

bvkJ.

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

Heft 07/13 · 44. (62.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Mit der Sprache des Herzens

Fortbildung:

„Vorsicht Sommer“ –
Unfälle!

Berufsfragen:

Tür in die Zukunft
der Vorsorgen
geöffnet

Magazin:

Serie: Wie geht es
der Familie? – Wo steht
die Familienpolitik
des Bundes?

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK



KINDER-UND JUGENDARZT

bvkj.



© pressmaster - Fotolia.com

Inhalt 7/13

Serie: Wie geht es der Familie?

Wo steht die Familienpolitik des Bundes?

S. 373

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

Forum

- 329 Elterngeld verändert Familienplanung
- 330 **Mit der Sprache des Herzens**
Christoph Kupferschmid
- 334 Europäische Forschergruppe untersuchte Ursachen für Bewegungsmangel bei Jugendlichen
- 335 Dicke Kinder
- 336 **100 Jahre Kinderarztpraxis Dr. Giffhorn in Braunschweig**
Regine Hauch
- 337 Kinderchirurgen fordern mehr Schutz
- 338 23. GKinD-Fachtagung in Hannover
- 339 **NRW: Gemeinsame Initiative gegen Koma-Trinken**
Regine Hauch
- 340 **10. Assistentenkongress in Potsdam**
Johanna Harris, Manuela Goecke

Fortbildung

- 341 **„Vorsicht Sommer“ – Unfälle!**
Jörg Schriever
- 349 **Highlights aus Bad Orb: Der nicht-erholsame Schlaf im Kindes- und Jugendalter**
Bernhard Hoch
- 353 **Der besondere Fall: Abdominelle Raumforderungen bei einem 4-jährigen Mädchen mit rezidivierenden Bauchschmerzen**
Stefan Razeghi
- 355 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Julia Grothaus, Peter H. Höger
- 355 Impressum
- 358 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 360 Praxistafel
- 361 **Impfforum**
Ulrich Heininger
- 362 **Consilium Infectiorum: Postpartale Konjunktivitis-Prophylaxe**
Herminia Mino de Kaspar
- 364 **Suchtforum**
Matthias Brockstedt

Berufsfragen

- 365 **Barmer GEK-Vertrag: Wichtiges und Neues im Überblick**
Christoph Kupferschmid
- 366 Praxisabgabe-Seminar des BVKJ
- 367 **Das neue Pädplus-Heft**
Regine Hauch
- 368 **Eine neue Tür wurde aufgemacht**
Christoph Kupferschmid
- 369 **Schulmedizin versus alternative Heilverfahren**
Jürgen Hower
- 371 **Freiwillige Feuerwehr der „Frühen Hilfen“**
Christoph Kupferschmid
- 372 **BVKJ-Vorstand unterstützt Resolution zur gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingskindern**
Christoph Kupferschmid

Magazin

- 373 **Serie: Wie geht es der Familie? – Wo steht die Familienpolitik des Bundes?**
Ingo Behnel
- 376 Fortbildungstermine BVKJ
- 377 **Ehrungen beim 43. Kinder- und Jugendärztetag**
Christoph Kupferschmid
- 378 Sonstige Tagungen und Seminare
- 379 **Zehn kleine Meckerlein**
Olaf Ganssen
- 380 **Buchtipp**
- 382 Personalie
- 384 **Nachrichten der Industrie**
- 388 Wichtige Adressen des BVKJ

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Ausgabe folgende Beilagen bei:

Eine Information der Firma Novartis GmbH und ein Supplement der Firma GlaxoSmithKline GmbH.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Elterngeld verändert Familienplanung: Spätere Geburten, einjährige Babypause als Norm

Das 2007 eingeführte Elterngeld zeigt Wirkung. Das ergibt eine aktuelle Analyse der Konrad-Adenauer-Stiftung. Demnach sind die meisten vom Gesetzgeber intendierten Ziele des Elterngeldes bisher erfüllt worden. Die Studie zeigt, welche der Ziele ganz oder nur in Ansätzen erfüllt und wo die Erwartungen sogar übertroffen wurden.

Während das Elterngeld in der öffentlichen Diskussion oftmals auf ein oder zwei Ziele (Väterbeteiligung, Geburtenrate) reduziert wird, untersucht die KAS-Studie alle fünf Ziele, mit denen das Elterngeld verbunden ist, also zusätzlich auch die Einkommenssicherung, die Fürsorgezeit sowie die Erwerbsbeteiligung von Müttern.

Die Ergebnisse in Kürze: das Elterngeld vermochte die Geburtenrate bislang nicht signifikant zu erhöhen. Dagegen konnte der Geburtenrückgang unter Akademikerinnen durch das Elterngeld gestoppt

werden. Akademikerinnen bekommen sogar wieder mehr Kinder. Allerdings verschieben sie die Geburt des ersten Kindes so lange, bis der Berufseinstieg beider Eltern geglückt ist und sie das Elterngeld, das lohnabhängig ist, voll ausschöpfen können. 38 Prozent aller westdeutschen Akademikerinnen bekommen ihr erstes Kind nach dem 35. Geburtstag. Eine „armutsreduzierende Umverteilung“ finde mit dem Elterngeld nicht statt, kritisiert die Studie.

Das Elterngeld senkte die Erwerbsbeteiligung von Müttern mit unter einjährigen Kindern leicht und erhöhte ebenfalls leicht die Wiederaufnahme der Arbeit nach dem Babyjahr. Das Elterngeld „normt sozusagen eine einjährige Babypause“, fasst die Studie zusammen. Es erhöhte zugleich die „Fürsorgebeteiligung“ von Vätern: mehr als jeder vierte (28 Prozent) Vater nimmt inzwischen mindestens die Vätermonate in Anspruch.



Der Autor der von der KAS in Auftrag gegebenen Studie ist Dr. Martin Bujard, Senior Reseacher am Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB) in Wiesbaden.

Die Publikation gibt es unter folgendem Link: <http://www.kas.de/elterngeld>

Red: ReH

● Nachgefragt

Bei den Themen „*Säuglingsernährung*“ und „*Ernährung der stillenden Mutter*“ hat sich in den letzten Jahren viel geändert. Da ist es nicht immer leicht, den Überblick zu behalten.

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

„Nachgefragt“: Ist Alkohol in der Stillzeit erlaubt?

In der Schwangerschaft verzichten die meisten Frauen auf alkoholische Getränke, denn schon kleine Mengen Alkohol bergen gesundheitliche Risiken für das ungeborene Kind. Wie lauten die aktuellen Empfehlungen für die Zeit nach der Geburt: Ist Alkohol in der Stillzeit erlaubt?

Das Netzwerk „Gesund ins Leben“, eine Initiative von IN FORM, empfiehlt, dass Stillende Alkohol meiden sollen, da Alkohol in die Muttermilch übergeht. Fachgesellschaften stimmen überein, dass ein Al-

koholverzicht in der Stillzeit für die Gesundheit von Mutter und Säugling am sichersten ist. Allenfalls bei seltenen und besonderen Anlässen ist ein kleines Glas Wein, Bier oder Sekt tolerierbar, wenn beim Stillen einige Punkte beachtet werden:

Die Mutter sollte das Kind stillen, bevor sie etwas trinkt und mehrere Stunden bis zur nächsten Stillmahlzeit einplanen, damit der Alkohol im Blut der Mutter und in der Muttermilch größtenteils abgebaut ist. Ein hungriges Baby wird in dieser Zeit am besten mit zuvor abgepumpter und kühl gelagerter Muttermilch versorgt.

Diese Einschränkung bedeutet nicht, dass die Experten des Netzwerks den Genuss von alkoholischen Getränken in der Stillzeit befürworten. Sie trägt aber der Tatsache Rechnung, dass Stillen entscheidende Vorteile für Mutter und Kind bietet, selbst wenn die Mutter ausnahmsweise einmal eine geringe Menge Alkohol trinkt, wenn die andere Alternative möglicherweise ein früheres Abstillen ist.

Die ausführliche Antwort mit Literaturverweisen finden Sie hier:

<http://www.gesundinsleben.de/fuer-fachkraefte/nachgefragt/>

Red: ReH

43. Kinder- und Jugendärztetag 7.–9. Juni 2013 in Berlin

Mit der Sprache des Herzens



Dr. Christoph
Kupferschmid

Die Begriffe 'Migrant' und 'Migrationshintergrund' haben ein hohes Stigmatisierungspotential. 'Migrantenkindern' wird häufig das Risiko einer Entwicklungsstörung, besonders einer gestörten Sprachentwicklung zugeschrieben. Migrantenkinder sind zu dick, machen keinen Schulabschluss, und sie haben schlechte Zähne.

Pauschalisierungen gehen nicht. Der Sohn des französischen Nachbarn, die Tochter des italienischen Mitarbeiters der Weltbank und die Kinder des IT-Experten und der promovierten Biochemikerin aus Indien sind auch Migrantenkinder. Bei allen sind der sozioökonomische Status, die Bildung der Eltern, die Anregung in der Familie und die frühe Förderung maßgebliche Faktoren für ihre Entwicklung. Bei Migrantenkindern genau so wie bei deutschen.

Im Gesundheitswesen ist eine gelingende Kommunikation die Basis für das Verständnis einer Krankheit und der Weg zu einer wirksamen Behandlung. Kulturspezifische Unterschiede im Krankheitsverständnis und in der Kommunikation sind eine Herausforderung für Kinder- und Jugendärzte. Der Berliner Kongress gab knapp 400 Kolleginnen und Kollegen Anregungen und Handreichungen für den Umgang mit Kindern aus anderen Kulturen, die durchschnittlich fast 30 Prozent der Praxisklientel ausmachen.

Abb. 1: Die international besetzte Kinder-Tanzgruppe „Charlottes Boogiestube“ hat die Kongressbesucher begeistert

Es kann Gesundheitsvorteile haben, wenn die Eltern aus einem anderen Land kommen. Jugendliche aus türkischen Familien rauchen seltener und trinken weniger Alkohol als deutsche. Sie haben auch weniger Allergien und Asthma. Auf diese Ergebnisse der KIGGS-Studie verwies **Prof. Klaus Keller**, Wiesbaden. Allerdings sind türkische Kinder und Jugendliche fast doppelt so häufig übergewichtig wie deutsche. Übergewicht ist aber keine Migrationsfolge an sich, denn Mädchen aus westlichen EU-Ländern sind nur halb so oft übergewichtig wie deutsche. Kinder mit einem Migrationshintergrund beider Eltern werden von diesen seltener als wirklich gesund eingeschätzt als Deutsche. Ihre Eltern nehmen aber nur zu 62 Prozent alle Kinder-Vorsorgeuntersuchungen wahr im Gegensatz zu 82 Prozent derjenigen ohne Migrationshintergrund.

Chancen und Risiken liegen nahe zusammen

Psychische Störungen sind bei Jugendlichen aus dem türkischen Kulturraum nicht häufiger als aus dem deutschen. Ungünstige Umstände würden durch den besseren familiären Zusammenhalt kompensiert, berichtete **Prof. Renate Schepker**, Ravensburg. Ein familiärer Schutzfaktor sei neben dem verwandtschaftlichen Netzwerk auch der Erhalt der Muttersprache. Diese Jugendlichen blieben der Familie lang verbunden, weil ihre Selbstverankerung in der Aufnahmegesellschaft ohne die Rückbindung an die vertraute Beziehung erschwert sei. Schepker sieht für Jugendliche mit Migrationshintergrund große Möglichkeiten sich aus den unterschiedlichen Zugehörigkeiten und Mustern eine „eigene Identitätsform zu stricken“. Dies sei eine gesunde Identität, die stabil und belastbar sei.

Knapp eine Million Zuwanderer zählt Deutschland zurzeit im Jahr. Sie sind Quereinsteiger in das Gesundheitswesen. **PD Erika Sievers**, Düsseldorf, macht sich insbesondere Sorgen um die Flüchtlinge unter ihnen. 40.000 sind unter zwölf Jahren und 2012 kamen 3000 von diesen unbegleitet in Deutschland an. Flüchtlinge seien häufig traumatisiert und hätten neben den Sprachproblemen meist Informationsdefizite zu ihrem Rechtsstatus. Die Schwangeren unter ihnen erleiden häufiger Totgeburten und sterben öfter bei oder nach der Entbindung. Zum Teil sei dies eine Folge von Genitalverstümmelungen. Erika Sievers wies auf die gute Präventionsmöglichkeit durch Filme hin, die in verschiedenen Sprachen angeboten werden (www.praeventionskonzept.nrw.de).



Spezielle Krankheiten

Zuwanderer aus anderen Ländern bringen Krankheiten mit, die bei uns früher wenig bekannt waren. **Dr. Stephan Lobitz**, Berlin, begründete, warum wir diese Krankheiten kennen und diagnostizieren müssen. Bei einem Kind mit Sichelzellerkrankung sei Fieber wegen der großen Gefahr bakterieller Infekte immer ein Notfall. Versorgung und Impfung müsse wie beim splenektomierten Patienten erfolgen. An Ringelröteln könnten die betroffenen Kinder sterben. Mit einem Neugeborenen-Screening, das in vielen Ländern schon üblich ist, fand Lobitz bei einem von 2500 Neugeborenen in Berlin eine Sichelzellerkrankung. Damit war dies die häufigste Erkrankung im Screening. Da man die Frühmortalität und die Frühmorbidity senken kann, fordert Lobitz ein Screening bei allen afrikanischen Kindern.

Wenn Kinder und Jugendliche, insbesondere als unbegleitete Flüchtlinge, nach Deutschland kommen, sollten wir potentiell therapierbare Erkrankungen entdecken. Wir sollten aber auch nach solchen Krankheiten fahnden, die ein Infektionsrisiko darstellen, damit die Umgebung gezielt geimpft werden kann. **Prof. Ralf Bialek**, Geesthacht, empfiehlt nach Hepatitis und HIV zu suchen. Einen TBC Hauttest hält er für ausreichend und die Luesdiagnostik unter zwei Jahren bei unklarem Immunstatus der Mutter. Eine „Wurmdiagnostik“ macht Bialek nur bei Symptomen, er sucht aber nach Schistosomen und Cercarien. Letztere leben bis zu 40 Jahren und sind einfach zu behandeln.

Man geht zum Arzt, wenn man krank ist

Im Islam gilt Gesundheit als die größte und wichtigste Gottesgabe. Das Wohlergehen der Menschen ist göttlicher Wille. Dennoch ist die Vorsorgemedizin, beispielsweise in der Türkei, nach dem Bericht von **Prof. Fuat Aksu**, Datteln, nicht etabliert. Gesundheitserhaltend wirken die Vorschriften im Koran zur Lebensführung und zur Hygiene. Krankheiten werden als göttliche Prüfungen angesehen, nicht als Strafen. Sie sind Geduldsproben und eine Gelegenheit für die Vergebung von Sünden. Eltern von Kindern mit lebensverkürzenden Krankheiten fragen sich im Finalstadium: „Habe ich meine Pflicht erfüllt“, bevor sie einem Ende der Therapie zustimmen. Viele suchen, insbesondere bei chronischen Krankheiten, Hilfe bei spirituellen Heilern. Sie erhalten dort unter anderem Amulette gegen den bösen Blick, gegen Geister oder gegen Schadenszauber.

Im 'Islamic Code of Medical Ethics' (ICME) wird eine Verbindung des islamischen Rechts, der Scharia, mit der modernen Medizin kodifiziert. Der ICME erhebt keinen Einwand, wenn ein Mann eine Frau untersucht und umgekehrt. Er verbietet Unterdrückung, Ausbeutung und Hintergehen und fordert Aufklärung über den Nutzen von Maßnahmen. Auch wenn religiöse Verbote bestehen, werden sie durch den Notfall außer Kraft gesetzt. So sind Transplantationen erlaubt, auch Obduktionen aus forensischen Gründen und zum Allgemeinwohl bei unklaren Krankheiten. Ein Schwangerschaftsabbruch ist noch nach dem 90. Tag, wenn der Foetus nach islamischem Glau-

ben seine Seele bekommen hat, möglich, falls die Mutter in Gefahr kommt.

Dr. Anne Dietrich, Essen, empfiehlt den Ärzten, türkischen Eltern klare Anweisungen zu geben. Einfach und am besten schriftlich. Viele Konflikte entstünden aufgrund von Missverständnissen. „Einem Kranken gegenüber schüchtern zu sein, ziemt dem Arzt nicht“, zitiert sie ein türkisches Sprichwort. Sie empfiehlt auch, auf die nonverbalen Anteile der Kommunikation zu achten. Ein direkter Blick würde oft als unziemlich empfunden. Einfache Symbole, wie Zahlen mit den Fingern gezeigt, seien in verschiedenen Kulturen unterschiedlich. Und gut gemeinte Gesten könnten gründlich missverstanden werden. Beispielsweise, wenn ein Patient wegen des vollen Wartezimmers noch einmal weggeschickt wird, um Besorgungen machen zu können. Er empfindet das Wegschicken als Kränkung und kommt später nicht wieder.

Der Heiler hat mehr Zeit

In Afrikanischen Kulturen wird Krankheit oft mit Schuld und Fehlverhalten verbunden, berichtete **Virginia Wangare-Greiner**, Frankfurt. Gesundheit ist ein Segen der Götter und Ahnen. Insbesondere wird eine psychische Krankheit als Un-Heil und Folge eines Fluches der Ahnen angesehen. Der psychisch Kranke trägt eine Botschaft. Psychiatrische Diagnosen und viele Psychotherapien werden deshalb bei Angehörigen dieser Ethnien auch in Deutschland nicht akzeptiert. Kranke wenden sich häufig an Hexer und Heiler. Diese genießen in den Herkunftsländern das selbe Sozialprestige wie Ärzte. Heiler und Ärzte werden problemlos nebeneinander konsultiert. Der Heiler hat im Gegensatz zum Arzt alle Zeit der Welt.



Abb. 2: Migrationsprobleme authentisch: Die Kenianerin Virginia Wangare-Greiner arbeitet in einem Projekt für afrikanische Frauen

Die freundlich gemeinte Einleitungsfrage des deutschen Arztes: „Was kann ich für Sie tun?“ kann Menschen aus Afrika tief verstören. Sie sind doch nicht zum Arzt gekommen um diesem Ratschläge zu geben. Sie wollen wissen, was sie haben. Allerdings könnte der Arzt sich zuvor nach der Familie erkundigen, ein Kompliment für das



Abb. 3: Feiern auf der Kongressparty gehört zu den guten Traditionen des BVKJ

schöne Tuch machen oder sonst ein Interesse an seinem Patienten als ganzer Mensch zeigen.

Der Tod ist infolge des höheren Lebensrisikos in Afrika ständiger Begleiter. Sein Schrecken mindert sich im Glauben vieler Ethnien, dass die Seele zu den Ahnen geht. Der Verstorbene ist ein Moderator zwischen den Lebenden und den Toten. Oft planen die Menschen ihre Beerdigung aufwändig, die dann als großes Familienfest gefeiert wird. Für viele Afrikaner ist es wichtig, vor ihrem Lebensende würdevoll und mit ausreichenden Gütern zurückzukehren, um in der Familie zu sterben und bestattet zu werden.

Mehrsprachigkeit ist keine Krankheit

4000–7000 Sprachen gibt es auf der Welt. Sie werden am Leben gehalten, so **Prof. Rosemary Tracy**, Mannheim, weil sie von Kindern gesprochen werden. Mehrsprachigkeit von Anfang an ist für die Sprachwissenschaftlerin kein Problem. Mehrsprachigkeit ist für die meisten Menschen auf der Welt normal.

Die Fähigkeit zum Spracherwerb ist angeboren. Es bedarf aber der ständigen Stimulation. Mehrsprachige Kinder können die Sprachen bereits mit eineinhalb Jahren trennen und beginnen schon früh zu doppeln. Das bedeutet, dass die Sprachen in ihrem Gehirn ständig nebeneinander her laufen und das Kind entscheidet, welche es

situativ verwendet. Der Wortschatz ist in der Regel nicht ausgeglichen, sodass manchmal Mischungen gebraucht werden. In unterschiedlichen Lebensbereichen kann die eine oder die andere Sprache dominanter gebraucht werden. Mehrsprachigkeit führt nicht zu einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung. Lernen Kinder Deutsch als Zweitsprache bis zum Alter von 3–5 Jahren, verläuft der Spracherwerb schnell und problemlos.

Die Mütter unterstützen

Auf die Frage, welche Sprache Eltern mit ihren Kindern zuerst sprechen sollen, antwortet **Dr. Emy Koen**, Weinheim: „Sprechen Sie die Sprache Ihres Herzens“. Sie hat in ihrer Praxis die frühkindliche Entwicklung türkischer Kinder untersucht. Nur 37 Prozent fand sie normal entwickelt. Bei den übrigen bestanden Störungen in unterschiedlichen Bereichen. Ob sich ein Kind normal oder gestört entwickelt, hängt nach Koens Beobachtung am meisten vom Bildungsgrad der Mutter ab. Will man das Spielverhalten, die Konzentration und die Ausdauer der Kinder verbessern, muss man also ihre Mütter stärken und bilden. Diese Mütter hätten den Mut zur Veränderung und den Willen etwas Neues zu erreichen. Sie würden Bildung einen hohen Wert zumessen und könnten gut mit knappen finanziellen Ressourcen umgehen. Sie hätten aber oft große familiäre Probleme und wenig Unterstützung. Ihre Bildung und ihr Sozialkapital seien gering und sie wären oft überlastet. Diese Mütter hätten Angst vor Institutionen und Angst davor zu versagen. Dr. Koen möchte ihre Kolleginnen und Kollegen ermutigen, Ängste anzusprechen. Auch die Angst davor, dass die Kinder sterben könnten, wenn sie keine Antibiotika bekommen. Sie empfiehlt bildliche und einfache Erklärungen mit Beispielen.

60 Prozent der Kindergartenkinder aus der Studie von Dr. Koen wurden noch nie von einem deutschen Kind eingeladen und haben auch selbst noch nie ein deutsches Kind eingeladen. Integration und interkulturelle Kommunikation gelingen in dieser Isolation schwer. Kinder- und Jugendärzte können auf vielfältige Weise Integration und interkulturelle Kommunikation ihrer Patienten mit so genanntem Migrationshintergrund erleichtern.

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



Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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

Europäische Forschergruppe untersuchte Ursachen für Bewegungsmangel bei Jugendlichen

Die Studie "Active Lifestyles – Physical Literacy as a way to promote activity in inactive groups" entwickelt Empfehlungen für Maßnahmen, die insbesondere inaktive Heranwachsende erreichen sollen.

An der Katholischen Universität Leuven in Belgien wurden am 21. 03. die Ergebnisse einer europäischen Studie vorgestellt, die sich mit der zunehmend bewegungsarmen Lebensweise Jugendlicher auseinandersetzt. Unter der wissenschaftlichen Leitung der Universität Paderborn und von Prof. Peter Brandl-Bredenbeck (Universität Augsburg) ging die zweijährige Untersuchung unter anderem der Frage nach, weshalb sich viele junge Menschen zu wenig bewegen und wer besonders gefährdet ist. Zudem stellt die Forschungsgruppe Lösungsansätze vor, um Kinder und Jugendliche für ein bewegungsreicheres Leben zu gewinnen.

Prof. Brandl-Bredenbeck warnt: „Die sitzende Lebensweise nimmt schon im Kinder- und Jugendalter deutlich zu. Wir wollten die Ursachen herausfinden und Auswege aufzeigen, denn diese Inaktivität hat fatale Folgen für die Gesundheit der Menschen und auch die Gesundheitssysteme, die die Kosten dieser Entwicklung tragen müssen. Hier müssen wir früh ansetzen und da sind alle gefordert.“

In der Studie "Active Lifestyles – Physical Literacy as a way to promote activity in inactive groups" wurden insbesondere 12- bis 18-jährige Jugendliche befragt, bei denen die erhöhte Gefahr einer inaktiven Lebensweise bereits statistisch belegt ist, zum Beispiel junge Menschen mit niedrigem Bildungs- und sozio-ökonomischen Status sowie mit Migrationshintergrund. Da ge-



© Jaimie Duplass – Fotolia.com

Wo geht es zum Sportverein?

rade diese Jugendlichen über die bislang genutzten Kommunikationswege schwer zu erreichen sind, ist es für eine zukünftige Bewegungsförderung wichtig, das Leben und die Mechanismen in ihrem sozialen Umfeld kennenzulernen und zu verstehen, welche individuellen Faktoren ihren bewegungsarmen Lebensstil begünstigen.

Wo und wie Sport treiben?

So stellten die Wissenschaftler zum Beispiel fest, dass die inaktiven Heranwachsenden nicht genau wissen, wo und wie sie Sport treiben können. Auch zeigen sie ein geringeres Verständnis bezogen auf die positiven Wirkungen des Sporttreibens. Zudem ist bei den inaktiven Heranwachsenden aufgrund überwiegend negativer Er-

fahrungen im Schul- und Vereinssport die Motivation zur körperlichen Aktivität weitestgehend verloren gegangen. Hierzu haben nach den Ergebnissen der Studie eine inhaltlich wenig abwechslungsreiche Ausrichtung und eine einseitige Orientierung am Wettkampf- und Leistungsgedanken beigetragen. Gerade in der untersuchten Risikogruppe der inaktiven Heranwachsenden scheint klar zu sein: weder die klassischen Sportangebote noch die traditionellen Sportanbieter alleine können das Problem lösen. Vielmehr wird es zukünftig darauf ankommen, spezielle Programme genau für diese Zielgruppe zu entwickeln, die die Interessen der Jugendlichen ernst nehmen, die Heranwachsenden bei der Entwicklung des Angebots beteiligen, ihnen die Chance geben positive Erfahrungen durch körperliche Aktivität zu machen und) die gemeinsam von unterschiedlichen Jugendorganisationen in und außerhalb des Sports getragen werden.

Die Studie wurde von The Coca-Cola Foundation ermöglicht. Die 1984 gegründete Stiftung engagiert sich in den Bereichen Wasserschutzförderung, gesunde und aktive Lebensweise sowie Recycling und Bildung, aber auch in der Katastrophenhilfe. Die The Coca-Cola Company investiert ein Prozent des weltweit erwirtschafteten Gewinns über ihre Stiftung in gesellschaftliche Projekte und Initiativen.

Red: ReH

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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

0211 / 758 488-14

für telefonische Beratungen zur Verfügung.



Dicke Kinder

Herzrisiko sinkt schnell bei täglichem Training

Schon vier bis sechs Wochen tägliches Bewegungsprogramm nützt adipösen Jugendlichen: sie verlieren Gewicht und die Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen reduzieren sich.

In einer im April beim Kardiologenkongress der DGK in Mannheim präsentierten Studie aus Leipzig und Bad Frankenhausen wurden 57 übergewichtige Kinder und Jugendliche untersucht, die im Mittel 12,6 Jahre alt waren und einen mittleren BMI von 29,5 hatten.

Sie nahmen an einem vier- bis sechswöchigen Programm teil, das aus täglichen Trainingseinheiten (Laufen, Schwimmen, Sport-Spiele etc.), Diät-Maßnahmen und Aufklärung bestand.

Nach dem Programm war das Durchschnittsgewicht der Teilnehmer von 75,9 auf 71,2 kg gesunken.

Positiv hatten sich auch Risikofaktoren wie Insulinresistenz (Zuckerspitze im oralen Glukosetoleranztest sank von durchschnittlich 765 auf durchschnittlich 622) oder Cholesterinwerte entwickelt: der mittlere LDL-Wert sank von 2,3 auf 1,8; Gesamtcholesterin von 4 auf 3,4.

Der Wert von hochsensitivem C-reaktivem Protein, einem Marker für kardiovaskuläres Risiko, sank von durchschnittlich 2,5 auf durchschnittlich 1,2 mg/L, auch der Wert verschiedener Adipozytokine sank signifikant.

„Das Trainingsprogramm reduzierte Entzündungsprozesse und die Ausschüttung der mit Fettleibigkeit assoziierten Adipozytokine und könnte zu einer Regeneration von frühen vaskulären Schäden bei kindlicher Adipositas beitragen“, ziehen die Studienautoren Bilanz.

Beratung zum Thema Sport für herzkrankte Kinder und Kontakt zu speziellen Sportgruppen unter www.bvhk.de.

Quelle:

Erbs et al., Exercise training in children with obesity: impact on risk factor profile, metabolic parameters, inflammatory activation, adipocytokine expression and endogenous regeneration. Abstract V848. Clin Res Cardiol 102, Suppl 1, 2013

Red: ReH

100 Jahre Kinderarztpraxis Dr. Giffhorn in Braunschweig

Älteste Kinderarztpraxis Deutschlands feiert ihr 100-jähriges Bestehen

Wenn kleine Braunschweiger zur Vorsorgeuntersuchung in die Praxis von Dr. Giffhorn kommen, ahnen sie meist nicht, dass vielleicht schon ihre Urgroßmutter oder ihr Ururgroßvater hier betreut wurden. Die Praxis Dr. Giffhorn ist die älteste, sich in Familienbesitz befindende Kinderarztpraxis in Deutschland. Davon konnte der Praxisgründer Dr. Heinrich Giffhorn natürlich nichts ahnen, als er 1913 in seiner Wohnung die Praxis einrichtete.

Fortan empfing er hier jeden Vormittag und jeden Nachmittag jeweils eine Stunde lang Patienten und ihre Eltern. Außerhalb dieser Zeiten sah man den Kinderarzt mit seinem Arztkoffer durch Braunschweig zu Hausbesuchen radeln. Diese Hausbesuche nahmen den größten Teil seiner Arbeitszeit ein.

Schon damals gab es Spannungen zwischen praktischen Ärzten und Kinderärzten. So verlangten die praktischen Ärzte von den Spezialisten, dass sie entsprechend Ihrer Qualifikation ein höheres Honorar zu nehmen hätten. Nicht etwa, weil sie den kinderärztlichen Kollegen mehr Geld gönnten. Die höheren Honorare, die die Eltern damals noch aus eigener Kasse

zahlen mussten, sollten sie abschrecken, mit ihren Kindern zum Kinderarzt zu gehen.

Die Praxis war kaum ein Jahr, da begann der Erste Weltkrieg. Es folgten das Ende des Kaiserreichs, Währungsreform, Weimarer Republik, „3. Reich“ und 2. Weltkrieg, Besatzungszeit, die zweite Währungsreform und die Gründung der Bundesrepublik.

Inmitten dieser unruhigen Zeit entwickelte sich die Praxis weiter. 1929 zog der Kinderarzt mit seiner Praxis endlich aus der Wohnung und in ein eigenes Haus in der Adolfstraße.

Nach dem 2. Weltkrieg und französischer Kriegsgefangenschaft eröffnete der

älteste Sohn Dr. Heinrich Giffhorn jun. 1947 eine eigene Praxis in Braunschweig. 1956 zieht er aber schon in die Adolfstraße mit ein, um mit seinem Vater gemeinsam zu praktizieren.

1982 übernimmt Dr. Andreas Giffhorn, viertes Kind von Dr. Heinrich Giffhorn sen. und Halbbruder von Dr. Heinrich Giffhorn jun. die Praxis.

Auch Dr. Heinrich Giffhorn jun. praktiziert weiter in der Adolfstr. 18.

In diesem Jahr wird Verena Giffhorn, Tochter von Dr. Andreas Giffhorn, nach Abschluss ihrer Facharztausbildung in die Praxis eintreten.

