juni 2013

21.–22. Juni 2013, Passau
**Pass' auf –
 Passauer Forum für Kinder- und Familiengesundheit
 Neugeborenenengesundheit, qua vadis?**
 Info: www.pass-auf.eu

Fortbildungstermine



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Februar 2013

23. Februar 2013

Patientenorientierte ärztliche Selbsterfahrung

des bvkj e.V. in Stuttgart

(für Teilnehmer des Grundkurses „Psychosomatische Grundversorgung“)

Auskunft: Dr. med. Gudrun Jacobi, Tel. 0711/290350, E-Mail: info@dr.gudrun-jacobi.de

März 2013

1.–3. März 2013

19. Kongress für Jugendmedizin

des bvkj e.V., in Weimar

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

16. März 2013

22. Pädiatrie zum Anfassen

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

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

16. März 2013

Patientenorientierte ärztliche Selbsterfahrung

des bvkj e.V. in Stuttgart

(für Teilnehmer des Grundkurses „Psychosomatische Grundversorgung“)

Auskunft: Dr. med. Gudrun Jacobi, Tel. 0711/290350, E-Mail: info@dr.gudrun-jacobi.de

April 2013

13. April 2013

36. Pädiatertreff 2013 und

5. Kongress PRAXIS-fieber-regio für medizinische Fachangestellte in Kinder- und Jugendarztpraxen

des bvkj e.V., in Köln

Auskunft: Dr. Thomas Fischbach, 42719 Solingen, Tel. 0212/22609170;

Dr. Herbert Schade, 53894 Mechernich, Tel. 02443/902461 ④

20. April 2013

26. Pädiatrie zum Anfassen

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

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

25.–28. April 2013

10. Assistentenkongress

des bvkj e.V., in Potsdam

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 ②

26.–27. April 2013

11. Pädiatrie à la carte des LV Westfalen-Lippe

des bvkj e.V., in Münster-Hiltrup

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

Mai 2013

24.–25. Mai 2013

23. Pädiatrie zum Anfassen

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

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

Juni 2013

7.–9. Juni 2013

43. Kinder- und Jugendärztetag 2013

Jahrestagung des bvkj e.V., in Berlin

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

8.–9. Juni 2013

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

des bvkj e.V., in Berlin

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

Juli 2013

6. Juli 2013

„Pädiatrie am Bächle“

der Landesverbände Baden-Württemberg, in Freiburg

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

27. Juli 2013

Patientenorientierte ärztliche Selbsterfahrung

des bvkj e.V. in Stuttgart

(für Teilnehmer des Grundkurses „Psychosomatische Grundversorgung“)

Auskunft: Dr. med. Gudrun Jacobi, Tel. 0711/290350, E-Mail: info@dr.gudrun-jacobi.de

August 2013

31. August 2013

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkj e.V., in Dresden

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

31. August – 1. September 2013

Pädiatrie zum Anfassen

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

Auskunft: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Tel. 0421/570000, Fax 0421/571000; Dr. Stefan Renz, Hamburg, Tel. 040/43093690, Fax 040/430936969; Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Tel. 04531/3512, Fax 04531/2397; Dr. Volker Dittmar, Celle, Tel. 05141/940134, Fax 05141/940139 ②

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

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

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

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

Die aktuelle Terminliste für die „Paediatrice“ wird in PädInform, www.praxisfieber.de sowie jeweils in den Ausgaben von „PRAXISfieber“ veröffentlicht. „PRAXISfieber“ wird durch Pfizer, Nestlé und die BergApotheke verteilt.



Termine 2013

Stand: 03.12.12, eb

Termin	Uhrzeit	Ort	Thema
13.02.2013	13:00–19:30	Hamburg	Block B
15.02.2013	09:00–17:00	Essen	Block A
09.03.2013	10:00–15:30	Berlin	Block B
13.03.2013	09:45–17:00	Stuttgart	Block D
16.03.2013	09:00–15:00	Frankfurt	Block C
16.03.2013	09:00–16:00	München	Block C
16.03.2013	09:00–16:00	Mechernich	Block D
23.03.2013	09:00–15:00	Freiburg	Block D
06.04.2013	10:00–16:00	Bremen	Block B
13.04.2013	09:00–16:00	Nürnberg	Block A
17.04.2013	14:00–20:00	Meinerzhagen	Block B
20.04.2013	10:00–17:00	Hannover	Block A
04.05.2013	09:00–15:00	Homburg	Block D
14.09.2013	09:30–16:30	Weimar	Block C
15.09.2013	09:00–15:30	Weimar	Block D
21.09.2013	09:00–15:00	Frankfurt	Block D
16.11.2013	09:00–15:00	Freiburg	Block A

Wir weisen darauf hin, dass wir nur Anmeldungen von ausgebildeten MFA berücksichtigen können. Die Veranstaltungen sind nicht geeignet für Auszubildende.

Wir danken der Firma



für ihre freundliche Unterstützung!

Je Veranstaltung berechnen wir eine Gebühr von **50,- €** pro Teilnehmerin.
Eine Rechnung geht Ihnen mit der Bestätigung zu.

Senden oder faxen Sie diesen Abschnitt oder eine Fotokopie mit Ihrer Anmeldung an
BVKJ e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, **Fax: 02 21 - 6 89 09 78**

Praxisstempel Für Rückfragen bin ich zu erreichen unter: Tel.: _____ Fax: _____	Hiermit melde ich Frau _____ zur Fortbildung „Paediatrice“ Ausbildung beendet im Jahr: _____ in _____ am _____ 2013 Block A B C D E (bitte einkreisen) an. Datum _____ Unterschrift _____
--	--

Wir gratulieren zum Geburtstag im März 2013

65. Geburtstag

Herrn Dr. med. Thomas *Rakowsky*, Berlin, am 05.03.
 Frau Dr. med. Annette *Voges-Kinateder*, Bayreuth, am 05.03.
 Herrn Dr. med. Jörg *Dräger*, Braunschweig, am 07.03.
 Frau Dipl.-Med. Brigitte *Decker*, Berlin, am 08.03.
 Herrn Hue *Tran*, Göppingen, am 10.03.
 Frau Dr. med. Renate *Paschedag*, Barmstedt, am 12.03.
 Herrn Dr. med. Klaus *Skrodzki*, Forchheim, am 12.03.
 Herrn Dr. med. Hermann *Kivelitz*, Ettlingen, am 13.03.
 Herrn Prof. Dr. med. Theodor *Zimmermann*, Erlangen, am 13.03.
 Herrn Dr. med. Hans-Joachim *Seeber*, Großschirma, am 14.03.
 Frau Roswita *Bohlmann*, Bielefeld, am 16.03.
 Frau Dr. med. Cornelia *Philipps*, Gohrde, am 20.03.
 Frau Dr. med. Ulrike *Baur*, Meckenheim, am 22.03.
 Frau Dipl.-Med. Ursula *Geißler*, Pirna, am 22.03.
 Herrn Manfred *Gölzhäuser*, Cölbe, am 22.03.
 Herrn Dr. med. Wolfgang *Pritsch*, Bad Kötzting, am 26.03.
 Herrn Dr. med. Bernhard *Dahm*, Arnshausen, am 28.03.

