

# bvkJ.

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

Heft 10/14 · 45. (63.) Jahr · A 4834 E

# KINDER-UND JUGENDARZT



## Forum:

Als Kinderarzt  
im Ebolagebiet



## Fortbildung:

Alkohol bei Kindern  
und Jugendlichen



## Berufsfragen:

Mehr Geld?  
Mehr Geld!



## Magazin:

100 Jahre  
Krefelder Kinderklinik

[www.kinder-undjugendarzt.de](http://www.kinder-undjugendarzt.de)



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

# KINDER-UND JUGENDARZT

BVKJ.

## 100 Jahre Krefelder Kinderklinik



© Sergey Novikov - Fotolia.com



S. 581

### Inhalt 10/14

Redakteure: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen (federführend), Prof. Dr. Florian Heinen, München, Prof. Dr. Peter H. Höger, Hamburg, Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden, Prof. Dr. Stefan Zielen, Frankfurt a.M., Dr. Christoph Kupferschmid, Ulm, Regine Hauch, Düsseldorf

#### Forum

- 523 Vermischtes
- 524 Ein Bericht aus dem Ebola-  
zentrum Sierra Leone  
*Werner Strahl*
- 528 Pro und Contra KiTa  
*Florian Brich,  
Thomas Fischbach*
- 530 Wechsel zur Erwachsenen-  
medizin oft zu früh
- 531 Das Leser-Forum
- 534 Impressum
- 536 Sprachstands-  
erhebungstest  
*Harald Tegtmeyer-Metzdorf*
- 539 Gesetzentwurf gegen  
Kinderpornographie  
*Regine Hauch*
- 540 Mandeloperation regional  
*Christoph Kupferschmid*
- 542 Die PraxisApp  
*Cornelia Steininger*

#### Fortbildung

- 544 Alkoholmissbrauch im  
Kindes- und Jugendalter  
*Silke Diestelkamp,  
Rainer Thomasius*
- 551 Mykosen bei Kindern  
*Hans-Jürgen Tietz*
- 559 Welche Diagnose  
wird gestellt?  
*Maren Fließner*
- 561 Impfforum  
*Ulrich Heiningner*
- 562 Consilium: Maternale  
Varizellen-Infektion drei  
Tage nach Geburt  
*Johannes Forster*
- 564 Review aus englisch-  
sprachigen Zeitschriften
- 566 Suchtforum  
*Matthias Brockstedt*

#### Berufsfragen

- 567 Ärztliche Honorare bleiben  
einem willkürlichen  
Verteilungskonzept  
unterworfen  
*Thomas Fischbach*
- 568 Honorarverhandlungen  
2014 – ein Desaster?  
*Thomas Fischbach*
- 569 Datenschutzverletzungen  
*Andreas Meschke*
- 570 Wahlaufufe
- 572 Internetangebot Reha-  
bilitationsmaßnahmen  
*Monks Ärzte im Netz GmbH*
- 575 Brief aus der Praxis  
*Tanja Brunnert*
- 575 Wahlergebnis
- 576 Jeder Fehler zählt!  
*Gottfried Huss*
- 578 Als Frau in die Niederlas-  
sung? Na klar!  
*Tanja Brunnert*
- 579 Wer wartet hier auf wen?  
*Thomas Fischbach*

#### Magazin

- 581 100 Jahre Krefelder  
Kinderklinik  
*Tim Niehues*
- 585 Buchtipp
- 587 Fortbildungstermine des  
BVKJ
- 588 Personalie
- 589 Pädindex
- 590 Nachrichten der Industrie
- 597 Wichtige Adressen des BVKJ

#### Beilagenhinweis:

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage Beilagen der Firmen Wala Heilmittel GmbH und Pearson Assessment & Information GmbH bei.  
Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.



siehe Seiten  
575 und 578

## BfR-App: Vergiftungsunfälle bei Kindern

Ärzte, Apotheken und Erzieher sind aufgerufen, durch kostenlose Plakate auf die BfR-App „Vergiftungsunfälle bei Kindern“ des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) aufmerksam zu machen. „Die App hilft, in Notsituationen die richtige Entscheidung zu treffen, und sollte auf dem Smartphone aller Eltern und Betreuer von kleinen Kindern installiert sein“, sagt BfR-Präsident Prof. Dr. Dr. Andreas Hensel. „Ärzte, Apotheken und Erzieher leisten deshalb einen wichtigen Dienst, wenn sie als Multiplikatoren auf die kostenlose App hinweisen.“ Eltern und Betreuer erfahren über die App unter anderem, welches Vergiftungsbild ein Produkt hat und welche Maßnahmen zur Ersten Hilfe erforderlich sind. Im Notfall erhalten sie eine direkte Verbindung zu einem deutschen Giftinformationszentrum. Für Ärzte, Apotheken und Erzieher sind kostenlose Plakate und Memocards zur App erhältlich.

Das mobile Angebot „Vergiftungsunfälle bei Kindern“ wurde im August 2013 als erste App des BfR veröffentlicht und in-

nerhalb von fünf Monaten bereits rund 100.000 Mal installiert. Die App liefert Informationen zu Chemikalien, Medikamenten, Pflanzen und Pilzen, die Vergiftungsunfälle bei Kindern verursachen können, und enthält Hinweise, wie sich Unfälle vermeiden lassen. Einmal auf dem Handy installiert, ist die App auch ohne Internetzugang zu nutzen. Sie steht kostenlos zum Download für die Betriebssysteme Android und iOS zur Verfügung.