ReH

USA: Studie untersucht Schussverletzungen von Kindern und Jugendlichen

Amokläufe an amerikanischen Schulen wie in Newton oder Columbine erregen weltweit die Öffentlichkeit. Viel mehr minderjährige Tote und Verletzte gibt es jedoch bei Unfällen mit Schusswaffen zu Hause. Das zeigen die Zahlen aus den Traumazentren Denver und Aurora, die jetzt das US-amerikanische Ärzteblatt veröffentlichte.

Angela Sauaia von der University of Colorado School of Public Health, Denver, und ihre Kollegen fanden heraus, dass von den 6.920 Kindern und Jugendlichen, die zwischen 2000 und 2008 an zwei Traumazentren in Denver und Aurora im US-Staat Colorado behandelt wurden, 129 Kinder und Jugendliche ihre Verletzungen durch Schusswaffen erlitten hatten.



© Alexander Oshvintsev – Fotolia.com

Die meisten Schusswaffenopfer waren männliche Jugendliche, die meisten hatten sich die Verletzungen selbst beigebracht.

65 Patienten (50,4 Prozent) mit Schussverletzungen mussten intensivmedizinisch versorgt werden, 17 Patienten (13,2 Prozent) starben an ihrer Schussverletzung. Die Sterberate war damit zehn Mal so hoch wie bei anderen Verletzungen.

Die Verhinderung von Schussverletzungen bei Kindern und Jugendlichen sollte bei Vorsorgen Priorität haben, fordern die Autoren der Studie.

(JAMA. 2013;309[16]:1683-1685. Available pre-embargo to the media at <http://media.jamanetwork.com>)

Red: ReH

US-Pädiater: Schwule und Lesben können gute Eltern sein

Kinder sind für schwule und lesbische Paare nie zufällig. Sie sind immer Wunschkinder. Aber sind deshalb gleichgeschlechtliche Paare auch gute Eltern? Dieser Frage ist die American Academy of Pediatrics nachgegangen. Erst kürzlich hat sich die Akademie für die rechtliche Gleichbehandlung von gleichgeschlechtlichen Eltern ausgesprochen, auch Adoptionen müssen unabhängig von der sexuellen Orientierung möglich sein. In einem *Technical Report in Pediatrics* (2013; doi: 10.1542/peds.2013-037) folgt jetzt die wissenschaftliche Begründung.

Das Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health um Benjamin Siegel vom Boston Medical Center schreibt, es seien in den letzten 30 Jahren keine Hinweise gefunden worden, dass Kinder, die bei gleichgeschlechtlichen Eltern aufwachsen, Nachteile in ihrer sozialen, psychologischen oder sexuellen Gesundheit erlitten hätten. Weder die in dieser Zeit vorhandenen gesetzlichen Ein-



© artikularis – Fotolia.com

schränkungen, noch soziale Stigmatisierung gleichgeschlechtlicher Paare haben einen negativen Einfluss auf die Kinder gehabt.

Mehr als 100 wissenschaftliche Untersuchungen hätten gezeigt, dass das Wohlergehen der Kinder nicht von der sexuellen Orientierung und den damit verbundenen sozialen Problemen, sondern vielmehr von

der emotionalen Stabilität und der erzieherischen Kompetenz der Eltern abhängt. In Deutschland gibt es noch kein volles Adoptionsrecht für gleichgeschlechtliche Paare. Homosexuelle Alleinerziehende sind auch de facto ohne Chance, ein Kind vermittelt zu bekommen. Zu viele heterosexuelle Paare warten schon.

In Deutschland wachsen rund 7.300 Kinder bei 7.000 gleichgeschlechtlich orientierten Paaren auf. Ein Teil der Elternpaare hat eine Eingetragene Lebenspartnerschaft begründet Stand 2009, Quelle: *Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (ifb)*. Die meisten Kinder leben bei lesbischen Paaren. Diese können sich ihren Kinderwunsch oft durch leibliche Kinder erfüllen, etwa mit einem Samenspender.

Red: ReH

Unfälle und Misshandlung häufigste Todesursache von Kleinkindern

Kinderchirurgen fordern mehr Schutz

Die häufigste Todesursache von Kleinkindern im Alter von ein bis vier Jahren sind hierzulande Verletzungen durch Unfälle. Unfälle in dieser Altersgruppe sind mit etwa 60 000 Behandelten im Jahr 2010 – nach Atemwegserkrankungen – auch der häufigste Grund für einen stationären Krankenhausaufenthalt. Doch gerade bei sehr kleinen Kindern kann ebenso eine Misshandlung hinter den Verletzungen stecken – mit vermuteter hoher Dunkelziffer. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) forderte beim bundesweiten Kindersicherheitstag der Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e. V. am 10. Juni 2013 deshalb mehr Schutz für Kinder im häuslichen Umfeld und gab Tipps zur Unfallvermeidung.

In den ersten Lebensjahren sind Stürze mit etwa 60 Prozent die häufigste Unfallursache. Was sie so gefährlich macht: Je jünger das Kind bei einem Sturz ist, desto häufiger ist auch der Kopf betroffen. Mehr als zwei Drittel der Einjährigen erleiden, wenn sie fallen, eine Schädelverletzung. „Es ist deshalb sehr wichtig, Eltern rechtzeitig auf diese Gefahren hinzuweisen“, sagt Professor Dr. med. Guido Fitze, Chef-

arzt der Kinderchirurgie am Universitätsklinikum Dresden.

Jedoch nicht alle Kopfverletzungen rühren von unglücklichen Stürzen her: „Besonders in den ersten Lebensjahren müssen wir leider bei jedem Unfall auch daran denken, dass Kindeswohlgefährdung eine Rolle gespielt haben könnte“, so Professor Fitze, Vorstandsmitglied der DGKCH. „Wir vermuten, dass etwa ein

Drittel aller Sterbefälle im Säuglingsalter mit äußerer Gewalteinwirkung zusammenhängen.“ Häufigste Ursache ist das Schütteltrauma, das einer vorsichtigen Schätzung zufolge jährlich zwischen 100 und 200 Säuglinge erleiden. Weil äußerlich oft kaum Verletzungen zu sehen sind, würden viele Fälle gar nicht erst erkannt. Dies gelte auch für Knochenbrüche: „Wir schätzen, dass bis zu jeder zweite Knochenbruch

im ersten Lebensjahr eine Folge von Kindesmisshandlung ist“, führt Fitze aus. Doch die Diagnose einer Misshandlung sei oft eine schwierige und heikle Angelegenheit.

Wichtig sei deshalb eine intensive Weiterbildung von Pflegekräften und Ärzten, um rechtzeitig Probleme zu erkennen und um Handlungssicherheit zu vermitteln. Der DGKCH-Experte forderte für jede

Klinik, die Kinder behandelt, eine Kinderschutzgruppe. Doch Personal und Mittel fehlten häufig, denn in den Fallpauschalen der Krankenkassen ist die Leistung „Kinderschutz“ nicht hinreichend abgebildet. Darüber hinaus sollte es in jeder größeren Kommune ein ambulantes Kinderschutzzentrum geben – als Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen, Jugendamt und weiteren Hilfsangeboten, um so ein verlässliches

Netzwerk zum Schutz der Kleinsten zu schaffen, mahnt die DGKCH.

Red: ReH

Siehe dazu auch Heft 6/2013, S. 269 ff., „Unfallmerkbblätter – Start geglückt“ und in diesem Heft, S. 341 ff., „Vorsicht Sommer-Unfälle“ vom Unfallbeauftragten des BVKJ, Dr. Jörg Schriever.

23. GKinD-Fachtagung in Hannover:

GKinD fordert Klarstellung beim Sicherstellungszuschlag für Kinderkliniken



Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland

Die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen Deutschland (GKinD) hat anlässlich ihrer 23. Fachtagung Ende Mai in Hannover gefordert, endlich eindeutige gesetzliche Regelungen zur Sicherstellung der stationären und ambulanten fachärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Krankenhäusern und Kinderabteilungen zu erlassen. Konkrete Vorschläge der GKinD zu den Themen „Sicherstellungszuschlag“ und „Pädiatrische Institutsambulanzen“ waren u.a. Gegenstand der Diskussion mit Gesundheitspolitikern.

Sicherstellungszuschlag

Der sog. Sicherstellungszuschlag ist u.a. im Krankenhausentgeltgesetz geregelt. Er kann für die Vorhaltung von Leistungen vereinbart werden, die nicht auskömmlich über das DRG-System finanziert werden können und zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung bei einem Krankenhaus notwendig sind.

Die aktuelle Regelung zum Sicherstellungszuschlag im Krankenhausentgeltgesetz ist leider unzureichend und teilweise unklar formuliert, so dass aktuelle Klageverfahren von Krankenhäusern an diesen unklaren Regelungen scheitern, es sei denn, es handelt sich um Inselkliniken oder Krankenhäusern in Insellage. Aus diesem Grunde bedarf die gesetzliche Regelung dringend einer Klarstellung.

Eine auskömmliche Finanzierung der enormen Vorhaltekosten bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sei mit den aktuellen Fallpauschalen nicht zu realisieren. Die für solche Fälle vorgesehene Regelung im Krankenhausentgeltgesetz zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen sei viel zu unbestimmt und mache es den Kinderkrankenhäusern und Kinderabteilungen unmöglich, mit den Kostenträgern dieses Thema überhaupt ernsthaft zu verhandeln. Aus diesem Grunde sei eine Konkretisierung der Regelung im Krankenhausentgeltgesetz überfällig. Der konkrete Vorschlag der GKinD dazu liege auf dem Tisch.

Auch die Tatsache, dass in manchen Regionen aufgrund nicht nachvollziehbarer Entscheidungen der Zulassungsausschüsse die wohnortnahe ambulante spezialärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen gefährdet werde, sei nicht länger hinnehmbar. Familien benötigen auch für die Gesundheitsversorgung ihrer Kinder Planungssicherheit.

Als Mittel gegen die Zulassungswillkür forderte die GKinD die Zulassung von Institutsambulanzen im Rahmen des Versorgungsauftrages der Kinderkliniken und Kinderabteilungen. Auch dazu liege der konkrete Vorschlag für eine Gesetzesänderung im Sozialgesetzbuch V auf dem Tisch.

Ambulante spezialärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Die flächendeckende spezialärztliche ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen stellen überwiegend Kinderkliniken und -abteilungen sicher im Gegensatz zur Erwachsenenmedizin, wop dies überwiegend niedergelassene Fachärzte übernehmen. KV-Ermächtigungen werden teilweise nicht mehr erteilt oder entzogen, obwohl eindeutig ein spezieller Versorgungsbedarf für Kinder und Jugendliche besteht, Fallzahlbegrenzungen werden willkürlich gewählt, obwohl immer mehr Kinder eine spezialärztliche Behandlung benötigen. Es kommt auch oft zu fachlich nicht nachvollziehbaren Altersbeschränkungen (z.B. auf 6 oder 12 Jahre).

Die Folgen: Die Versorgungssicherheit für Kinder in der Region wird gefährdet. Es kommt zu Umwegen für die Patienten (z.B. vom niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt zur Kinderklinik über den Facharzt aus der Erwachsenenmedizin wieder zurück zur Kinderklinik, von dort Überweisung in die nächstgelegene Kinderklinik, die noch über eine Ermächtigung verfügt etc.) und leider auch zu inadäquater Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch Erwachsenenmediziner.

Auch ist die Weiterbildung von Spezialisten an der Kinderklinik ohne Ambulanz i.d.R. nicht ausreichend möglich.

Die anwesenden Politiker zeigten sich den Anliegen der GKinD gegenüber aufgeschlossen.

Red: ReH

NRW: Gemeinsame Initiative gegen Koma-Trinken für Jugendliche mit exzessivem Alkoholkonsum

Das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium, gesetzliche Krankenkassen und die Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW verstärken gemeinsam die Anstrengungen zur Vermeidung von Komatrinken bei Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Eine Rahmenvereinbarung sieht den landesweiten Ausbau des Präventionsnetzwerks HaLT („Hart am Limit“) vor. „Obwohl der Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen seit einigen Jahren insgesamt rückläufig ist, ist beim Komatrinken leider noch keine Trendwende in Sicht. Deshalb müssen wir mehr tun, um diese besorgniserregende Entwicklung zu stoppen“, erklärte Ministerin Steffens in Düsseldorf zum Auftakt der Initiative.

Mehr als 4000 Kinder und Jugendliche müssen jährlich in Nordrhein-Westfalen wegen einer Alkoholvergiftung im Krankenhaus behandelt werden. Im Rahmen des HaLT-Projekts sollen diese Kinder und Jugendliche von speziell geschulten Fachkräften der Suchtberatungsstellen direkt im Krankenhaus aufgesucht werden.

„Die gezielte Ansprache von Kindern und Jugendlichen bereits im Krankenhaus ist ein geeigneter und wirkungsvoller Ansatz, um Verhaltensänderungen zu erreichen“, so Dr. Hans-Jürgen Hallmann, Leiter der Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung.

Nach dem erfolgreichen Projekt „Leben ohne Qualm“ (LoQ) ist „HaLT – Hart am Limit“ bereits das zweite landesweite Präventionsprojekt, das gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium und der Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW auf den Weg gebracht wird.

Ergänzt wird der reaktive Projektbaustein durch eine kommunal verankerte Präventionsstrategie, mit der Alkoholexzesse und schädlicher Alkoholkonsum

HaLT

„HaLT“ ist ein durch ein Bundesmodellprojekt erprobtes Konzept zur Prävention und Frühintervention bei exzessivem Alkoholkonsum Jugendlicher, an dem sich Nordrhein-Westfalen bereits während der Erprobungsphase von 2003 bis 2007 mit einem Standort (Hamm) beteiligt hat. Es besteht aus einem reaktiven Baustein, der sich mit der frühzeitigen Intervention bei exzessivem Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen nach einem Klinikaufenthalt befasst und einem proaktiven Baustein, der sich mit differenzierten und vernetzten Maßnahmen zur Alkoholprävention auf kommunaler Ebene an die breite Bevölkerung und alle Altersgruppen wendet, um einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol zu fördern.

schon im Vorfeld verhindert werden sollen. Im Mittelpunkt des proaktiven Projektbausteins steht die Förderung von Verantwortung und Vorbildverhalten von Erwachsenen im Umgang mit Alkohol, die konsequente Einhaltung des Jugendschutzgesetzes bei Veranstaltungen, in der Gastronomie und im Einzelhandel sowie eine breite Sensibilisierung der Bevölkerung.

In der Rahmenvereinbarung erklären sich die Krankenkassen bereit, die Kosten für die Einzel- und Gruppengespräche zur Frühintervention zu übernehmen. Die Grundlage dafür bildet das Sozialgesetzbuch (§ 20 Abs. 1 SGB V). Die landesweite Koordination der Umsetzung des „HaLT-Projekts“ sowie die Qualifizierungsmaßnahmen erfolgen durch die vom Land geförderte Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung (Ginko-Stiftung für Prävention) in Mülheim.



© Peter Atkins – Fotolia.com

Das Ministerium unterstützt die Maßnahmen des proaktiven Projektbausteins im Rahmen der Landeskampagne zur Suchtvorbeugung „Sucht hat immer eine Geschichte“ sowie durch eine fachbezogene Pauschalförderung an die Kommunen für örtliche Suchtpräventions- und -hilfeangebote.

Zur Eindämmung der Sucht stellt die NRW-Landesregierung jährlich insgesamt rund 13,7 Millionen Euro, die gesetzlichen Krankenkassen stellen in Nordrhein-Westfalen 50 Millionen Euro für die Prävention zur Verfügung.

Red.: ReH

● Wenn Schackeline zur U6 kommt

Unsere Lieblingsnamen im Juli

Bernadette-Margarethe-Berenike-Otilia, Chelsey Joleen, Friedrich-Paul-Wilhelm, Joy-Angel, June, Katniss, Méto, Quinley Rey, Shawnee, Tayler-Lucien, Wayne-Jimmy, Wyatt-Carsten.

Red.: ReH



© Philpous – Fotolia.com

10. Assistentenkongress vom 25. bis 28. April in Potsdam



Manuela Goecke
Johanna Harris

Der jährliche Kongress des BVKJ für Weiterbildungsassistenten ist inzwischen eine Institution. Dieses Jahr fand er zum bereits zehnten Mal vom 25. bis 28. April in Potsdam statt. Wieder waren über 315 Ärzte und vor allem Ärztinnen angereist, um vier Tage lang Seminare, Kurse und Vorlesungen zu besuchen.

In den tagesfüllenden Seminaren am ersten Kongress-tag konnten die Teilnehmer in sechs Berliner Kinderkliniken sowie in Potsdam Dauerbrenner des Klinikalltags wie Sonographie, EKG oder Reanimation vertiefen und zwar wie gewohnt mit großem Zuspruch, praxisorientiert und in kleinen Gruppen.

Ab Freitag fanden alle Veranstaltungen im Kongresshotel Potsdam statt, dieses Jahr mit dem Schwerpunkt Neonatologie. Vorträge zur Neugeborenen-Erstversorgung, Neonataleptis, Atemunterstützung versus maschinelle Beatmung, enterale und parenterale Ernährung auf der Neointensivstation – alles Themen aus dem Alltag der Assistenzärzte und von den Referenten kurzweilig und praxisnah vorgetragen. Insgesamt 40 Fachseminare und weitere Vorträge zu wichtigen, aber oft unterschätzten Themen der Pädiatrie wie ADHS deckten das gesamte Spektrum unseres Fachgebiets ab.

Großen Zuspruch fand der Vortrag von Dr. Wolfgang Kölfen zur besseren Kommunikation mit Patienten und Eltern. Meist müssen wir ja nicht nur den einen kleinen Patienten vor uns behandeln, sondern treffen inklusive Eltern auf drei Personen, denen wir Diagnose und Therapie verständlich und empathisch vermitteln müssen. Hier schließt sich dann auch die Kluft zwischen Klinik und Praxistätigkeit: ob Frühchen oder Schulkind, Fieberkrampf oder Tonsillitis – ohne gute Kommunikation sind compliance und Behandlungserfolg gefährdet.

„Erfahrene“ Assistentenkongressbesucher wissen, dass neben den Fachthemen die Erkundung des Tagungsortes und das gemeinsame Feiern nie zu kurz kommen. Potsdam war zwar bereits Ort der ersten fünf Assistentenkongresse bis 2008, eine Stadtrallye mit vier Stationen, an denen original Kostümierte aus der reichen Geschichte der Stadt erzählen, gab es damals jedoch noch nicht. Trotz Regenwetter nutzten viele Teilnehmer diese Gelegenheit, die Stadt zu erkunden und am Gewinnspiel für eine freie Teilnahme am nächsten Kongress teilzunehmen. Am Samstagabend dann der Höhepunkt des Rahmenprogramms: eine Bootsfahrt direkt vom Hotel aus auf der Havel mit Essen vom Buffet. Natürlich durfte dabei die Latino-Gruppe „Los Chicos“ nicht fehlen, die fast sämtliche Teilnehmer auf die Tanzfläche trieb und (in der leider etwas zu kurzen Zeit bis zum Anlegen am Heimatsweg) die Stimmung kochen ließ.

Der Dank für die engagierte und reibungslose Organisation geht wieder an Kongressleiter Professor Ronald Schmid und das Team der Kongressabteilung um Christel Schierbaum, die sich bereits in den Vorbereitungen für

den nächsten Kongress vom 13.–16.03.2014 in Köln befinden.

Neben den Fachthemen kam es vor allem bei den Vorträgen von Prof. Ronald Schmid („Was wünschen sich die Ärzte der Weiterbildung für die Zukunft?“) und Dr. Wolfram Hartmann („Berufsmöglichkeiten für Fachärzte der Kinder- und Jugendmedizin“) zu Diskussionen um eine sinnvolle(re) Organisation der Weiterbildung. Wie kann die pädiatrische Versorgung in Deutschland weiter garantiert werden, werden speziell kleine Kinderkliniken überleben? Hier zeigte sich deutlich, wie stark das Interesse der Assistenten an Zukunfts- und Berufsfragen ist, jedoch meist neben den Anforderungen des Klinikalltags kaum Zeit bleibt, sich zu informieren oder zu engagieren.

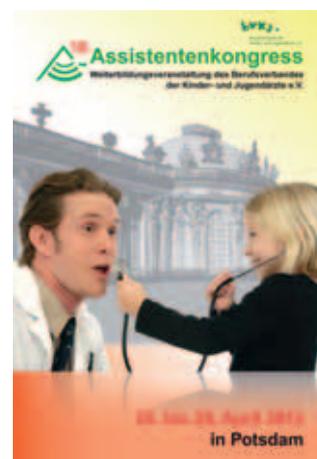
Für uns zwei Assistentenvertreterinnen war es der erste Assistentenkongress in dieser Funktion und wir nutzten die Gelegenheit, uns nochmals vorzustellen und die Wünsche, Anliegen und Einschätzungen unserer „Basis“ mittels Fragebogen zu erfahren. Alle 86 Antwortere waren BVKJ-Mitglieder, knapp die Hälfte aufgrund des Kongresses beigetreten. Vom BVKJ erwarten sich die jungen Ärztinnen und Ärzte vor allem fachliche Informationen auf Kongressen, aber auch Rechtsinformationen. Für immerhin 40 Prozent ist die Praxisbörse wichtig, ca. ein Drittel interessiert sich für Berufspolitik bzw. den Austausch mit Kollegen aus anderen Bereichen der Pädiatrie.

Der p@diatrie-express, der vierteljährliche, werbefreie Newsletter für Weiterbildungsassistenten, lässt sich nach den Ergebnissen der Umfrage in Zukunft weiter ausbauen, z.B. mit Rückmeldemöglichkeit für eine bessere Einbindung der Assistenten.

Für uns waren es spannende und motivierende Tage in Potsdam. Wir möchten die Anliegen der Assistenten weiter vertreten bzw. die schon vorhandenen Strukturen und Informationen aus dem BVKJ den jüngeren Mitgliedern vermitteln. Vor allem freut es uns aber, dass sich einige unserer Kollegen vorstellen können, sich fachlich oder berufspolitisch zu engagieren, damit wir unsere Arbeit auf eine breitere Basis stellen können. Bei Interesse immer gerne direkt bei uns oder über die BVKJ-Geschäftsstelle melden!

Der Assistentenkongress ist auf jeden Fall immer ein Highlight für das Zusammengehörigkeitsgefühl der pädiatrischen Assistenzärzte und wir freuen uns schon auf das nächste Jahr!

Red: ReH



„Vorsicht Sommer“ – Unfälle!

Mit Beginn des Sommers verlagern sich die spielerischen und sportlichen Aktivitäten der Kinder ins Freie. Leider wandern auch die Schwerpunkte des Unfallgeschehens mit. Der nachfolgende Beitrag liefert dazu einige Beispiele, verbunden mit bekannten und aktuellen, interessanten Informationen und nützlichen Tipps für die eigene Arbeit und zur Weitergabe an Eltern. Es wäre schön, wenn es gelänge, dadurch das allgemeine Gefahrenbewusstsein zu erweitern und kurative Hilfe mit präventiver Beratung zu koppeln.



Dr. Jörg Schriever

Zahlen und Fakten zu Kinderunfällen

In Deutschland verletzen sich pro Jahr etwa 1,7 Millionen Kinder unter 15 Jahren so schwer, dass sie ärztlich behandelt werden müssen. Im Jahr 2010 verunglückten laut Statistischem Bundesamt 260 Kinder tödlich, davon 100 im Verkehr, 158 im Bereich Heim und Freizeit und zwei in der Schule.

Unfälle sind immer noch die häufigste Todesursache für alle Kinder ab dem ersten Lebensjahr und eine der Hauptursachen für eine Behinderung. Verletzte Kleinkinder haben die höchste stationäre Behandlungsrate. Säuglinge weisen ein 27-fach höheres und Kleinkinder ein vierfach höheres Verletzungsrisiko als Schulkinder auf (Ellsäßer 2012, www.kindersicherheit.de). Laut KIGGS-Studie erleiden 14,7% aller Kinder bis 14 Jahre einen Unfall/Jahr; 60% der Kleinkinder davon im häuslichen Bereich.

Wie wirksam die **Prävention** ist, zeigt eindrucksvoll die Reduktion der tödlichen kindlichen Verkehrsunfälle von 2167 im Jahr 1970 auf 100 in Jahr 2010, entsprechend einer Reduktions-Rate von ca. 95%. Seit den 90er-Jahren gilt dieser Trend auch für den Bereich Heim und Freizeit (Ertrinken siehe unten).

„Unfälle sind keine Zufälle“ – und – „Gefahr erkannt, Gefahr gebannt!“

Kleinkinder können durch technische Sicherheitsmaßnahmen geschützt werden, nicht durch die Erziehung zu einem sicheren Kind. Für die aufsichtspflichtigen Eltern und älteren Kinder gelten die Schulung von Gefahren- und Risikobewusstsein sowie das Tragen von Schutzausrüstungen als wichtige Sicherheitsmaßnahmen.

Bewegungstraining schafft Sicherheit

Viele Unfälle können durch Bewegungstraining zur eigenen Bewegungssicherheit verhindert werden. Diese Erkenntnis ist nicht ganz neu. Neu ist jedoch, dass man dabei bewusst kleine Risiken wagen soll, um größere zu vermeiden oder bei Bedarf zu meistern, wie z. B. die Schweizer Projekte von Hansruedi Baumann „Mut tut gut“ (www.muttutgut.ch) der Beratungsstelle für Unfallverhütung bfu mit „Spielwert zwischen Sicherheit und

Risiko“ (www.bfu.ch) und „Fit wie ein Turnschuh“ des Deutschen Turnerbundes zeigen (www.kinderturnen.de).

Der 104. Deutsche Ärztetag 2001 hat die Prävention von Unfällen ausdrücklich als „ärztliche Aufgabe“ deklariert und die Unfall-Merkblätter der Kinder- und Jugendärzte im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen U2–U9 als wirksame Maßnahme bezeichnet. Diese können bekanntlich seit Anfang 2012 in verbesserter, aktualisierter Form bei den zuständigen KV'en angefordert werden. Die Checkliste A sollte bereits während der Schwangerschaftskurse, später in Kliniken und geburtshilflichen Neugeborenenzimmern bei der U2 an die Eltern verteilt werden. Alle anderen Merkblätter werden von den Kollegen bereits sehr zuverlässig anlässlich der weiteren Früherkennungsuntersuchungen dem Vorsorgeheft beratend beigelegt.

Badeunfälle

Badeunfälle sind typisch für den Sommer. Ertranken in den 80er-Jahren etwa 200 Kinder bis 15 Jahren in Deutschland und davon allein 100 zwischen dem ersten und fünften Lebensjahr, waren es nach Angaben der



Deutschen Lebensrettungsgesellschaft DLRG 2012 erstmals nur 18, je zur Hälfte zwischen 0 und 5 Jahren bzw. 6 bis 15 Jahren. (www.dlrg.de). Das entspricht erfreulicherweise ebenfalls einer Reduktion von über 90 %.

Laut WHO kommen auf einen Ertrinkungstod drei bis vier Beinahe-Unfälle, die häufig zu schweren bleibenden neurologischen Ausfällen führen.

Infolge des – im Vergleich zum Körper – schweren Kopfes ist das Kleinkind bis etwa Ende des dritten Lebensjahres nicht in der Lage, sein Gesicht dauernd über Wasser zu halten. Der hohe Schwerpunkt oberhalb des Nabels begünstigt den Fall über Schwimmbadgeländer sowie in Regentonnen, Becken und Teiche beim Spielen. Ältere Kinder rutschen häufig in Flüsse, Teiche, Rückhaltebecken und Seen.

Kinder ertrinken „leise“, ohne Gestikulieren und Hilferufe. Sie können durch reflektorischen Glottisverschluss selbst in Flachwasser von 10 cm ertrinken, z. B. in einer Pfütze. Ertrinken in der Badewanne, Duschtasse oder Eimern kommt besonders zwischen dem 7. und 15. Lebensmonat vor. **Außerhalb dieser Altersgrenze muss auch an Kindestötung gedacht werden.** Von **Badetod** spricht man, wenn die Ursache primär nicht Ertrinken ist, sondern z. B. ein epileptischer Krampfanfall oder ein vagaler Schock, der besonders häufig bei Wassertemperaturen unter 15 °C ohne vorherige Abkühlung auftritt. Aber er kann auch bei einem misslungenen Sprung auf den Bauch (Solar Plexus) vorkommen. Dabei kommt es über die vagalen Anteile des R. laryngus recurrens zu einem Glottiskrampf, der sich bei 10 % der Betroffenen auch beim Husten nicht löst. Dieses „trockene Ertrinken“ kommt in 10–15% der Fälle vor.

Nach Rettung und sofortiger Reanimation machen 80 % der kindlichen Ertrinkungsopfer den ersten Atemzug innerhalb von fünf Minuten und sind spätestens nach 20 Minuten wieder bei Bewusstsein, was als prognostisch günstig gilt. Ungünstig sind dagegen bei Wassertemperaturen über 5 °C eine Submersionsdauer von mehr als 25 Minuten, eine erfolglose Reanimation über 40 Minuten sowie lichtstarre Pupillen bei stationärer Aufnahme. **Wegen der Gefahr des sekundären Ertrin-**

kens nach freiem Intervall sollen alle Kinder mit „Beinahe-Ertrinkungsunfällen“ stationär aufgenommen werden. **Der Kopfsprung** ins Flachwasser ist nach Verkehrsunfällen immer noch die häufigste Ursache von Querschnittslähmungen.

Präventiv ist die kontinuierliche Beaufsichtigung aus schnell erreichbarer Nähe die wichtigste Maßnahme. In Gärten mit Kleinkindern sollte auf Teiche und Biotope verzichtet, Regentonnen und Brunnen mit abschließbarem Deckel versehen und Schwimmbadpools durch nicht übersteigbaren Zaun gesichert werden. **Nach dem dritten Lebensjahr sollen Kinder möglichst bald schwimmen lernen.** Sie sind allerdings mit dem „Seeperdchen“ noch nicht ertrinkungsicher.

In Wassernähe und besonders auf Booten sollten Kinder immer eine Schwimmweste tragen. Schwimmflügel und Schwimmreifen gelten nicht als sicher. Dabei ist immer ein Erwachsener für die Beaufsichtigung nur eines bestimmten Kindes zuständig, und natürlich sind die üblichen Baderegeln einzuhalten.

Grillunfälle

Jeder weiß, dass es bei Benutzung von flüssigen Grillanzündern wie Spiritus, Lampenölen, Alkohol oder gar Benzin zu explosionsartiger Verpuffung mit Flammenrückschlag und schrecklichen Verbrennungen im Umkreis von bis zu einigen Metern kommen kann. Trotzdem passieren in Deutschland jährlich etwa 1000 solcher Unfälle. Kaum jemand bedenkt, dass nach dem ersten Essensanstrom die Kohle mit kaum sichtbarer blauer Flamme weiter brennt und der brennend heiße Grill für Kinder ein besonderer Anziehungspunkt ist. Wenn dann auf dem Grill noch Kaffeewasser heiß gemacht wird, besteht zudem Verbrühungsgefahr. Also sollte die Glut nach dem Grillen mit Kindern gelöscht und nicht heiß in die Abfalltonne gegeben werden. Thermische Verletzungen treten bei Kindern fünfmal häufiger als Verletzungen im Verkehr auf, und Kleinkinder unter fünf Jahren sind davon in über 70% der Fälle betroffen.