70. Geburtstag

Frau Dr. med. Alrun *Mende-Sturmberg*, Sulzbach-Rosenberg, am 01.03.
 Herrn Dr. med. Hubert *Steinberg*, Sprockhövel, am 03.03.
 Herrn Prof. Dr. med. Martin *Burdelski*, Osterode, am 07.03.
 Frau Dr. med. Margarete *Wendler*, Dachau, am 07.03.
 Frau Dr. med. Angelika *Lüder*, Helmstadt-Bargen, am 11.03.
 Frau Dr. med. Marion *Kreutzer*, Eisingen, am 12.03.
 Frau Dr. med. Helga *Wellmann*, Siehdichum OT Riessen, am 14.03.
 Herrn Dr. med. Günter *Brosch*, Niestetal, am 15.03.
 Herrn Dr. med. Falk *Franke*, Gronau, am 16.03.
 Herrn Leit.Med.Dir.Dr. med. Klaus-Michael *Meyer*, Belm, am 17.03.
 Herrn Dr. med. Hans Ludwig *Eschenbacher*, Lauf, am 20.03.
 Herrn Dr. med. Christian *Löw*, Memmingen, am 20.03.
 Herrn Dr. med. Dirk *Schulz*, Magdeburg, am 20.03.

Herrn Dr. med. Frank Erhard *Steiner*, Herne, am 20.03.
 Frau Dr. med. Dagmar *Kadow*, Rostock, am 24.03.
 Herrn Wolfram *Bartels*, Holzminden, am 26.03.
 Frau Dr. med. Marie-Friederike *Zwietasch*, Dessau, am 28.03.
 Frau Dr. med. Gerda *Riemer-Krüger*, Wedemark, am 30.03.
 Frau Dr. med. Rosemarie *Hentzschel*, Dresden, am 31.03.

75. Geburtstag

Herrn Dr. med. Wolfgang *Sabel*, Gummersbach, am 01.03.
 Herrn Dr. med. Diya *Hadid*, Pentling, am 03.03.
 Frau Dr. med. Barbara *Reinboth*, Berlin, am 04.03.
 Herrn Dr. med. Jürgen *Bergan*, Bautzen, am 05.03.
 Herrn Dr. med. Werner *Hiedl*, Freising, am 05.03.
 Frau Dr. med. Hella *Specht*, Hamburg, am 12.03.
 Frau Dr. med. Beate *Schlichting*, Buchloe, am 15.03.
 Frau Dr. med. Ingrid *Saguer*, Köln, am 17.03.
 Herrn Dr. med. Peter *Altherr*, Klagenfurt, am 19.03.
 Herrn Dr. med. Henner *Gropp*, Bad Honnef, am 21.03.
 Frau Dr. med. Eugenie *Schmitz-Hauss*, Willich, am 22.03.
 Frau Dr. med. Hella *Nagel*, Ulm, am 24.03.

80. Geburtstag

Herrn Dr. med. Dr.rer.nat. Phiroze *Tata*, Berlin, am 03.03.

81. Geburtstag

Frau Dr. med. Nikla *Salabashev*, Bonn, am 01.03.
 Frau Dr. med. Lisette *Strnad*, Griesheim, am 26.03.
 Frau Dr. med. Jutta *Ehregut*, Hamburg, am 29.03.

82. Geburtstag

Herrn Dr. med. Jamal *Faridi*, Köln, am 14.03.

83. Geburtstag

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

84. Geburtstag

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

85. Geburtstag

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

86. Geburtstag

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

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Gertrud *Merz*, Engelskirchen, am 03.03.
 Herrn Dr. med. Helmut *Aengenendt*, Bonn, am 07.03.
 Frau Dr. med. Vera Gräfin *Finck von Finckenstein*, Semlow, am 15.03.

88. Geburtstag

Frau Prof. Dr. med. Waltraut *Kruse*, Aachen, am 12.03.
 Herrn Dr. med. Richard *Faul*, Stuttgart, am 16.03.
 Herrn Dr. med. Friedrich *Kayser*, Oldenburg, am 27.03.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Gertrud *Nordwall*, Köln, am 09.03.
 Frau Dagmar *Hofer*, Berlin, am 24.03.
 Herrn Dr. med. Hajo *Willers*, Itzehoe, am 30.03.

90. Geburtstag

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

91. Geburtstag

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

92. Geburtstag

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

93. Geburtstag

Frau Dr. med. Paula Maria *Hölscher*, Ludwigshafen, am 07.03.
 Frau Dr. med. Gertrud *Loth*, Meschede, am 17.03.

94. Geburtstag

Herrn Dr. med. Franz-Xaver *Seibold*, Schwäbisch Gmünd, am 05.03.
 Frau Dr. med. Elisabeth *Innemeer*, Fallingb., am 08.03.

Wir trauern um:

Frau Dr. med. Anneliese *Hage*, Würzburg
 Frau Dr. med. Gisela *Kaselowsky*, Gütersloh
 Herrn Dr. med. Theo *Siebenmark*, Leipzig
 Frau OMR Dr. med. Christiane *Wilde*, Bremervörde

Als neue Mitglieder begrüßen wir



Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Eva *Fritzsching*
Herrn Dr. med. Benedikt *Fritzsching*
Frau Nina *Baier*
Herrn Andreas *Kreft*



Landesverband Bayern

Frau Taraneh *Ghassemi-Keller*
Frau Dr. med. Birgit
Turba-Eckhardt
Frau Dr. med. Irena *Neustädter*
Frau Dr. med. Katja *Knab*
Frau Dr. med. Annina *Höltgen*
Frau Dr. med. Celina *Steinbeis-von*
Stülpnagel
Frau Dr. med. Gabriele *Eder*
Frau Dr. med. Stefanie *Saleh*
Frau Sabine *Gärtner*
Frau Anne *Pfülb*
Herrn Lorenz *Kiwull*
Herrn Dr. med. Thomas *Zimmermann*
Frau Barbara *Böhlein*
Frau Dr. med. Radhika *Kothari*
Frau Dr. med. Birgit *Benz*
Frau Dr. med. Diana *Boudova*



Landesverband Berlin

Herrn Wilhelm *Geilen*
Herrn Tobias *Laumeier*
Herrn Andre *Baumgartner*



Landesverband Hamburg

Herrn Nuno Ramos *Leal*



Landesverband Hessen

Frau Heike *Boochs*
Frau Dr. med. Nicole *Schmitt*
Frau Dr. med. Ute Agathe *Zakel*
Frau Dr. med. Kirsten *Schlee-Böckh*
Frau Friederike *Schilling*
Frau Dr. medic. Maria *Barbu*



Landesverband Niedersachsen

Frau Dr. med. Eleni *Tioutou*
Frau Marina *Barsukova*
Frau Dr. med. Rita *Wende-Fischer*
Frau Dr. med. Friederike Anna *Schaefer*
Frau Betiel *Kidane*
Frau Maren *Dittrich*



Landesverband Nordrhein

Frau Dr. med. Annette *Breyer*
Frau Eleni *Derpani*
Frau Dr. med. Martina *Wessel*
Herrn Hamzah *Awad*
Frau Katharina *Haunhorst*
Frau Dr. med. Friederike *Korn*
Frau Eirini *Kermetzoglou*
Herrn Dr. med. Stefan *Müller-Bergfort*
Frau Elena *Savvidou*