Die Plakate zur App sind in zwei verschiedenen Größen (A2 und A3) verfügbar. Nach Bedarf können zusätzlich Memocards mit oder ohne Aufsteller über die Website des BfR, per E-Mail oder Post bestellt werden:

Bundesinstitut für Risikobewertung,  
Max-Dohrn-Str. 8–10, 10589 Berlin,  
E-Mail: publikationen@bfr.bund.de

Quelle: Bundesinstitut für Risikobewertung

Red: ReH



## Mehr Freiräume für Kinder und Jugendliche in NRW

### Breites Bündnis fordert Änderungen in Schule und Ausbildung

Mit einer symbolischen Aktion vor dem Landtag in Düsseldorf hat sich das "Bündnis für Freiräume" erstmals der Öffentlichkeit präsentiert. Der Zusammenschluss aus Jugendverbänden und vielen gesellschaftlichen Akteuren möchte erreichen, dass junge Menschen wieder mehr Zeit haben, über die sie selbst verfügen können, um sich zu star-

ken und selbstbewussten Persönlichkeiten zu entwickeln.

Das Bündnis, das vom Landesjugendring NRW initiiert wurde, wird zum Start bereits von mehr als 40 Organisationen und Einzelpersonen aus Nordrhein-Westfalen unterstützt. Sie alle setzen sich für eine Entschleunigung in der Ausbildung, mehr selbstbe-

stimmte Zeit und Plätze, an denen Jugendliche erwünscht sind, ein.

Neben dem DGB NRW und dem Landessportbund gehört auch der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Nordrhein zu den Unterstützern.

Red: ReH

### Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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



## Sterbende Kinder, flüchtendes Krankenhauspersonal, hilflose Politik

# Ein Bericht aus dem Ebolazentrum Sierra Leone



Dr. Werner Strahl

Nach dem Ende des Bürgerkriegs war Sierra Leone gerade dabei, sich gesellschaftlich und wirtschaftlich gut zu erholen, Schulwesen und Gesundheitsversorgung erfolgreich wieder aufzubauen. Die Hilfsorganisation „Cap Anamur“ beteiligte sich daran. In der Hauptstadt Freetown half sie beim Wiederaufbau des einzigen Kinderkrankenhauses des Landes, dem „Ola-During-Children-Hospital“ (ODCH) sowie dem Straßenkinder-Haus „Pikin Paddy“.

Jetzt zerstört die erste Ebola-Epidemie Westafrikas diese hoffnungsvolle Entwicklung. Aus den Waldgebieten an der Grenze zu Guinea und Liberia kommend, hat sie innerhalb von fünf Monaten das ganze Land erfasst und die Menschen das Fürchten gelehrt.

Wahrscheinlich übertragen durch den Verzehr von „Bush-meat“ (Flughunde, Affen etc.) töten die Ebola-Viren mit einer Mortalitätsrate von 50 bis 90 Prozent unter dem Bild ei-

ner schweren Sepsis oft mit finalen Haemorrhagien.

Sämtliche Körperflüssigkeiten der Erkrankten sowie der Verstorbenen sind höchst infektiös, eine rein aerogene Übertragung findet jedoch nicht statt.

Das schlechte Bildungsniveau der Menschen in Sierra Leone (ca. 50 Prozent Analphabeten) sowie Voodoo-Glaube und Therapieversprechen lokaler traditioneller Heiler machen die Unterrichtung der Bevölkerung durch Ausländer oft schwierig, ja unglaublich. Erst nachdem die zunehmenden Todeszahlen Regierung und die koordinierende Weltgesundheitsorganisation (WHO) endlich alarmierte, wurden die Menschen durch Plakate, Radio und Fernsehen, Sänger und Soldaten auf Hygiene-Notwendigkeiten hingewiesen. Das medizinische Personal wurde besonders alarmiert durch den Ebola-Tod von über 30 Krankenschwestern und den des führenden

Virologen des Landes. Schulen, Kindergärten und abendliche Märkte wurden geschlossen. Größere Versammlungen wurden verboten, Verkehrsbeschränkungen verhängt und durch Soldaten durchgesetzt. Vor dem Betreten öffentlicher Gebäude, lokalen und Gesundheitseinrichtungen wurde Händewaschen obligatorisch.

In der Millionenstadt Freetown gab es erst Mitte Juli sehr vereinzelte Ebola-Fälle, die wegen fehlender Behandlungszentren mit Isolationsmöglichkeiten weit verlegt werden mussten. Auch die beiden verfügbaren Feldlabore zur PCR-Diagnostik waren nur durch mindestens vierstündige Autofahrt zu erreichen, sodass die Ergebnisse frühestens nach zwei Tagen eintrafen.

In der jetzigen Regenzeit ist unser Kinderkrankenhaus mit seinen 150 Betten normalerweise übervoll mit Malaria-, Typhus-, Enteritis- und Pneumonie-Fällen. Einige Betten der Aufnahmestation sind mit zwei bis drei Kindern nebst deren Müttern belegt.