Präventiv sollte man beim Grillen auf geprüfte Sicherheit und feste DIN-Norm achten, also Grillgeräte nach DIN 1860-1, Grillholzkohle nach DIN 1860-2, meist ergänzt um DIN CERTCO – enthält keine gesundheitsschädlichen Pech-, Erdöl-, Koks- oder gar Kunststoffanteile und ist geschmacksneutral. Auch feste Grillanzünder nach DIN 1860-3 riechen nicht nach Alkohol oder Benzin und sind geschmacksneutral. Tannenzapfen eignen sich nicht als Anzünder, weil sie Bitterstoffe enthalten. Holzkohle ist am wenigsten gesundheitsschädlich, wenn sie bereits einen grauen Aschebelag hat. Selbstverständlich steht der Grillofen standsicher immer im Freien und nicht z.B. bei Regen im Zelt – **cave: CO-Vergiftung** (gemäß eigener Erfahrung!).

Vergiftungen durch Pflanzen

Alle Kleinkinder finden es reizvoll, **Beeren** im Wald und Garten zu entdecken, zu sammeln und zu probieren. Die meisten roten Beeren wie z. B. Johannisbeere, Preiselbeere und Himbeere sind essbar; manche sind jedoch gif-



tig. Dasselbe gilt für Kräuter: einige sind essbar, andere giftig. Kinder unter drei Jahren können sich noch nicht einprägen, welche Früchte und Kräuter ihnen verboten sind, sie müssen also beaufsichtigt werden.

Bei **Goldregen** sind Schoten und Samen giftig, bei der **Eibe** die Nadeln und der zerbissene Samen, nicht aber das Fruchtfleisch allein. Hautreizungen verursachen **Philodendron**, im Haus **Dieffenbachia** und **Zimmercalla** und draußen besonders der **große Wiesenbärenklau** bis zur Blasenbildung wie bei Verbrühungen II. Grades.

Sehr giftige Pflanzen sind Engelstropfete, Schierlingsarten, Bilsenkraut, Herbstzeitlose, Seidelbast, Stechapfel, Tollkirsche und Wunderbaum sowie zahlreiche Pilze wie z. B. der Knollenblätterpilz, der leicht mit dem Champignon – der keine weißen, sondern rosa bis violette Lamellen hat – zu verwechseln ist, besonders aber **Europas giftigste Pflanze der blaue Eisenhut** (*Aconitum napellus*). Letzterer darf in keinem Garten mit Kindern vorkommen. Schon 0,2 Gramm der Pflanze (Aconitingehalt 1–3%) können bei einem Kleinkind tödlich sein. So starb in einer Kinderklinik ein Kind nach dem Verzehr von zwei Blüten. Der Tod tritt innerhalb von 3 Stunden ein, meist durch Kammerflimmern. Deshalb muss jedes Kind mit Verdacht auf Eisenhutgingestion sofort in die Klinik, ohne erst auf Symptome zu warten.

Zur Information gibt es Merkblätter „Pflanzen eine Gefahr für Kinder“ und „Welche Pflanzen sind ungiftig, gering giftig oder giftig?“ beim Giftnotruf Berlin (www.giftnotruf.de). Einen Pilzteil enthält z. B. die Broschüre „Risiko Pilze – Einschätzung und Hinweise“ des Bundesinstitutes für Risikobewertung Berlin (www.bfr.bund.de) oder direkt über Google „risiko pilze bfr“. Dieses gibt auch kostenlos eine ausgezeichnete Übersichtsbrochure zur Schnellinformation in Praxis und Notdienst mit dem Titel „Risiko Vergiftungsunfälle bei Kindern“ heraus, welche übersichtlich die meisten toxischen und gefährlichen Substanzen und die Haushaltsmittel beschreibt. (Nur der Satz zum Eisenhut auf Seite 60 Absatz 1 „Später kommt es zu heftigem Erbrechen, krampfartigem Durchfall, starken Schmerzen und – nach großen Mengen – zu Herzrhythmusstörungen“ bedarf aus den oben genannten Gründen unbedingt der Korrektur!)

Unfälle auf Spielplätzen

Laut Kuratorium für Verkehrssicherheit in Österreich verunfallen jährlich 6.900 Kinder auf Spielplätzen; 61% erleiden eine Fraktur (www.kfv.at). Entsprechend der Bevölkerungszahl können diese Angaben mit dem Faktor 10 für Deutschland hochgerechnet werden.

Auf Rutschen verletzen sich bereits ein Drittel der Kinder beim Hochklettern. Vorsichtige Eltern nehmen auf einer Rutsche Kleinkinder gern auf den Schoß, in der Annahme, dass dies ungefährlicher sei. Im Gegenteil kommt es häufiger zum Einklemmen des Beines zwischen Rutsche und Körper des Erwachsenen. Die Scherkräfte durch Rutschgeschwindigkeit und Gewicht führen dann bei den Kindern vermehrt zu Tibiafrakturen.



Rutschen sollten besser in einen Hang gebaut werden, breit genug sein und maximal 35 cm über dem Boden enden. Auf langen steilen Rutschen sollten Sitzkissen benutzt werden. Auf dem Spielplatz heißt es immer „Helm ab“, da Strangulationsgefahr besteht. Die heutigen geschlossenen Abenteuerspielburgen und Klettergerüste müssen auch für Erwachsene im Notfall überall erreichbar sein. **Ballspielplätze und Schaukeln** brauchen einen ausreichenden Sicherheitsabstand, und auch der Auslauf anderer Geräte darf nicht im Schaukelbereich münden. **Wippen und Schaukelpferde** müssen Klemmstellen vermeiden und nicht ungebremst auf den Boden schlagen.

Trampoline

Trampoline sah man vor zehn Jahren nur im Sportbereich und geschlossenen Freizeitparks. Heute stehen zunehmend mehr Trampoline in privaten Gärten und sind in die Schlagzeilen geraten, z. B. mit dem Titel „Trampolin bricht Kinderknochen“. Nach einem Bericht von F. Meier auf dem 24. Jahreskongress der Gesellschaft für Orthopädisch-traumatologische Sportmedizin wurden im Patientengut des Marienhospital Osnabrück bei Trampolin-Unfällen Frakturen (36%), Prellungen und Distorsionen (56%) und Commotio cerebri (3%) beobachtet; in Amerika wurden bei 88.500 Trampolinunfällen bei 32% d. F. Frakturen verzeichnet. Der Präsident der österreichischen Organisation „Große schützen Kleine“ und Vorstand der Grazer Kinder- und Jugendchirurgie M. Höllwarth geht von 4000 Trampolinunfällen im Land aus, hochgerechnet für Deutschland also etwa 40.000. Davon werden 40% als schwer eingestuft. Jungen und Mädchen sind etwa gleich häufig betroffen bei einem Durchschnittsalter von 8,2 Jahren (Mädchen 7,8 Jahre). 68% der Unfälle ereignen sich, wenn mehrere Kinder gleichzeitig springen. Bei 42% ist die Unfallursache eine

missglückte Landung, bei 11% eine Kollision, bei 9% ein unkontrollierter Federeffekt und bei 7% ein missglückter Salto. **Die Verletzungen** betreffen zu 50% die untere Extremität, 28% Arme und Beine mit Frakturgefahr insbesondere für Ellenbogen und Unterarm, 13% Kopf-/Gesichtsverletzungen, zu 10% den Rumpf und 6% die HWS, wobei das Risiko für eine Querschnittslähmung nicht zu unterschätzen ist (www.grosse-schuetzenkleine.at).

Präventiv vor Stürzen gegen das Gerät oder vom Gerät schützt das gerade und fachgerecht aufgestellte Netz mit gepolsterten Stangen. Kleinkinder nach dem zweiten Lebensjahr sollten immer, Grundschul Kinder möglichst allein und unter Aufsicht auf dem Trampolin sein. Technisch beginnt man mit geraden Sprüngen in der Mitte, die bei Bedarf immer weich aus den Knien abgebremst werden können (Stoppssprung). Bei der beliebten Landung im Langsitz gehören die Hände nach vorn. Ohne vorbereitendes Training sollten keine Saltos gesprungen werden (z.B. vorher korrekte Sprünge mit ganzer Drehung ins Wasser üben). Insgesamt macht das Trampolin über Jahre hinweg den Kindern viel Spaß, animiert spielerisch zu einem intensiven Bewegungstraining und ist deshalb grundsätzlich zu begrüßen. Die Verletzungsrate lässt sich auch hier durch technische Sicherheit und das richtige gefahrenbewusste Verhalten deutlich mindern.

Inline-Skater

Inline-Skater werden nach der Straßenverkehrsordnung als Fußgänger eingestuft und müssen, falls vorhanden, den Gehweg benutzen. Jeder dritte verunglückte Fahrer trägt Verletzungen am Handgelenk davon, gefolgt von Unterarm- und Ellenbogenverletzungen. Fast jede fünfte Verletzung betrifft die Knöchel, das Knie oder den Unterschenkel. Kopfverletzungen treten in etwa 5% auf, öfter bei akrobatischen Übungen Jugendlicher, wobei insgesamt ähnlich wie beim Schlittschuhlauf häufiger der Sturz auf den Hinterkopf vorkommt. **Knie-, Hand- und Ellenbogenschoner sind wie der Helm die wichtigste Schutzmaßnahme mit 70%iger Effektivität.** Ein

nach hinten ausgezogener Fahrradhelm sollte wegen der Rückwärtsstürze nicht benutzt werden. Leider tragen bisher nur knapp 10% der Fitness-Skater einen Helm. Der Gleichgewichtsverlust beim Bremsen ist die häufigste Sturzursache. Daher sollte die Technik des Bremsens bei geländeangepasster Fahrweise geübt werden. Unter dem Motto „Skate & Roll“ bietet die Deutsche Verkehrswacht ein umfangreiches Präventivprojekt für die Sekundarstufe I an.

Reitunfälle

Weltweit sollen mehr Menschen beim Reiten sterben als durch Flugzeugunfälle. In Deutschland waren es 2010 laut Statistischem Bundesamt 15, im Schnitt sind es laut ARAG Sportversicherung jährlich zwölf Todesopfer durch Reiten. Dabei geht man von etwa 30.000–35.000 Reitunfällen pro Jahr aus. Daran sind Mädchen unter 14 Jahren zu etwa 40% beteiligt, die aber nur 18% aller Reiter ausmachen.

Laut Versicherer passieren etwa 35–60% der Verletzungen beim Umgang mit dem Pferd, 40–65% beim Reiten. Zu diesen kommt es durch Beißen (4,5%), Ausschlagen (2,5%), Tritt, besonders auf den Fuß (4,2%), Stoßen, häufig mit dem Kopf (2,3%), Umrennen (2,8%), Umreißen (14,3%), Drücken und Quetschen (34,5%) sowie Stürze (Pferdebetrieb 5/2000). Stürze in langsamerem Tempo gelten als gefährlicher, weil sie sich meist überraschend ereignen und es häufiger zu Quetschverletzungen durch das mitstürzende Pferd kommt als im schnellen Galopp, wenn Pferd und Reiter weiter auseinander katapultiert werden. Frakturen machen etwa 40% der Verletzungen aus, davon 75% der oberen Extremität; sonstiges Verletzungsmuster: Kopf 36%, Wirbelsäule 9%, Rumpf 8%, untere Extremität 6%. Bei den Querschnittsverletzten haben 1,2% der Fälle ursächlich eine Reitunfallanamnese.

Präventiv ist hier ganz sicher das Tragen eines passenden Helmes nach Norm EN 1384 ohne Kinnschale – und zwar sobald man zum Pferd geht, denn 20% der Unfälle passieren bereits beim Pflegen in Stallgasse und Box. **In einem guten Reitstall ist das Tragen eines Helmes Pflicht.** Passiv ist nach dem Helm die Weste (Norm EN 13158) der beste Schutz.

Kinder und Jugendliche müssen das Reiten selbst, aber auch das Verhalten und den Umgang mit dem Pferd lernen. Verunglückte berichten ursächlich zu 85% über ein für sie unberechenbares Verhalten des Tieres. Das Pferd ist ein **Fluchttier**. Es reagiert schreckhaft auf alles Fremde, was es sieht und hört, sowohl im Stall als auch beim Reiten, und jedes Tier hat seine persönlichen Schwächen und Stärken, die man kennen sollte. „Knie dran“ heißt das Zauberwort, um bei seitlichen Fluchtbewegungen und plötzlichem Abbremsen nicht zu stürzen. Pferde sind Herdentiere. Wenn eines plötzlich angaloppiert, rennen alle mit (cave: Durchgehen). Auch bei Pferden gibt es in der Herde eine Rangfolge und untereinander Sympathie und Antipathie. Deshalb sollte der Sicherheitsabstand von 2,5 m zwischen den Pferden drinnen wie draußen immer eingehalten werden (cave: Auskei-



len). Spezialisten haben bei Veranstaltungen zur Warnung eine kleine rote Schleife im Schweif.

Merkspruch: Das Pferd – vorne beißt es, hinten tritt es und in der Mitte fällt man runter!

Noch einige Tipps zum Umgang mit Pferden:

- Nie hinter dem Pferd stehen, möglichst vorn herum gehen und beim Hufe auskratzen seitlich stehen - Vorsicht: eigene Füße.
- Anbinden nur an festen Stellen mit leicht lösbarem Knoten bzw. Panikhaken, nicht an beweglicher Stalltür, Tor. Genügend Abstand zwischen Wand und Pferd.
- Loslassen im Stall; besonders auf der Weide immer erst in Ruhe bei Gegenüberstellung. Nicht hinter das Pferd kommen – Vorsicht: Freuden-Buckelsprünge.
- Beim Verladen Handschuhe anziehen - Vorsicht: Verbrennungen bei durchrutschendem Strick.
- Ausreiten nie allein und nie ohne Handy. Geplante Strecke bekanntgeben (Tafel).
- Beim Sturz nie Zügel festhalten – Vorsicht: Mitschleifen. Pferd kommt zurück oder läuft zum Stall.
- Wer nach Sturz im ersten Schreck gleich wieder aufsteigt, ist nicht automatisch unverletzt – Ruhe bewahren, kurze Verschnaufpause und Check up.
- Füttern von „Leckerlis“ per Hand will gelernt sein und ist für Kleinkinder verboten, auch in Zoos und Wildparks.
- Und – Immer Helm tragen beim Umgang mit dem Pferd!

Informationen für junge Sportler hat in einer Broschüre die Bundesarbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder“ unter dem Motto „Mehr Bewegung – Weniger Unfälle – Sportarten für Kinder von A bis Z“ herausgebracht. Hier stellen die Sportverbände ihre Sportart, Ziele und Besonderheiten, aber auch Eignungs- und Gefahrenpotentiale sowie Kosten für die Kinder dar (www.kindersicherheit.de). Die Arbeitsgemeinschaft „Sicherheit im Sport“ hat in Zusammenarbeit mit der Ruhr Universität Bochum und der ARAG Sportversicherung zahlreiche sehr informative Präventionsbroschüren u. a. zum Reiten, Tennis, Fuß- und Handball, Mountainbiken, Eishockey, Ski und vielen anderen Sportarten zusammengestellt und liefert Einsicht in Statistiken, Forschung und Kongressberichte (www.arag-sport.de). Mehr Infos zum Unfallgeschehen im Kindesalter auch unter: www.kinderaerzte-im-netz.de, www.kindersicherheit.de und www.bzga.de.

Prävention ist eine ärztliche Aufgabe und die Unfallprophylaxe ein erfolgreiches Beispiel für „**Präventive Beratungsmedizin**“ durch Kinder- und Jugendärzte.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. Jörg Schriever
Unfallbeauftragter BVKJ
Silberweg 10
53894 Mechernich

Red.: Christen

Highlights aus Bad Orb ● ● ●

Der nicht-erholsame Schlaf im Kindes- und Jugendalter

Der nicht-erholsame Schlaf im Kindesalter ist häufig, wobei Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter oft chronisch sind. Kenntnisse über den Schlaf und deren Leitsymptome erleichtern die diagnostische Vorgehensweise und geben erste Diagnosemöglichkeiten. Eine Vielzahl an schlafmedizinischen Problemen kann in der Praxis „therapiert“ werden, wobei die schlafmedizinische Beratung ein wesentlicher Faktor in der Therapie vieler Schlafstörungen ist. Seltene Diagnosen oder diejenigen Diagnosen, denen eine apparative Diagnostik vorgeschaltet werden muss, sollten Fachleuten, die sich die entsprechenden schlafmedizinischen Kenntnisse erworben haben, vorbehalten bleiben.



Dr. Bernhard Hoch

Einleitung

In der kinderärztliche Praxis berichten zwischen 10 und 20 % der Eltern über Schlafprobleme ihrer Kinder, wobei viele Kinder nur eine passagere Schlafstörung haben. Dies sind Schlafstörungen, die beispielsweise während eines Infektes (z.B. behinderte Nasenatmung, Schnarchen) oder vereinzelt (z.B. Pavor nocturnus) auftreten. Es ist anzunehmen, dass insgesamt ca. 20–40% aller Kinder und Jugendlichen in ihrem Leben unter Schlafstörungen unterschiedlichster Art leiden. Im Vordergrund stehen häufig Ein- und Durchschlafstörungen bei jüngeren Kindern und schlafbezogene Atmungsstörungen wie z.B. die obstruktive schlafbezogene Atmungsstörung bei älteren Kindern. Schlafmedizinische Erkrankungen wie z.B. die Schlaftrunkenheit, die Narkolepsie oder die paradoxe Insomnie kommen hingegen seltener vor und sind Ärzten vorbehalten, die sich in der Thematik Schlafmedizin weiter qualifiziert haben. Für den praktisch tätigen Kinder- und Jugendarzt ist es jedoch bedeutend, sich dem Thema „Schlafstörungen“ (oder besser gesagt: dem „Nicht-erholsamen Schlaf“) zu widmen, da Schlafstörungen oft zu allgemeinen und speziellen Entwicklungsstörungen führen können, wenn sie über eine längere Zeit bestehen.

Für den niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt ist es folglich essentiell, grundlegende Informationen und Handlungsanweisungen zum Thema Schlaf und Schlafstörungen zu kennen. Nur so kann dieser relativ schnell Schlafstörungen erkennen, erste Maßnahmen ergreifen und ggf. ausgebildete pädiatrische Schlafmediziner in die weitere Betreuung involvieren.

Über folgende grundlegende Wissenspunkte sollte der praktisch tätige Arzt informiert sein:

Fünf pädiatrisch-schlafmedizinische Leitsätze

1. Es gibt eine hohe Inzidenz und Prävalenz für Schlafstörungen

Fast 50% aller Kinder im Vorschulalter zeigen Symptome für Schlafstörungen. Schlafprobleme und Schlafstörungen nehmen seit Jahren vor allem bei älteren Kindern und Jugendlichen zu.

2. Die häufigsten Schlafprobleme bei Kindern und Jugendlichen zeigen einen chronischen Verlauf

Abgesehen von einigen wenigen und speziellen Schlafstörungen (z.B. Pavor nocturnus, infektbedingtes Schnarchen) bestehen viele Schlafstörungen wie Bruxismus, obstruktive Apnoen, Ein- und Durchschlafstörungen über einen längeren Zeitraum, sodass dadurch in hohem Maße die emotionale, kognitive und soziale sowie physische Entwicklung des Kindes beeinträchtigt werden kann.

3. Viele pädiatrische Schlafstörungen sind gut therapierbar

Die meisten pädiatrischen Schlafstörungen sind weitgehend gut therapierbar und führen mehrheitlich zu einer Heilung der Erkrankung. Im Vordergrund stehen hier z.B. die Verhaltenstherapie der Insomnie oder die (meist) operative Behandlung bei obstruktiver Apnoe aufgrund vergrößerter Adenoide/Tonsillen.

4. Verhaltensbedingte Schlafstörungen können vermieden werden

Voraussetzung dafür sind rechtzeitige Empfehlungen an die Eltern – in Abhängigkeit vom Alter ihres Kindes –, wie der Schlaf des Kindes einzuschätzen ist und wie das Kind bzw. der Jugendliche „geführt“ werden sollte.

5. Schlafprobleme bei Kindern und Jugendlichen bedingen häufig Schlafprobleme anderer Familienmitglieder

Schlafstörungen von Kindern führen z.T. zu großen Problemen und Spannungen innerhalb der Familie mit manchmal „dramatischen“ Auswirkungen auf die Beziehungen der Eltern untereinander oder auch zum Kind. Dabei stehen Ein- und Durchschlafstörungen oft im Vordergrund, die u.a. durch Unkenntnis des Schlafbedürfnisses des Kindes oder mangelnder Strukturierung des Tagesablaufes respektive „Nachtablaufes“ entstehen.

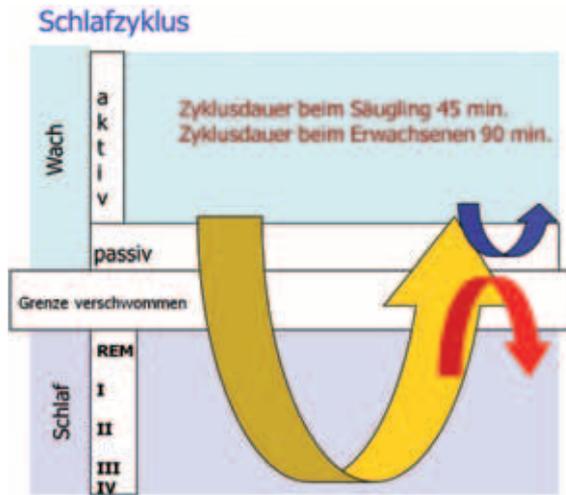


Abb. 1: Schlafzyklus

Beratungsrichtlinien und Empfehlungen

Neben den oben dargestellten fünf Leitsätzen gibt es für den niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt – in Abhängigkeit vom Alter des Kindes bzw. Jugendlichen – „vorausschauende“ Beratungsrichtlinien bzw. Empfehlungen für die Eltern. Ziel ist die Vermeidung potentiell eintretender Schlafprobleme.

In den ersten sechs Monaten

Der Kinder- und Jugendarzt sollte den Eltern die normale Schlafentwicklung bei Neugeborenen und jungen Säuglingen erklären, wozu es hilfreich sein kann, die Abbildung 1 zu verwenden. Diese stellt einen Schlafzyklus dar, anhand dessen den Eltern verdeutlicht werden kann, dass es in der Phase, in der das Kind „wieder wacher“ wird, zu Geräuschen des Kindes, Körperbewegungen

oder sogar zum Weinen kommen kann. An diesem Punkt sollten die Eltern sehr behutsam mit dem Säugling umgehen und es unter keinen Umständen durch z.B. Herausnehmen aus dem Bett „richtig wach“ machen. Zu diesem Zeitpunkt muss der Säugling „lernen“, wieder ein- bzw. weiterzuschlafen. Ferner sind die Eltern darauf hinzuweisen, dass ihr Kind zwischen vier und sechs Monaten müde und nicht wach zum Schlafen gelegt werden sollte. Gestillte Säuglinge „dürfen“ nachts einmal gestillt werden, sonst ist ab dem sechsten Lebensmonat keine nächtliche Mahlzeit mehr notwendig. Natürlich gehören die Empfehlungen über die Verhinderung des plötzlichen Säuglingstodes in das Repertoire der schlafmedizinischen Beratung im gesamten Säuglingsalter.

Grundsätzlich sollten ein strukturierter Tagesablauf mit festen Essens- und Schlafenszeiten eingeführt werden.

Zwischen sechs Monaten und einem Jahr

Ab dem sechsten Lebensmonat können Kinder mehrmals nächtlich erwachen, wobei insbesondere ab diesem Zeitpunkt die Eltern zu bestärken sind, dass diese ihr Kind nicht mit ins eigene Bett nehmen. Aus pädiatrisch-schlafmedizinischer Sicht ist das „Co-Sleeping“, nicht nur aufgrund des höheren Risikos für den plötzlichen Säuglingstod, sondern auch aufgrund der dadurch bestehenden Schlafstörungen der Eltern, strikt zu vermeiden.

Zwischen einem Jahr und zwei Jahren

Regelmäßigkeit, Kontinuität und Struktur am Tage (und in der Nacht) sowie „Regeln und Grenzsetzungen“ sind die Erfolgsfaktoren für einen erholsamen Schlaf. Oftmals sind aber die Eltern mit diesen Verhaltensmaßnahmen überfordert und brauchen Beratung und Bestärkung in diesen o.g. Themen.

Zwischen zwei und fünf Jahren

Beraten Sie die Eltern noch einmal bezüglich Erziehungsmaßnahmen und die Folgen eines inadäquaten Schlafes auf den Tagesverlauf und die Entwicklung des Kindes. Zudem ist in diesem Alter bereits mit den Eltern über Fernseh- und Medienkonsum zu diskutieren.

Da die meisten Eltern sich nicht sicher sind, wie lange ihre Kinder schlafen müssen oder wie viel Schlaf notwendig ist (die meisten Eltern sind der Ansicht, dass ihre Kinder zu wenig schlafen), kann man hierbei die Abbildung 2 verwenden, die aufzeigt, dass die Gesamtschlafzeit sehr starken individuellen Abweichungen unterliegen kann.

Als die wichtigste Botschaft kann gelten: Ein altersentsprechend entwickeltes Kind, das keine Tagessymptomatik zeigt, sondern glücklich, aktiv und fröhlich ist, hat ausreichend Schlaf.

Zwischen fünf und zwölf Jahren

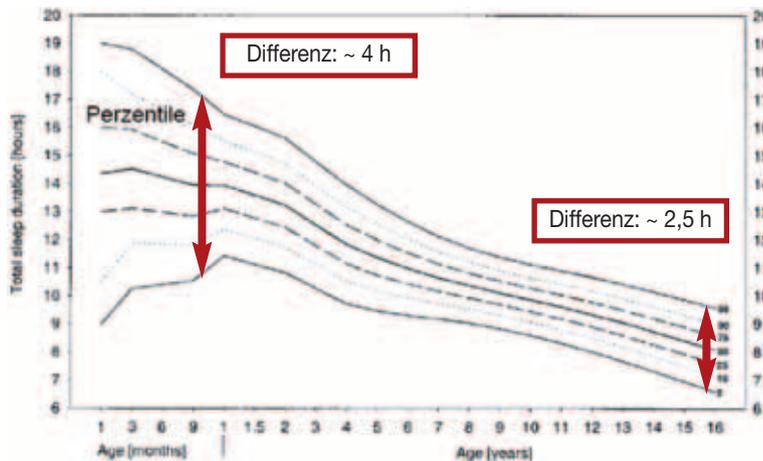
Schlafdauer, Medienkonsum, Erziehungsfragen sind die wesentlichen Punkte, die in der schlafmedizinischen Beratung anzusprechen sind.

Zwischen zwölf Jahren und Jugend

Mit den Patienten und deren Eltern sollte die Thematik „Schlafhygiene“ (u.a. regelmäßige Zubettgehzeit, Ge-

Abb. 2: Schlafzeit nach Alter

(modifiziert nach Iglowstein et al. 2003)



samtschlafzeit, Medienkonsum, Stimulantien) besprochen werden, da erfahrungsgemäß in diesem Alter zudem die ersten gravierenden Schulprobleme, bezogen auf einen inadäquaten Schlaf, auftreten.

Wie sollte nun der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt bei Verdacht auf einen Nicht-erholsamen Schlaf „praxisbezogen“ vorgehen?

Schlafmedizinische Anamnese

Beim Verdacht auf eine vorliegende Schlafstörung bzw. eines nicht-erholsamen Schlafes sollte eine allgmeinpädiatrische und entwicklungsneurologische Anamnese erfolgen, um internistische, neurologische oder andere Erkrankungen auszuschließen. Eine eingehende Anamnese kann bereits in vielen Fällen eine Klärung der schlafmedizinischen Problematik ergeben. Als Beispiel sind hier der Pavor nocturnus oder auch die verhaltensbedingte Insomnie zu nennen, deren klassische Symptomatik wegweisend ist. Die schlafmedizinische Anamnese sollte aber mindestens folgende Punkte beinhalten:

- Aktivitäten vor dem Zubettgehen
- Zubettgehzeit, Licht-Aus-Zeit
- Schlafgewohnheiten und spezielle Besonderheiten des Kindes beim Zubettgehen (Zubettgeh-Rituale) und Einschlafen
- Schlafenszeiten (tagsüber, abends) und somit die Gesamtschlafzeit / 24 h
- Dauer der Einschlafzeit, Verhalten des Kindes währenddessen
- Häufigkeit von Aufwachphase, Dauer von Aufwachphasen und deren Ursache
- Verhalten während des Schlafes von Kind und Eltern!
- Dauer ungestörter Schlafepisoden
- Exakte Schilderung spezieller nächtlicher Ereignisse
- Erweckbarkeit am Morgen (spontanes Wachwerden, mehrmals Wecken nötig)

- Befindlichkeit nach dem Erwachen
- Verhalten am Tage wie Schläfrigkeit, Müdigkeit, Leistungsfähigkeit, Konzentration (ggf. Schulnoten)

Günstig wäre es, bereits im Vorfeld ein Schlafprotokoll und ggf. ein Video (die meisten Mobiltelefone können das mittlerweile) anfertigen zu lassen, sodass sich der Arzt ein besseres „Bild“ über die nächtliche Situation machen kann. Als Beispiel siehe Abbildung 3, die ein „klassisches“ Schlafprotokoll eines Kindes im Alter von zwei Jahren mit einer verhaltensbedingten Insomnie bzw. einer „Durchschlafstörung“ zeigt.

Um richtungsweisende Fragen bei speziellen schlafmedizinischen Problembereichen zu stellen, kann Tabelle 1 als Hilfsinstrument dienen. Angeführt sind dort schlafmedizinische Leitsymptome, diagnostische Hinweise als auch Differenzialdiagnosen, die beachtet werden sollten.

Diagnostik

Zur weiteren Diagnostik können in der pädiatrischen Praxis spezielle Schlafragebögen wie der PSQ (Pediatric Sleep Questionnaire) verwendet werden, der für Kinder und Jugendliche geeignet ist. Dieser validierte und strukturierte Fragebogen hat insgesamt 22 Items und behandelt im wesentlichen Fragen zu Schlafverhalten, Schläfrigkeit und Schnarchen. Eine apparative Diagnostik mittels kardiorespiratorischer Polygraphie oder auch Polysomnographie sollte pädiatrischen Schlaflaboren vorbehalten werden, da die diagnostischen Aussagen deutlich präziser sind und spezielle Fragestellungen ggf. im Anschluss an eine Nacht im Schlaflabor beantwortet werden können (z.B. Multipler Schlatenz-Test bei Verdacht auf Narkolepsie).