Frau Dr. med. Sina *Gloy*
Herrn MUDr. Vojtech *Stejskal*



Landesverband Rheinland-Pfalz

Frau Dr. / Univ. Nis.
Biljana Stojkovic
Frau Juliane *Schramm*



Landesverband Sachsen

Frau Dr. med. Rita *Hannich*
Herrn Dr. med. Friedrich
Herrmann
Frau Dr. med. Katja *Nemat*
Frau Dr. med. Sophie *Bauer*



Landesverband Schleswig-Holstein

Herrn Dr. med. Philipp *Ostertag*
Frau Janina *Soler Wenglein*



Landesverband Thüringen

Frau Uta *Lange*
Frau Lydia *Ritter*



Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Jana *Stursberg*
Herrn Dr. med. Paul *von Laer*
Frau Smaragda Maria *Kondyli*

KINDER-UND JUGENDARZT

im Internet

www.kinder-undjugendarzt.de

Späte Frühgeborene sind auch hinsichtlich RSV-Infektionen und schwerwiegender Bronchiolitis gefährdet

Internationales Expertentreffen in Düsseldorf behandelt viral bedingte Atemwegserkrankungen bei Kindern

Welche gesundheitlichen Risiken bringt eine Frühgeburt mit sich und weshalb sollten daher auch späte Frühgeborene keinesfalls wie Termingeborene behandelt werden? Lassen sich mithilfe gewisser Faktoren späte Frühchen identifizieren, die besonders gefährdet sind, aufgrund einer schweren Infektion mit dem RS-Virus (RSV, Respiratory-Syncytial-Virus) hospitalisiert zu werden? Diese und andere Fragestellungen diskutierten Experten im Rahmen des 10. Global Experts' Meeting (GEM) on Respiratory Viruses, das am 19. und 20. September 2012 in Düsseldorf und damit erstmalig in Deutschland stattfand. 280 Teilnehmer aus insgesamt 30 Ländern besuchten die Fortbildungsveranstaltung, die von der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. sowie dem weltweit tätigen Gesundheitsunternehmen Abbott unterstützt wurde. Neben der RSV-Bronchiolitis spielten dort auch weitere viral bedingte Atemwegserkrankungen eine Rolle.

Späte Frühgeburt: ein unterschätzter Risikofaktor

RSV ist einer der häufigsten Erreger von Atemwegsinfektionen bei kleinen Kindern.¹ Normalerweise entwickeln RSV-infizierte Kinder lediglich Erkältungsanzeichen. Bei bestimmten Risikogruppen können sich die Symptome jedoch schnell verschlimmern, wenn die RSV-Infektion auf die unteren Atemwege übergreift sogar lebensbedrohlich werden. Ein wichtiger Faktor, der das Risiko für eine RSV-Infektion erhöht, ist die Frühgeburtlichkeit. Laut Dr. Louis Bont, Leiter der RSV-Forschungsgruppe an der Universitätsklinik Utrecht/Niederlande, machen die sogenannten späten Frühgeborenen, die zwischen der 34. und 36. SSW zur Welt kommen, den größten Teil aller Frühgeburten aus. Oft werde angenommen, dass die neonatologische Versorgung dieser Kinder relativ problemlos sei und dass sie keine besonderen Schutzmaßnahmen benötigten. Sie würden daher häufig wie Termingeborene behandelt. „Dass dies keinesfalls gerechtfertigt ist, zeigen epidemiologische Studien zur Mortalität und Morbidität“, sagte der pädiatrische Infektiologe. So sei bei späten Frühgeborenen nicht nur die perinatale Sterblichkeit höher als bei termingeborenen Kindern, sondern auch die Sterblichkeit im jungen Erwachsenenalter.^{2,3} Darüber hinaus könne bei späten Frühgeborenen im Vergleich zu Termingeborenen ein höheres akutes und chronisches Morbiditätsrisiko beobachtet werden, das zu einer höheren Rate von Hospitalisationen führt.⁴ „Obwohl diese Fakten bekannt sind, und obwohl gerade späte Frühgeborene deshalb eigentlich unsere größte Aufmerksamkeit

benötigen würden, sind sie die am häufigsten vernachlässigte Patientengruppe in der Pädiatrie“, ergänzte Bont.

RISK-Studie: Hinweise auf Kinder mit erhöhtem Hospitalisierungsrisiko

Mit dem Ziel, ein Instrument zur klinischen Prognose von RSV-Bronchiolitiden bei späten Frühgeborenen der SSW 33 bis 35 zu validieren, läuft in den Niederlanden zurzeit die prospektive Kohortenstudie RISK.⁵ „Eine erste Analyse der Daten von 2.421 Frühgeborenen hat gezeigt, dass insgesamt 5,3 Prozent der Kinder mit einer bestätigten RSV-Infektion hospitalisiert werden mussten. Diese Rate entspricht der Inzidenz, die in verschiedenen europäischen Ländern, aber auch in den USA und Kanada beobachtet wurde“, sagte Bont. Darüber hinaus sei es gelungen, Faktoren zu bestimmen, mit deren Hilfe späte Frühgeborene identifiziert werden können, die ein Risiko von mehr als 10 Prozent für eine Hospitalisierung aufgrund einer RSV-Infektion haben. „Unter anderem sind dies ein Geburtstermin zwischen Mitte August und dem 1. Dezember, die Existenz von Geschwisterkindern und das Vorliegen einer Atopie bei einem Familienmitglied ersten Grades“, ergänzte Bont.

Passive Immunisierung senkt Hospitalisierungsrate

Die derzeit einzige medikamentöse Möglichkeit zur Prophylaxe einer RSV-Infektion ist eine passive Immunisierung mit dem monoklonalen Antikörper Palivizumab. Sein Einsatz ist bei bestimmten Risikogruppen indiziert, bei denen eine erhöhte Gefahr besteht, dass eine RSV-Infek-

tion Krankenhausaufenthalte erforderlich macht.

Eine randomisierte, kontrollierte Studie mit 1.502 Frühgeborenen (≤ 35 . SSW) und Kindern unter zwei Jahren mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD) belegte, dass die Prophylaxe die RSV-Hospitalisierungsrate hochsignifikant um 55 Prozent senken konnte. Bei späten Frühgeborenen der SSW 32 bis 35 sank die Rate sogar um 80 Prozent.⁶

Über das GEM (Global Experts' Meeting on Respiratory Viruses)

Im Jahr 2002 wurde das GEM als Fortbildungsplattform für Experten, denen in ihrem Praxisalltag Patienten mit einem erhöhten Risiko für Atemwegsinfektionen begegnen, ins Leben gerufen. Das erste Jahrestreffen fand 2003 in Lissabon/Portugal statt. 2012 wurde das GEM mit Düsseldorf erstmalig in Deutschland abgehalten.