Um die Einschleppung von Ebola zu vermeiden, ließen wir nur noch einen Krankenseingang zu. Alle Eintretenden mussten ihre Hände mit Chlorklösung desinfizieren und neben der berührungslosen Temperaturmessung (Infrarot) einen Fragebogen zu Krankheitszeichen, aber auch zu ihrer Herkunft und möglichen Ebola-Kontakten von erfahrenen Krankenschwestern ausfüllen lassen. Leider versagte dieses Sicherungssystem, als ein besorgter Vater den verdächtigen Tod der Großmutter des hochfiebernden Jungen verleugnete, um seine Aufnahme möglich zu machen. Die Wahrheit erfuhren wir erst nach zwei Tagen durch die Stiefmutter. Bis dahin hatten wir zunächst nur die nachgewiesene Malaria behandelt. Natürlich wurde der kleine Patient wie seine beiden



Das gegenwärtige „Cap Anamur“-Team in Freetown



Maximaler Schutz trotz großer Hitze ist wichtig für die Helfer.

Bettnachbarn sofort isoliert und auf Filoviren getestet. Das positive Ebola-Ergebnis löste dann Panik beim gesamten Personal aus. Sechs der acht Assistenzärzte und 25 der 100 Schwestern hatten das Kind berührt und mussten für die gesamte Inkubationszeit (bis 21 Tage) in Quarantäne geschickt und täglich nach Krankheitszeichen kontrolliert wer-

den (plötzliches Fieber, Muskelschmerz, Abgeschlagenheit, Erbrechen und Durchfall, Halsschmerz, Singultus, schließlich Hämorrhagien).

Zusätzlich und ausschließlich aus Angst verließen auch sämtliche Schwestern und Ärzte bis auf den Chefarzt ihre Arbeitsplätze und überließen unseren beiden „Cap



Drangvolle Enge im ODCH

Anamur“-Kinderärztinnen alle 150 Kinder zu Betreuung. In der Not entließen sie einen Großteil der Patienten mit oraler Medikation nach Hause, die infusionspflichtigen und O<sub>2</sub>-abhängigen Patienten mussten wir bis zur Wiederkehr erster Schwestern und Ärzte nach zwei Tagen so gut es ging versorgen.

Das isolierte Ebola-Kind verstarb leider, jedoch hat sich vom Krankenhauspersonal niemand angesteckt, wie wir seit Ablauf der Quarantäne wissen. Die Ärztinnen, Ärzte und Krankenschwestern hatten im Mindestschutz (Handschuhe und Atemmaske) gearbeitet. Neuaufnahmen Ebola-verdächtiger Kinder – und das sind mehr als 80 Prozent der Erkrankten – sind bis zur Einrichtung einer Aufnahme- und Isolierstation zum Ebola-Screening nicht gestattet.

Schon lange hatten wir mit dem beschriebenen Notfall gerechnet und Ministerien, die WHO u.a. um den Bau der Station und Schulung des Personals gebeten. Außer Ankündigungen auf Konferenzen geschah jedoch nichts. Jetzt bauen wir selbst auf dem im Stadtzentrum nur begrenzt verfügbaren Areal unter Beachtung der erforderlichen hygienischen Prinzipien, motivieren und unterweisen das gesamte Personal einschließlich aller Reinigungskräfte und werden das ODCH bald wieder voll arbeiten lassen können, insbesondere wenn weitere Feldlabore für die PCR-Diagnostik bereitstehen werden.

Unser Krankenhausdrama ist in Westafrika unter der Ebola-Last kein Einzelfall. Fast alle Krankenhäuser Arztpraxen sind geschlossen. Schwerkranke Erwachsene und Kinder finden nirgendwo Aufnahme bzw. Diagnostik und Therapie. Sie müssen demnach auch an gut behandelbaren Erkrankungen sterben; und das zu Hause oder auf der Straße. Mit der Ausgrenzung aller Verdächtigen, dem Verstecken von Erkrankten etc. tun sich schon jetzt schwere soziale Konflikte auf. Wegen der wahrscheinlichen riesigen Dunkelziffer nicht diagnostizierter Ebola-Fälle hatte die Regierung Sierra Leones vom 17.- bis 21. September für das ganze Land ein striktes Ausgehverbot

erlassen. In dieser Zeit sollten geschulte Aufklärungsteams von Haus zu Haus gehen und gleichzeitig die Zahl der Kranken feststellen.

Nur mit dem Einsatz massiver internationaler Hilfe beim Bau von Screening- und Therapiezentren und dem Einsatz von erfahrenem Hilfspersonal kann der weitere Kollaps des Gesundheitsbetriebs der durch Ebola bedrohten Länder gestoppt werden. WHO bzw. UNO müssen die Leitung im Verein mit den überforderten Länderregierungen übernehmen, dabei aber die Erfahrungen der seit Jahren in Westafrika tätigen NGO's nutzen. Die reichen Länder des Norden, einschließlich der Bundesrepublik, sind in der Pflicht, rasch tätige Hilfe zu leisten.