Unabhängig davon, welche schlafmedizinische Diagnose gestellt wird, ob häufig (z.B. verhaltensbedingte Insomnie, obstruktive schlafbezogene Atmungsstörung mit Schnarchen, Bruxismus, Somniloquie, Somnambulismus) oder selten (z.B. Frontallappenepilepsie, Narko-

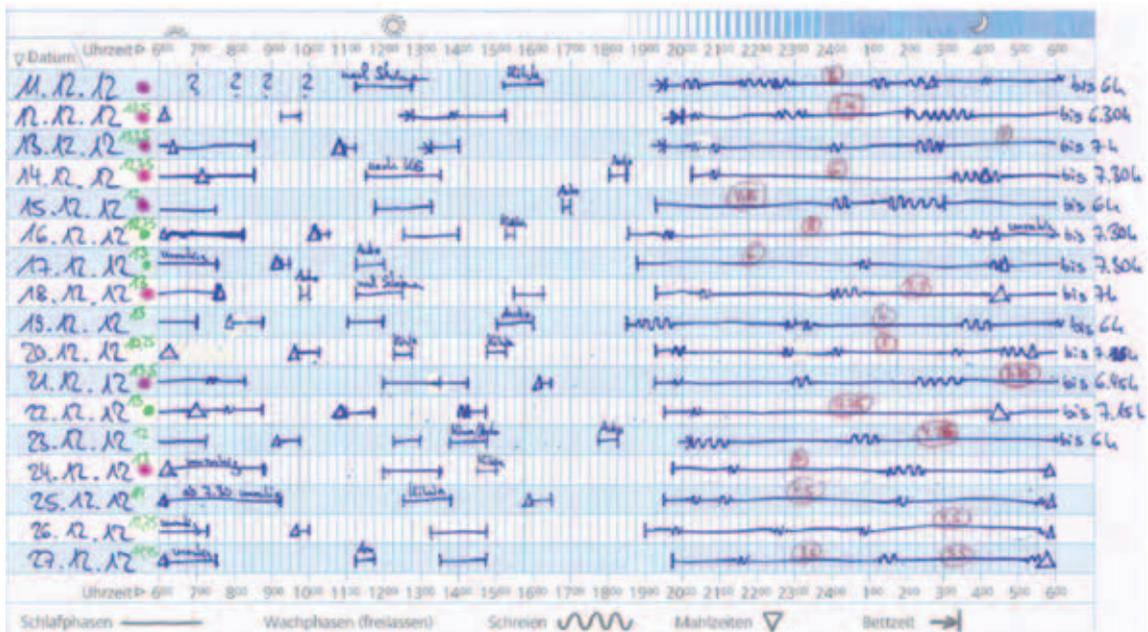


Abb. 3: Schlafprotokoll

Schlafmedizinischer Problembereich	Richtungsweisende Frage	Leitsymptome	Diagnostik	„ambulante“ Therapie/ Schlafambulanz	Differenzialdiagnose
Insomnie, Schlaflosigkeit	Hat ihr Kind ernsthafte Probleme mit dem Ein- oder Durchschlafen? Fühlt es sich deshalb tagsüber beeinträchtigt?	Verlängerte Einschlaf-latenz, lange Wachzeiten, Grübeln im Bett verminderte Leistungs-fähigkeit, Müdigkeit ohne Einschlafen am Tage	Schlafanamnese Schlafprotokoll Suchtanamnese Exploration von latenten Konflikten und Ängsten	Verhaltensmaßnahmen	Depression Angsterkrankung Restless-Legs-Syndrom
Schlafbezogene Atmungsstörung, obstruktive schlafbezogene Atmungsstörungen, Schlafapnoe	Schnarcht ihr Kind? Leidet es an ■ Müdigkeit ■ Gedeihstörungen ■ Konzentrationsstörungen ■ häufige Infekte ■ Leistungsminderung?	Schnarchen (mit / ohne Atempausen) Tagesschläfrigkeit, nicht erholsamer Schlaf Wiederholtes nächtliches Wasserlassen/Wieder-einnässen Angestrenzte Atmung, Froschhaltung Gedeihstörungen Konzentrations- und Leistungsstörungen, Häufige Infekte Behinderte Nasenatmung (Polypen) Stark vergrößerte Tonsillen	Fremdanamnese nächtliches Video HNO-Untersuchung Nasendurchgängigkeit Adenoide/Tonsillen pädiatrisches Schlaflabor	Risikofaktoren (Alkohol, Hypnotika und Sedativa, muskelrelaxierende Medikamente) vermeiden Ggf. Gewichtsreduktion Im Zweifel Adenotomie und/oder Tonsillotomie befürworten Abklärung forcieren	ADHD Benignes Schnarchen Primäres Schnarchen Hypersomnie
Parasomnien	Haben Sie bei ihrem Kind ein ungewöhnliches Verhalten im Schlaf bemerkt?	Schlafwandel, Um-sich-Schlagen Nächtliches Aufschrecken, Nachtangst, Alpträume, Sprechen im Schlaf, Zähneknirschen	Fremdanamnese Schlaflabor	Beratung	Epilepsie
Restless Legs Syndrom (RLS) Periodische Beinbewegungen im Schlaf	Misempfindungen in den Beinen vorwiegend am Abend oder nachts? Nur im Sitzen oder Liegen? Muss sich ihr Kind deswegen bewegen (herumlaufen)? Wird es durch Bewegung besser?	Misempfindungen in den Beinen (und evtl. auch Armen) verschiedenster Art (Kribbeln, Ziehen, Brennen, Hitze- oder Kältegefühl, Schmerzen oder ähnliches) „Wachstumsschmerz“ Auftreten nur in Ruhe Prompte Besserung bei Bewegung Betonung am Abend und nachts	Anamnese (RLS-Kriterien) Ausschluss Eisenmangel (Ferritin bestimmen) Familienanamnese	Begrenzter Versuch mit Magnesium hochdosiert Überweisung zum Kinder-Neurologen Vermeiden von Medikamenten, die RLS verschlechtern	Polyneuropathie Durchblutungsstörungen Akathisie (bei Neuroleptika)
Narkolepsie und Hypersomnie	Ist ihr Kind häufig müde, obwohl es genug schläft? Schläft es am Tage gegen den Willen ein?	Starke Tagesschläfrigkeit, ungewolltes Einschlafen bei Narkolepsie: plötzliche Muskelschwäche bei Freude oder Ärger (Kataplexie)	Schlafprotokoll Schlaflabor	Psychosoziale (Folge-) Probleme erkennen und behandeln	Schlafmangelsyndrom Schlaf-Apnoe Depression Epilepsie

Tab. 1: Schlafmedizinische Problembereiche

lepsie, circadiane Rhythmusstörung), ist immer eine grundlegende schlafmedizinische / therapeutische Beratung notwendig.

Therapie

Die detaillierte Beratung über die Normvarianten des altersadäquaten Schlafs sowie entwicklungspezifische, phasenweise auftretende Besonderheiten im Schlaf sind mit den Eltern zu besprechen, wobei individuelle unterschiedliche Schlafbedürfnisse zu berücksichtigen sind. Voraussetzungen für einen „gesunden“ Schlaf sind schlafhygienische Maßnahmen, die bereits in den ersten Lebenswochen beginnen sollten. Dies beinhaltet einen regelmäßigen, d.h. strukturierten Tagesablauf mit regelmäßigen Wach-, Schlaf – und Essenszeiten. Grundsätzlich sollten die Kinder müde ins Bett gelegt werden, das Einschlafritual sollte nicht länger als etwa 10 bis 15 Minuten dauern. Letztendlich sind „das Einschlafen“ und „das Durchschlafen“, sofern es sich um verhaltensbedingte Störungen handelt, nur im Rahmen einer konsequenten Vorgehensweise therapierbar. Dabei sind grundsätzlich im Rahmen einer konsequenten Erziehung das Erlernen

und Einhalten von Regeln und Grenzen für die Schlaferziehung dienlich. Eine angemessene Schlafhygiene im Kindesalter bedeutet auch das Vermeiden von aufregenden Aktivitäten vor dem Einschlafen wie Fernsehen, familiärer Stress oder Lärm- und Lichtbelästigungen.

Spezielle Therapien richten sich dann nach der schlafmedizinischen Diagnose und können sich über operative Maßnahmen (z.B. Tonsillotomie bei obstruktiven schlafbezogenen Atmungsstörungen) bis hin zur Kinder- und Jugend-Psychotherapie (z.B. paradoxe Insomnie) erstrecken.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:
Dr. Bernhard Hoch
Josefinum
Krankenhaus für Kinder und Jugendliche
Kapellenstr. 30, 86154 Augsburg
E-Mail: Hoch.Bernhard@josefinum.de
Telefon: 0821-2412 444

Red.: Riedel

Der besondere Fall ●●●

Abdominelle Raumforderung bei einem 4-jährigen Mädchen mit rezidivierenden Bauchschmerzen

Rezidivierende Abdominalbeschwerden gehören zu den häufigen Vorstellungsgründen in der Praxis des Kinder- und Jugendarztes. In der überwiegenden Mehrzahl handelt es sich um funktionelle Beschwerden, d.h. es findet sich keine organische Ursache. Wie der folgende Fallbericht zeigt, besteht die schwierige Aufgabe des Kinder- und Jugendarztes darin, schwerwiegende Erkrankungen nicht zu übersehen, ohne eine Vielzahl an Kindern durch unnötige Diagnostik zu belasten.

Fallbericht:

Vorstellung wegen rezidivierender Fieberepisoden und Bauchschmerzen von wechselnder Intensität und Lokalisation. Kein Zusammenhang mit der Zufuhr bestimmter Nahrungsmittel wie z.B. Laktose oder Fruktose. Stuhlgangsfrequenz und -konsistenz wechselhaft. Beide Eltern und Bruder gesund, keine Vorerkrankungen.

Untersuchungsbefund: 118 cm (P.50), 18 kg (P.10), Abdomen weich ohne tastbare Resistenzen.

Sonographie (Abb. 1): Zystische Raumforderung retrovesikal mit ca. 3 cm Durchmesser. Unauffällige Darstellung von Blase, Nieren, Leber, Milz. Reichlich Luftüberlagerung.



Abb. 1: Zystische Struktur retrovesikal im Unterbauchquerschnitt

Verlauf: Vorstellung in der Kinderchirurgie des Klinikums Dritter Orden (Prof. S. Kellnar). Dort Durchführung von Sonographie sowie MRT des Abdomens (OÄ Dr. Hiener) und Bestätigung des Befundes. Anschließend operative Entfernung und histologische Aufarbeitung (Praxis Drs. Dienemann/Hoelzl/Eisenlohr, München):

Diagnose:

Reifes Steißbeinteratom (Typ IV)

Diskussion

Trotz der hohen Prävalenz von Bauchschmerzen im Kindes- und Jugendalter existieren keine evidenzbasierten Leitlinien zur Diagnostik, an denen sich der Kinder- und Jugendarzt im täglichen Alltag orientieren könnte. Eine 2005 publizierte Stellungnahme der American Academy of Pediatrics (AAP) musste leider schlussfolgern, dass „nach einer sorgfältigen Evaluation der Literatur kein Evidenz-basierter Algorithmus hierzu produziert werden konnte“ (1). Die AAP empfiehlt daher zusätzlich zu Anamnese und körperlicher Untersuchung nur die Testung auf okkultes Blut, solange die in Tabelle 1 genannten Warnsignale nicht vorliegen. Die Autoren weisen insbesondere darauf hin, dass der Nutzen von Laboruntersuchungen oder der Sonographie zur Abklärung chronischer Bauchschmerzen wissenschaftlich nicht belegt ist. Auch kann aus unserem Einzelfall sicher keine allgemeingültige Empfehlung zur Notwendigkeit einer Sonographie bei Kindern mit rezidivierenden Bauchschmerzen abgeleitet werden. Letztendlich bleibt in unserem Fall auch unklar, ob die beschriebenen Bauchschmerzen oder Stuhlunregelmäßigkeiten in einem Kau-

- Gewichtsverlust oder Wachstumsstillstand
- gastrointestinaler Blutverlust
- chronisches Erbrechen oder Durchfall
- unklares Fieber
- Lokalisation der Schmerzen im rechten Ober- oder Unterbauch
- positive Familienanamnese für chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- perianale Veränderungen (z.B. Fisteln)
- Organomegalie oder tastbare Resistenzen bei der abdominalen Untersuchung



Dr. Stefan Razeghi

Tab. 1: Warnsignale für eine organische Bauchschmerzursache nach (1)

salzusammhang mit dem Teratom standen oder es sich um einen Zufallsbefund handelt. Die Möglichkeit der frühzeitigen Diagnose eines abdominalen Tumors spricht aber für eine großzügige Indikationsstellung zur Sonographie.

Wenn man sich zur Durchführung der Sonographie entschließt, müssen pathologische Raumforderungen eindeutig von Normalbefunden abgegrenzt werden. Wie auch in unserem Fall können retrovesikale Strukturen auf den ersten Blick z.B. mit einem Stuhl-gefüllten Rektum verwechselt werden (3). Abbildung 2 zeigt, dass letzteres gut im Längsschnitt unterschieden werden kann, da sich ein Stuhl gefülltes Rektum tubulär (und auch echo-reicher) darstellt. Im Zweifelsfall kann auch die Sonographie nach Entleerung des Rektums mittels Klysmas hilfreich sein.

Das hier beschriebene Steißbeinteratom gehört in die Gruppe der Keimzelltumoren. Die meisten Steißbeinteratome sind äußerlich sichtbar und werden daher unmittelbar nach der Geburt oder bereits pränatal diagnostiziert. Etwa 10% der Tumoren sind aber auf das kleine Becken begrenzt und, wie auch bei unserer Patientin, äußerlich nicht sichtbar (Typ IV, s. Abb. 3) (2). Sie werden daher häufig erst im Kindesalter, selten auch erst beim Erwachsenen diagnostiziert (4). Durch Kompression von Rektum oder Blase können sie zu Stuhl- oder Harnentleerungsstörungen führen, oder aber auch asymptomatisch bleiben (2,4). Der Großteil der im Kindesalter diagnostizierten Steißbeinteratome ist reif, d.h. nicht maligne. Mit zunehmendem Alter bei Diagnosestellung steigt aber das Malignitätsrisiko an (2,4). Wie auch in unserem Fall ist die Therapie des reifen Teratoms die vollständige chirurgische Entfernung. Regelmäßige Kontrollen sind notwendig, um mögliche Lokalrezidive zu erfassen, welche in etwa 10% der Fälle auftreten (2).

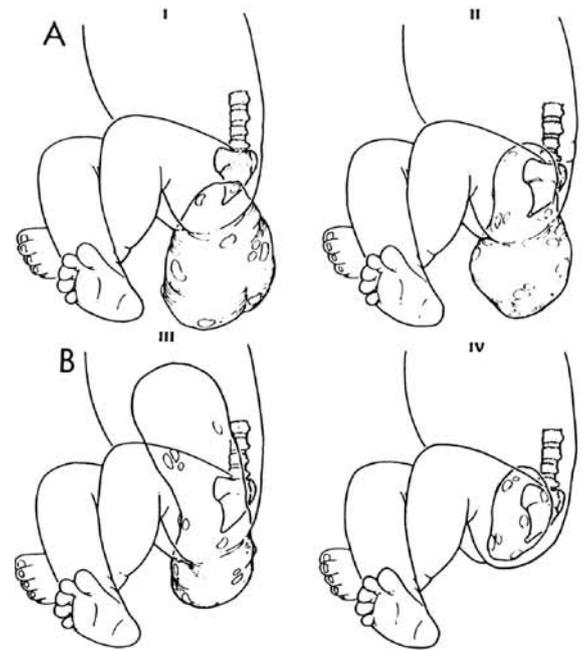


Abb. 3: Einteilung der Steißbeinteratoma nach Altman (nach 2). Unser Fallbericht entspricht dem ausschließlich intraabdominellen Typ IV.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:

Dr. Stefan Razeghi
Praxis für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Kindergastroenterologie
Schlierseerstr. 1, 83714 Miesbach
Kindergastroenterologische Ambulanz
Kinderklinik 3. Orden, München
E-Mail über PädInform

Red.: Christen

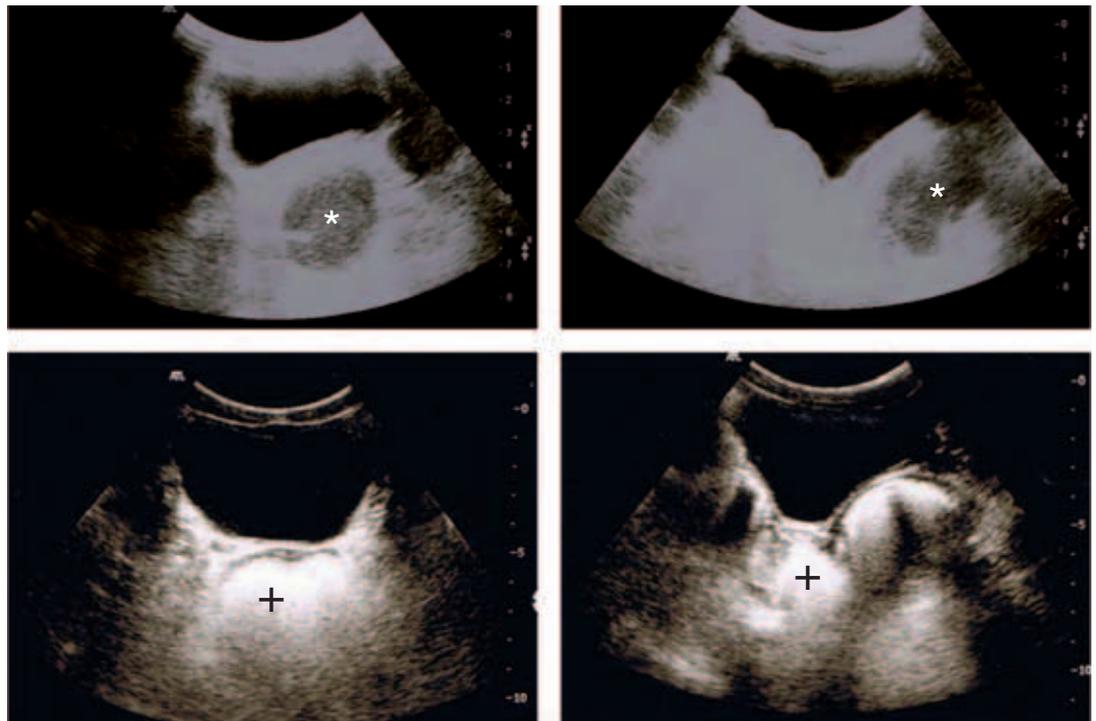


Abb. 2: Bei der Darstellung in 2 Ebenen stellt sich das Teratom (*) kugelförmig (oben), das Stuhlgefüllte Rektum (+) tubulär (unten) dar.

Welche Diagnose wird gestellt?

Julia Grothaus und Peter H. Höger

Anamnese

Ein 5-jähriger Junge wird wegen einer seit seiner Geburt bestehenden Haaranomalie im Bereich des Capillitiums vorgestellt. Er ist das zweite Kind gesunder Eltern, kam mit einem Geburtsgewicht von 4.140 g spontan nach unauffälligem Schwangerschaftsverlauf zur Welt.

Untersuchungsbefund

Altersgerecht entwickelter, 5-jähriger Junge in gutem Allgemeinzustand. Capillitium zu 2/3 mit stark gewelltem, mittelbraunem Haarbesatz. Im zentralen parietalen Bereich langes, dunkelbraunes Haar, ungewellt. Striäre Hypopigmentierung im Bereich des dorsalen Oberschenkels rechts. Altersgerechte neurologische Entwicklung. Herztöne rein, Herzaktion regelrecht.



Abb.: Capillitium zu 2/3 mit stark gewelltem, mittelbraunem Haarbesatz. Im zentralen parietalen Bereich langes, dunkelbraunes Haar, ungewellt.

Wie lautet die Diagnose?

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@kkh-wilhelmstift.de

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

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

Die Herstellerinformationen innerhalb der Rubrik „Nachrichten der Industrie“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“ (V.i.S.d.P. Christiane Kermel, Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck).

Druckauflage 12.600

lt. IVW I/2013

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **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.

Diagnose: Wollhaarnaevus

Aufgrund der Anamnese und des eindrucksvollen klinischen Bildes konnte die Diagnose eines Wollhaarnaevus gestellt werden. Die Ergebnisse einer humangenetischen Untersuchung sowie der empfohlenen Echokardiographie stehen noch aus.

Mit „Wollhaar“ werden verschiedene Haarschaftanomalien bezeichnet, die durch dünnes und stark gelocktes Haar gekennzeichnet sind. Das Haar in den betroffenen Kopfhautarealen ist kürzer, da es langsamer wächst und brüchiger ist als das nicht betroffene Haar. Lichtmikroskopisch werden z.T. knotige Auftreibungen des Haarschaftes (Trichorrhexis nodosa) beobachtet. Das Symptom kann isoliert, naevoid oder im Rahmen syndromaler Erkrankungen auftreten:

- Wollhaar als isoliertes Symptom unterliegt einem autosomal-rezessiven oder einem autosomal-dominanten Erbgang. Dabei ist das gesamte Haupthaar betroffen (1,2). Der dominant vererbten Form liegt eine Mutation des Keratin-Gens *KRT74* (Chromosom 12q13.13) zugrunde (3).
- Naevoid wie im vorliegenden Fall (Wollhaarnaevus). Dabei ist nur ein unterschiedlich großes Areal betroffen. Das betroffene Haar ist heller, wesentlich stärker gelockt und kürzer als das nicht betroffene Areal (1). Die Manifestation erfolgt bei Geburt oder im Verlauf der ersten beiden Lebensjahre. Der Wollhaarnaevus ist in bis zu 50% der Fälle mit linearen, epidermalen oder pigmentierten Naevi assoziiert, die sich meist im Bereich des Nackens oder der Arme befinden.
- Im Rahmen syndromaler Erkrankungen (4): Assoziationen mit einer Kardiomyopathie sind bei der Naxos-Erkrankung (zusammen mit palmoplantarer Hyperkeratose, Plakoglobulin-Mutation), dem Carvajal-Syndrom (klinisch wie Naxos-Disease, Mutation des Desmoplakin-Gens) und dem cardiofa-

ciocutanen Syndrom bekannt. Auch Assoziationen mit der Incontinentia pigmenti oder Fehlbildungen des Auges wurden beschrieben.

Diagnostik

Die Diagnose eines Wollhaarnaevus kann nach ausführlicher Anamnese und klinischer Untersuchung sowie Haarschaft-Mikroskopie gestellt werden. Zur Bestätigung kann eine humangenetische Untersuchung erfolgen. Eine kinder-kardiologische Untersuchung ist empfehlenswert.

Prognose

Im Laufe der Zeit dunkeln manchmal die Haare im Wollhaarnaevus nach und werden weniger kraus.

Literaturangaben

1. Hutchinson PE, Cairns RJ, Wells RS. Woolly hair: clinical and general aspects. *Trans St. John's Hosp Derm Soc* (1974); 60: 160-177
2. Reda AM, Rogers RS 3rd, Peters MSI. Woolly hair nevus. *J Am Acad Dermatol.* 1990; 22: 377-80
3. Shimomura Y, Wajid M, Petukhova L et al. Autosomal-dominant woolly hair resulting from disruption of keratin 74 (*KRT74*), a potential determinant of human hair texture. *Am J Hum Genet* 2010; 86: 632-638
4. Petukhova L, Shimomura Y, Wajid M et al. The effect of inbreeding on the distribution of compound heterozygotes: a lesson from lipase H mutations in autosomal recessive woolly hair/hypotrichosis. *Hum Hered* 2009; 68: 117-130

Julia Grothaus
Abt. Pädiatrische Dermatologie/Allergologie
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg

Red.: Höger

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Häufigkeit des arteriellen Hypertonus bei Kindern

Prehypertension and Hypertension in Community-Based Pediatric Practice

Lo CL, Sinaiko A, Chandra M et al., *Pediatrics* Vol. 131, e415 - e424, Februar 2013

Ziel der Studie war es, die Prävalenz des arteriellen Hypertonus bei Routine-Untersuchungen in der pädiatrischen Praxis zu untersuchen. Bei Kindern und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren wurden bei Routinevorstellungen Blutdruck, Größe und Körpergewicht bestimmt. Der Blutdruck wurde klassifiziert in: <90. Perzentile: normal, 90.–94. Perzentile: Prähypertension, drei Messungen > 95. Perzentile: Arterieller Hypertonus. Es wurden 199.513 Kinder (24.3% 3–5 Jahre, 34.5% 6–11 Jahre, 41.2% 12–17 Jahre) untersucht. 81.9% der Teilnehmer waren normotensiv, 12.7% hatten eine Prähypertension, 5.4% (n=10.848) einen arteriellen Hypertonus. Bei 3.8% wurde dieser auch in zwei weiteren ambulanten Untersuchungen bestätigt. Damit betrug die Häufigkeit des arteriellen Hypertonus 3,8 %. Höheres Alter und Body Mass Index waren signifikant mit dem Auftreten eines arteriellen Hypertonus verbunden. Die Häufigkeit des arteriellen Hypertonus ist damit niedriger als in vorherigen Schulkohortenstudien.

Kommentar

Diese beeindruckende Kohortenstudie von fast 200.000 Kindern zeigt, dass die Häufigkeit des arteriellen Hypertonus bei Kindern (zumindest in den USA) nur bei 3,8% liegt. Bei ca. 10 Millionen Kindern in Deutschland würde das aber eine absolute Häufigkeit von 380.000 Kindern und Jugendlichen mit arteriellem Hypertonus bedeuten. Der arterielle Hypertonus bei Kindern ist sicherlich weiterhin deutlich unterdiagnostiziert und unterbehandelt. Eine Blutdruckmessung und ein Abgleich des arteriellen Hypertonus mit den aktuellen Perzentilen sollten daher unbedingt erfolgen. Dies lässt sich mit verschiedenen erhältlichen APPs für Smartphones deutlich erleichtern. Die Assoziation aus BMI und arteriellem Hypertonus bestätigt auch die häufigste Ursache in der

Praxis: Das Übergewicht. Leider sind Lebensstiländerungen aber schwierig umsetzbar, und häufig werden dann (zumindest passager) auch bei adipösen Kindern Antihypertensiva eingesetzt.

(Lars Pape, Hannover)

Medizinische Seitenblicke: Ist es heute noch möglich, ein Experte zu sein?

On the Impossibility of Being Expert

Fraser AG, Dunstan FD, *BMJ* 341: p. c6815, Dezember 2010

Als Experten werden Menschen bezeichnet, die sich auf Grund ihrer Tätigkeiten besondere Kenntnisse erworben haben. Ärzte gelten als Experten im Gesundheitswesen. Sie haben die Pflicht sich fortzubilden, um ihren Expertenstatus zu erhalten und up-to-date zu bleiben. Wie ist es heute noch möglich, junge Ärzte heranzubilden und das Wissen der Älteren zu erhalten? Etwa 25.000 wissenschaftliche, technische und medizinische Zeitschriften werden aktuell bei steigender Tendenz herausgegeben (stm report 2009). Allein PubMed, eine Datenbank der amerikanischen National Library of Medicine, enthält mehr als 20 Millionen Literaturhinweise. Kann bei dieser nicht mehr zu bewältigenden Datenflut noch von Ärzten als Gesundheitsexperten gesprochen werden? Fraser und Dunstan haben mit ihrer Studie die These aufgestellt, dass es bei der heutigen Informationsflut unmöglich ist, noch ein Experte zu sein. Sie versuchen dies am Beispiel eines kleinen Fachgebietes, der Bildgebung in der Kardiologie, zu belegen [1].

Methoden: Die Autoren suchten in der Datenbank der US National Library of Medicine (PubMed, 1966 bis 12. September 2010) nach Literaturhinweisen zur diagnostischen Bildgebung in der Kardiologie mit unterschiedlichen Suchstrategien. Zunächst wurden alle Literaturhinweise bis 2010 unter dem Stichwort „Echocardiography“ (Strategie 1) gesucht (113.976 Hinweise), dann wurde die Suche schrittweise eingeschränkt auf „Echocardiography“ (Strategie 2) als Medical Subject Heading (MESH) (84.689 Hinweise), dann als Strategie 3 (34.577 Hinweise) auf „Echocardiography“ als „Hauptstichwort“ (Main Topic) und weiter als Strategie 4 auf „Echocardiography“ beschränkt auf „Human controlled Trials“ (457 Hinweise, 23 Hinweise in 2009). Alle Publikationen, die sich als Strategie 5 auf das „cardiovascular system“ und auf multi-modales Imaging (Textwort „multimodal imaging“) bezogen, summierten sich auf 109.604 Hinweise (7.083 Hinweise in 2009). Zuletzt ergab die Suchstrategie 6 mit „cardiovascular system“ oder „cardiovascular disease“ und einer der „multimodal imaging“ Modalitäten, zitiert als „Hauptstichwort“ und auf „human“ begrenzt, 40.496 Literaturhinweise (2.226 Hinweise in 2009). Das Konzept des „multimodal imaging“ schloss die „Single Photon Emissions Computed Tomography“ (SPECT), „Positron Emissions Tomography“ (PET), die „Magnetic Resonance Tomography“ (MRT), die „Computed Tomography“ (CT), die Koronarangiographie und die kardiale Ultraschalluntersuchung ein.

Ergebnisse: Ein Anfänger in den bildgebenden kardiologischen Untersuchungstechniken müsste, wenn er die bereits vorhandene Literatur lesen wollte (Voraussetzung Lesen einer Publi-

kation alle 10 Minuten über 8 Stunden pro Tag, an fünf Wochentagen und über 50 Wochen pro Jahr), nach den Berechnungen der Autoren 11 Jahre und 124 Tage lesen, um die wissenschaftliche Vergangenheit zur Kenntnis zu nehmen. In dieser Zeit wären aber wenigstens 82.142 neue Publikationen erschienen, was weitere 8 Jahre und 78 Tage ununterbrochener „Lese Freude“ ausmachen würde. Wenn ein Anfänger in der bildgebenden Kardiologie nur die wichtigsten Studien der Strategie 3 (alle Publikationen zu Echokardiographie als Hauptthema) läse, würde er mehr als vier Jahre, bei Strategie 6 mehr als 5 Jahre benötigen. Um sich up-to-date zu halten, müsste er 30 Publikationen pro Woche über Echokardiographie und 43 Publikationen pro Woche über multimodales Imaging lesen. Eine Suchstrategie, die sich nur auf evidenzbasierte Ergebnisse bezöge, wäre in dieser Subspezialität zum Scheitern verurteilt. Zwischen 2000–2009 wurden pro Jahr nur 26 kontrollierte klinische Studien veröffentlicht (Suchstrategie 4). Diese Zahl blieb konstant. Sie entspricht 2% aller Publikationen mit Echokardiographie als Haupt-Suchwort und 0,5% aller Publikationen zur Echokardiographie.

Schlussfolgerungen: Es bedarf neuer Strategien, um mit der Informationsflut umgehen zu können. Das Internet ermöglicht einen direkten und effizienten Zugang zu den aktuellen relevanten Daten jedes medizinischen Fachbereiches, zu Meta-Analysen, systematischen Reviews und den Leitlinien der einzelnen Fachgesellschaften.