Literatur

1. Glezen WP et al. Risk of primary infection and reinfection with respiratory syncytial virus. *Am J Dis Child* 1986; 140(6): 543
2. Reddy UM et al. Delivery indications at late-preterm gestations and infant mortality rates in the United States. *Pediatrics* 2009; 124(1): 234-40
3. Crump C et al. Gestational age at birth and mortality in young adulthood. *JAMA* 2011; 306(11): 1233-40
4. Boyle EM et al. Effects of gestational age at birth on health outcomes at 3 and 5 years of age: population based cohort study. *BMJ* 2012; 344: e896
5. <http://www.umcutrecht.nl/subsite/RSVResearch-Group/Onderzoeken/RISK-studie>
6. The Impact-RSV Study Group. Palivizumab, a humanized respiratory syncytial virus monoclonal antibody, reduces hospitalization from respiratory syncytial virus infection in high-risk infants. *Pediatrics* 1998; 102(3): 531-7

Nach Informationen von Abbott Deutschland, Wiesbaden

Pflege-Revolution bei Neurodermitis

Neue Hautpflegeserie Cetaphil® Restoraderm führt atopischer Haut das zu, was ihr häufig fehlt

Wissenschaftliche Studien belegen, dass bei Neurodermitikern häufig Veränderungen im Filaggrin-Gen vorliegen. Daneben weist atopische Haut auch einen Mangel an den Lipiden Ceramid 1 und 3 auf. Die Folge: Die Hautbarriere ist geschwächt, es kommt zu Feuchtigkeitsverlust, die Haut trocknet aus und juckt.¹ Mit Cetaphil® Restoraderm steht Neurodermitis-Patienten ab sofort eine Pflegeserie zur Verfügung, die der Haut hilft, den genetisch bedingten Mangel durch die Zufuhr von Filaggrin- und Ceramid-Bausteinen auszugleichen. Die Barrierefunktion der Haut wird gestärkt, mehr Feuchtigkeit gespeichert und der Juckreiz gelindert.

Die Inzidenz der atopischen Dermatitis in den westlichen Ländern steigt stetig. Fast jedes vierte Kind und ca. 2–10% der Erwachsenen sind betroffen.² Neurodermitis-Patienten leiden sehr stark unter ihrer trockenen Haut und dem unerträglichen Juckreiz. Dies schränkt die Lebensqualität oft erheblich ein.³ Das Eincremen der Haut ist – neben der medizinischen Versorgung – von grundlegender Bedeutung für die Behandlung der Neurodermitis.

Ab sofort steht Neurodermitis-Patienten eine Hautpflegeserie zur Verfügung, die speziell für die Bedürfnisse der atopischen Haut entwickelt wurde: Cetaphil® Restoraderm. Die neue Hautpflege führt der atopischen Haut mit dem „Restoraderm-Komplex“ genau die Bausteine zu, die ihr nach neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen fehlen. Der Komplex versorgt die gereizte Haut mit wichtigen Filaggrin-Bausteinen, wie Natrium-PCA und Arginin, sowie Feuchthaltefaktoren. Außerdem führt er der Haut den spezifischen Ceramid-Baustein Sphingalin zu, aus dem die Haut selber Ceramide der Fraktionen 1 und 3 bildet – genau die Ceramid-Fraktionen, an der es Neurodermitikern häufig mangelt. Die gemeinsame Zufuhr von Filaggrin- und Ceramid-Bausteinen durch den Restoraderm-Komplex trägt dazu bei, dass sich die gestörte Hautbarriere regenerieren kann und mehr Feuchtigkeit in der Haut verbleibt. Neurodermitis-typische Beschwerden wie Juckreiz, Brennen und Rötung können dadurch gelindert werden.



Dermatologische und hautphysiologische Untersuchungen bestätigen die besondere Pflegewirkung und die sehr gute Verträglichkeit von Cetaphil® Restoraderm bei Neurodermitis.⁴ Die neue Pflege-Generation, die hypoallergen und frei von Duft- und Konservierungsstoffen ist, eignet sich auch für die empfindliche Baby- und Kinderhaut.⁵ Cetaphil® Restoraderm ist ab sofort exklusiv in Apotheken erhältlich.

Cetaphil® Restoraderm ist Teil der Cetaphil®-Pflegeserie vom Hautspezialisten Galderma. Die dermatologische Hautpflegeserie umfasst Produkte für sehr trockene und empfindliche Körper- und Ge-

sichts-Haut, bietet ein attraktives Preis-Leistungsverhältnis und wird von zahlreichen Dermatologen und Pädiatern empfohlen. Nähere Informationen unter www.cetaphil.de.

1 Irvine AD, McLean WH. Breaking the (un)sound barrier: filaggrin is a major gene for atopic dermatitis. *J Invest Dermatol.* 2006; 126 (6): 1200-2.

Di Nardo A, Wertz P, Giannetti A, Seidenari C. Ceramide and Cholesterol Composition of the Skin of Patients with Atopic Dermatitis. *Acta Derm Venereol (Stockh.)* 1998; 78: 27-30.

2 Wollenberg A, Bieber T. Atopic Dermatitis: pathogenetic mechanisms. *Allergy* 2008; 64(2): 276-278.

3 Kiebig G. et al. Atopic Dermatitis is associated with a decrease of health-related quality of life. *Int J Dermatol.* 2002; 41: 151-158.

4 Dutronc Y, Guennoun M. Hydration potential of a new body moisturizer among atopic dermatitis subjects. *Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos (RADLA) EADV Gothenburg, Schweden, 6.-10. Okt. 2010, Poster.*

Dutronc Y, Beger B. Skin tolerance and cosmetic acceptability of a new moisturizer among atopic dermatitis subjects. *Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos (RADLA) EADV Gothenburg, Schweden, 6.-10. Okt. 2010, Poster.*

Simpson E., Dutronc Y. A new Body Moisturizer Increases Skin Hydration and Improves Atopic Dermatitis Symptoms among Children and Adults. *JDD* 2011; 10 (7): 744-749.

5 Simpson et al. Cetaphil Restoraderm Body Wash and Moisturizer improves hydration and Skin Barrier Function in Infants and Toddlers with Atopic tendencies. *Dermatitis* 2011; Vol. 22, Issue 3, 183 f.

Nach Informationen von Galderma
Laboratorium GmbH, Düsseldorf

Sanft zu Kindern – stark gegen Husten:

Natürliche Erkältungsmedizin für unsere Allerkleinsten

Wenn Babys husten, sind Eltern schnell besorgt, besonders wenn es ihre Sprösslinge schon frühzeitig erwischt. Dann wünschen sie sich ein möglichst sanftes Arzneimittel, das schnell hilft. Eine Erkältungsmedizin, die mit gutem Gewissen auch den Allerkleinsten gegeben werden kann, ist die schonende Phytotherapie von Eucabal. Denn die Produkte sind bereits für Säuglinge ab dem 6. Lebensmonat zugelassen. Dieses Alleinstellungsmerkmal macht die Marke seit mehr als 20 Jahren zu einem bewährten Hustenmittel besonders für Kinder. Das bestätigen unter anderem zwei Anwendungsbeobachtungen sowie eine retrospektive Studie zu Wirksamkeit, Verträglichkeit und vor allem Unbedenklichkeit der pflanzlichen Arzneimittel Eucabal®-Balsam S und Eucabal®-Hustensaft von Esparma, einem Unternehmen des Firmenverbundes der Aristo Pharma GmbH. Der milde Balsam mit wertvollem Eukalyptus- und Kiefernadelöl ist bis zum 12. Lebensjahr verordnungsfähig. Bei Babys ab dem 6. Monat und Kindern bis zu einem Alter von 2 Jahren wird dieser zweibis dreimal täglich auf dem Rücken eingerieben. Als Begleitmedikation lindert der antibakterielle Hustenlöser mit Thymian- und Spitzwegerichfluidextrakten den quälenden Hustenreiz und fördert das produktive Abhusten.