Der Kampf gegen Ebola wird noch Monate dauern. Anschließend müssen auf einer internationalen Konferenz neben den Erfolgsmeldungen vor allem die Versäumnisse und Fehleinschätzungen behandelt werden, denn die nächste Seuche wird sicher wieder aus dem Busch kommen.

Dr. med. Werner Strahl  
Heckstr. 77  
45239 Essen  
Tel. 0172/2173165  
E-Mail: Kinderarzt.Strahl@t-online.de

Der Autor ist Kinder- und Jugendarzt und arbeitet für die Hilfsorganisation „Cap Anamur“

Red: ReH



Unser erster Ebola-Patient, ein vierjähriger Junge

#### Infokasten:

Die humanitäre Hilfsorganisation „Cap Anamur“, Deutsche Notärzte e.V., arbeitet seit 35 Jahren in vielen Kriegs- und Katastrophen-Gebieten der Welt.

Zur Zeit sind 25 Ärztinnen und Ärzte, Schwestern und Pfleger sowie Techniker im mindestens sechsmonatigem Einsatz in neun Ländern tätig.

Näheres über [www.cap-anamur.org](http://www.cap-anamur.org)

Spendenkonto-Nr. 2 222 222 bei der Sparkasse KölnBonn  
BLZ. 370 501 98

## Pro und Contra KiTa

# Wieviel Mama braucht das Kind? Wieviel Krippe verträgt das Kind?

## Kinder kriegen die Leute (n)immer – Die KiTa-Diskussion aus Mehrkindfamilien-Sicht



Florian Brich

Während sich die Dres. Fegeler und Nolte dem „KiTa-(Fragen)-Komplex aus ideeller und fachlicher Sicht nähern, hat die Bundesfamilienministerin bereits entschieden: Erhöhung des Sondervermögens für die KiTas; Schwerpunkt auf ganztägiger Betreuung; mehr qualitativ gute Plätze. Es mag Sie überraschen: Der Verband kinderreicher Familien Deutschland e.V., der sich für die Interessen von 1.2 Millionen kinderreicher Familien einsetzt, steht nicht in direkter Opposition zu dieser Politik. Maßnahmen, die unseren Mitgliedern Wahlfreiheit ermöglichen, begrüßen wir. Wahlfreiheit bedeutet aber auch, dass das Betreuungsgeld erhalten bleiben muss.

### Mindestens drei Kinder und viele Fragen offen

Alle Mitglieder unseres Verbandes haben mindestens drei Kinder. Zeit ist für sie die wichtigste Ressource. Für uns ist die KiTa-Diskussion nur die Einleitung zu weiteren Fragen:

Herzlichen Glückwunsch der Redaktion, dass sie Debatten wie diese in dieser Form ins Heft hebt. Zwischen Pro und Contra plädiere ich für eine unideologische Debatte des Betreuungsthemas. Dass heute auf so genannte traditionelle Familien in oftmals überheblicher Manier nahezu kollektive Hatz von denjenigen gemacht wird, die Fremdbetreuung zum Gral erhoben haben, finde ich ärgerlich - die eigenen Erfahrungen haben hier sicherlich eine Rolle ge-

- Wird im Zusammenhang mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf hinreichend berücksichtigt, dass Kinderbetreuung und Hausarbeit bei Müttern mit drei und mehr Kindern – unabhängig vom zeitlichen Umfang einer Erwerbstätigkeit! – zehn Stunden und mehr betragen?

- Ist bekannt, dass gegenüber kleineren Familien das Armutsrisiko einer Familie mit drei Kindern zweimal und einer Familie mit vier Kindern über dreimal so hoch ist?

- Ob familienbezogene Leistungen, Besteuerung, Wohnraumsuche oder das unlängst als nicht familiengerecht eingestufte Rentensystem – Kinderreiche müssen schon jetzt weit über das KiTa-Thema hinausdenken.

### Erst die Botschaft, dann die Betreuung

Und wenn wir schon beim strategischen Denken sind, dann bitte ich Sie, das Argument, der Ausbau von Kitaplätzen steigere die Geburten-

rate, noch einmal zu bedenken. Glauben Sie wirklich, dass weiterreichende Betreuungsangebote allein geeignet sind, eine auf „Nimm (maximal) Zwei“ gepolte, gesellschaftliche Grundeinstellung aufzubrechen? Unser Verband sieht eine wichtige Aufgabe darin, Kenntnis um und Anerkennung für das Lebensmodell einer kinderreichen Familie zu erzeugen. Insofern glauben wir, dass die Gelassenheit im Denken potentieller Eltern wichtiger ist als die aktuelle KiTa-Diskussion.

Der Autor ist Vorstand für Öffentlichkeitsarbeit beim Verband kinderreicher Familien Deutschland e.V.

([www.kinderreichfamilien.de](http://www.kinderreichfamilien.de)) und Vater von vier Kindern. Er lebt mit seiner Familie in Nürnberg.

Florian Brich, KRFD  
E-Mail:  
[florian.brich@kinderreiche-familien.de](mailto:florian.brich@kinderreiche-familien.de)

Red.: ReH



Dr. Thomas  
Fischbach

spielt. Meine Frau und ich haben die Herablassung gegenüber Müttern immer wieder erleben müssen: "Ach so, Sie arbeiten gar nicht...!?", nur weil wir unter Verzicht auf ein zweites Einkommen eine fundierte und kindgerechte Selbstbetreuung unserer drei Kinder vorgezogen haben (Natürlich waren unsere Kinder auch drei Jahre vormittags in der KiTa.)