Kommentar

Angesammeltes Wissen verfällt mit der Beendigung der Ausbildung. Sackett nennt dies die „slippery road of declining clinical competence“ [2]. Wissen muss gepflegt und neuen Erkenntnissen angepasst werden. Trotz aller Bemühungen „up-to-date“ zu bleiben, vergrößert sich aber der Abstand zwischen dem, was wir noch lernen können, und dem, was wir wissen. Es ist heute unmöglich, die Übersicht selbst über einen kleinen Fachbereich zu behalten, wie Fraser und Dunstan gezeigt haben. Wie lassen sich der Wissenserwerb und der Wissenserhalt so optimieren, dass Patienten die bestmögliche Betreuung erhalten und dass Ärzte Antworten auf ihre täglichen Fragen finden? Stinson und Mueller führten 1980 eine Studie zu den Fortbildungsbedürfnissen und -gewohnheiten amerikanischer Ärzte durch [3]. Die Nutzung verschiedener Informationsquellen unterschied sich nach dem Lebensalter, der Art der Praxis, dem Fachbereich, dem Standort der Praxis und der Größe des Krankenhauses. Als häufigste Form der Fortbildung wurde die Lektüre der einschlägigen Literatur genannt, danach die Diskussion im Kollegenkreis. Die einzelnen Ärzte verbrachten jährlich etwa 5 bis 10 Stunden bei regionalen und 10 bis 15 Stunden bei landesweiten Ärztetreffen, wahrscheinlich zu wenig angesichts der Flut an Informationen.

Das Problem, häufig auftretende Fragen in der täglichen Praxis auch beantworten zu können, wurde bereits vor mehr als 20 Jahren erkannt [2]. Richard Smith, der Editor des British Medical Journal, verweist in seinem Artikel „Strategies for coping with Information Overload“ auf Sackett, der damals ausgerechnet hatte, dass, um alleine in der Inneren Medizin auf dem Laufenden zu bleiben, täglich 17 Publikationen an allen 365 Tagen des Jahres gelesen werden müssten [4]. Dabei stellte Sackett fest, dass gerade fertige junge Ärzte gar nicht lesen, ältere Ärzte etwa 30 Minuten pro Tag und 40% der älteren Ärzte gar nicht.

Ärzte sind heute mehr denn je auf die Nutzung von Datenbanken und auf die in ihnen gespeicherten Meta-Analysen, systema-

tischen Reviews und Leitlinien angewiesen, um in der Praxis rationale, auf Evidenz basierende Entscheidungen treffen zu können. Eine Unterstützung für diese These findet sich bei Antman et al., die zum Beispiel zeigen konnten, dass die Expertenmeinung im Vergleich zu den Ergebnissen randomisierter Studien bei der Behandlung eines Myokardinfarkts in der Bewertung schlechter abschneidet [5].

Wenn auch Expertenmeinungen hinterfragt werden sollten, so ist es auch heute noch möglich, ein Experte zu werden oder ein Experte zu sein. Der Begriff des „Experten“ bedarf einer zeitnahen Erwartungshaltung und Interpretation. Ein medizinischer Experte, selbst für ein kleines Fachgebiet, kann heute nicht mehr alles wissen und auch schon gar nicht alles gelesen haben, wie die Autoren glaubhaft zeigen konnten [1]. Als „Experte“ mag vielleicht der gelten, der jahrelange, reflektierte Erfahrungen in seinem Fachgebiet mit Kenntnissen in der Literatur, der Literaturrecherche und dem Umgang mit aktuellen Edge-Informationen (z.B. Case Reports, Meta-Analysen und systematischen Reviews in unterschiedlichen Datenbanken wie z.B. Medline, Cochrane, TRIP) verbinden und so auf aktueller Evidenz basierende Antworten auf die täglichen Fragen seines Fachgebietes im Interesse seiner Patienten finden kann.

Literaturzitate über den Autor: juergen.hower@googlemail.com

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

Prospektive Studie von kindlichem ADHS

Mortality, ADHD, and Psychosocial Adversity in Adults with Childhood ADHD: A Prospective Study

Barbaresi WJ, Colligan RC, Weaver AL et al., *Pediatr* 131, 637-644, April 2013

Diese prospektive Untersuchung aus Rochester/USA hatte zum Ziel, das Langzeitoutcome von Kindern mit ADHS zu erfassen, das im Mittel im Alter von 10.4 Jahren diagnostiziert worden war. Zielgrößen waren dabei ein fortbestehendes ADHS und andere psychische Störungen im Erwachsenenalter sowie die Mortalität.

In einer Geburtenkohorte (n=5718) wurden alle im Kindesalter mit ADHS diagnostizierten Probanden (n=367) mit einer randomisierten Stichprobe der Kohorte ohne ADHS-Diagnose (n=335) verglichen. Mittels eines strukturierten diagnostischen Interviews nach DSM-IV TR und ICD-10 Kriterien wurden diverse psychische Auffälligkeiten erfasst und ein Algorithmus für die ADHS-Diagnostik im Erwachsenenalter entwickelt. Zudem wurde die Mortalität bestimmt und detailliert erfasst, wie die Probanden zu Tode gekommen waren (Unfälle und Suizide vs. andere Gründe). Daneben wurden Daten zu Gefängnisstrafen als Indikator für die soziale Adaptation erhoben.

Die ADHS persistierte im Erwachsenenalter bei 29.3% (95%-CI, 23.5-35.2%) der in der Kindheit diagnostizierten Probanden, die im Mittel mit 27 Jahren nachuntersucht werden konnten

(n=232). Für die Gruppe der Betroffenen fanden sich zudem häufiger eine oder mehrere zusätzliche psychische Störungen als in der Kontrollgruppe (56.9 vs. 34.9%, OR 2.6, 95%-CI 1.8-3.8, $p < .01$). Hierbei dominierten Alkoholabhängigkeit, Störungen des Sozialverhaltens und andere substanzgebundene Süchte. Nur 37.5% der Kindheitsfälle wiesen als Erwachsene weder eine ADHS noch eine andere psychische Störung auf. Geschlechtsunterschiede im Outcome zeigten sich nicht. In der Gruppe der Probanden mit ADHS in der Kindheit fanden sich zudem vermehrt Todesfälle durch Suizid sowie auch Inhaftierungen.

Kommentar

Schätzungen der Langzeitmorbidität für die Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung geben 6 bis 66% Persistenz ins Erwachsenenalter an, wobei sich die meisten Zahlen auf Inanspruchnahmepopulationen von spezialisierten Zentren beziehen. Die populationsbasierte Studie von Barbaresi und Kollegen zeigt

eine Persistenz bei fast einem Drittel der Fälle und weitere Risiken für den Entwicklungsverlauf auf. Wohl das bemerkenswerteste Resultat ist die insgesamt hohe Rate psychischer Erkrankungen und Komorbiditäten bei Erwachsenen nach ADHS-Diagnose in der Kindheit: Die Mehrzahl der Betroffenen bzw. 62.5% haben später zumindest eine psychiatrische Diagnose, was das hohe Entwicklungsrisiko einer kindlichen ADHS unterstreicht, auch wenn sich diese selbst „auswächst“.

Solche Studienergebnisse bedeuten für die klinische Praxis, dass gerade im Jugendalter, wo die Compliance der ADHS-Patienten für Arztbesuche und störungsspezifische Interventionen oft nachlässt, nicht nur fortbestehende Symptome, sondern auch andere psychische Beeinträchtigungen in den Fokus der Betrachtung und Betreuung gestellt werden sollten. Essentiell ist die rechtzeitige Motivierung und Überleitung in eine erwachsenenpsychiatrische Behandlung.

(Carola Bindt, Hamburg)

● Pädindex

Infektionsschutzgesetz

Das Infektionsschutzgesetz wurde revidiert (<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/ifsg/gesamt.pdf>). Mit in die Liste meldepflichtiger Krankheiten wurden neu Mumps, Pertussis, Röteln (die *Rötelnembryopathie* war bereits meldepflichtig) und Varizellen aufgenommen. Damit soll es zukünftig besser möglich sein, Erfolg (oder Misserfolg) der entsprechenden Impfprogramme zu dokumentieren, um ggf. gezielte Maßnahmen ergreifen zu können. Soweit die Theorie. Diese neue Meldepflicht ist sehr zu begrüßen, jedoch steckt der Teufel wie so oft im Detail. Denn: Krankheitsverdacht, Erkrankung und Tod an den genannten Krankheiten sind namentlich zu melden (durch behandelnde Ärztin oder Arzt) wie auch der jeweilige Erregernachweis (durch das Labor). Problematisch dabei ist, dass weder Mumps noch Röteln oder gar Pertussis immer nur klinisch zu diagnostizieren sind, sondern dass der Einsatz mikrobiologischer Nachweisverfahren (Erregernachweis, z.B. mittels PCR, oder Antikörpertests) erforderlich ist und die Verfahren nicht immer standardisiert sind (z.B. Pertussisserologie). Durchbruchvarizellen bei geimpften Personen können mitigiert verlaufen und erfordern ein hohes Maß an Aufmerksamkeit von Ärztin und Arzt. Das gleiche gilt für den Verdacht auf Pertussis, welcher bei jedem anhaltenden Husten ohne Besserungstendenz unabhängig vom Impfstatus des betroffenen Patienten besteht. Nicht jede Parotitis ist Mumps. Es bleibt abzuwarten, in welcher Häufigkeit diese Krankheiten nun in Deutschland gemeldet werden und wie sich diese Zahlen im Vergleich zu bislang regional oder in Sentinelsystemen erhobenen Daten interpretieren lassen.

Varizellen Langzeit-schutz

Apropos Varizellen. Baxter und Kollegen aus den USA haben kürzlich die Ergebnisse einer 14 Jahre dauernden Langzeitstu-

die veröffentlicht (Pediatrics 2013;131:e1389). Seit 1995 ist die Varizellenimpfung ab dem Alter von 12 Monaten in den USA empfohlen, zunächst mit 1 Dosis, seit Sommer 2006 mit 2 Dosen. Im Kaiser Permanente Gesundheitssystem in Nordkalifornien (welches Sie wahrscheinlich u.a. auch aus der berühmten Zulassungsstudie des ersten Pneumokokken-Konjugatimpfstoffs kennen: Black S et al., *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:187-95) wurden 7585 gegen Varizellen geimpfte Kinder (davon 2826 mit 2 Dosen) bis 2009 prospektiv im Hinblick auf Auftreten von Varizellen und Herpes Zoster beobachtet. Die wesentlichen Erkenntnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1) die Gesamtinzidenz an Varizellen betrug 15,9 (pro 1000 Personen-Beobachtungsjahre) und betrug somit nur noch 1/10 derjenigen vor Einführung des Impfprogramms – keine Überraschung, sondern der zu erwartende Impferfolg,

2) es fand sich kein Anhalt für nachlassenden Impfschutz im Laufe der Zeit – das ist überraschend und widerspricht früheren Studien, in welchen nachlassender Impfschutz nach 1 Impfdosis gezeigt wurde (Chaves et al., *N Engl J Med* 2007;356:1121-9); eine mögliche Erklärung ist, dass durch relativ hohe Impfkzeptanz im Kaiser Permanente Gesundheitssystem der Rückgang an Varizellen zu einer Herdenprotektion geführt hat, welche selbst bei nachlassendem Impfschutz Durchbruchinfektionen mangels Exposition verhindert,

3) keines der 2826 zweimal geimpften Kinder erkrankte an Varizellen – erfreulich, aber für eine solide Aussage zum Langzeitschutz war die Beobachtungszeit noch zu kurz,

4) das Risiko für Herpes Zoster in dieser Kohorte geimpfter Kinder war um ca. 40% geringer als bei Gleichaltrigen vor Einführung des Impfprogramms – das ist beruhigend und ein wichtiges Argument gegenüber impfkritischen bzw. -skeptischen Patienten und deren Eltern.



Impfforum

Diese Ergebnisse sollten uns zuversichtlich stimmen, dass auch das Varizellenimpfprogramm in Deutschland nachhaltigen Erfolg mit sich bringen wird (siehe auch den Beitrag dazu im letzten Impfforum).

Rotavirus-Impfung in aller Munde

Das ist bildlich gesprochen, nicht wortwörtlich gemeint. Vor einiger Zeit wurde die obere Altersgrenze für die Komplettierung der Impfserie eines der beiden Rotavirusimpfstoffe (Rotateq®, 3 Dosen) auf 32 Wochen erhöht; das andere Produkt (Rotarix®) erfordert 2 Dosen, welche bis zum Alter von 24 Wochen verabreicht sein müssen. Diese Altersspannen erleichtern die Umsetzung der kompletten Impfserie. Dennoch sollte es Ihr Ziel sein, so früh wie möglich (ab Alter 6 Wochen) die Impfserie zu beginnen und sie auch so früh wie möglich abzuschließen. Einerseits, weil dies logischerweise auch den möglichst frühen Schutz des Säuglings mit sich bringt, andererseits aber auch im Hinblick auf ein möglichst geringes Invaginationrisiko – ob koinzidierend oder, weniger wahrscheinlich, kausal mit der Rotavirusimpfung verknüpft. Interessant ist in diesem Zusammenhang der Bericht einer deutschen Arbeitsgruppe (Jenke et al., <http://www.kenes.com/esp/2012/abstracts/>), welcher am Jahreskongress der ESPID letztes Jahr vorgestellt wurde. Demnach wurden dem Paul-Ehrlich Insti-

tut in den Jahren 2006 bis 2010 27 Fälle von Invaginationen im zeitlichen Zusammenhang mit Rotavirusimpfung gemeldet. Dabei war in den ersten 7 Tagen nach 1. Impfdosis im Alter von 4-6 (!) Monaten das relative Risiko für eine Invagination um den Faktor 4.6 (Rotarix®; 95% Vertrauensbereich: 1.5-10.7) bzw. 5.8 (Rotateq®; 95% VB: 1.2-17.1) gegenüber dem zu erwartenden Spontanrisiko erhöht. In der Gesamtanalyse – Tag 1-7 nach allen Rotavirusimpfdosen insgesamt – ergab sich kein erhöhtes Risiko, so dass wie so oft ein Triggereffekt anzunehmen ist und kein absolut erhöhtes Risiko für Rotavirus geimpfte Säuglinge nachweisbar ist. Was heißt das für die Praxis? Wenn möglich, wie eingangs erwähnt, frühzeitig impfen und dem vulnerablen Zeitfenster (Alter 4-6 Monate) möglichst aus dem Weg gehen, wenn dies planbar ist.

Influenzaimpfung in der Schwangerschaft

Zum Schluss noch ein Motivationsargument, Schwangeren die empfohlene Influenzaimpfung im Herbst naheulegen: eine retrospektive Analyse der Influenzaimpfung (A/H1N1/2009) von schwangeren Frauen in den USA ergab im Vergleich zu nicht geimpften Schwangeren weniger Frühgeburten (7.6% vs. 12.1%) und weniger untergewichtige Neugeborene (6.4% vs. 8.8%; Richards et al., *Clinical Infectious Diseases* 2013;56:1216-22) – ob das Skeptikerinnen überzeugt?

Red.: Christen

Prof. Dr. Ulrich Heininger
Universitäts-Kinderhospital beider Basel (UKBB), Basel (Schweiz)

Postpartale Konjunktivitis-Prophylaxe

**CONSILIUM
INFECTORUM**

Dr. rer. nat.
Herminia Mino
de Kaspar

Frage:

Es geht um ein Neugeborenes, bei dessen Mutter und deren Partner während der Schwangerschaft wiederholt Chlamydien nachgewiesen und mehrfach behandelt wurden.

- In den gynäkologischen Leitlinien wird offensichtlich noch immer zur postpartalen Konjunktivitis-Prophylaxe mit Silbernitratlösung geraten. Meines Erachtens wäre die Azithromycin-Gabe (2 x täglich über 3 Tage?) wesentlich schonender und mindestens gleich effektiv. Ist dies richtig?
- Gibt es Indikationen für eine systemische Erythromycin-Gabe beim Neugeborenen?

Antwort:

Chlamydia trachomatis ist derzeit der häufigste Erreger einer Konjunktivitis bei Neugeborenen und für 50–75 % aller Fälle verantwortlich. Eine Konjunktivitis durch Gonokokken ist heutzutage in Industrieländern erfreulicherweise sehr selten.¹

Eine Neugeborenenkonjunktivitis durch *Chlamydia trachomatis* manifestiert sich in der Regel etwa eine Woche nach der Geburt mit einem mukösen Sekret, einer Hyperämie der Bindehaut und im weiteren Verlauf mit einer putriden Bindehautsekretion. Häufig entwickeln die betroffenen Kinder auch eine durch Chlamydien-verursachte Pneumonie.¹

Eine Therapie mit Azithromycin 1,5 % Augentropfen 2 x täglich über 3 Tage ist eine sinnvolle und wirksame lokale Therapie einer Chlamydien-verursachten Konjunktivitis.² Eine Silbernitrat-Prophylaxe ist in dieser Hinsicht nicht erfolgversprechend.³

Bei Neugeborenen wird eine durch Chlamydien verursachte Konjunktivitis auch zusätzlich mit systemischen Antibiotika behandelt, da eine Lokalthherapie nicht ausreicht, um eine erwartete systemische Infektion zu therapieren. Hier orientiert man sich an dem Therapie-Schema einer durch Chlamydien-verursachten Pneumonie orientiert und über 14 Tage oral mit Erythromycin behandelt.²

Unverzichtbar ist auch die systemische Therapie der Eltern!

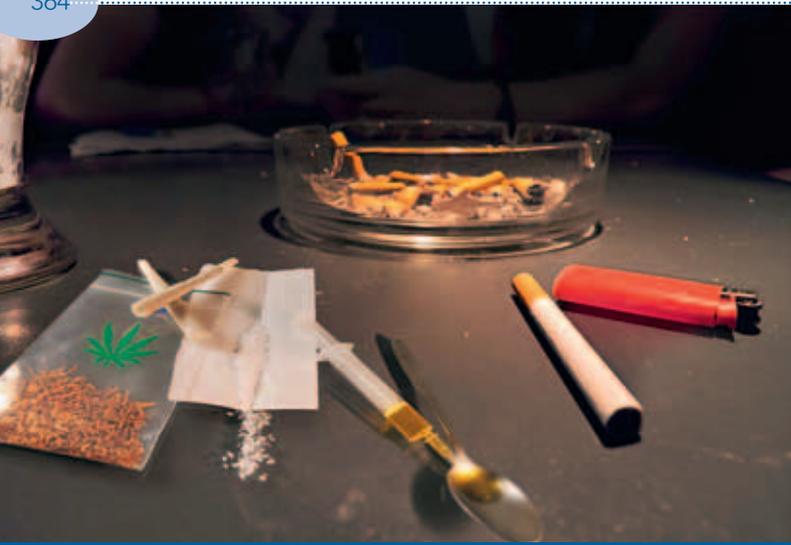
Unverzichtbar ist auch die systemische Therapie der Eltern!

Literatur:

1. Sarlangue J, Castella C. Chlamydia infection in neonates and infants, Arch Pediatr. 2005 Apr;12 Suppl 1:S32-4
2. Tarabishy AB, Jeng BH. Bacterial conjunctivitis: a review for internists, Cleve Clin J Med. 2008 Jul; 75(7):507-12
3. Eder M et al., Normal ocular flora in newborns delivered in two hospital centers in Argentina and Paraguay, Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2005 Nov; 243(11):1098-107

Dr. rer. nat. Herminia Mino de Kaspar
Klinikum der Universität München
Augenklinik und Poliklinik
Mathildenstr. 8
80336 München

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.



Suchtforum

Steckbrief zu: Stechapfel (*Datura suaveolens*) und Engelstropete (*Brugmansia*-Arten)

Chemische Bezeichnung: Tropanalkaloide Atropin, L-Hyoscyamin, Hyoscin (Scopolamin)

Straßennamen(n): Teufelsapfel, Asthmakraut,

Dosierung(en): Tee aus Samen (bis 0,58 % Alkaloidanteil), Blüten (bis 0,61 %), Blättern (bis 0,5 %) oder Früchten (bis 0,66%); selten in Keksen gebäcken;

6 Blüten der Engelstropete verursachen starken Rausch bei 1 Jugendlichen;

bei oraler Aufnahme Wirkung schon nach 10 bis 15 Minuten, aber voller Wirkeintritt z. T. erst nach bis zu 6 Stunden, deshalb große Gefahr des „Nachlegens“ und der Überdosierung mit Vergiftung

Interaktionen: gefährliche Wirkverstärkung mit Alkohol, Phenothiazinen oder Haloperidol

Straßenpreis(e): wächst in Parkanlagen, Fußgängerzonen, Gärten; kostenlos; unterliegt nicht dem Betäubungsmittelgesetz

Erwünschte Wirkung(en): veränderte optische und akustische Wahrnehmungen, Halluzinationen

Unerwünschte Wirkung(en): Tachykardie, Mydriasis, trockene Mundschleimhaut mit heiserer Stimme, gerötete und trockene Haut mit Temperaturerhöhung bis 39 Grad Celsius, motorische Unruhe wechselnd mit Somnolenz und angstbesetzten Halluzinationen = zentrales anticholinerges Syndrom ZAS

Symptome bei Überdosierung: selten zerebrale Krampfanfälle, Koma, Atemlähmung

Nachweismethoden: in den herkömmlichen bedside-Dro-

gentests nicht nachweisbar; Wirkmaximum im Serum nach 1 Stunde, Ausscheidung der Tropanalkaloide größtenteils unverändert über die Nieren mit einer HWZ von 13–38 Stunden, Dauer der Mydriasis bis zu 96 Stunden;

Therapieoptionen akut: wegen der rasch möglichen ZNS-Symptome selten primäre Giftentfernung durch Aktivkohle; bei zerebralen Krampfanfällen kann Physostigminsalizylat (Neostigmin®) in einer Dosis von 0,02–0,04 mg/kg KG langsam i.v. unter Herzfrequenzmonitoring gegeben werden

Therapieoptionen chronisch: es gibt keine chronische Spätfolgen, keine psychische oder körperliche Gewöhnung

Langzeitfolgen: sind nicht bekannt

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

Red.: Christen



Barmer GEK-Vertrag: Wichtiges und Neues im Überblick

Bereits 2008 hat der BVKJ mit der Gmünder Ersatzkasse den ersten Selektivvertrag abgeschlossen. Dieser wurde nach der Fusion mit der Barmer von der neuen Barmer-GEK übernommen. Seit Beginn des Vertrages konnten Kinder- und Jugendärzte in diesem Vertrag ein zusätzliches Honorar von fast 15 Mio. Euro abrechnen. Je Quartal wird derzeit eine Vergütung von über 1,4 Mio. Euro erzielt. Bislang werden jedoch höchstens 1/4 der Möglichkeiten ausgeschöpft. Dies ist Grund für einen Appell des BVKJ-Präsidenten Dr. Wolfram Hartmann und des Geschäftsführers der BVKJ-Servicegesellschaft Klaus Lüft an die Mitglieder, den Vertrag auch zu nutzen. Er wird zum 1. Juli 2013 in wichtigen Punkten verändert.

Ab dem 1.7.2013 übernimmt die Barmer GEK alle neuen Vorsorgen des BVKJ und stellt ihren Mitgliedern das neue Vorsorgeheft zur Verfügung. Rota- und Nasale Influenzimpfung werden übernommen. Neu ist die Vergütung der Übergabe (Transition) eines chronisch kranken jungen Erwachsenen in die nachfolgende medizinische Betreuung.

Folgende Vergütungen wurden vereinbart:

Einschreibepauschale	5,00 €
Paed.Check Geburt (U1)	15,00 €
Paed.Check 0.1 (U 2) bis Paed.Check 16.0 (J2) je	50,00 €
Präventionsrezept	5,00 €
Transitionseinleitung	50,00 €
Rotavirenimpfung	12,00 €
Nasale Influenzimpfung	7,50 €
Nasale Influenzimpfung, 2. Impfung bei Erstimpfung	7,50 €
Nasaler Impfstoff Influenza (je Impfdosis)	24,00 €

Mit diesen Honoraren sind alle ärztlichen Leistungen dieses Vertrages abgegolten – eine zusätzliche Abrechnung – über KV – ist nicht möglich!

Höhere Einschreibequoten nötig

Um die Leistungen des geänderten Vertrages erbringen und abrechnen zu können, ist die Einschreibung der Kinder und Jugendlichen erforderlich. Nach Mitteilung der BARMER GEK sind in den Vertrag bisher nur 25 % der Kinder und Jugendlichen eingeschrieben. Hartmann und Lüft rufen alle Kolleginnen und Kollegen auf, den Vertrag zu unterstützen. Die Ärztinnen und Ärzte müssen sich selbst einschreiben und dafür sorgen, dass auch

ihre Patienten der Krankenkasse eingeschrieben werden.

Wer als Kinder- und Jugendarzt oder -ärztin noch nicht in den BARMER GEK Vertrag eingeschrieben sind, sollte sich schnellstmöglich einschreiben. Teilnahmeerklärungen finden Sie in PädInform im Ordner „Krankenkassenverträge“ unter „BARMER GEK“. „Wenn solche Selektivverträge mit einem deutlichen „Mehr“ an Einnahmen von unseren Mitgliedern nicht bedient werden, haben wir in der Zukunft nur wenig Chancen, dass weitere Kassen mit uns solche von allen politischen Parteien gewollten Selektivverträge abschließen. Nur mit Selektivverträgen ist in Zukunft noch ein spürbares „Mehr“ an Einnahmen für die Praxen zu erzielen“, mahnt Präsident Hartmann

Die Teilnahmeerklärung für Kinder und Jugendliche finden Sie ebenfalls in PädInform. Senden Sie diese bitte im Original (Kopie für Ihre Praxis fertigen) an die Hauptverwaltung der BARMER GEK. Die Familien erhalten dann von der BARMER GEK ein Begrüßungsschreiben sowie das neue Vorsorgeheft zugesandt.

Vermeiden Sie unbedingt Doppelabrechnungen

Die Abrechnung der Leistungen im Vertrag ist nur noch über den Abrechnungsdienstleister des BVKJ-Servicegesellschaft möglich. Die Abrechnung über die Kassenärztlichen Vereinigungen ist ausgeschlossen!

Die gelben Untersuchungshefte können bei den Kindern im Barmer-GEK-Vertrag nicht mehr verwendet werden. Bei diesen Kindern sind nur noch die Vorsorgen nach dem neuen Leistungskatalog möglich.

Wenn eine Früherkennungsuntersuchung bereits in der Regelversorgung erbracht wurde, ist die Abrechnung der entsprechenden erweiterten Paed.Check Leistung über diesen Vertrag nicht mehr möglich. Eine Doppelabrechnung ist auch nicht bei der Rotavirenimpfung möglich. Die Kasse wird, was bei dem neuen hohen Honorarvolumen verständlich ist, Nachprüfungen durchführen. **Doppelabrechnungen sind Betrug!**

Übergangsmodalitäten bis zum 4. Quartal 2013

Aus technischen Gründen ist eine online-Abrechnung erst ab Quartal 4-2013 möglich!

Zur Abrechnung über die Compu-Group Medical ist ab 1.7.2013 ein neues Formular gültig, das wegen der kurzen Vorlaufzeit erst im 4. Quartal 2013 in der Software enthalten sein kann. Deswegen gibt es Übergangsmodalitäten im 3. Quartal 2013.

Für ALLE abrechnenden Praxen gilt:

Einschreibepauschalen mit einem Leistungsdatum vor dem 01.07.2013 werden grundsätzlich mit 10,00 € vergütet, mit einem Leistungsdatum ab dem 01.07.2013 grundsätzlich mit 5,00 €; unabhängig davon, ob Sie das alte oder neue Formular eingereicht haben.

Betreuungspauschale und Add-on U7a BARMER GEK Kindergarten Check – diese Leistungen entfallen mit der Einführung des neuen Abrechnungsformulars ab dem 01.07.2013.

Nachträgliche Abrechnungen von Leistungen mit Leistungsdatum vor dem 01.07.2013 sind über das alte Formular

noch bis zum 31.12.2013 möglich (z.B. Betreuungspauschale, Add-on U7a BARMER GEK Kindergarten Check).

Ab dem 01.01.2014 ist nur noch das neue Abrechnungsformular gültig.

Wenn Sie die Abrechnung bereits elektronisch an die CGM Managementgesellschaft versenden, beachten Sie bitte folgende zusätzlichen Hinweise:

Das neue Abrechnungsformular erhalten Sie mit dem Update für Q4-2013 (im Oktober 2013).

Im 3. Quartal 2013 können Sie Leistungen, die NUR auf dem neuen Formular enthalten sind (z.B. U5, U6 ...), nur auf einem Papierbeleg abrechnen. Ihre Verwaltungskosten erhöhen sich dadurch nicht.

Alternativ dazu können Sie die Abrechnung dieser Leistungen aber auch zurückhalten und nach Erhalt des Updates für Q4-2013 elektronisch übertragen. Die Vergütung erfolgt dann im Rahmen der Abrechnung des 4. Quartals 2013.

Quelle: Pädinform – Verträge und Abrechnung – Barmer_GEK

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

Praxisabgabe-Seminar des BVKJ am 29. und 30.11.2013 in Frankfurt

Die Abgabe der eigenen Praxis ist sicherlich ein wichtiger Lebensabschnitt und für die Vertragsärzte inzwischen eine große Herausforderung. Schmerzlich kann der Prozess der Praxisabgabe verlaufen, wenn dieser nicht langfristig und sorgfältig vorbereitet wurde, soll doch der Ertrag aus der Praxisveräußerung im allgemeinen einen wichtigen Bestandteil der materiellen Absicherung im Alter darstellen.

Als Hilfe zur erfolgreichen Abwicklung der Praxisabgabe bieten wir ein Seminar mit ausgewiesenen Fachleuten an, in dessen Rahmen alle in diesem Kontext wichtigen Aspekte behandelt werden:

- Nachfolgersuche
- Vertragsverhandlungen

- Steuerliche Aspekte der Praxisveräußerung
- Abschluss des Übernahmevertrages
- Vertragsarztrechtliche Abwicklung der Praxisübergabe
- Vollzug der Praxisübergabe

Referenten

Herr Rechtsanwalt **Dirk Niggehoff**, Justitiar des BVKJ e. V., Fachanwalt für Medizinrecht, Kanzlei Möller & Partner, Düsseldorf;

Herr **Stefan Kallenberg**, Geschäftsführer der KVNO, Bezirksstelle Köln;

Herr **Jürgen Stephan**, Unternehmensberater, SKP Unternehmensberatung, Stephan, Kurtenbach & Partner, Jüchen

Ein besonderes Novum:

Am 30.11.2013 haben Sie während der Pausen die Möglichkeit zum Austausch mit den jungen Fachärzten, die parallel den Orientierungskongress besuchen. Wir stellen Ihnen gerne einen Tisch zur Auslage von Informationsmaterial zur Verfügung. Bitte melden Sie sich diesbezüglich in der Geschäftsstelle.

Die **Teilnahmegebühr** beträgt € 420,00 (€ 600,00 für Nichtmitglieder des BVKJ) und beinhaltet die Verpflegung im Tagungshotel.

Wegen der begrenzten Teilnehmerzahl bitten wir Sie bei Interesse um baldige Anmeldung mittels des nachfolgenden Anmeldecoupons oder per PädInform.

Christel Schierbaum, Geschäftsführerin des BVKJ

An den
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
z. Hd. Frau Ullrich

per Telefax (02 21) 68 32 04

Praxisabgabeseminar des BVKJ am 29./30.11.2013 in Frankfurt am Main

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme am Praxisabgabeseminar an.

Die Teilnahmegebühr von € 420,- (€ 600,- für Nichtmitglieder) überweise ich nach Erhalt der Rechnung.

Name

Anschrift

Unterschrift / Stempel

Ich nehme am Austausch mit den jungen Fachärzten teil nicht teil

Ich benötige einen Tisch zur Auslage von Informationsmaterial.