Therapieeffekt „sehr gut“

Die Wirksamkeit und Verträglichkeit einer Therapie mit Eucabal®-Balsam S wurde im Rahmen einer Anwendungsbeobachtung an 390 Kindern und Jugendlichen (vom Säuglingsalter bis 17 Jahre) mit Infekten der oberen Atemwege untersucht. Fast alle Patienten erhielten als einwöchige Begleitmedikation den Balsam, den sie je nach Alter als Einreibung, Vollbad oder Dampfinhalation anwenden konnten. Bei 95 Prozent der Patienten zeigte die Therapie Wirkung. Von den Prüfarzten wurde der therapeutische Effekt in der Mehrheit der Fälle als „sehr gut“ bezeichnet. Patienten und Eltern schätzten die Wirksamkeit des Balsams in 92 Prozent der Fälle als „sehr gut“ oder „gut“ ein.



Wirksam und verträglich gegen Kinderhusten

Zur Untersuchung der Wirksamkeit, Verträglichkeit und Unbedenklichkeit von Eucabal®-Hustensaft nahmen 314 Kinder im Alter von 1 bis 4 Jahren und 20 Ärzte an einer ebenfalls etwa einwöchigen Beobachtungsstudie teil. Am häufigsten wurde der Hustenlöser zur Reizlinderung bei Katarrhen der oberen Luftwege eingesetzt. Die Verteilung auf die einzelnen Patienten-Jahrgänge war ausreichend gleichmäßig. Insgesamt bewerteten die Ärzte die Wirksamkeit im Gesamtkollektiv zu 84 Prozent als „sehr gut“ oder „gut“. Alle von Ärzten und Patienten bzw. deren Eltern bewerteten Symptome, wie Reizhusten, Hustenstärke, Hustenfrequenz, allgemeines Krankheitsgefühl, hustenbedingte Durchschlafstörungen, zeigten eine deutliche und relevante Besserung. Bei keinem Patienten traten unerwünschte Nebenwirkungen auf.

Diese guten Ergebnisse bestätigte auch eine retrospektive Studie. Hierzu wurden 44 Ärzte gebeten, ihre Erfahrungen zur Wirksamkeit und Verträglichkeit des Eucabal®-Hustensaftes bei Kindern ab 6 Monate bis 12 Jahre mitzuteilen. Für die Auswertung konnte auf Angaben zu 419 Kin-

dern zurückgegriffen werden, davon waren 47 Kinder jünger als ein Jahr. Eingesetzt wurde der Hustensaft auch hier zumeist zur Reizlinderung bei Katarrhen der oberen Luftwege. In 74 Prozent der Fälle (bei 310 Kindern) bewerteten die Ärzte den Hustenlöser als „sehr gut“.

Überzeugende Kombination – nicht nur in der Erkältungssaison

Fasst man die Ergebnisse zusammen, kann die Therapie mit Eucabal®-Balsam S und Eucabal®-Hustensaft als anwendungssicher, gut verträglich sowie schonend wirksam betrachtet werden. Das kleine Extra: Bewusst verzichtet der milde Balsam auf Konservierungsstoffe, Campher und Menthol, die insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern Krämpfe sowie asthmaähnliche Zustände bis hin zum Atemstillstand auslösen können. Damit bietet die natürliche Therapie von Eucabal® eine ebenso sichere wie sanfte Alternative zur Erkältungsmedizin mit chemisch definierten Inhaltsstoffen.

Nach Informationen von Esparma GmbH, Magdeburg

Rotavirus-Gastroenteritis bei Säuglingen und Kleinkindern

Schluckimpfung kann vor schwerem Verlauf und Hospitalisierung bewahren

Die Rotavirus-bedingte Gastroenteritis (RVGE) ist eine „Erkrankung der Kleinen“, die aufgrund schwerer Verläufe häufiger stationär behandelt werden müssen. Wie das Beispiel Sachsen zeigt, verringert eine unkomplizierte Schluckimpfung die Anzahl der Erkrankungen und der Hospitalisierungen.

Rotaviren gelten als Hauptverursacher von akuten Durchfallerkrankungen. Laut Robert-Koch-Institut (RKI), stellt die RVGE bundesweit die häufigste meldepflichtige Erkrankung bei den unter 5-Jährigen dar. Besonders oft trifft es die Kleinsten dieser Altersgruppe, denn 90 % der Rotavirus-Infektionen treten im Alter zwischen drei Monaten und drei Jahren auf.

„Vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern beobachten wir häufig einen dramatischen Verlauf mit heftigem Erbrechen, starkem Durchfall und Fieber. Die Gefahr auszutrocknen und die Gefahr von Krampfanfällen ist hier besonders hoch“, erklärt Dr. Jörg Hornivius, Mönchengladbach. Im Vergleich zu Infektionen mit anderen Magen-Darm-Erregern verläuft die RVGE in der Regel deutlich schwerer. Trotz der guten medizinischen Versorgung kommt es daher auch in Deutschland immer wieder zu Todesfällen.

Impfung passt problemlos in den Impfkalendar

Hornivius bezeichnete die Prävention in Form einer Impfung gegen Rotaviren als sein „Hauptanliegen“. Dabei ist seiner Meinung nach das U3-Gespräch entscheidend, da die Pädiater hier den Grundbaustein für ein vernünftiges Impfprogramm legen. „Im Rahmen dieses Aufklärungsgesprächs sollte es uns gelingen, über alle anstehenden Impfungen sachlich aufzuklären und ihren Nutzen überzeugend darzulegen. Ich führe das Gespräch anhand des Impfkalendar, in den aus meiner Sicht auch die Rotavirus-Impfung gehört“, erklärte der Pädiater und betont: „Die drei Schluckimpfungen, die z.B. für RotaTeq® erforderlich sind, lassen sich problemlos in den Impfkalendar einpassen“. Da sie die Immunantwort anderer Impfstoffe nicht beeinflussen, lassen sie sich zusammen mit den gängigen Säuglingsimpfstoffen verabreichen, etwa dem 6-fach Impfstoff oder dem Pneumokokkenimpfstoff. Die erste Dosis kann man ab der vollendeten 6. Lebenswoche geben, sie

sollte jedoch nicht nach der vollendeten 12. Lebenswoche erfolgen. Hornivius rät zu jeweils einer Impfung in der 9., 13. und 17. Lebenswoche, damit der vorgeschriebene Abstand von mindestens vier Wochen gewahrt bleibt. Da sich die letzte Dosis bis zur vollendeten 32. Lebenswoche geben lässt, ist eine flexible Umsetzung möglich.