Vorwürfe, dass nicht berufstätige Mütter keine Steuergroschen erwirt-

schaften, vom Ehegattensplitting profitieren etc., haben die Erziehungsarbeit meiner Frau und mir jahrelang begleitet. Wir hätten uns da etwas mehr Toleranz gegenüber der von uns gewählten Betreuungsform gewünscht. Wenigstens soviel, wie wir denjenigen Mitmenschen entgegen gebracht haben, die sich für andere Betreuungsmodelle entschieden hatten!

Das Argument, dass Kinder in ihrer Familie nicht angemessen geför-

dert werden können, lasse ich auch für Nicht-Akademiker-Kinder nicht gelten. Solingen, wo ich arbeite, hat eine schwierige Sozialstruktur und ich habe trotz vieler Unzulänglichkeiten keineswegs den Eindruck, dass die meisten Kinder von Erzieherinnen/Tagesmüttern vor ihren Eltern beschützt werden müssen.

Gleichwohl bin ich der Ansicht, dass außerhäusliche Betreuung ihre Berechtigung hat. Manche Lebenssituationen erschweren bzw. verhindern ein traditionell gelebtes Famili-

enbild. Viele Familien sind heute zur Doppelberufstätigkeit gezwungen, und zwar nicht, weil sie dies selbst aus nachvollziehbaren Gründen wünschen, sondern weil sie sonst in wirtschaftliche Not geraten würden. Daraus zu schließen, eine Fremdbetreuung mit einer familiären Betreuung gleichzusetzen ist, ist m. E. allerdings haltlos. Ich kann akzeptieren, wenn Familien, auch die unserer Kolleginnen und Kollegen, eine Fremdbetreuung aus nachvollziehbaren Gründen für ihre Kinder wäh-

len, aber wer hier so tut, als ob eine Kindergärtnerin ein Mutterersatz wäre, der lügt sich in die Tasche. Das mag für Kinder aus dem Prekariat oder der Wohlstandsverwahrlosung gelten, aber für sonst niemanden! Jedenfalls solange die KiTa-Qualität so bleibt, wie sie heute ist: zu schlecht!

Dr. Thomas Fischbach  
E-Mail:  
fischbach@kinderaerzte-solingen.de

Red: ReH

## Wechsel zur Erwachsenenmedizin oft zu früh

### Jugendliche mit Rheuma brechen Arztkontakt ab

Die Verordnungen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) der meisten Bundesländer sehen vor, dass Jugendliche mit Rheuma nach dem 18. Lebensjahr vom Kinder- und Jugendarzt zum Erwachsenenmediziner wechseln. Etwa ein Drittel bricht in dieser Zeit den Arztkontakt ab. Suchen die Betroffenen Jahre später wieder einen Rheumatologen auf, können bereits dauerhafte Schäden an Gelenken oder auch Augen aufgetreten sein. Die Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) und die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) fordern daher, den Betreuungswechsel flexibler zu gestalten und bestehende Transitionsprogramme bundesweit umzusetzen. Auf die Probleme von Jugendlichen mit Rheuma wiesen Experten beider Fachgesellschaften sowie zwei betroffene Jugendliche auf der Pressekonferenz im Rahmen der 42. Jahrestagung der DGRh am 18. September 2014 in Düsseldorf hin.

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen, wie die juvenile idiopathische Arthritis (JIA) oder Kollagenosen, gehören bei Kindern und Jugendlichen zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. Werden die Jugendlichen erwachsen, benötigt immer noch jeder zweite eine kontinuierliche Betreuung durch einen Rheumatologen.

„Die Phase des Erwachsenwerdens ist besonders schwer“, warnte Dr. med. Hans-Jürgen Laws, Kongresspräsident der GKJR und Oberarzt an der Unikinderklinik Düsseldorf. Die Patienten lehnen die Krankheit ab, führen ihre Therapie gar nicht oder nur unzureichend durch. „Dass viele junge Patienten in dieser kritischen Zeit den regelmäßigen Arztkontakt verweigern, kann unwiderrufliche gesundheitliche Folgen haben, die sogar das Augenlicht gefährden können“, so Dr. med. Kirsten Minden, Kinderrheumatologin an der Universitäts-Kinderklinik, Charité Berlin.

Die Ursachen für die schwierige Übergangsphase wurden in aktuellen Studien untersucht: Für jeden Dritten kam der Wechsel zu früh und für jeden Vierten war er zu abrupt. Mit dem Arztwechsel müssen sich die Jugendlichen zudem neu orientieren: „Die Therapiekonzepte in der Erwachsenenmedizin sind andere und die Betreuungsintensität ist geringer“ ergänzte Laws.

Bereits 2009 stellte der Sachverständigenrat eine mangelnde Versorgung der Kinder und Jugendlichen in dieser Übergangsphase fest. „Das blieb jedoch ohne gesundheitspolitische Konsequenzen“, kritisierte der GKJR-Kongresspräsident. Nach den KV-Verordnungen der meisten Bundesländer sei mit dem 18. Lebensjahr

eine Betreuung durch den Pädiater nur mit besonderer Begründung möglich.