Das neue Pädplus-Heft

Das GELBE HEFT ist veraltet. Während der GBA noch auf unabsehbare Zeit mit der Überarbeitung beschäftigt ist, hat der Präventionsausschuss des BVKJ gehandelt. Er hat alle Vorsorgeuntersuchungen, inklusive der U10, der U11 und der J2, einer Revision unterworfen. Ergebnis dieser Arbeit ist das neue Pädplus-Heft, in dem von der U1 bis zur J2 alle Vorsorgen abgebildet sind. Aber nicht alle Pädiater sind begeistert. Unsere Zeitschrift sprach mit Dr. Hermann Josef Kahl, dem Vorsitzenden des Präventionsausschuss und Hauptverantwortlichen für das neue Pädplusheft, über die Vorzüge des neuen Heftes und darüber, wie die Schwachpunkte korrigiert werden.



Kaum ist das neue Pädplus-Heft da, hagelt es Kritik. Hat der Präventionsausschuss ein Heft „an den Kollegen vorbei“ konzipiert?

Nein. Zunächst einmal: der Wunsch nach dem neuen Heft kam ja von unseren Kollegen. In mehreren Delegiertenversammlungen der letzten Jahre wurde dies ausdrücklich gewünscht.

Was war dann die Leitidee für das neue Heft und wie ging der Ausschuss bei der Umsetzung vor?

Der Präventionsausschuss hat eine am Praxisablauf orientierte Neu-Strukturierung konzipiert.

Die Versionen wurden in den Praxen der Ausschuss-Mitglieder erprobt. Der Ausschuss war also Thinktank und Produktionszentrum für das erweiterte Vorsorgeheft. Im Juni 2012 wurde auf dem Kinder- und Jugendärztetag in Berlin eine erste Version vorgestellt und verteilt, die bewertet werden konnte.

In der Zwischenzeit hat der Ausschuss – immer in Rücksprache mit dem Vorstand – zusammen mit einer PR-/Grafik-Agentur an der Endversion gefeilt. Zum Schluss wurden noch die Markennamen Pädplus und Pädcheck eingepflegt. Beide Begriffe sind inzwischen geschützt. Das neue Heft wird nach Bedarf gedruckt.

Nun kritisieren viele Kinder- und Jugendärzte das neue Heft. Was passiert mit dieser Kritik?

Wir sind froh über das Feedback, dadurch können wir das Heft weiter optimie-

ren. Unsere Kolleginnen und Kollegen haben uns wertvolle Anregungen gegeben und auch einige kleinere Fehler entdeckt. Die Anregungen greifen wir auf, die Fehler werden bereits in der zweiten Auflage korrigiert.

Wir bitten auch alle Kollegen und Kolleginnen, weiterhin Vorschläge direkt an den Ausschuss zu senden. Außerdem kann die jetzige Phase mit GOÄ-Patienten und Barmer-Vertragspatienten als erweiterte Pilotphase angesehen werden.

Das neue Vorsorgekonzept ist also eine Art lernendes Programm?

Genau. Das ganze Vorsorgeprogramm soll flexibel sein, ständig ergänzt und neuen Erkenntnissen angepasst werden. Auf allen großen Kongressen und den meisten regionalen Veranstaltungen des BVKJ sind Einführungen bzw. Veranstaltungen zu den neuen erweiterten Vorsorgen vorgesehen. Auch die MFAs sollen entsprechend geschult werden. Zur Zeit arbeitet der Ausschuss an einem überarbeiteten Manual. Wir hoffen, auch das bald fertigzustellen.

Außerdem sollen zu wichtigen Themen – SIDS, Ernährung, Bewegung, Gewalt in den Familien, Mediengebrauch, Schule, Mobbing, Sexualität etc. – sogenannte Kernbotschaften erstellt werden. Auch dazu werden wir auf den Kongressen berichten und auf die wichtigen Kommentare und Anregungen der Kollegenschaft bauen.

Warum gibt es bisher keine elektronische Version des neuen Heftes?

Die elektronische Version ist fest geplant und wäre kurzfristig realisierbar, wenn wir das finanzieren könnten. Insofern bitten wir auch hier noch um etwas Geduld oder auch um gute Vorschläge. Wir haben Kontakt zum Fraunhofer Institut in Dortmund, das eine e-Version sofort liefern könnte. Das Problem sind noch die verschiedenen Praxis-Computersysteme.

Welche Rolle spielt bei dem Projekt der Barmer GEK-Vertrag?

Glücklicherweise konnten wir neben den GOÄ-Patienten auch eine große Krankenkasse für die Implementierung des erweiterten Vorsorgeheftes gewinnen. Da der Umfang der „alten“ Us auf das Niveau der „neuen“ Us angehoben wurde, ist für alle Untersuchungen ein identisches Honorar nachvollziehbar. Die Höhe dieses Honorars ist – wie an anderer Stelle ausführlich erläutert – immer Verhandlungssache.

Die Mängel im Vertrag, also die fehlende definitive Klärung der Abrechenbarkeit von Hüftsonografie, Beratung zu NG-Screening, Hausbesuch bei U2, zusätzliche Entwicklungsdiagnostik bei pathologischem Screening etc. müssen auch aus unserer Sicht noch beseitigt werden.

Insgesamt hoffen wir auf einen regen Gebrauch des neuen Grünen Heftes und natürlich auf die Bereitschaft möglichst aller Kassen, sich zu beteiligen.

ReH

Eine neue Tür wurde aufgemacht

Auf der Pressekonferenz zum 43. Kinder- und Jugendärztetag in Berlin wurde das neue Vorsorgeheft des BVKJ der Öffentlichkeit vorgestellt. Es hat auch schon einen Zwilling bekommen. Durch einen Vertrag der BVKJ-Servicegesellschaft mit der Barmer-GEK wird es ab 1.7.2013 zum Standardheft dieser Krankenkasse für die Vorsorgen im Kindes- und Jugendlichenalter. Damit kommen ab diesem Datum erstmals auch gesetzlich versicherte Kinder und Jugendliche in den Genuss aller komplett überarbeiteten Vorsorgen. Dies ist ein wichtiger Durchbruch auf dem Weg, die Vorsorgelücken bei Kindern und Jugendlichen zu schließen und die Vorsorgequalität zu verbessern. Der Umfang dieser erweiterten Vorsorgen 'Paed.Check' geht über den Umfang der Untersuchungen im 'gelben Heft' des gemeinsamen Bundesausschuss hinaus.

Notwendigkeit wissenschaftlich bestätigt

Der stellvertretende Vorsitzende der Barmer-GEK, Dr. Rolf-Ulrich Schlenker war durch die Ergebnisse der Versorgungsforschung seiner Krankenkasse hoch motiviert diese Vorsorgen seinen Mitgliedern anzubieten. Die Erhebungen der Krankenkasse im Rahmen ihrer Versorgungsforschung bestätigen die Zunahme der „neuen Kinderkrankheiten“. Sprachentwicklungsstörungen, ADHS und die Folgen des Medienkonsums sind drängende Probleme. 350.000 Kinder von Mitgliedern der Barmer GEK sind bereits in den bestehenden Vertrag mit dem BVKJ eingeschrieben. Das ist etwa ein Viertel. Auf der Seite der Kinder- und Jugendärzte beteiligt sich jetzt schon eine große Mehrheit am Vertrag. Beide Seiten werden davon profitieren, wenn der Anteil der teilnehmenden Patienten höher wird. Neben den neuen Vorsorgen haben die Kinder auch einen Nutzen davon, dass ihre Krankenkasse eine Influenzaimpfung mit dem nasalen Impfstoff übernimmt. Zudem ist für chronisch kranke Heranwachsende ein Transitionsprogramm zum Erwachsenenmediziner geplant. Beispielhaft nennt Schlenker den Diabetes Typ 1, Mukoviszidose aber auch Patienten mit ADHS. Die Patienten sollen den weiter betreuenden Ärzten direkt übergeben werden.

Ein Hilferuf der Ärzte

BVKJ Präsident Dr. Wolfram Hartmann würdigte die Bereitschaft der Barmer-GEK, das inzwischen überholte Krankheitsfrüherkennungsprogramm der Regelversorgung um wichtige neue Inhalte für ihre Versicherten zu ergänzen. Mit dem



Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, Dr. Wolfram Hartmann, Raimund Schmid (v.l.)

Einsatz normierter Fragebögen können Kinder- und Jugendärzte Problembereiche leichter erkennen und durch gezielte Interventionen Fehlentwicklungen vorbeugen. Es bleibt ein wichtiges Ziel, durch frühe Beratung die Gesundheitskompetenz von Eltern und von Jugendlichen zu stärken.

Hartmann hofft, dass die Politik die Zeichen der Zeit erkennt und sich endlich zu einer wirksamen Präventionsstrategie für alle Kinder und Jugendlichen durchringt. Die primäre Prävention dürfe nicht im Vorwahlkampf am Parteienstreit scheitern. Zusammen mit dem Bundessprecher des BVKJ, Dr. Uli Fegeler, verweist er darauf, dass viele Ursachen von Gesundheits- und Entwicklungsstörungen der Kinder und Jugendlichen nicht im medizinischen Bereich liegen. Sozioökono-

mische Gründe und Anrengungsarmut in den Familien nennen sie beispielhaft. Die Zunahme der Heil- und Hilfsmittelverordnung bezeichnet Hartmann als Hilferuf der Ärzte. Logopädie und Ergotherapie arbeiteten nicht an den Lösungen. Kinder seien auf die Hilfsstrukturen vor Ort angewiesen, insbesondere auf die Fördermöglichkeiten in den Kindertagesstätten und in den Kindergärten. Nach der NUBBEK-Studie entsprächen jedoch nur 10 Prozent dieser wichtigsten außerfamiliären Förderereinrichtung den Qualitätsanforderungen.

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

Schulmedizin versus alternative Heilverfahren

Hauptsache homöopathisch ...?

Es ist erstaunlich und auch kaum zu erklären, wodurch der Zuspruch zur Homöopathie und anderen alternativen Behandlungsverfahren in der Bevölkerung weltweit trotz des medizinischen Fortschritts zugenommen hat [1]. Es ist auch für einen Pädiater rational nicht nachzuvollziehen, warum Eltern mit ihren Kindern einen Heilpraktiker aufsuchen, den sie extra bezahlen müssen und an dessen medizinischer Ausbildung für Erwachsene, erst recht für Kinder, gezweifelt werden muss [2-4]. Trotz vieler gesundheitspolitischer Bedenken, die das Kosten-Nutzen-Verhältnis, die therapeutische Wirksamkeit und die Ausbildung der Heilpraktiker, insbesondere für Kinder betreffen, sind Heilpraktiker und die Homöopathie in weiten Kreisen der Bevölkerung populär [5, 6].



Dr. med.
Jürgen Hower

Das Sanfte als Gegenpol zum ökonomischen Druck

Besonders bildungsnahe und ökonomisch besser gestellte Schichten scheinen, anders als vielleicht erwartet, für homöopathische Verfahren „anfällig“ zu sein, wie die KiGGS-Studie, aber auch ein amerikanischer Survey aus dem Jahr 1998 zeigen. [7, 8] Homöopathische Arzneimittel werden von den Eltern als „natürlich“, risikoarm, wirksam und deshalb für Kinder und Erwachsene als besonders geeignet, wahrgenommen. Diese Haltung entspricht auch den Erfahrungen des kinder- und jugendärztlichen Alltags. Viele Kinder- und Jugendärzte setzen in ihrer Praxis homöopathische Behandlungsverfahren ein, vielleicht, um den Wünschen mancher Eltern entgegenzukommen, vielleicht, weil sie etwas tun, ohne bei Bagatellerkrankungen erkennbar zu schaden, vielleicht aber auch, weil sie von der Wirksamkeit der Homöopathie bei manchen Erkrankungen überzeugt sind. Alle Bemühungen, einen nachvollziehbaren Wirksamkeits-Nachweis zu erbringen, sind aber bisher aus wissenschaftlicher Sicht verständlicherweise gescheitert [3, 4].

Heike Ulatowski setzt sich in einem Artikel im Deutschen Ärzteblatt (108, Nr. 15, April 2011, S. 864) schonungslos mit der alternativen Medizin und ihrer nicht nachgewiesenen

Wirksamkeit auseinander. Sie kann sachlich kaum widerlegt werden. Der Leser darf aber vermuten, dass die Autorin keine oder nur eine geringe praktisch-medizinische Erfahrung besitzt. Sie weiß offenbar nicht, dass viele Patienten nicht wissenschaftlich aufgeklärt, sondern nur liebevoll, empathisch, vielleicht auch mit medikamentösen „Tröstungen“ versehen, an die Hand genommen werden wollen. Wer den medizinischen Alltag in Klinik und Praxis kennt, der weiß, dass diese Seite ärztlichen Tuns im modernen, ökonomisierten Medizinbetrieb zu kurz kommt. Der Artikel der Autorin, der sich einseitig auf die Seite der Wissenschaft schlägt, lässt die persönlichen Bedürfnisse vieler Patienten unberücksichtigt.

Spirituelle Wirkung ist nicht messbar

Die Ergebnisse der bisher durchgeführten randomisierten und kontrollierten Studien mit homöopathischen Medikamenten unterscheiden sich nicht signifikant vom Placebo-Effekt. Was macht also die Homöopathie für viele Bevölkerungsgruppen so attraktiv, mag sich der von Bürokratie, Fortbildungsaufgaben und Quality Management geplagte und gegängelte Mediziner fragen? Biologisch ist das Wirkprinzip der Homöopathie nicht plausibel. Des-

halb wird sie sich möglicherweise auch auf Dauer dem intellektuellen Verständnis der wissenschaftlichen Medizin und dem heutzutage geforderten Wirknachweis in randomisierten kontrollierten Doppelblind-Studien entziehen. Entsprechende Versuche dürften weiter zum Scheitern verurteilt sein. Vielleicht spricht die Homöopathie eine spirituell-religiöse Dimension an, die das Bedürfnis vieler Menschen befriedigt und die sie in der mehr vom Intellekt als vom Gefühl gesteuerten wissenschaftlichen Medizin vermissen.

In einer aktuellen Studie von Luber et al. berichten 80% der Jugendlichen mit Asthma, dass sie sich zusätzlich alternativer Heilmethoden bedienen. Die häufigsten alternativen Methoden waren Entspannungstechniken, wie zum Beispiel Yoga (64%) und das Gebet (61%). [9] Sie waren nach Angaben der Befragten auch die gefühlt wirksamsten alternativen Hilfen. Je schwerer die Asthma-Symptome waren, je wahrscheinlicher war, dass die Jugendlichen beteten (OR 7,98, $p < 0,01$). Spirituell-religiöse Erlebnisse können aber nicht wissenschaftlich verifiziert, sondern nur persönlich erlebt werden. Sie beeinflussen, dies scheint gesichert, Ängste, und Depressionen. Sie verbessern die von Ihnen subjektiv empfundene Lebensqualität. [10, 11] Das mag auch

für die Homöopathie und andere alternative Heilverfahren gelten und ihre Attraktivität erklären.

Legitimes Bedürfnis nach intensiver Zuwendung

Die eigenen Erfahrungen zeigen, dass Patienten, die sich für alternative Behandlungsverfahren entscheiden, sich nur schwer von ihrer Überzeugung, ihrem „Glauben“, abbringen lassen. Warum auch? Was spricht in der Praxis dagegen, als wissenschaftlich orientierter Arzt ein meist preiswertes, eher nebenwirkungs- und obendrein auch risikofreies homöopathisches Medikament zu tolerieren, wenn dies gewünscht wird, und wenn nichts Wesentliches in der „evidenzbasierten“ Therapie unterlassen wird und der Glaube an die Wirksamkeit des alternativen therapeutischen Verfahrens zumindest gefühlt zur Genesung beiträgt. Die meisten Bagatelerkrankungen heilen ohnehin von selbst aus. Vielleicht bleibt manchem Kind und auch manchem Erwachsenen damit eine nicht notwendige, möglicherweise nebenwirkungsreichere allopathische Behandlung erspart. Wie die Studie von Du und Knopf ausweist, werden homöopathische Präparate meist bei selbst-limitierenden Bagatelerkrankungen eingesetzt, die keiner konventionellen Therapie bedürfen. [7] Immerhin erhalten aber 60% der mit homöopathischen Medikamenten behandelten Kinder zusätzlich eine ärztlich verordnete konventionelle Add-on-Pharmakotherapie, was hoffen lässt, dass zumindest bei der Mehrzahl der Patienten keine notwendige konventionelle Behandlung unterlassen wird. [7]. Eltern, die mit ihrem Kind einen Heilpraktiker aufsuchen, sind oft mit der kon-

ventionellen Therapie unzufrieden und legen besonderen Wert auf eine intensive Zuwendung mit ausreichender Zeit für eine umfassende Beratung und Betreuung, eine ganzheitliche Medizin, wie die Autorin anmerkt. [12, 13]. Sie wollen als „Menschen“ und nicht als „Fall“ wahrgenommen werden. Es mag auch im gegenwärtigen kassenärztlichen Abrechnungssystem möglich, klug und ärztlich sein, Patienten-Bedürfnisse zu berücksichtigen und in die therapeutischen Überlegungen einzubeziehen.

Die Forderung an Haus- und Fachärzte, mit den Patienten über ihre Sorgen und Ängste zu kommunizieren, zu versuchen, sie und ihre persönliche Kultur zu verstehen und sie vielleicht auch mit alternativen Maßnahmen in die Therapie einzubeziehen, wurde in den Ausführungen der Autorin im Deutschen Ärzteblatt vermisst. Der Diskurs zwischen Schulmedizin und alternativen Behandlungsverfahren mag zwar nicht wissenschaftlicher, sondern eher ideologischer Natur sein, wie die Autorin schreibt, aber lächerlich ist er sicher nicht. Die einseitige, sich nur an der aktuellen medizinischen Evidenz ausrichtende Behandlung ohne Berücksichtigung der Persönlichkeit mag ein Grund dafür sein, warum manche Patienten ihren Hausarzt verlassen und zusätzlich Hilfe bei alternativen Heilern suchen, von denen sie sich, wenn auch vielleicht nicht geheilt, wenigstens aber mit ihren Sorgen und Ängsten verstanden fühlen.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Jürgen Hower
Kinder- und Jugendarzt
Mellinghofer Str. 256
45475 Mülheim an der Ruhr
E-Mail:
juergen.hower@googlemail.com

Red.: Kup

Freiwillige Feuerwehr der „Frühen Hilfen“

Es ist ein bisschen wie beim Brandschutz. Wenn erst die Feuerwehr kommen muss, ist vieles schon zu spät und der Schaden ist groß. In der Kinder- und Jugendhilfe ist der Ansatz, der auf Interventionen gesetzt hat, gescheitert. Das bekannte **Staatssekretär Lutz Stroppe** vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die Politik setzt jetzt auf Prävention. Es soll möglichst selten brennen. Ein Ausdruck dieser Präventionsbemü-



hungen ist die Einrichtung des nationalen Zentrums 'Frühe Hilfen'. Es soll Rahmenbedingungen schaffen, dass für die Kinder gut gesorgt werden kann, die in ihren Familien nicht den nötigen Rahmen finden. Es sei nun Aufgaben der Länder in den Kommunen für die Netzwerke zu sorgen. Denn die Vernetzung im Kinderschutz sei der richtige Rahmen.

Leider sei es, so Stroppe, nicht gelungen, den Kinderschutz im SGB V zu verankern. Im Klartext heißt das, dass die Kinder- und Jugendärzte für ihre Beteiligung kein Honorar erhalten. Wenn 2015 das Projekt 'Frühe Hilfen' wissenschaftlich evaluiert

sei, sieht Stroppe den Zeitpunkt gekommen, die Kinder- und Jugendhilfe mit dem SGB V zu verbinden. Er verweist zwischenzeitlich darauf, dass die Netzwerke 'frühe Hilfen' beispielsweise in Baden-Württemberg bezahlt würden. Dort dient das Geld aber der Organisation der verschiedenen Netze und der wissenschaftlichen Begleitung. Die Kinder- und Jugendärzte bleiben vorerst weiterhin die freiwillige Feuerwehr und sind für beides zuständig: Für die Prävention und fürs Löschen.

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

BVKJ-Vorstand unterstützt Resolution zur gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingskindern

Im Juniheft des Kinder- und Jugendarzt hat Dr. Thomas Nowotny über die Situation von Kindern und Jugendlichen berichtet, die als Flüchtlinge nach Deutschland gekommen sind. Insbesondere kam in diesem Bericht die große Sorge zum Ausdruck, dass diese Gruppe von Flüchtlingen nicht so gut medizinisch versorgt würden, wie es unter anderem die UN Kinderrechtskonvention vorschreibt.

Der Vorstand des BVKJ hat in Berlin einstimmig beschlossen, der Resolution zur Situation minderjähriger Flüchtlinge beizutreten.

Kinderrechte durchsetzen – auch für Flüchtlinge

Wir Kinder- und Jugendärzte sind besorgt über die gesundheitliche und psychosoziale Situation von nach Deutschland geflüchteten Kindern und Jugendlichen:

- Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz werden Kosten nur für die Behandlung akuter Krankheiten und Schmerzzustände erstattet.
- Minderjährigen Flüchtlingen droht weiterhin die „Überstellung“ in Erst-

aufnahmeländer, wo ihnen Obdachlosigkeit und Hunger drohen. Dort existiert für sie kaum medizinische Versorgung.

- Immer wieder werden Flüchtlingsfamilien durch die Behörden getrennt, z.B. im Rahmen geplanter Abschiebungen.
- In mehreren Bundesländern, insbesondere in Bayern, werden unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) im Alter von 16-18 Jahren in Sammellagern für Erwachsene statt in Einrichtungen der Jugendhilfe untergebracht, oft über viele Monate.
- Die „Altersfestsetzung“ von UMF durch radiologische Verfahren ist – trotz entgegen lautender Beschlüsse mehrerer Ärztagungen – immer noch eine häufige Praxis.

Doch auch in Deutschland ist die UN-Kinderrechtskonvention geltendes Recht. Sie schützt alle Menschen unter 18 Jahren, woher auch immer sie stammen (Art. 2). Sie verpflichtet alle Behörden, bei ihren Entscheidungen das Kindeswohl vorrangig zu berücksichtigen (Art. 3). Sie gewährt allen Kindern und Jugendlichen das Recht

auf bestmögliche Gesundheit (Art. 24) und Bildung (Art. 26).

Daher fordern wir:

- Verzicht auf die radiologische Altersfestsetzung bei minderjährigen Flüchtlingen.
- Zugang zur Jugendhilfe für alle unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge und bedürftigen jungen Erwachsenen. Keine Lager für Jugendliche.
- Förderung der Familienzusammenführung. Keine Trennung minderjähriger Kinder von ihren Eltern.
- Schutz für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge. Keine Überstellung von unbegleiteten, traumatisierten, kranken und behinderten Minderjährigen.
- Zugang zu Gesundheitsleistungen entsprechend dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen für alle Kinder und Jugendlichen, die in Deutschland leben.

Kinder sind uns willkommen – alle!

kup



© detailblick - Fotolia.com

Wo steht die Familienpolitik des Bundes?

Serie: Wie geht es der Familie?

Familien sind DAS stabilisierende Element unserer Gesellschaft. Für 80 Prozent der Bevölkerung gehört die Familie zum Glückhsein dazu. Besonders bei jungen Menschen steht Familie hoch im Kurs. Der Wert von Familie ist bei Erwachsenen bis 30 Jahre so hoch wie nie zuvor; 2010 fanden mehr als drei Viertel, dass man eine Familie zum Glück braucht. Familien sind dabei weiterhin stabil: Immer noch wachsen die allermeisten Kinder, nämlich 80 Prozent, zusammen mit beiden Elternteilen auf. Die Ehe ist hier immer noch die mit Abstand größte Familienform (71 Prozent), in neun Prozent der Familien leben die Eltern ohne Trauschein zusammen. Der Schlüssel für gesellschaftlichen Zusammenhalt ist eine Politik, die Familien als Verantwortungsgemeinschaften stärkt, die eine Entscheidung für Kinder erleichtert, die alle Formen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Mütter und Väter verbessert, die wirtschaftliche Stabilität von Familien sowie die gute Entwicklung und frühe Förderung von Kindern unterstützt. Familienpolitik orientiert sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Familien. Jede Familie soll selbst wählen können, welches Modell für sie das richtige ist und wie sie ihren Alltag gestaltet.



Ingo Behnel

Passgenaue Leistungen für Familien

Familien brauchen passgenaue Rahmenbedingungen für die Verwirklichung ihrer unterschiedlichen Lebensentwürfe. Ob und wie die Familienleistungen bei den Familien ankommen und welche Auswirkungen sie haben, wird im Rahmen der Gesamtevaluation der ehe- und familienbezogenen Leistungen unter-

sucht. Diese Evaluation wurde 2008 konzipiert und endet 2013; sie ist eine Kooperation zwischen dem Bundesfamilienministerium und dem Bundesfinanzministerium. Ziel der Evaluation ist es, die Familien mit den vorhandenen Mitteln noch effektiver zu unterstützen. Aus den schon abgeschlossenen wissenschaftlichen Untersuchungen wissen wir, dass familienbezogene Leistungen für Familien eine sehr hohe Be-

deutung haben. Zu den wichtigsten Leistungen zählen aus Sicht der aktuellen Bezieherinnen und Bezieher u.a. das Kindergeld, Elterngeld und die Kinderbetreuung für jüngere Kinder. Die stärkste Unterstützung empfinden die Familien durch den Staat, wenn die Kinder noch klein sind. 99 Prozent der Familien mit Kindern unter sechs Jahren nutzen wenigstens eine der untersuchten familienbezogenen Leistungen. Im

Durchschnitt nehmen sie mehr als fünf Leistungen in Anspruch. In den vergangenen Jahren wurden die Familienleistungen zielgerichtet weiterentwickelt. Meilensteine waren dabei die Erhöhung und Staffelung des Kindergeldes bereits ab dem dritten Kind im Jahr 2009 und die erneute Erhöhung des Kindergeldes 2010 sowie die Weiterentwicklung des Kinderzuschlags und des Bildungs- und Teilhabepakets. Während die Anpassungen beim Kindergeld vor allem Mehrkindfamilien unterstützt, helfen der Kinderzuschlag und das Bildungspaket Familien im Niedrigeinkommensbereich. In der Familienförderung gibt es ab August 2013 mit dem Betreuungsgeld eine neue Leistung. Das Betreuungsgeld wird an Eltern ein- und zweijähriger Kinder bezahlt, die die Betreuung privat organisieren. Damit schafft das Betreuungsgeld mehr Wahlfreiheit und ergänzt die Vielfalt familienpolitischer Leistungen. Die Ausgaben der Bundesregierung für ehe- und familienbezogene Leistungen haben sich in den letzten Jahren signifikant geändert. Deutschland konnte beim Ausbau der Kinderbetreuung – auch im europäischen Vergleich – deutlich aufholen: 5,4 Mrd. Euro investiert allein der Bund von 2008 bis 2014 in dieses große Projekt. Bis August 2013 werden für 38 Prozent der unter dreijährigen Kinder Betreuungsplätze zur Verfügung stehen. Gleichzeitig tritt auch der Rechtsanspruch für Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr in Kraft. Bereits jetzt lassen sich erste positive Effekte ablesen: Im Bundesdurchschnitt konnte 2012 gut einem Viertel aller Einjährigen (2006: 11,4 Prozent) sowie der Hälfte aller Zweijährigen (2006: 26,5 Prozent) ein Betreuungsplatz zur Verfügung gestellt werden. Die Betreuungsquote der unter einjährigen Kinder liegt hingegen unverändert bei unter drei Prozent. Es entspricht den Wünschen der allermeisten Eltern, ihr Kind zumindest im ersten Lebensjahr selbst zu betreuen.

Elterngeld wirkt

Das Elterngeld unterstützt Eltern in diesem Wunsch: Es wurde 2007

unter anderem mit dem Ziel eingeführt, Eltern im ersten Jahr nach der Geburt eines Kindes einen Schonraum zu eröffnen, in dem sie sich ohne größere finanzielle Einbußen intensiv um ihre Kinder kümmern können. Dieser Schonraum existierte vor 2007 faktisch nur für Mütter und Kinder mit geringeren Einkommen. Durch die Einführung des Elterngeldes profitieren nun auch Kinder von Müttern mit höherem Einkommen von der engen Betreuung durch ihre Mutter und/oder ihren Vater. Das Elterngeld hat dazu geführt, dass die Erwerbsbeteiligung von Müttern im zweiten Lebensjahr des Kindes gestiegen ist. Waren 2006 noch 42 Prozent der Mütter mit einem jüngsten Kind zwischen zwei und drei Jahren erwerbstätig, so ist dieser Anteil im Jahr 2011 bereits auf 54 Prozent angestiegen. Das Elterngeld erreicht damit sein Ziel, dass sich mehr Mütter eine dauerhafte eigene wirtschaftliche Existenz sichern können. Eine kürzere Erwerbsunterbrechung führt im Lebensverlauf zu längeren Erwerbsbiographien und damit zu höheren Einkommen, zu besseren Karrierechancen und insgesamt einer besseren Alterssicherung.

Mehr aktive Väter

Seit Einführung des Elterngeldes ist die Beteiligung der Väter an der Betreuung ihrer Kinder im ersten Lebensjahr kontinuierlich gestiegen: Nach der aktuellen Elterngeldstatistik haben 25,7 Prozent der Väter, deren Kind im dritten Quartal 2010 geboren wurde, Elterngeld bezogen. In einigen Bundesländern wie Bayern, Sachsen, Berlin und Thüringen hat die Väterbeteiligung die 30-Prozent-Marke bereits deutlich überschritten. Zum Vergleich: 2008 lag die Väterbeteiligung noch bei 21 Prozent; das bis 2007 existierende Erziehungsgeld bezogen nur 3,5 Prozent der Väter. Die Väter in Elternzeit nutzen die Zeit für die Kinderbetreuung und erleichtern ihren Partnerinnen eine frühere Rückkehr in die Erwerbstätigkeit. Mütter, deren Partner in Elternzeit ist, haben eine mehr als doppelt so hohe Erwerbsquote (36 Prozent) als Mütter, deren Part-

ner (gerade) nicht in Elternzeit ist (17 Prozent). Insgesamt ist aufgrund des Elterngeldes der Anteil der Frauen, die im zweiten Lebensjahr ihres Kindes eine Erwerbstätigkeit aufnehmen, um rund vier Prozent gestiegen.