Impferfolge in Sachsen

Die sächsische Impfkommission hat als erstes Bundesland bereits Anfang 2008 eine Empfehlung für die Rotavirus-Impfung herausgegeben. Der Vorsitzende der Impfkommission in Chemnitz Dr. Dietmar Beier stellte die neuesten Daten bis einschließlich September 2012 vor. „Bereits im ersten Jahr machte sich der Impfeffekt bei den unter 1-Jährigen mit einer um fast 21 Prozent rückläufigen Erkrankungsinzidenz bemerkbar“, berichtete Beier. Im Jahr 2009 verringerte sich die Morbidität in dieser Altersgruppe um fast 50 %, in den Jahren 2010 und 2011 um jeweils rund 70 %, im Vergleich mit dem Mittelwert der Vor-Impfära (2003 bis 2007) (Abb. 1). Für das Jahr 2012 sank die Inzidenz um 86,5%.

Damit liegt die Erkrankungsrate der Säuglinge in Sachsen deutlich unter der in Gesamtdeutschland (ohne Sachsen). Hier zeigte sich aufgrund der geringeren Impfquote nur ein zögerlicher Rückgang, der im Jahr 2012 rund 57 % betrug. Dabei muss berücksichtigt werden, dass mittlerweile die Impfkommissionen weiterer Bundesländer (Thüringen, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein) die Impfung empfehlen und so zu der erreichten Morbiditätssenkung beitragen.

Vergleichbar gute Zahlen zur Morbiditätssenkung von Rotavirus-Infektionen

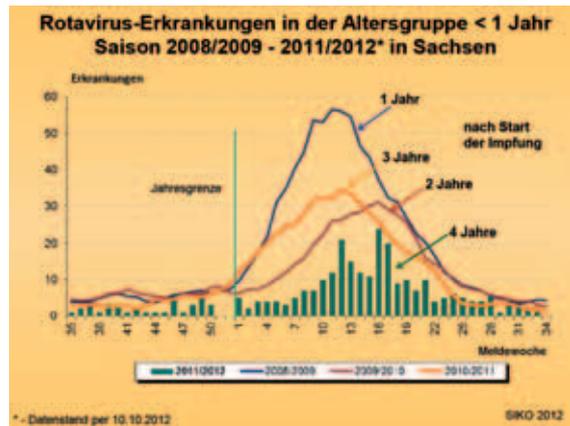


Abb. 1: Seit der Impfpflicht gehen Rotavirus-Infektionen bei Säuglingen in Sachsen deutlich zurück

erreichte man in Sachsen auch für die Altersgruppe der 1- bis unter 2-Jährigen. Und selbst bei den nicht geimpften Kindern zwischen 2 und 5 Jahren zeigt sich ein Krankheitsrückgang. „Hier kann man durchaus schon Zeichen eines Herdeneffekts sehen. Diese Kinder profitierten davon, dass der Erreger nicht im üblichen Maße übertragen werden konnte“, erklärte Beier.

Auch die Zahl der Hospitalisierungen verringerte sich in Sachsen bzw. den östlichen Bundesländern mit 58 % deutlich gegenüber 22 % in den westlichen Bundesländern. Bezogen auf das Jahr 2007 sank die Hospitalisierungsrate bei Säuglingen in Sachsen um 78,9 % im Jahr 2012.

Die Rotavirus-Impfung wird von den Eltern sehr gut akzeptiert. Manchmal scheitert eine Impfung jedoch daran, dass nicht alle gesetzlichen Krankenkassen die Kosten übernehmen, bzw. eine Vorfinanzierung nötig ist. Welche Krankenkassen für die Impfung aufkommen, ist im Internet nachzulesen, unter: www.impfkontrolle.de (Untermenü Rotaviren / Impfung - Wer zahlt?).

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Quelle: Pressegespräch „Rotavirus-Schutzimpfung: Wer macht's? Wie wirkt's? Wie geht's weiter?“ Veranstalter: Sanofi Pasteur MSD, Leimen

Wissen rund um Frühgeburt: Deutsche Frauen haben im globalen Vergleich die Nase vorn

Internationale Umfrage zeigt hohen Wissensstand in Deutschland, jedoch auch Lücken

Deutsche Frauen kennen sich vergleichsweise gut aus, wenn es um das Wissen rund um das Thema Frühgeburt geht – das zeigt eine globale Umfrage¹, die rund 1.500 Eltern und schwangere Frauen aus 19 Ländern einschloss. So wurden 94 Prozent der befragten Frühchenmütter und 81 Prozent der Mütter von Termingeborenen in Deutschland, die mehr als ein Kind haben, bereits vor ihrer Schwangerschaft auf das Risiko einer Frühgeburt aufmerksam gemacht. Im globalen Durchschnitt liegen die Werte hingegen nur bei 44 bzw. 50 Prozent. Zu den häufigsten Komplikationen einer zu frühen Geburt hatten deutsche Mütter ebenfalls Informationen erhalten: Mehr als vier von fünf Müttern wissen beispielsweise, dass es bei einem Frühgeborenen kurz nach der Geburt zu einer Gelbsucht kommen kann und auch, dass die Lunge zum Zeitpunkt der Geburt noch nicht vollständig ausgereift ist (Frühchenmütter: jeweils 90 Prozent der Befragten, Mütter reif geborener Kinder: jeweils 83 Prozent).

Dennoch gibt es Bedarf für mehr Aufklärung und emotionale Unterstützung: So wissen laut der deutschen Befragung nur 33 Prozent der Frühchenmütter und 23 Prozent der Mütter reif geborener Kinder, dass man von einer Frühgeburt spricht, wenn das Baby vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche zur Welt kommt – selbst dann, wenn das Kind nur wenige Tage eher geboren wird (global: 19 vs. 18 Prozent). Auch hatten nur 33 Prozent der deutschen Mütter Informationen zur Gefährdung durch Atemwegsinfektionen erhalten, beispielsweise von ihrem Frauenarzt oder ihrer Hebamme. Die größte Sorge der Frühchenmütter sind Langzeitfolgen: Knapp die Hälfte (47 Prozent) befürchtet langfristige gesundheitliche Einschränkungen ihres Kindes, beispielsweise eine erhöhte generelle Krankheitsanfälligkeit oder Lungenschäden.

Eltern von Frühgeborenen sind nicht allein

Eine Frühgeburt stellt betroffene Familien meist vor viele Fragen und ist mit großen Ängsten verbunden. Medizinisches Fachpersonal ist dabei eine wichtige Anlaufstelle – laut Umfrage suchen 93 Prozent der Frühchenmütter bei Ärzten und anderen Fachkräften Rat bezüglich ihres Babys und 77 Prozent wenden sich darüber hinaus für emotionalen Beistand an sie. Zudem gibt es in Deutschland Elternorganisationen zum Thema Frühgeburt – etwas, das sich nach Ergebnissen der Umfrage 73 Prozent der Frühchenmütter

wünschen. Neben regionalen Initiativen bietet deren Dachorganisation, der Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. mit Sitz in Frankfurt am Main, zusätzlich zu diversen Informationsmaterialien und Veranstaltungen auch persönlichen Service an: „Im FrühgeborenenInformations-Zentrum, dem sogenannten FIZ, unterstützen wir betroffene Familien in verschiedenen Lebenslagen – von Frühcheneltern für Frühcheneltern. Wir haben eine Hotline eingerichtet, auf der uns Ratsuchende an zwei Tagen in der Woche erreichen können“, erläutert FIZ-Leiterin Barbara Grieb, selbst Mutter eines frühgeborenen Kindes.