„Dabei können wir den Wechsel zur Erwachsenenmedizin nicht allein am Alter festmachen“, betonte Laws. Viel wichtiger sei es, die körperliche, psychosoziale und berufliche Entwicklung zu berücksichtigen. Studien haben zudem gezeigt, dass sich die Patienten eine bessere Vorbereitung auf den Betreuungswechsel wünschten und eine flexible, überlappende Betreuung, ergänzte Minden.

Sprechstunden, die die Transition vorbereiten, bieten bereits mehr als 20 kinderrheumatologische Einrichtungen bundesweit an – nicht mal jeder Fünfte nutzt diese aber auch. Das 2009 für Menschen mit Diabetes und Epilepsie entwickelte Berliner Transitions-Programm wird derzeit in einzelnen Bundesländern auch auf seine Anwendbarkeit in der Rheumatologie überprüft. „Wir hoffen auf eine positive Bewertung und fordern gesundheitspolitische Entscheidungsträger und Krankenkassen auf, endlich Konsequenzen aus den längst nachgewiesenen Defiziten zu ziehen“, so die beiden Kinderreumatologen Minden und Laws.

Red: ReH

# Das Leser-Forum



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



**Sprachleitfaden des BVKJ – die richtigen Schritte tun von Dr. Klaus Rodens und Dr. Wolfram Hartmann, KiJuA (2014), Heft 4, S. 190**

Ein Sprachleitfaden für Ärzte ist sicherlich sinnvoll und kann die Arbeit vor Ort unterstützen. Es ist bedauerlich, dass dieser Leitfaden nicht in einem interdisziplinären Austausch mit Fachvertretern der Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie, Phoniatrie/Pädaudiologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Psychologie, klinischen Linguistik, Sprachheilpädagogik und Logopädie entstanden ist.

So wird zum wiederholten Male auf das "Schema" von Frau Dr. Tiggis-Zuzok hingewiesen, das weder der fachwissenschaftlichen Klassifikation der interdisziplinären Leitlinie Sprachentwicklungsstörungen (AWMF 2011) entspricht noch auf empirisch belegbare Daten zurückgeht, die die dort vorgenommene Einteilung nach Toleranz-, Normbereich, frühestmögliche spontane Bildung und Therapiebedürftigkeit belegen. Bedenklich stimmt auch, dass das Schema dazu dienen soll, "viele unnötige Diskussionen" mit Eltern zu ersparen. Eltern machen sich Sorgen um ihre Kinder, ob dies berechtigt ist oder nicht kann nur in einem Beratungsgespräch und evtl. auch mit Hilfe einer Sprachdiagnostik geklärt werden.

Sonja Utikal, Deutscher Bundesverband für Logopädie  
Referentin Logopädie / Sprachförderung  
utikal@dbl-ev.de

Red.: Kup



**Linkshändigkeit – Praktische Fragen an und für den Kinder- und Jugendarzt von Dr. Barbara Sattler und Dr. Hans Ibel, KiJuA (2014), Heft 7, S. 345 ff.**

Beim Lesen des Artikels beschleicht mich das Gefühl, dass hier aufs Neue ein Zustand pathologisiert wird, der doch immerhin 15 bis 20% (oder gar mehr!) der Bevölkerung betrifft. Um es vorweg zu sagen: Umerziehung von der linken auf die rechte Hand muss heute sicherlich bekämpft werden, dafür sollten auch wir Kinder- und Jugendärzte eintreten. Wir sollten auch wissen, mit welchen Maßnahmen linkshändigen Kindern das Leben in Kindergarten, Schule und Alltag erleichtert werden kann, ebenso wie Eltern, Erzieher und Lehrer dies wissen sollten. Wenn ich lese, dass jedes Kind, dessen Händigkeit bei der U8 noch unklar ist, zu „spezialisierten Fachleuten“ zu überweisen sei, ja zu einer "zertifizierten Linkshänderberaterin mit bewegungstherapeutischem Hintergrundwissen", dann kommt der Verdacht auf, dass hier wieder eine neue Fachrichtung selbsternannter Berater auf den Markt der Heilmittlerbringer drängt. Im Artikel wird darauf hingewiesen, dass es nicht „sinnvoll“ sei, in der Praxis einen Händigkeits-

test durchzuführen, da dieser „ein Spezialwissen und Erfahrung“ erfordere. Ja nicht einmal ansprechen solle man das Thema Händigkeit in Gegenwart des Kindes.

Man fragt sich, wie Generationen vor unseren heutigen Kindern die Schule, den Alltag, ihr Leben bewältigen konnten ohne die im Artikel geforderten Unterstützungsmaßnahmen zertifizierter Berater. Die Zahl nicht erkannter und möglicherweise unwissentlich umerzogener Linkshänder liegt angeblich hoch. Die genannten Folgeerscheinungen („emotionale Probleme, Depression, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen“) lassen Schlimmes erwarten und wecken Ängste bei den Eltern, die doch das Beste für ihre Kinder wollen. Die Krankenkassen werden unter Druck geraten, auch diese Heilbehandlungen zu erstatten, ein neuer Markt tut sich auf, die Leistungserbringer für diesen Markt werden schon zahlreich ausgebildet. Wir Kinder- und Jugendärzte werden unter Druck geraten, die Rezepte für diese Heilmittel auszustellen, auch wenn uns die Kompetenz zur Diagnostik abgesprochen wird.