Zeitpolitik für Familien

Neben der wirkungsvollen Ausgestaltung von finanziellen Leistungen und dem qualitativen und quantitativen Ausbau einer guten und verlässlichen (Betreuungs-) Infrastruktur sind die zeitlichen Rahmenbedingungen von Familien ein zentraler Faktor für die gelingende Vereinbarkeit von Familie und Beruf, für das Wohlergehen von Familien und damit für die Lebensqualität insgesamt. Familien brauchen verlässlich verfügbare und gestaltbare Zeit, damit Familienleben gelingen kann. Die Bundesregierung und Partner aus Staat und Gesellschaft entwickeln derzeit eine eigenständige Zeitpolitik, die Familien als Gemeinschaft stärkt, die Entscheidung für Kinder erleichtert, die Gleichstellung von Mann und Frau in der Gesellschaft fördert und die wirtschaftliche Grundlage von Familien sichert. Wie der 2012 veröffentlichte 8. Familienbericht „Zeit für Familie“ darlegt, gibt es in Deutschland insgesamt einen vergleichsweise hohen Zeitwohlstand. Denn die Lebenserwartung der Menschen steigt, aber ihre Arbeitszeit bleibt konstant oder nimmt sogar ab. Das zeigen die durchschnittlichen Wochen-, Jahres- und Lebensarbeitszeiten im internationalen Vergleich. Dagegen stehen jedoch Lebensphasen und Konstellationen von Familien, die durch Zeitknappheit und Zeitkonflikte geprägt sind – etwa in der Phase der Berufsfindung und Familiengründung. Sie stellen junge Paare im Alter zwischen 25 und 40 Jahren vor große Herausforderungen im Alltag. Innerhalb einer Familie treffen verschiedene, von außen vorgegebene, Zeitstrukturen aufeinander: Arbeitszeiten, Schulzeiten, Kinderbetreuungs- und Pflegezeiten. Diese müssen miteinander in Einklang gebracht werden. Die Bundesregierung

setzt derzeit einzelne Empfehlungen des 8. Familienberichts um. So hat das Bundesfamilienministerium 2012 das Modellvorhaben „Kommunale Familienzeitpolitik“ mit Lokalen Bündnissen für Familie gestartet. Ziel ist es, Lösungen und Projekte zu entwickeln, mit denen Zeitkonflikte von Familien gemindert oder abgebaut werden können. Im Mittelpunkt steht die Verbesserung der Lebensqualität von Familien und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Im Rahmen der Demografiestrategie der Bundesregierung wurde im April 2012 beschlossen, die Elternzeit durch eine Ausweitung der Großelternzeit sowie durch weitere Flexibilisierungen bestehender elternzeitrechtlicher Regelungen weiterzuentwickeln. Wesentliche Ziele sind die Ausweitung der Großelternzeit, die Flexibilisierung der Übertragbarkeit von Elternzeit, die Flexibilisierung des zulässigen zeitlichen Umfangs von Fortbildungen während der Elternzeit sowie die Stärkung des Teilzeitanpruchs im Rahmen der Elternzeit.

Auf die Wirtschaft kommt es an

Der Wirtschaft kommt eine Schlüsselrolle zu, wenn es um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf geht. Denn familienfreundliche Arbeitsbedingungen sind ein dreifacher Gewinn: Mütter und Väter gewinnen Zeit für Verantwortung, Unternehmen gewinnen an Attraktivität als Arbeitgeber und unsere Gesellschaft gewinnt an Zukunftsfähigkeit. Das Unternehmensprogramm „Erfolgsfaktor Familie“ arbeitet seit mehreren Jahren mit Partnern aus Unternehmen, Wirtschaftsverbänden und Gewerkschaften erfolgreich daran, Familie und Beruf in eine gute Balance zu bringen. Das Unternehmensprogramm verfolgt das Ziel, Familienfreundlichkeit zu einem Managementthema und zu einem Markenzeichen der deutschen Wirtschaft zu machen. Unternehmen erkennen die nachweislichen Wettbewerbs- und Standortvorteile sowie Kosteneinsparungen durch familienfreundliche Maßnahmen: bereits über 4600 Unternehmen engagieren sich im



© Dasha Petrenko – Fotolia.com

Netzwerk – darunter sehr viele aus dem Bereich der Gesundheitsberufe.

Trend bei Geburten stimmt zuversichtlich

Ob Menschen Kinder bekommen wollen oder nicht, hängt von vielen Faktoren ab und ist vor allem eine private Entscheidung, die die Politik nur sehr begrenzt beeinflussen kann. Es gibt aber Anzeichen dafür, dass verbesserte Rahmenbedingungen, die die Bedürfnisse von Eltern und jungen Menschen treffen, sich langfristig positiv auf die Geburtenrate und die Kinderwünsche auswirken. Die Kinderwünsche sind in Deutschland nach wie vor stabil. In Deutschland liegt die durchschnittliche persönliche ideale Kinderzahl 2011 für Frauen bei 2,27 und bei Männern bei 2,10 Kindern. Auch die Trends im Geburtenverhalten geben Anlass zu vorsichtiger Zuversicht: Immer häufiger holen Frauen aufgeschobene Kinderwünsche im Alter von über 30 Jahren nach. Das zeigt, dass Frauen zwar später, aber nicht zwingend weniger Kinder bekommen. Prognosen von Wissenschaftlern besagen: Die endgültige Zahl der Kinder, die eine Frau am Ende ihrer fruchtbaren Phase hat, hat mit den bis 1970 geborenen Frauen ihren Tiefpunkt erreicht. Für die jüngeren Frauenjahrgänge rechnen Wissenschaftler wieder mit ansteigenden Kinderzahlen. Erfreulich ist auch, dass der Anstieg der Kinderlosigkeit insbesondere bei Akademikerinnen gestoppt zu sein scheint. Während 2003 noch 47 Pro-

zent der Kinderlosen die finanzielle Belastung durch ein Kind als Grund gegen eine Familiengründung nannten, tun das derzeit nur noch 22 Prozent. Auch berufliche Pläne werden heute nur noch von weniger als einem Viertel als Hinderungsgrund angeführt, 2003 waren es noch 37 Prozent. Dies gilt übrigens für Frauen und Männer gleichermaßen. Aber auch wenn wir von der Eltern- in die Kinder-Perspektive wechseln, gibt es gute Nachrichten: Deutschland ist keine Republik der Einzelkinder. Die Zwei-Kind-Familie ist immer noch das häufigste Familienmodell, und Deutschlands Kinder wachsen in der Mehrheit nicht allein auf: Fast die Hälfte der Kinder hat eine Schwester oder einen Bruder, jedes fünfte Kind hat zwei Geschwister. Nur ein Viertel der Kinder sind (noch) Einzelkinder. Die Bundesregierung wird ihre verlässliche Familienpolitik fortführen, so dass sich die Familienfreundlichkeit unserer Gesellschaft, unsere Einstellung zu Kindern und unser Zusammenleben in der Familie hoffentlich weiterhin positiv verändern werden.

Ingo Behnel

Der Autor ist Abteilungsleiter im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Familie.

Mit diesem Beitrag endet unsere Serie.

Red: ReH

Fortbildungstermine



Auskunft / Anmeldung: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-15, E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

Juli 2013

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

September 2013

7. September 2013

16. Seminartagung des LV Hessen

des bvkj e.V., in Bad Nauheim

Auskunft: Dr. Ralf Moebus, Bad Homburg, Tel. 06172/26021, Fax 06172/21778 ①

25. September 2013

Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern

des bvkj e.V., in Rostock

Auskunft: Frau Dr. Susanne Schober / Frau Dr. Heike Harder-Walter, Tel. 03836/200898, Fax 03836/2377138 ①

Oktober 2013

12.–16. Oktober 2013

41. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkj e.V., in Bad Orb

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

17.–18. Oktober 2013

Patientenorientierte ärztliche Selbsterfahrung (10 bzw. 14 Stunden)

des bvkj e.V., in Bad Orb

(für Teilnehmer des Grundkurses „Psychosomatische Grundversorgung“)

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

November 2013

2. November 2013

Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvkj e.V., in Verden

Auskunft: Dr. med. Tilmann Kaethner und Dr. med. Ulrike Gitmans, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de) ③

16.–17. November 2013

11. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Bayern, in Bamberg

Auskunft: Dr. Martin Lang, Tag.-Leiter: Prof. Dr. C. P. Bauer, Bahnhofstr. 4, 86150 Augsburg, Tel. 0821/3433583, Fax: 0821/38399 ③

29.–30. November 2013

PRAXISABGABESEMINAR

und

30. November – 1. Dezember 2013

2. Orientierungskongress des BVKJ und der DGKJ

des bvkj e.V., in Frankfurt

2014

März 2014

7.–9. März 2014

20. 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

13.–16. März 2014

11. Assistentenkongress

des bvkj e.V., in Köln

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

Juni 2014

13.–15. Juni 2014

44. Kinder- und Jugendärztetag 2014

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

14.–15. Juni 2014

9. 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

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

Ehrungen beim 43. Kinder- und Jugendärztetag in Berlin 2013

Der Seminarkongress des BVKJ-Landesverbandes Baden-Württemberg in Nellingen war immer eine der besonders erfolgreichen Fortbildungsveranstaltungen. Viele Kolleginnen und Kollegen kamen aus anderen Bundesländern in den kleinen Ort auf den Fildern bei Stuttgart. **Dr. Rudolf v. Buttler**, Esslingen, hat diesen Kongress im



Präsident Dr. Wolfram Hartmann mit Dr. Rudolf v. Buttler (re.)

schwäbischen Sauerkrautland mit hochkarätigen Referenten und hervorragende Teilnehmerzahlen von 2004 bis 2010 organisiert. Daneben ist Dr. von Buttler Referent und Publizist für Themen aus der Verkehrs- und Unfallmedizin und der Kindersicherheit im Verkehr. Für seine Verdienste um die kinder- und jugendärztliche Fortbildung wurde er mit der **Meinhard-von-Pfandler Medaille** ausgezeichnet.

Frau **Dr. med. Antke Züchner** arbeitet seit 2009 als Fachärztin Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungshilfe (AGEH) am Bugando Medical Centre in Mwanza, Tansania. Ihre Schwerpunkte sind Neonatologie



Präsident Dr. Wolfram Hartmann mit Dr. Antke Züchner

und Kinderkardiologie. Besonders liegt es ihr am Herzen, ihre afrikanischen Kolleginnen und Kollegen auszubilden und sie für ihre Arbeit zu begeistern. Das Einzugsgebiet des Krankenhauses am Ufer des Viktoria Sees ist riesig. Es umfasst flächenmäßig ein Viertel Tansanias und ist damit für eine Bevölkerung von rund 12 Millionen Menschen zuständig. Antke Züchner hat ein kinder-kardiologisches Netzwerk in Ostafrika mit der Versorgung von Kindern aus Tansania, Uganda und Kenia aufgebaut. In Kooperation mit Kinderkardiologen aus den Niederlanden, Kenia und Italien konnte eine katheterinterventionelle Versorgung von herzkranken Kindern in Nairobi initialisiert werden. In Kooperation mit „Save A Childs Heart“ werden tansanische Kinder in Israel und in den Niederlanden am Herzen operiert. 2012 erfolgten sogar die ersten Operationen am offenen Herzen bei Kindern am im Rahmen Bugando Medical Centre. Dr. Antke Züchner erhielt für ihren Einsatz im Ausland den **Preis Pädiater für Kinder in Krisenregionen**.

Dass **Dr. Andreas Scheffzek** schon nach dem medizinischen Staatsexamen in den BVKJ eingetreten ist, scheint wegweisend zu sein. Nachdem er sich als Kinder- und Jugendarzt niedergelassen hatte war er viele Jahre lang Obmann und stellvertretender Landesverbandsvorsitzender des damaligen Landesverbands Baden. Im gleichen Jahr wurde er in die VV der damaligen KV Nordbaden gewählt und war dort



Präsident Dr. Wolfram Hartmann mit Dr. Andreas Scheffzek (re.)

Vorstandsmitglied. 2004 wurde er Mitglied in der VV der neuen KV Baden-Württemberg und aufgrund seiner Integrität und seiner profunden Kenntnisse der Selbstverwaltung auch der VV der Kassenzärztlichen Bundesvereinigung. Dr. Scheffzek ist bei allen Fachgruppen und Gremien hoch anerkannt. Der BVKJ hat ihn als Repräsentanten und Vermittler pädiatrischer Anliegen mit dem **August-Steffen-Preis** geehrt.

Kup

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.



Sonstige Tagungen und Seminare

September 2013

5.–7. September 2013, Basel

16. Basler Symposium für Kinderorthopädie

Info: www.baslerkinderorthopaedie.oeg

26.–28. September 2013, Jena

50. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e.V. (GPR) 2013

Info: www.gpr-jahrestagung.de

27.–28. September 2013, Aschau

Kompaktseminar Kinderorthopädie für Pädiater

Info: www.bz-aschau.de

27.–28. September 2013, Berlin

16. interdisziplinäres Symposium z. entwicklungsfördernden und individuellen Betreuung von Frühgeborenen und ihren Eltern

Info: stillen.de

Oktober 2013

11.–12. Oktober 2013, Tübingen

27. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie und Pneumologie Süd (AGPAS)

Info: www.agpas.de und info@wurms-pr.de

12. Oktober 2013, Dortmund

Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf Abschluss-, Fortbildungs-, Refresherkurs

Info: dorothee-grosse@akademiedo.de

26.–27. Oktober 2013, Wangen

Aufbaumodul Asthmatrainer

Info: www.aabw.de

November 2013

12.–15. November 2013, Hamburg

Kompaktkurs Kinderorthopädie

Info: www.kinderorthopaedie.org

29. November 2013, München

Vorkonferenz Frühdiagnostik und Frühtherapie bei Autismus Spektrum Störungen

Info: www.theodor-hellbruegge-stiftung.de

30. November – 1. Dezember 2013, München

Symposium Kindliche Sozialisation, Soziale Integration und Inklusion

Info: www.theodor-hellbruegge-stiftung.de

2014

Januar 2014

25. Januar 2014, Dortmund

Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf Grundkurs

Info: dorothee-grosse@akademiedo.de

März 2014

1. März 2014, Dortmund

Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf Aufbaukurs

Info: dorothee-grosse@akademiedo.de

14.–15. März 2014, Bonn

28. Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie

Info: www.kinderorthopaedie.org

November 2014

15. November 2014, Dortmund

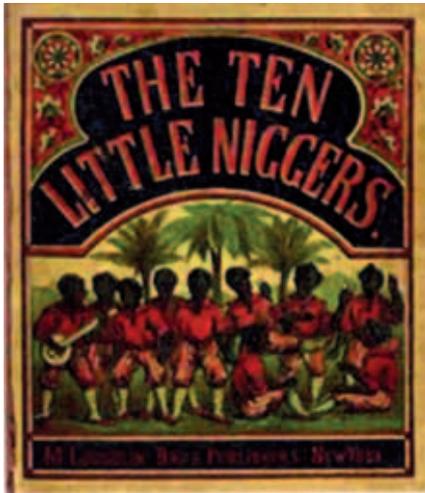
Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf Abschluss-, Fortbildungs-, Refresherkurs

Info: dorothee-grosse@akademiedo.de

Zehn kleine Meckerlein

Gedanken am 20. Juli

Das bekannte Kinderlied von den ZEHN KLEINEN NEGERLEIN – in vielen Sprachen und noch mehr Varianten verbreitet – war wohl in seiner amerikanischen Urfassung ein Zählreim: Ten Little Indians. Ein gewisser Frank Green verfasste dazu 1868/69 ein Bilderbuch mit dem abgewandelten Titel: Ten Little Niggers. Das stand offensichtlich im Zusammenhang mit dem blutigen Sezessionskrieg von 1861–65 um die Sklavenbefreiung.



Die älteste der deutschen Ausgaben erschien erst 1885. Heute sind sie vergriffen, werden nicht mehr aufgelegt und sind nur noch antiquarisch zu bekommen. Die befragten Kindertagesstätten haben keine mehr, und die jüngeren Erzieherinnen erinnern sich kaum noch an den Titel. Da hat selbst das Diminutiv Negerlein nicht die letzten Ängste vor Rassismus ausräumen können.

Ein Ventil

Wie alle Diktaturen war auch das Nazi-Regime in eigener Sache vollkommen humorlos. Auf Spott über die politische Führung standen mehrjährige Haftstrafen; während des Krieges galt er als Wehrkraftzersetzung und konnte mit dem Tode bestraft werden. Trotzdem ließen sich hinter vorgehaltener Hand erzählte Flüsterwitze nicht unterdrücken. Sie waren ein Ventil, das für einen Moment den immer härter werdenden Alltag im Krieg entlastete. Gemeinsam einfach mal zu lachen schuf ein Gefühl der Zusammengehörigkeit.

Aus diesem Überdruß dichtete der Volkswitz die NEGERLEIN einfach zu MECKERLEIN um:

Zehn kleine Meckerlein,
die saßen einst beim Wein;
der eine machte Goebbels nach,
da waren es nur noch neun!

Neun kleine Meckerlein,
die hatten was gedacht,
dem einen hat man's angemerkt,
da waren es nur noch acht!

Acht kleine Meckerlein,
die hatten was geschrieben:
dem einen hat man's Haus durchsucht,
da waren es nur noch sieben!

Sieben kleine Meckerlein,
die fragten einmal „schmeckts?“
Der eine sagte: „Schlangenfraß“,
da waren es nur noch sechs!

Sechs kleine Meckerlein,
die schimpften auf die Pimpf',
der eine sagte „Lausepack“,
da waren es nur noch fünf!

Fünf kleine Meckerlein,
die saßen am Klavier;
der eine spielte Mendelssohn,
da waren es nur noch vier!

Vier kleine Meckerlein,
die kannten Dr. Ley
der eine wußte was von ihm,
da waren es nur noch drei!

Drei kleine Meckerlein,
die nannten „Mythos“ Dreck,
da holte Pg Rosenberg
gleich zwei von ihnen weg!

Ein kleines Meckerlein
ließ dies Gedicht mal sehn;
man brachte es nach Dachau hin
da waren es wieder – **zehn**.

In jeder Strophe spießten die Meckerlein „Vergehen“ auf, für die man abgeholt werden konnte: Lächerlichmachen von Nazi Größen, lautes Denken mit prompter Hausdurchsuchung durch die Gestapo, laut geäußerte Unzufriedenheit mit der Ernährungslage. Besonders gefährlich: Abschätziges Bemerkungen zur nationalsozialistischen Erziehung oder der ganzen Weltanschauung

(Anspielung auf den „Mythos des 20. Jahrhunderts“ von Alfred Rosenberg); Hören oder gar Spielen jüdischer Musikwerke und zu viel Wissen von Partei-Internas (Robert Ley, Reichsorganisationsleiter, war Alkoholiker und hieß im Volksmund „Reichstrunkenbold“). – Die letzte Strophe ist ein weiterer Hinweis für die Kenntnis der Konzentrationslager in der Bevölkerung.

Grausame Realität

Eine traurige Begebenheit aus der Endphase des Krieges sei hier noch angefügt: Der 17-jährige Stuttgarter Schüler G. K. hatte in einem Heft über 70 politische Witze gesammelt, die ihm z.T. auch Mitschüler erzählt hatten. Im Mai 1944 fliegt er auf; sein Geschichtslehrer (und gleichzeitig Sturmbannführer) gerät in äußerster Wut, besonders über einen Witz: „Das neue HJ-Fahnenlied: Vorwärts! Vorwärts! schmetternd die hellen Fanfaren. Rückwärts! Rückwärts! geht es seit zweieinhalb Jahren!“ Nach einer Ohrfeige traktiert ihn der Lehrer mit Fausthieben. In der Pause bilden alle Schüler auf dem Hof eine Gasse, durch die sie ihn Spießbruten laufen lassen. Am Ende bricht er unter den Schlägen zusammen und schleppt sich nach Hause. Er bekennt später: „Ich war vollständig gebrochen.“ – K. wird von der Schule verwiesen und von allen höheren Schulen ausgeschlossen. Nach Verhör durch die Gestapo



Renate Maier-Rothe: 10 kleine Negerlein, © Carlsen Verlag GmbH, Hamburg 1964

bekommt er 10 Tage Jugendarrest. 1947 wird dieser Geschichtslehrer, auch wegen anderer Vergehen, angeklagt und in 1. Instanz zu 9 Monaten Sonderarbeit, 5000 Mark Bußgeld und 3 Jahren Bewährung verurteilt; Einstufung nur in Gruppe III als Mitläufer. Die Empörung der Betroffenen führt 1949 zur Revision. Jetzt gilt er als belastet (Gruppe II) und erhält ein fünfjähriges Berufsverbot. Nach vorzeitiger Aufhebung des Urteils arbeitet er bereits 1952 wieder als Lehrer. – K. beantragt eine Wiedergutmachung wegen körperlicher und seelischer Verletzungen und Behinderung seines beruflichen Fortkommens nach der Relegation von der Schule. Das Gericht erkennt auf einmalige Zahlung von 100 Mark! ohne Erstattung aller Arzt- und sonstiger Folgekosten.

(nach H. Talkenberger, s.Lit.)

Political Correctness

Mit Jahresbeginn haben Verlage angekündigt, ihre Kinderbücher überarbeiten zu wollen. Verletzende Bezeichnungen und Formulierungen entsprechen nicht mehr heutiger politischer Korrektheit. Klassiker von Otfried Preussler, Astrid Lindgren oder Michael Ende fielen darunter.



Die meisten Autoren, namhafte Pädagogen und Psychologen halten dagegen: Auch Kinderbücher seien Literatur, in deren Texten man nicht „Unliebsames“ einfach wegredigieren dürfe. Zum anderen werde kein Kind zum Rassisten, wenn es in PIPPI LANGSTRUMPF vom ‚Negerkönig‘ hört oder liest. Eltern und Erzieher seien gefordert, Texte nicht nur vorzulesen, sondern sensible Namen und Passagen aus ihrer Vergangenheit zu erklären und mit den Kindern darüber zu sprechen.

Natürlich gehört das Wort ‚Neger‘ nicht mehr in unseren Wortschatz, und Negerküsse sind längst durch Schokoküsse ersetzt. Aber sollte man auch Mohrenköpfe – soweit sie noch verkauft werden – umtau-

fen? – À propos Mohr: Im STRUWWELPETER wird er gegen die ihn hänselnden Knaben Ludwig, Kaspar und Wilhelm energisch in Schutz genommen. Und weil sie nicht aufhören, tunkt sie der große Nikolas in schwarze Tinte. – Heinrich Hoffmann, pädagogisches Urgestein, darf das noch: Drastisch und mutig gegen Rassendiskriminierung, 1845!

Literatur

Gamm, H. J., Der Flüsterwitz im Dritten Reich, List-Verlag 1963

Talkenberger, H., Den Drachen am Schwanz kitseln, in DAMALS, Magazin f. Gesch. 44. Jahrg. 11/2012

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

Red.: Kup

Buchtip

Stephan Heinrich Nolte,
Annette Nolden

Das große Buch für Babys erstes Jahr



Gräfe und Unzer Verlag,
München, 2013, 416 Seiten,
€ 29,99, ISBN 978-3-
833825330

Babys erstes Jahr. Der Leser oder die Leserin dieser Zeitschrift stelle sich jetzt vor, was sie oder er selbst da wohl alles zu Papier bringen würde – für Eltern, die vielleicht noch nie wirklich ein Kind hatten... Ein bisschen was zur Gesundheit? Zur Ernährung? Pflege? Ja, und die Entwicklung natürlich. Die ersten Zähnen und was damit zu tun ist. Und dann die großen Themen des Alltags: wie läuft das ab mit dem Stillen? Dem Schlafen (soll schwierig sein)? Was tun, wenn Baby schreit? Oder mal ein paar Tage keinen Stuhlfgang hat?

Da hätten wir schon einiges für einen ganzen Stoß Papier – und doch eine Menge vergessen, was neue Eltern interessiert: Welche Baby-Kurse sind gut? Baby led weaning – was sagt der Kinderarzt dazu? Impfen: gut oder schlecht? Pucken. Stoffwindeln anlegen (muss man das heute noch können?). Und natürlich ein bisschen was über Notfälle und Krankheiten. Und über Homöopathie.

All das hat Kollege Stephan Nolte zusammen mit seiner Co-Autorin Annette Nolden für ein bei Gräfe und Unzer erschienenes Standardwerk angepackt. Ein Buch mit allem drin, was Babys und junge Familien angeht. Mit über 500 Fotos bebildert und 416 Seiten dick.

Und wie hat der Autor das größte Dilemma eines solchen Ratgeber-Projekts gelöst? Das Dilemma nämlich, dass es zu jeder Frage rund um Babys nun einmal viele Antworten gibt – die sich oft genug widersprechen (selbst wenn Kinderärzte die Ant-

worten geben)? Zum einen, indem er immer wieder seine persönlichen Erfahrungen als fünffacher Vater einbringt. Zum anderen, indem manche Themen einfach aus verschiedenen Blickwinkeln abgehandelt werden. Beikostschema nach dem klassischen Lehrbuch-Modell („Stillmahlzeiten durch Breimahlzeiten ersetzen“). Und daneben dann das neuere (und für das Kind womöglich spannendere) „baby led weaning“ – Beikost als Teil des Explorationsverhaltens des Babys. Oder das „Saubereits“-Thema. Auf der einen Seite das gängige Modell, daneben aber auch ein Abschnitt über das „windelfreie“ Großwerden (in Fachkreisen als „intuitive Ausscheidungskommunikation“ gehandelt), für das sich eben auch einige Eltern interessieren.

Und darin liegt auch die Stärke des Buches, das sich ja vom Zuschnitt her an eine möglichst breite Leserschaft wendet. Der Leser (der meist

eine Leserin sein dürfte) bekommt eine ganze Palette an Möglichkeiten und Wegen gezeigt, und die werden in aller Regel ohne Wertung skizziert – der Leser soll sozusagen selbst am Steuer sitzen, wenn er mit Baby die Welt des ersten Lebensjahres erkundet. Bei den kontroversen Hotspots der Erziehung setzt Nolte (für manche, die ihn von anderen Themen her kennen überraschend) auf eher traditionelle Annahmen – etwa, dass schon Babys lernen sollten, ohne elterliche Hilfe einzuschlafen, weil das ihre „Autonomie“ stärken würden.

Das dann gleich mitgelieferte Schlaf-Konditionierungs-Programm des bekannten Bostoner Schlafforschers Richard Ferber mag insbesondere Leser verwirren, die mitbekommen haben, dass Ferber selbst sein Programm aus den 1970er Jahren inzwischen sehr kritisch kommentiert.

Aber persönliche Meinungen seien einem Autoren zugestanden, und bei einem solchen Farbenreichtum ist eine persönliche Pinselführung vielleicht sogar das Salz in der Suppe.

Eher salzfrei hat der Verlag die Bebilderung gehalten – die meisten Fotos

stammen aus der eher fleck- und faltenfreien Agentur-Welt. Vielleicht öffnet Herr Nolte für die nächste Auflage ja sein Familienalbum und stellt dem Verlag ein paar Motive aus dem echten Leben zur Verfügung.

Und die nächste Auflage ist dem Buch zu wünschen. So viel Information in nur einem Buch – eine absolut hochprozentige Leistung!

Dr. med. Herbert Renz-Polster
Rohrmoos 10, 88267 Vogt
Kontakt: www.kinder-verstehen.de

Red.: ReH

Bernhard Stier/Reinhard Winter
(Hrsg.)

Jungen und Gesundheit Ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik

Kohlhammer Verlag Stuttgart 2012,
424 Seiten mit 49 Abb., 19 Tab., €
59,90, ISBN 978-3-17-021329-6

Dass es mit dem Gesundheitsbewusstsein von Jungen nicht zum besten steht, vermuten viele. Dass sich Jungen in der Regel gesund fühlen, erfahren wir täglich. Dass diese Selbsteinschätzung manchmal nicht realistisch ist leider auch. Aber dann? Bücher und Artikel über Mädchenmedizin gibt es viele – über Kinder gynäkologie, Pubertät, Psyche, Liebe und Verhütung. Aber die Jungen. Es scheint, als hätte die männliche Selbsteinschätzung, dass Man(n) gesund ist, auch Niederschlag in der medizinischen Literatur gefunden.

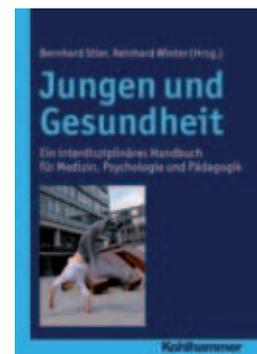
Stier und Winter haben eine echte Lücke im Angebot der medizinischen Literatur erkannt. Und die Art,

wie sie diese gefüllt haben, verdient höchste Anerkennung. Beinahe 40 Autorinnen und Autoren haben Sie zum Thema Jungengesundheit versammelt. Das vordergründig übliche Thema der organischen Krankheitsbilder umfasst knapp 10% des Buches. Das Übrige sind Kapitel, die man sonst nicht lernt. Über die spezifische körperliche und psychosoziale Entwicklung, über mentale und soziale Jungengesundheit oder über Gesundheitserziehung. Über die Neurobiologie von Jungen, ihre Körperkompetenz, über Kommunikation und über Sport. Wo findet man eine umfassende Darstellung von Jungensexualität, wo wird dabei über den Stellenwert von Pornographie geredet? Man findet dies im vorliegenden Buch genau so, wie einen Überblick über Auswirkungen von Schicht und Migration auf die Gesundheit. Schule, Jugendhilfe, Unterstützungs- und Beratungsangebote werden umfassend behandelt, ebenso stoffliche und nicht-

stoffliche Süchte. Beeindruckend ist auch die Aktualität. Sowohl hinsichtlich der Beschneidungsdebatte, als auch im sehr beachtenswerten Kapitel „Gewalt an Jungen und die kulturelle Verleugnung ihrer Verletzbarkeit“. Eine Ergänzung wünscht man sich im Kapitel über ADHS. Dort kommen die medikamentöse und die multimodale Behandlung gegenüber der tiefenpsychologischen Darstellung zu kurz.

Das Buch ist ein Schatz. Übersichtlich gegliedert, mit einem großen Apparat an Zitaten und einem hoch umfangreichen Stichwortverzeichnis. Wenn man es gelesen hat erkennt man erst, welche Fragen man bisher noch nicht gestellt hat.

Dr. Christoph Kupferschmid, Ulm





Geburtstage im August 2013

65. Geburtstag

Frau Dipl.-Med. Ursula *Rawolle*,
Rathenow, am 02.08.
Herrn Dr. med. Jörg *Nase*, Bergneustadt,
am 03.08.
Herrn Dr. med. Wolfhard *Weihmann*,
Bretten, am 03.08.
Herrn Lutz *Stegemann*, Stuttgart,
am 05.08.
Herrn Gert *Weihe*, Scharbeutz/Klingberg,
am 05.08.
Frau Dr. med. Irmela *Mohadjer*, Reute,
am 07.08.
Frau Dipl.-Med. Giesela *Mosler*,
Wuppertal, am 07.08.
Herrn Dr. med. Bernhard *Gedeon*,
Frankfurt/Main, am 08.08.
Frau Dr. med. Anne-Rose *Götze*, Dresden,
am 10.08.
Frau Dr. med. Ruth *Hanck*, Riehen,
am 13.08.
Frau Dipl.-Med. Eva *Lützkendorf*, Dohna,
am 15.08.
Frau Dipl.-Med. Astrid *Hendel*, Schwaan,
am 16.08.
Herrn Dr. med. Heinrich-Karl *Haas*,
Seelze, am 20.08.
Herrn Dr. med. Ekkehard *Ziemer*,
Nürnberg, am 20.08.
Frau Dipl.-Med. Monika *Brunner*,
Leipzig, am 21.08.
Herrn Dr. med. Thomas *Müller*,
Hirschberg, am 21.08.
Herrn PD Jens *Commentz*, Hamburg,
am 23.08.
Frau Dr. med. Hildegard *Traub-*
Thiekötter, Stuttgart, am 23.08.
Frau Dr. med. Christine *Gaigl*, Kahla,
am 28.08.
Frau Ludmilla *Hofmann*, Lahntal-Groß-
felden, am 28.08.
Herrn Dr. med. Eberhard *Küenzlen*, Ulm,
am 30.08.