Weitere Informationen zum Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. und dessen Hotline erhalten Eltern auf der Homepage www.fruehgeborene.de.

Über die Elternumfrage

2012 führte P/S/L Research im Auftrag der Gesundheitsunternehmen Abbott und MedImmune die zweite globale Befragung bei Eltern und werdenden Müttern zum Thema Frühgeburt durch. 1.949 Befragungen aus insgesamt 19 Ländern gingen in die Auswertung mit ein, darunter 100 Teilnehmer aus Deutschland. Die Ergebnisse werden offiziell zum Weltfrühgeborenentag am 17. November 2012 vorgestellt. Diese Daten sollen das Bewusstsein für die Risiken und Probleme einer Frühgeburt stärken und zeigen, dass betroffene Eltern noch mehr Informationen benötigen.

Über den Weltfrühgeborenentag

Der Weltfrühgeborenentag findet jährlich am 17. November statt. An diesem Tag soll verstärkt darauf aufmerksam gemacht werden, dass Frühgeburtlichkeit ein wichtiges und stetig an Relevanz zunehmendes Gesundheitsthema ist. Er soll Betroffenen eine Plattform geben, gemeinsam auf Frühgeburten und ihre Folgen hinzuweisen. Der Weltfrühgeborenentag ist eine Initiative der European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI), March of Dimes, National Premmie Foundation und LittleBigSouls.

Quellen

1. P/S/L Research, World Prematurity Day Survey Final Report, August 2012. Die Umfrage wurde im Auftrag von Abbott und MedImmune durchgeführt.

Nach Informationen von Abbott Deutschland, Wiesbaden

Erfolgreiches ADHS-Management: Erwachsenwerden mit ADHS

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) beginnt zwar zumeist im Kindesalter, kann jedoch bis ins Erwachsenenalter persistieren. Sie beeinträchtigt sowohl das berufliche als auch das soziale Leben zum Teil erheblich. Eine altersgerechte multimodale Therapie trägt zu einer Reduzierung der Symptomatik und einer besseren Problembewältigung bei. Dabei ist die Behandlung von Heranwachsenden mit ADHS von spezifischen Herausforderungen geprägt. Auf einem Symposium im Rahmen der Jahrestagung des BKJPP in Lübeck beleuchteten namhafte Experten Chancen und Herausforderungen im Management der ADHS in der Adoleszenz aus medizinischer und juristischer Sicht [1]. Denn in dieser Lebensphase, in der die Weichen für den beruflichen Werdegang des Patienten gestellt werden, gewinnen Komorbiditäten wie Depressionen und Suchterkrankungen an Bedeutung. Sie müssen zusätzlich zu den Kernsymptomen der ADHS berücksichtigt werden. Für Patienten zwischen 17 und 21 Jahren gilt es daher auch, eine Fortbehandlung durch einen Erwachsenenpsychiater vorzubereiten und einzuleiten. Mit Medikinet® adult ist dabei erstmalig eine Neueinstellung und Weiterbehandlung mit retardiertem Methylphenidat von über 18-jährigen Patienten mit ADHS möglich.

ADHS stellt eine Entwicklungsbeeinträchtigung dar, deren Auswirkungen bis ins Erwachsenenalter hinein bestehen bleiben können, berichtete Dr. Jochen Gehrman, Ludwigshafen. Im Verlauf der Entwicklung verändern sich die ADHS-Symptome: „Die Hyperaktivität nimmt ab, die innere Unruhe nimmt zu, die Aufmerksamkeitsstörung bleibt bestehen“, erläuterte der Kinder- und Jugendpsychiater. Impulsives Verhalten schaffe zunehmend Probleme in Schule, Ausbildung und zwischenmenschlichen Beziehungen. In der Adoleszenz nehmen auch emotionale Beeinträchtigungen zu: Ängste, Depressionen, emotionale Instabilität, Essstörungen, herabgesetzte Stresstoleranz, Suizidalität und Substanzmissbrauch stellen Therapeuten und Eltern vor neue Herausforderungen.

Frühe Flexibilisierung der Therapie

Heranwachsende mit ADHS sollten eine multimodale Behandlung erhalten mit speziellen psychotherapeutischen Angeboten, einer kontinuierlichen medikamentösen Behandlung und einem begleiteten Übergang von ihrem Kinder- und Jugendpsychiater zu einem Erwachsenenpsychiater, betonte Gehrman. Dabei seien adoleszenzspezifische Aspekte wie Berufsausbildung, Ablösung von der Familie, Identitätsfindung, soziale Beziehungen, Sexualität, Umgang mit Medien sowie Alkohol und Drogen besonders zu berücksichtigen.

Eine geduldige Beziehungs- und Motivationsarbeit ist laut Gehrman die wichtigste therapeutische Herausforderung.

Denn Jugendliche sind häufig besonders skeptisch gegenüber Medikamenten. So setzen von mit MPH-behandelten ADHS Kindern 30% bis zum 11. Lebensjahr und 50% bis zum 15. Lebensjahr das verordnete Medikament wieder ab. [2]

Da die betroffenen Patienten oft nur geringe Kenntnisse über ADHS aufweisen, haben begleitende psychoedukative Maßnahmen einen hohen Stellenwert. Die Therapiegespräche sollten zuerst ohne die Eltern geführt werden. „Auf der anderen Seite macht es aber Sinn, die Eltern in der Adoleszenz weiterhin einzubeziehen“, so der Experte, „allerdings mit dem Fokus auf einer altersgemäßen Ablösung.“ Ein breites Behandlungsangebot sei hier besonders vielversprechend. Daher rät Gehrman zur multidisziplinären Zusammenarbeit in einem Team aus Kinder- und Jugendpsychiatern, Erwachsenenpsychiatern, Psychologen und Sozialarbeitern. „Steht ein solches Team nicht zur Verfügung, bietet es sich an, im regionalen Netzwerk eine Kooperation mit einem Erwachsenenpsychiater aufzubauen und eine medikamentöse Neu- oder Weiterbehandlung anzubieten.“ Die Weiterverordnung von retardiertem Methylphenidat und die Behandlung von Erwachsenen sei durch die Zulassung von Medikinet® adult erheblich vereinfacht worden [3]. „Die Zulassung von Medikinet® adult ab dem 18. Lebensjahr in Deutschland ist ein Meilenstein“, konstatierte Gehrman. Es ist das erste und einzige zugelassene sowie erstattungsfähige Arzneimittel mit dem Wirkstoff Methylphenidat in Deutschland zur Behandlung der ADHS bei Erwachsenen.