Noch einmal: viele der im Artikel genannten Maßnahmen und Tipps sind sinnvoll und hilfreich und sollten von uns an die Eltern weitergegeben werden. Erzieher und Lehrer sollten geschult sein im Umgang mit Linkshändern. Wo allerdings die Therapiebedürftigkeit beginnt, muss wohl bedacht werden.

Wir Kinder- und Jugendärzte sollten uns nicht zu Erfüllungsgehilfen von Spezialisten machen, die den großen Markt der Bekämpfung (oder gar Förderung) von Elternängsten bedienen. Werden die Rechtshänder nachziehen und bald auch therapiebedürftig werden?

Dr. Annette Suhr- Wallem  
Friedrichstr. 39-43  
68199 Mannheim  
Tel 0621 844810  
kinderarzt.neckarau@web.de

Red.: Kup



**44. Kinder- und Jugendärztetage 2014 in Berlin – Umweltmedizin von Dr. Christoph Kupferschmid KiJuA (2014), Heft 8, S. 402 ff.**

Mich hat der Kinder- und Jugendärztetag im wesentlichen enttäuscht, weil kritische Fragen nicht gestellt wurden. Keine kritischen Fragen zu unserem Lebensstil, keine kritischen Fragen zur drohenden Trinkwasserseuchung durch Fracking, keine kritischen Fragen zur Gentechnik in Nahrungsmitteln. Wie ist das mit unserem persönlichen Energieverbrauch, der den Klimawandel weiter anheizt? Wer setzt die Alternativen um? Warum wurde kein Toxikologe eingeladen, der den Besuchern die Giftpalette aufzeigt, die bei der Verpressung von Fracking-Lagerstättenwasser ins Erdreich gelangt? Was bedeutet das von Kinderärzten so oft hochgehaltene Vorsorgeprinzip noch, wenn es bei gentechnisch veränderten Nahrungsmitteln missachtet wird und

Fortsetzung auf Seite 534

gentechnisch veränderte Organismen nicht rückholbar in den Lebenskreislauf gelangen? Darf die Fa. Nestlé noch einen Infostand auf einem Kongress des Berufsverbandes aufbauen, wenn sie anderntags die Privatisierung von Trinkwasser maßgeblich vorantreibt? Nur PD Dr. med. vet. Focke hat (als Tierarzt!) am Beispiel der Massentierhaltung die notwendige Empörung über diese bedrohlichen Prozesse zum Ausdruck gebracht. Wir Kinderärzte müssen raus aus unserer Selbstzufriedenheit, wenn wir wirklich Anwälte der Kinder sein wollen.

Dr. med. Christoph Dembowski  
-Kinder- und Jugendarzt-  
Gerberstrasse 19  
27356 Rotenburg (Wümme)

Red.: ReH

**Einschlafhilfen, Durchschlafen und Elternstress von Annette Kast-Zahn, KiJuA (2014), Heft 8, S. 404 ff.**

Co-Sleeping (Schlafen im Elternschlafzimmer oder Elternbett) oder Single-Sleeping (alleine ein- und durchschlafen) lautet die heiß umstrittene Frage unter Eltern von Säuglingen und Kleinkindern. Ihre Beantwortung wird zuweilen vor ideologischem Hintergrund ausgefochten. Belastbare Daten dafür, welche Methode die für das Kind bessere ist, existieren so gut wie nicht. Sie wären auch schwer zu erheben, geben Eltern doch ihre kleinen Kinder höchst ungern für wissenschaftliche Untersuchungen her. Nachbeobachtungen zum dem einen wie dem anderen Prinzip sind ebenfalls rar. Sie leiden unter der Interpretierbarkeit in die gewünschte Richtung. Insofern fehlen auch brauchbare Metaanalysen, die heutzutage den Goldstandard

in der wissenschaftlichen Betrachtung eines Problems darstellen.

Was bleibt, ist die Frage nach der Befindlichkeit des zu untersuchenden „Objekts“, in diesem Fall kleine Kinder. Welchen Gefühlen verleihen sie Ausdruck bei den Maßnahmen, die mit ihnen in der einen oder anderen Weise durchgeführt werden? Dieselbe Frage stellt sich ärztlichem Handeln, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, sich zu einer Behandlungsmaßnahme zu äußern. In diesem Fall zählt allein der „mutmaßliche Wille“. Der mutmaßliche Wille des Säuglings und Kleinkinds beim Schlafen ist aber das Problem selbst.