70. Geburtstag

Herrn Dr. med. Helmut *Renz*, Deißlingen,
am 01.08.
Frau Dr. med. Gudrun *Terhorst-Ferber*,
Siegburg, am 01.08.
Frau Dr. med. Elke *Seidel*, Greifswald,
am 07.08.
Herrn Dr. med. Wolfgang *Lässig*,
Teutschenthal, am 09.08.

Herrn Prof. Dr. med. Erik *Harms*, Telgte,
am 11.08.
Frau Gisela *Sonntag*, Leinatal OT Schönau
v. d. Walde, am 14.08.
Herrn Dr. med. Holger *Boeck*, Aachen,
am 16.08.
Frau Dr. med. Aglaja *Noske*, Bielefeld,
am 21.08.
Herrn Dr. med. Heimo *Werner*,
Baden-Baden, am 21.08.
Herrn Dr. med. Godhard M. *Husemann*,
Stuttgart, am 24.08.
Herrn Dr. med. Volker *Stechele*,
Heilbronn, am 24.08.
Frau Gisela *Brzyk*, Luckenwalde,
am 25.08.
Frau Dr. med. Christa *Nisius*, Kaarst,
am 30.08.

75. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hannes *Fattouh*,
Stollberg, am 02.08.
Frau Dr. med. Ursula *Stechele*, Mainz,
am 02.08.
Herrn Prof. Dr. med. habil. Edgar
Rohmann, Rostock, am 09.08.
Herrn Dr. med. Dieter *Derbacher*,
Zirndorf, am 10.08.
Frau Dr. med. Sigrun *Dünnebeil*, Weimar,
am 11.08.
Herrn Dr. med. Christoph *Schröder*,
Warburg, am 11.08.
Frau Dr. med. Lore *Knetsch*,
Wald-Michelbach, am 12.08.
Herrn Dr. med. Gernot *Weyer*,
Hamminkeln, am 21.08.
Frau Dr. med. Regine *Piřarek*, Cottbus,
am 25.08.
Frau SR Dr. med. Helga *Cerny*, Berlin,
am 28.08.
Frau Dr. med. Elisabeth *Warken*,
Hamburg, am 28.08.
Herrn Dr. med. Dietmar *Müller*,
Gütersloh, am 31.08.
Frau Dr. med. Anna-M. *Wuestemann*,
Kirchheimbolanden, am 31.08.

80. Geburtstag

Herrn Dr. med. Manfred *Schwerdtfeger*,
Flein, am 05.08.
Herrn Dr. med. Hans *Hofmann*, Dohna,
am 13.08.
Frau Dr. med. Käthe *Deutsch*, Schöneiche,
am 19.08.

81. Geburtstag

Frau MR Dr. med. Eva *Steinhardt*,
Freiberg, am 26.08.
Herrn Dr. med. Sigmar *Seimer*, Hamburg,
am 30.08.

82. Geburtstag

Frau Dr. med. Gabriele *Maus*, Gießen,
am 05.08.
Frau Dr. med. Gerlinde *Otto*, Dessau,
am 12.08.
Frau Dr. med. Gerlinde *Schlünder*,
Wickede, am 13.08.
Herrn Schapur *Aliani*, Saarburg,
am 16.08.

83. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hans Georg *Esche*,
Pinneberg, am 24.08.

84. Geburtstag

Herrn Dr. med. Harald *Zoepffel*,
Würzburg, am 05.08.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Dorothea *Pfalzgraf*,
Kempten, am 02.08.
Herrn Ltd.Med.Dir.a.D. Dr. Hans Wolf-
gang *Schmidt*, Zorneding, am 13.08.

86. Geburtstag

Herrn Dr. med. Ahmad *Nikpour*, Essen,
am 18.08.
Herrn Dr. med. Meinolf *Bartscher*,
Schwalbach, am 27.08.

87. Geburtstag

Herrn Dr. med. Raul *Salup*, Wiesbaden,
am 04.08.
Frau Dr. med. Dorothee *Doldinger*,
Freiburg, am 27.08.

89. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hans Josef *Krug*, Essen,
am 11.08.
Frau Dr. med. Inge *Tropf*, Tiefenthal,
am 28.08.

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Renate *Scheier*,
Wermelskirchen, am 01.08.
Herrn OMR Dr. med. Günter *Preusche*,
Sankt Augustin, am 23.08.

91. Geburtstag

Herrn Dr. med. Werner *Gladel*, Saarlouis,
am 07.08.
Frau Dr. med. Gisela *Biermann*, Köln,
am 08.08.

92. Geburtstag

Frau Dr. med. Liselotte *Reichenbach*,
Rosenheim, am 07.08.
Frau Dr. med. Gerda *Bitterolf*, München,
am 10.08.
Frau Dr. med. Ruth *Kirchesch*, Mannheim,
am 14.08.

93. Geburtstag

Herrn Dr. med. Armin *Unterberg*, Moers, am 02.08.

Herrn Med.Dir.Dr. med. Horst *Chomse*, Soest, am 03.08.

Herrn Dr. med. Fridhard *Sander*, Merzig, am 10.08.

Herrn Dr. med. Hubert *Schulte*, Essen, am 31.08.

94. Geburtstag

Frau Dr. med. Rita *Blume*, Unna, am 11.08.

Herrn Dr. med. Heinz *Kohler*, Ermatingen, am 13.08.

99. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hans-Hermann *Dorsch*, Duisburg, am 25.08.

100. Geburtstag

Frau Dr. med. Lotte *Baertz*, Münster, am 15.08.

101. Geburtstag

Herrn Dr. med. Gerhard *Pampel*, Waiblingen, am 01.08.

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Norbert *Bäumer*, Dortmund

Frau Dr. med. Martina *Brämswig*, Bad Nenndorf

Herrn Dr. med. Josef *Schmidt*, Boppard

Herrn Dr. med. Frank *Straehler*, Berlin

Als neue Mitglieder begrüßen wir**Landesverband Baden-Württemberg**

Frau Dr. med. Sonja *Jaiser*
Herrn Dr. med. Musa *Kockaya*
Herrn Dr. med. Markus *Wenning*

**Landesverband Bayern**

Frau Marlen *Halmburger*
Herrn Eduardo *Salamano*
Herrn Dr. med. Carolus *Schenke*
Herrn Dr. med. Daniel *Seng*
Herrn Dr. med. Andreas *Weckelmann*

**Landesverband Berlin**

Frau Inge *von Alvensleben*
Frau Dr. med. Lisa *Baresi*

Frau Dr. med. Yphantoula Elisabeth *Belouli*

Frau Dr. med. Ulrike *Merkel*

**Landesverband Hamburg**

Frau Dr. med. Svetlana *Moiseeva*

**Landesverband Mecklenburg-Vorpommern**

Frau Dr. med. Tanja *Jäckel*

**Landesverband Niedersachsen**

Herrn Ansgar P. *Wosnitza*

**Landesverband Nordrhein**

Frau Dr. med. Julia *Ellermann*

**Landesverband Westfalen-Lippe**

Frau Claudia *Farhan*
Herrn Dr. med. Florian *Palm*
Frau Julia *Pütz-Dolderer*

Prävention HPV-assoziiierter Erkrankungen

HPV-Schulimpfprogramme zeigen eindrucksvolle Erfolge

Um die Bevölkerung vor gefährlichen Infektionen zu schützen, bedarf es hoher Impfraten, die sich am besten mit Impfprogrammen im Kindes- und Jugendalter erreichen lassen. Dieses Resümee zogen internationale Experten auf einem von Sanofi Pasteur MSD unterstützten Symposium anlässlich der 31. Jahrestagung der European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID) in Mailand. Der Erfolg von Impfprogrammen zeigt sich eindrucksvoll in Australien, wo die Impfung mit dem tetravalenten HPV-Impfstoff Gardasil® im Rahmen des nationalen HPV-Schulimpfprogramms zu einem deutlichen Rückgang HPV-assoziiierter Erkrankungen geführt hat.

In Australien werden seit 2007 Mädchen im Alter von 12–13 Jahren im Rahmen eines Schulimpfprogramms mit Gardasil geimpft. Dieser kann als einziger HPV-Impfstoff nicht nur vor den HPV-Hochrisikotypen 16 und 18 schützen, sondern auch vor den HPV-Typen 6 und 11, auf die nahezu alle anogenitalen Warzen (AGW) zurückzuführen sind. 2007–2009 wurde die HPV-Impfung zusätzlich Mädchen bzw. Frauen im Alter von 13–26 Jahren angeboten, so dass in diesem Zeitraum landesweit ca. 80% der Mädchen bzw. Frauen geimpft werden konnten, so Prof. Federico Martinón-Torres, Santiago de Compostela (Spanien).

Reduzierung der Anzahl der Neuerkrankungen an Genitalwarzen und zervikalen Krebsvorstufen

Innerhalb von ca. vier Jahren nach Einführung des nationalen HPV-Schulimpfprogramms sank die Prävalenz der HPV-Typen 6, 11, 16 und 18 bei 18- bis 24-jährigen Frauen um 77%.¹ Eine aktuelle Studie belegt zwischen 2007 und 2011 einen Rückgang der Neuerkrankungen an AGW bei unter 21-jährigen Mädchen und Frauen um über 90% (von 11,5% auf 0,85%, $p < 0,001$), bei 21- bis 30-jährigen Frauen um über 70% (von 11,3% auf 3,1%, $p < 0,001$).² Auch Männer profitierten von der HPV-Impfung bei Mädchen und Frauen: So sank die AGW-Inzidenz bei unter 21-jährigen Männern von 12,1% auf 2,2% ($p < 0,001$) – ein Hinweis auf die durch die hohen Impfraten bei den jungen Frauen entstandene Herdenimmunität.

Hauptziel der HPV-Impfung ist jedoch die Prävention von HPV-16/18-assoziierten Erkrankungen im Genitalbereich (ca. 70% der Zervixkarzinome sowie ein Großteil aller Vulva- und Vaginalkarzinome), die sich jedoch im Mittel wesentlich später als HPV-6/11-assoziierte AGW manifestieren. Dennoch liegen bereits erste Ergeb-

nisse vor: Im australischen Bundesstaat Victoria sank die Inzidenz an CIN 2/3 bei Mädchen unter 18 Jahren innerhalb der ersten drei Jahre des nationalen HPV-Schulimpfprogramms um 48%.³

Seit Anfang 2013 können auch Jungen im Alter von 12–13 Jahren im Rahmen des australischen HPV-Schulimpfprogramms geimpft werden, denn auch Jungen haben das Risiko, an schweren HPV-6/11/16/18-assoziierten Erkrankungen zu erkranken.⁴

Mit nationalen Impfprogrammen hohe Impfraten erzielen

Ähnliche Ergebnisse wie in Australien lassen sich mittlerweile auch in anderen Ländern nachweisen, z. B. in Dänemark, wo die HPV-Impfung für 12-jährige Mädchen 2009 in das nationale Impfprogramm aufgenommen wurde.⁵ Mit einem zusätzlichen Catch-up-Programm für Mädchen bis zu 15 Jahren wurde eine Impfrate von 80–85% erreicht. Erkrankungen an AGW wurden hier bei Mädchen, die 2011 unter 17 Jahren alt waren, fast vollständig eliminiert.

In Deutschland gehört die Impfung gegen HPV 16 und 18 für Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren zu den von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen sechs Standardimpfungen.⁶ Als optimaler Zeitpunkt für die Impfung, die im Idealfall vor den ersten sexuellen Erfahrungen abgeschlossen sein sollte, gilt die Jugendgesundheitsuntersuchung J1.

Langzeitwirksamkeit und Sicherheit von Gardasil erneut bestätigt

Im Rahmen der ESPID bestätigten zwei Zwischenauswertungen von Nachbeobachtungen skandinavischer Teilnehmer an Gardasil-Zulassungsstudien den langanhaltenden Impfschutz durch Gardasil. In einer Follow-up-Untersuchung mit 4.344 Frauen, die im Alter von 16–23 Jahren Gardasil erhalten hatten, hatte sich auch acht

Jahre nach der Impfung bei keiner der Teilnehmerinnen eine HPV-6/11/16/18-assoziierte Erkrankung entwickelt. Zudem konnte eine anhaltend hohe Immunantwort gegen HPV 6, 11, 16 und 18 nachgewiesen werden, berichtete Martinón-Torres.⁷ In einer zweiten Langzeituntersuchung, in der 1.661 Mädchen und Jungen nachbeobachtet wurden, die im Alter von 9–15 Jahren in die weltweiten Zulassungsstudien eingeschlossen und mit Gardasil immunisiert worden waren, zeigte sich acht Jahre nach Impfung ebenfalls keine Durchbruchkrankung.⁸

Die Sicherheit des Impfstoffes bestätigt weiterhin eine retrospektive Analyse mit 190.000 Mädchen bzw. Frauen, die mindestens eine Dosis des tetravalenten Impfstoffs erhalten hatten (es wurde keine über Populationsniveau liegende Häufung von 16 Immunkrankheiten wie Multiple Sklerose, Typ-1-Diabetes oder verschiedener entzündlich-rheumatischer Krankheiten festgestellt).⁹ Außerdem gab es keinen Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen Gardasil und dem Auftreten von venösen Thrombosen oder Todesfällen.

Symposium „Childhood Vaccination Programme Implementation, Successes and Challenges: Taking a Step Forward“ im Rahmen der 31. Jahrestagung der ESPID, 28. Mai 2013, Mailand, Italien.

Dr. Günter Springer

Literatur

- 1 Tabrizi SN et al. *J Infect Dis* 2012; 206(11): 1645-1651.
- 2 Ali H et al. *BMJ* 2013; 346:f2032 doi: 10.1136/bmj.f2032.
- 3 Brotherton J et al. *Lancet* 2011; 377: 2085-2092.
- 4 Australian Government Department of Health and Ageing, <http://www.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/immunise-hpv> (zuletzt aufgerufen am 06.06.2013).
- 5 Baandrup L et al. *Sex Transm Dis* 2013; 40 (2): 130-135.
- 6 Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand Juli 2012. *Epi Bull* 2012, 30: 283-310.
- 7 Nygard M et al. Poster presented at 31st ESPID, Milan, 28.05.-1.06.2013.
- 8 Iversen OE. Poster presented at 31st ESPID, Milan, 28.05.-1.06.2013.
- 9 Klein NP et al. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011.

Nach Informationen der Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen

MEDICE, ein Familienunternehmen mit Tradition und Weitblick

13 Jahre Wissen und Kompetenz im Bereich ADHS

Einblick in seine Erfolgsgeschichte der langjährigen Forschung und Entwicklung auf dem Gebiet der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und in moderne Fertigungsprozesse von Medikamenten, die aus dieser Forschung hervorgegangen sind, bot das Unternehmen MEDICE an einem Tag der offenen Tür an seinem deutschen Firmensitz in Iserlohn.

Seit über 60 Jahren fördert MEDICE die forschungsorientierte Entwicklung pharmakologischer Innovationen unter dem Motto „Medica mente – heile mit Verstand“. Als mittelständisches Familienunternehmen gehört es zu den Top 50 Pharmaherstellern in Deutschland. Seine Größe erlaubt es – MEDICE beschäftigt heute mehr als 400 Mitarbeiter – schnell und flexibel auf die Einflüsse des Marktes zu reagieren. „Als regional verwurzeltes, inhabergeführtes Familienunternehmen ist MEDICE nicht Jonglierball der Finanzmärkte. Vielmehr eröffnet es uns die Möglichkeit die eigene forschungsorientierte Entwicklung und Produktion am Standort Iserlohn an langfristigen Unternehmenszielen zu orientieren“, so die Geschäftsführerin Dr. med. Katja Pütter-Ammer. Auch die Produktion nach höchsten Qualitätsanforderungen gehört zu den Maßgaben des Unternehmens. Weltweit ist MEDICE in mehr als 50 Ländern durch Tochter- und Partnergesellschaften vertreten. „Die erfolgreiche internationale Entwicklung von MEDICE ist für mich untrennbar damit verknüpft, auch die Region als Wirtschaftsstandort weiter zu stärken“, erklärt Dr. Pütter-Ammer weiter.

Marktführer im ADHS-Bereich

Ein besonders wichtiges Standbein von MEDICE ist das Kompetenzfeld ADHS. Bereits im Jahr 2000 wurde das Methylphenidat-Präparat Medikinet® eingeführt, fünf Jahre später folgten als patentierte Eigenentwicklung Medikinet® retard und 2011 mit Medikinet® adult das erste Methylphenidat-Präparat für die Therapie von Erwachsenen mit ADHS. Im Bereich der ADHS-Therapie ist MEDICE heute Marktführer. Für die erforderliche multimodale Betreuung von ADHS-Patienten engagiert sich MEDICE aber nicht

nur durch eine breite Produktpalette, sondern auch mit Fortbildungsaktivitäten, Informationsbroschüren und weiteren professionellen Service-Angeboten für Fachärzte.

In der Behandlung der ADHS bei Kindern ab dem sechsten Lebensjahr stellt Methylphenidat heute leitliniengemäß das Medikament der ersten Wahl dar¹ und gilt als Goldstandard. Die Dosis muss sorgfältig titriert werden. Für die Einstellungsphase kann Medikinet® eingesetzt werden, dessen Wirkung schnell eintritt und bis zu 4 Stunden anhält. Die Startdosis beträgt 5 mg ein- oder zweimal täglich. Verfügbar sind Dosierungen von 5, 10 und 20 mg. Langfristig bietet sich der Wechsel auf Medikinet® retard an, das nur einmal täglich eingenommen werden muss und in Dosierungen von 5, 10, 20, 30 und 40 mg verfügbar ist. Das Präparat weist einen kurzwirksamen und einen retardierten Wirkstoffanteil zu jeweils 50% auf. Vorteile von Medikinet® retard im Vergleich zu Medikinet® sind eine gleichmäßigere Wirkung über den Tag und eine bessere Compliance durch weniger Einnahmezeitpunkte.

Seit 2011 ergänzt das Reservepräparat *Attentin*®, das nach GMP-(Good Manufacturing Practice)-Standards hergestellte und bisher einzige Dexamfetamin-Fertigarzneimittel zur Behandlung einer therapieresistenten ADHS das Produktportfolio. Empfohlen wird eine Anfangsdosis von 5–10 mg. Sie kann wöchentlich in 5 mg-Schritten erhöht werden. MEDICE bietet damit nicht nur first- und secondline Therapieoptionen, sondern auch zahlreiche Wirkstärken für eine individuelle Therapie unter dem Leitsatz „so viel wie nötig, so wenig wie möglich“.

Bei den meisten Kindern mit ADHS besteht die Erkrankung auch im Erwachsenenalter fort. Hier gibt es mit dem retardierten Medikinet® adult, das in Dosierungen zu 5, 10, 20, 30 und 40 mg erhältlich ist, heute die Option einer medikamentösen Anschluss-therapie. Mit Medikinet® adult ist nicht nur die Fortführung einer bereits im Kindesalter begonnenen MPH-Therapie sondern auch eine Neueinstellung bisher nicht vorbehandelter Patienten möglich. Medikinet® adult ist das erste und bisher einzige in Deutschland zugelassene MPH-Präparat zur Behandlung erwachsener ADHS-Patienten.

Weitere Kompetenzfelder von MEDICE

MEDICE konzentriert sich auf klar umrissene, bedeutende Indikationsbereiche und deckt insgesamt vier Kompetenzfelder ab. Diese sind die Selbstmedikation mit rezeptfreien Medikamenten, ärztlich empfohlene Selbstzahlerleistungen sowie die Gebiete Nephrologie und ADHS. Im OTC-Bereich gehört MEDICE mit bekannten Produkten wie *Meditonsin*® und *Perenterol*® zu den 15 größten Herstellern in Deutschland. Besondere Kompetenz hat sich die Firma auch auf dem Spezialgebiet Dialysemittel erworben. Zu den nephrologischen Präparaten gehören das erste in der EU zugelassene *Epoetin*-Biosimilar *Abseamed*® und die Eisenpräparate *FerMed*® und *MonoFer*®.

¹ Döpfner M, Lehmkuhl G: Dt. Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007, S. 239-254

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

GSK unterstützt HPV-Impfung in den ärmsten Ländern

GlaxoSmithKline (GSK) wird seinen Impfstoff gegen Gebärmutterhalskrebs für ein neues, langfristiges Programm zur Verfügung stellen, das dabei helfen soll, Mädchen in den ärmsten Ländern der Welt vor dieser Krebsform zu schützen. Dies sieht eine neue Vereinbarung mit der GAVI Alliance vor, die GSK jetzt bekannt gegeben hat. Im Rahmen dieses Impfprogramms wird GSK in den kommenden zwei Jahren seinen Impfstoff Cervarix® gegen humane Papillomviren der Typen 16 und 18 zum Vorzugspreis von 4,60 US-Dollar pro Dosis bereit stellen. Der Impfstoff (rekombinant, adjuvantiert, adsorbiert) wird von GAVI in vier so genannten Demonstrations-Projekten verwendet.

Kluft zwischen arm und reich überbrücken

Christophe Weber, GSK-Vorstandsmitglied und Leiter des Impfstoffbereiches, erklärte: „Gebärmutterhalskrebs ist gerade in ärmeren Ländern, wo es nur begrenzte Screening-Möglichkeiten gibt, ein ernstes Problem. Wir freuen uns, dass wir unsere Zusammenarbeit mit GAVI ausweiten können – unser Impfstoff Cervarix® soll dabei helfen, Mädchen in den Entwicklungsländern zu schützen. Damit setzen wir unsere Bemühungen fort, unsere Impfstoffe für so viele Menschen wie möglich verfügbar zu machen, unabhängig davon, wo in der Welt sie leben.“

„Es gibt eine gewaltige Kluft zwischen Mädchen in reichen und armen Ländern“, so Dr. Seth Berkley, CEO der GAVI Alli-

ance. „Mit den GAVI-Programmen können wir anfangen, diese Kluft zu überbrücken – so dass alle Mädchen vor Gebärmutterhalskrebs geschützt werden können, unabhängig davon, wo sie geboren sind. Wir hoffen, bis zum Jahr 2020 mehr als 30 Millionen Mädchen in über 40 Ländern zu erreichen. Dies ist ein umgestaltender Moment für die Gesundheit von Frauen und Mädchen auf der ganzen Welt. Wir danken den Herstellern für die Zusammenarbeit mit uns, die das alles ermöglicht.“

Langfristige Partnerschaft

Die Demonstrations-Programme von GAVI werden in den kommenden Monaten starten und dazu beitragen, Erfahrungen zu sammeln, wenn es darum geht,

Impfstoffe gegen Gebärmutterhalskrebs für Mädchen ab neun Jahren verfügbar zu machen. Den beteiligten Ländern helfen die Demonstrationsprogramme dabei, ihre Fähigkeiten einzuschätzen, nationale Immunisierungsprogramme auszurollen.

GSK liefert derzeit 80 Prozent seiner Impfstoffe in Entwicklungsländer und ist ein langfristiger Partner von GAVI. Die jetzige Vereinbarung setzt eine Reihe weiterer Abmachungen fort – so erhält GAVI von GSK in den nächsten zehn Jahren 480 Millionen Dosen seines Pneumokokken-Impfstoffes und in den kommenden fünf Jahren 132 Millionen Dosen des Impfstoffes gegen Rotaviren.

Nach Informationen von GlaxoSmithKline GmbH, München

Neue Therapieoption von Shire

Elvanse® für die Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland zugelassen

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat Elvanse® (Wirkstoff: Lisdexamfetamindimesylat) die Zulassung für die Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) erteilt. Die Zulassung gilt für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS ab sechs Jahren, wenn das Ansprechen auf eine zuvor erhaltene Behandlung mit Methylphenidat als klinisch unzureichend angesehen wird.

Elvanse® besitzt bei Kindern eine nachgewiesene Wirkdauer von bis zu 13 Stunden und bewies in der europäischen Zulassungsstudie eine hohe Effektstärke von 1,8 gegenüber Placebo. 75 % der Patienten wiesen unter Elvanse® eine starke oder sehr starke Verbesserung des klinischen Gesamteindrucks auf. Elvanse® wird nur einmal morgens verabreicht und kann mit oder ohne gleichzeitige Nahrungsaufnahme eingenommen werden.

„Mit Elvanse steht ein neues hochwirksames Präparat in der ADHS-Therapie zur Verfügung, das aufgrund der Prodrug-Technologie mit einer Einmalgabe eine

Behandlung über den ganzen Tag ermöglicht. Für mich bedeutet es eine wertvolle Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten für solche Patienten, die mit Methylphenidat keine zufriedenstellenden Erfolge erzielen“, so Professor Dr. Dr. Tobias Banaschewski, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim.

Elvanse® wird in Deutschland ab 1. Juni 2013 als verschreibungspflichtiges Arzneimittel erhältlich sein. Da es sich bei Elvanse® um ein Stimulans handelt, geht

Shire davon aus, dass in den nächsten Monaten die Aufnahme in Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes erfolgen wird – entsprechend den anderen Wirkstoffen dieser Arzneimittelklasse.

Shire hat bereits jahrelange Erfahrung mit der Substanz Lisdexamfetamin. Unter dem Markennamen Vyvanse® wird Lisdexamfetamin als Erstlinienpräparat von Shire in den USA seit 2007, in Kanada seit 2010 und in Brasilien (Markenname: Venvanse®) seit 2011 angeboten.

Nach Informationen von Shire Deutschland GmbH, Berlin

Neues Kasuistikbuch erschienen:

Etanercept schreibt Therapie-Geschichte

Die bei weitem häufigste chronische rheumatische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter ist die juvenile idiopathische Arthritis (JIA), definiert nach der international angewendeten aktuellen ILAR Klassifikation. Sie ist eine Erkrankung mit vielen Gesichtern, einer Inzidenz von etwa 5 bis 6 von 100.000 Kinder unter 16 Jahren und geschätzten 30.000 betroffenen Kindern allein in Deutschland. Laut Registerdaten leiden 20 % der über vierjährigen Pa-

tienten unter dem Subtyp der erweiterten Oligoarthritis, weitere 15% sind von einer Enthesitis-assoziierte Arthritis und 8% von einer Psoriasis-Arthritis betroffen.

Seitdem eine Therapie mit Biologika möglich ist, haben sich die Behandlungsoptionen rheumatisch entzündlicher Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen erheblich verbessert, berichtete Dr. Betina Rogalski, Bensheim, auf einem Pressegespräch von Pfizer in Berlin. Man könne heutzutage die Remission als realistisches Therapieziel definieren, dauerhafte Schäden seien aufgrund eines frühzeitigen Einsatzes mit Etanercept (Enbrel®) heute seltener geworden – vor allem seit der Zulassungserweiterung für drei weitere Subtypen der Juvenilen Idiopathischen Arthritis (JIA): Auch Kinder und Jugendliche mit

erweiterter (extended) Oligoarthritis ab einem Alter von zwei Jahren sowie Jugendliche mit Enthesitis-assoziiierter Arthritis und Psoriasis-Arthritis ab zwölf Jahren profitieren nun von Enbrel®.

Der Nachweis von Komplikationen bei Erstdiagnose ist ein wichtiges prognostisches Kriterium für die Entwicklung weiterer Komplikationen: Besonders kritisch erscheint ein langer chronischer Entzündungsverlauf. Bereits ein milder Zellgrad in der Vorderkammer (> 0,5+) geht mit einem erhöhten Risiko für eine Visusminderung einher.

„Eine frühe Diagnose ist das A und O“, so Rogalski in Berlin. Vor allem zur Verhinderung von Langzeitkomplikationen sollte unmittelbar nach dem Auftreten der Arthritis ein engmaschiges Screening begonnen werden. Die bislang in aktuellen Studien vorgeschlagenen Screeningintervalle orientieren sich an der Uveitisinzidenz der einzelnen Arthritisunterformen, dem Nachweis der antinukleären Antikörper (ANA), der Arthritisdauer und der typischen Uveitissymptomatik (symptomatisch, gerötet und schmerzhaft versus asymptomatisch am äußerlich unauffälligen Auge).

„Ärzte. Patienten. Leben, jeden Tag. TNF- α -Therapie – unsere Geschichten“

Unter diesem Titel hat Pfizer ein Kasuistikbuch herausgebracht: Es beleuchtet praxis- und lebensnah die zahlreichen Facetten chronisch-entzündlicher Erkrankungen und deren Therapie mit dem TNF- α -Rezeptorfusionsprotein Etanercept. In insgesamt 21 Fallbeispielen zur Rheumatoïden Arthritis (RA), Psoriasis-Arthritis (PsA), Ankylosierenden Spondylitis, Plaque-Psoriasis (PsO) und zur Juvenilen Idiopathischen Arthritis (JIA) berichten Ärzte und Patienten aus ihrer ganz persönlichen Perspektive. So präsentierte Rogalski den Fall ihrer achtjährigen Patientin Emilie G., die mit Etanercept behandelt wurde (s. Abb.). Interessierte Mediziner können das Buch unter der folgenden E-Mail-Adresse kostenlos bestellen: monika.poellot@pfizer.com

Pressegespräch Pfizer Inflammation Care: Von Menschen und Biologika. Etanercept schreibt (Therapie-) Geschichte(n). Berlin, 22. Mai 2013.

Autor: Gabi Fischer von Weikersthal

„Es geht mir
viel besser –
so als wäre es
gar nicht da!“

Emilie G., 8 Jahre



Diagnose:

Polyartikuläre Juvenile Idiopathische Arthritis (JIA)

So fing es an:

Ende Dezember 2006
Schmerzen beim Windeln wechseln.

Anfang Februar 2007
Emilie konnte sich nur noch humpelnd fortbewegen. Diagnose einer Coxitis rechts bei einem Orthopäden.

Mitte Februar 2007
Diagnosestellung einer polyartikulären JIA. Betroffen waren neben dem rechten Hüftgelenk auch beide Kniegelenke, das rechte Ellenbogengelenk, das rechte obere Sprunggelenk und PIP III und PIP IV der linken Hand. Wegen der schmerzhaften Morgensteifigkeit bewegte sich das Kind „robbernd“ vorwärts, obwohl es bereits Laufen gelernt hatte.

4. August 2009
Erste Vorstellung bei Frau Dr. Rogalski, Floride Arthritiden in beiden Kniegelenken, im rechten Ellenbogengelenk, im linken Sprunggelenk, ferner Bewegungseinschränkungen im rechten Hüftgelenk und dem linken Mittelfinger. Labor BKS 60/97. Therapie zu dem Zeitpunkt: Methotrexat 10mg p.o./Woche, Ibuprofen 2x 100mg/Tag, Prednison 5mg jeden 2. Tag.

So geht es Emilie heute:

Dezember 2010
Therapiebeginn mit Etanercept wegen persistierender Arthritiden trotz parenteraler Methotrexat-Gaben und -Dosiserhöhung, Ibuprofen und Prednison. Emilie ist seit Therapiebeginn mit Etanercept beschwerdefrei. Aktuelle Laborwerte: BKS 5/12, CRP negativ, ANA 1:320. Emilie bekommt weiterhin Methotrexat 12,5mg/Woche, aktuell wieder oral. Alle anderen Medikamente konnten im Verlauf abgesetzt werden.

Dr. Betina Rogalski

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer

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

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/6 89 09-0

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

E-Mail: Christen@HKA.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Frank Riedel

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

Dr. med. Christoph Kupferschmid

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de