ADHS-Patienten im Paragrafendschungel

Neben einer angemessenen multimodalen Behandlung benötigen Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS auch juristische Unterstützung, gab Dr. jur. Myriam Menter, Geschäftsführerin ADHS Deutschland e.V. zu bedenken. Das betreffe beispielsweise die Offenlegung der Erkrankung beim Einstieg in das Berufsleben. Solange der Patient nicht explizit danach gefragt wird, muss er das Vorliegen einer ADHS in der Regel nicht angeben, so die Juristin. Es gibt jedoch Ausnahmen, z.B. sollte es für den Arbeitssuchenden offensichtlich sein, dass er aufgrund seiner ADHS die fragliche Arbeit nicht zufriedenstellend leisten kann, ist er auch ohne Frage zu einer Offenlegung verpflichtet. Verpflichtend sei ebenfalls die Offenlegung der Erkrankung bei der Bundeswehr und bei einer Verbeamtung.

Auch bei der Beantragung des Führerscheins besteht laut der Expertin keine Verpflichtung, ADHS anzugeben. Umfassende juristische Tipps und wertvolle Handlungsstrategien erhalten Betroffene in dem von ADHS Deutschland e.V. herausgegebenen Fachbuch „ADHS und Recht“ (1. Aufl. 2011; ISBN 978-3-933067-17-3), das unter anderem die spezielle Problematik der Behinderung, Leistungspflichten der Jugendämter sowie gesetzliche Fördermöglichkeiten auf dem Weg zur Integration in den Arbeitsmarkt thematisiert.

Sucht – eine häufige Komorbidität bei ADHS

Wie Prof. Dr. Christoph Möller, Hannover, an einem Fallbeispiel erläuterte, haben Heranwachsende mit ADHS häufig eine schlechte Schulausbildung, Depressionen, wenig Zukunftsperspektiven und ein hohes Risiko für eine Suchtentwicklung [4]. Als Außenseiter suchen sie nach Identität und Zugehörigkeit. Der Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol und Cannabis erleichtert den Zugang zur Peer-Gruppe, so Möller. „Suchtmittel sind identitätsstiftend und auch sinnstiftend.“ Wenn ADHS in der Kindheit nicht adäquat behandelt wird, steigt laut Möller die Wahrscheinlichkeit für einen späteren Substanzmissbrauch. Häufiges Versagen, Ausgrenzung, Abwertung und verminder-

ter Selbstwert seien wesentliche Mechanismen, die die Suchtentwicklung bei ADHS begünstigen. „Der Drogenkonsum wird häufig als Versuch der Selbstmedikation für Unruhe, Angst, Aggressivität und depressive Symptome eingesetzt“, betonte Möller. Eine an die jeweilige Konstellation von Störungen und Komorbiditäten angepasste individuelle Medikation sei ein zentraler Bestandteil eines multimodalen Therapiekonzeptes bei ADHS und Sucht. Methylphenidat hat zudem einen günstigen Effekt auf den Substanzmissbrauch: Es verursacht bei oraler Gabe in ärztlicher verordneter Dosierung nicht den für andere Stimulanzien typischen „Kick“ [3] und kann das erhöhte Suchtrisiko sogar reduzieren [5]. Um einem potenziellen Missbrauch vorzubeugen, sollten retar-

dierte Darreichungsformen von Methylphenidat verordnet werden, riet Möller.

Quellen

- [1] Symposium „Brennpunkt: Erwachsenwerden mit ADHS – Womit haben unsere Patienten zu kämpfen?“ im Rahmen der Jahrestagung der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP), Lübeck, 15. November 2012
- [2] Thiruchelmal et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001, 40:922-28
- [3] Fachinformation Medikinet® adult
- [4] Paskalis G et al. Nervenarzt 2010; 81: 277-288
- [5] Mannuzza S et al. Am J Psychiatry 2008; 165: 604-609

Nach Informationen von MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH

Besonderes Engagement verdient eine Auszeichnung

Shire schreibt 10. ADHS-Förderpreis aus

Der ADHS-Förderpreis feiert Jubiläum! Bereits zum zehnten Mal sollen Projekte ausgezeichnet werden, die zu einer verbesserten Versorgung von Menschen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) beitragen. Bewerbungen für den von der Shire Deutschland GmbH mit 10.000 Euro dotierten Preis können bis zum 30. April 2013 eingereicht werden.

Die erfolgreiche Behandlung der ADHS fügt sich meist aus einzelnen Bausteinen zu einem multimodalen Gesamtkonzept zusammen. Dazu zählt auch die individuelle Förderung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS. Eine gezielte Unterstützung hilft den Betroffenen, ihr Leben nach den eigenen Vorstellungen zu gestalten und Zukunftsperspektiven zu entwickeln. Aufklärung, der Abbau von Vorurteilen und das Schaffen von Verständnis für ADHS, tragen zur sozialen Integration bei.

Vor diesem Hintergrund stehen im zehnten Jahr des Förderpreises insbeson-

dere die Bereiche „multimodale Therapie“, „Transition“, „soziale Einbindung und Peers“ sowie „Qualitätssicherungsmodelle bei ADHS“ im Vordergrund. Der Shire ADHS-Förderpreis richtet sich an alle, die in der ADHS-Versorgung tätig sind. Gesucht werden innovative Projekte, die sich bereits in der Umsetzung befinden und zu einer messbaren Verbesserung der Versorgung von Menschen mit ADHS beitragen.

Die eingereichten Projekte werden durch ein unabhängiges interdisziplinäres Expertengremium aus den Bereichen Kinder- und Jugendmedizin, Sozialpädiatrie,

Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Psychologie und Psychiatrie beurteilt. Die Teilnehmerunterlagen und weitere Informationen können über Shire Deutschland GmbH, Stichwort: 10. ADHS-Förderpreis, Friedrichstr. 149, 10117 Berlin oder per Email an ADHSfoerderpreis@shire.com angefordert werden. Bewerbungen, auch online unter www.adhs-foerderpreis.de, sind bis zum 30. April 2013 möglich.

Nach Informationen von Shire Deutschland GmbH, Berlin

KINDER- UND JUGENDARZT

Ab Februar finden Sie unsere Zeitschrift wieder im Internet unter www.Kinder-undJugendarzt.de.

Präsident des BVKJ e.V.

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

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

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

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

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

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum	Tel.: 0221/68909-14 christel.schierbaum@uminfo.de
Büroleiterin: Doris Schomburg	Tel.: 0221/68909-12 doris.schomburg@uminfo.de
Bereich Mitgliederservice / Zentrale	Tel.: 0221/68909-0, Tfx.: 0221/683204 bvkj.buero@uminfo.de
Bereich Fortbildung / Veranstaltungen	Tel.: 0221/68909-15/16, Tfx.: 0221/68909-78 bvkj.kongress@uminfo.de

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Geschäftsführer: Herr Klaus Lüft	E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de Tfx.: 0221/6890929
Ansprechpartnerinnen: Anke Emgenbroich	Tel.: 0221/68909-27 E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de
Ursula Horst	Tel.: 0221/68909-28 E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen
Prof. Dr. med. Peter H. Höger
Prof. Dr. med. Frank Riedel
Dr. med. Christoph Kupferschmid
Regine Hauch

E-Mail: Christen@HKA.de
E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de
E-Mail: f.riedel@uke.uni-hamburg.de
E-Mail: Ch.Kupferschmid@t-online.de
E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz	www.kinderaerzte-im-netz.de
Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin	www.dakj.de
Kinderumwelt gGmbH und PädInform®	www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php