Vor jeder Antwort ist nach den zahlreichen Ursachen für Ein- und Durchschlafstörungen im frühen Kindesalter zu fahnden (vgl. Fricke-Oerkermann, Frölich, Lehmkuhl, Wiater, Hogrefe Verlag, 2007). Die reichen von körperlichen Problemen bis zu psychosozialen Schwierigkeiten. In meinem Internet Forum zu Entwicklungsfragen von Kindern machen die Fragen nach problematischem Schlafverhalten annähernd ein Drittel aus. Mit der psychosozialen Problematik, ursächlich wie in Folge, beschäftigen sich davon weit über 90 Prozent. Dabei spielen die emotionalen Auswirkungen durch konditionierende Schlafprogramme, wie im vorliegenden Artikel angesprochen, eine große Rolle. Was als gesichert gelten darf und was auch alle Eltern sofort nach Durchführung merken, sind regressive oder aggressive Verhaltensweisen ihrer Kinder in der Interaktion zu Hause. Langzeitauswirkungen sind schwer abzugrenzen von weiteren Störfaktoren in der Entwicklung. Im Sinne der Kinder wären differenzierende Studien sicher nützlich.

Dr. Rüdiger Posth  
Altenberger Dom Str. 113  
51467 Berg. Gladbach  
dr.r.posth@web.de

Red.: Kup

## 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-Iko Huppertz, Prof.-Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen, Tel. (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremenmitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian Heinen, Dr. v. Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München, Tel. (089) 5160-7850, E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel. (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@khh-wilhelmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, Tel.

(0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@dkd-wiesbaden.de; Prof. Dr. Stefan Zielen, Universität Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, 60596 Frankfurt/Main, Tel. (069) 6301-83063, E-Mail: stefan.zielen@kgu.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 12.767

lt. IVW II/2014

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



**Redaktionsausschuss:** Prof. Dr. Florian Heinen, München, Prof. Dr. Peter H. Höger, Hamburg, Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden, Prof. Dr. Stefan Zielen, Frankfurt, 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 – **Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel. (0201) 8130-104, Fax (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Druck:** Schmidt-Römhild, 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. 47 vom 1. Oktober 2013

**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](http://www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise)

© 2014. 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.

# Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren



Der SET 5-10 ist ein Test zur Sprachentwicklung von Vor- und Grundschulern. Er benötigt etwa 45 Minuten zur Individualdurchführung und kann über die Testzentrale für den Preis von 528,- Euro erworben werden.

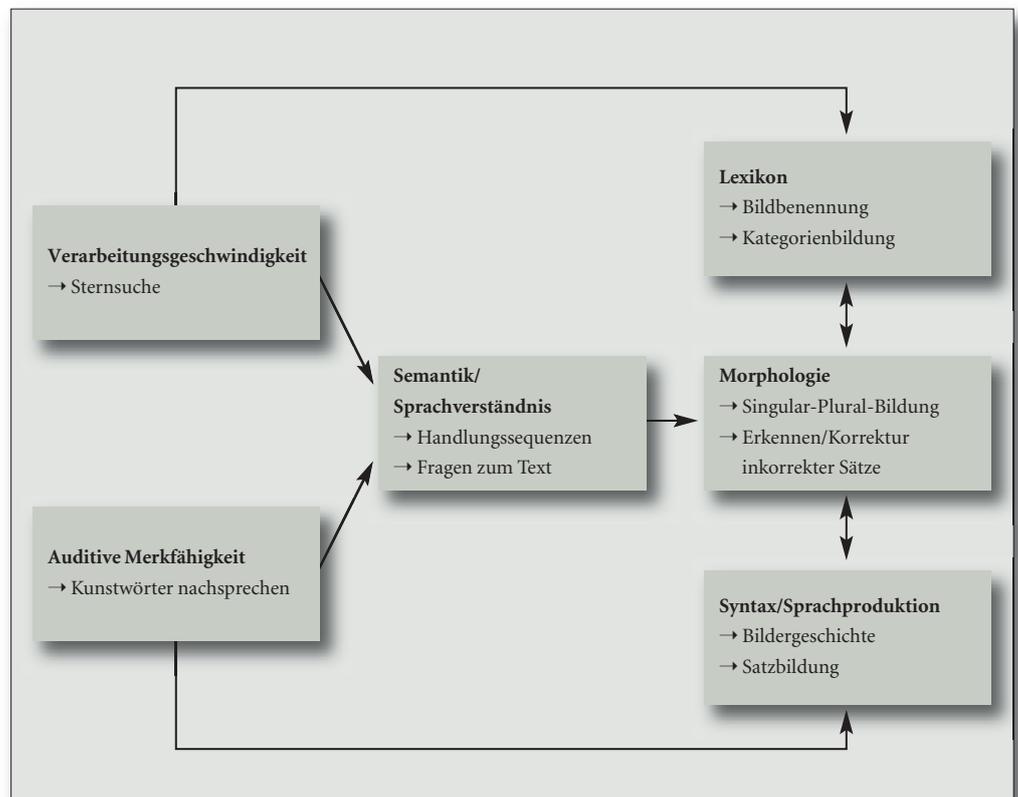
Im Gegensatz zu umfassenden Entwicklungstests und auf der Basis des Modells zur Sprachentwicklung von Barrett (1999) beleuchtet der SET 5-10 die unterschiedlichen Aspekte der Sprache genau und vielfältig, so dass ein differenziertes Bild vom Sprachstand des getesteten Kindes entsteht. Über die spielerische Durchführung dieses Tests kommt das Kind viel zum Sprechen und der Testleiter in den Dialog mit ihm. Derart entstehen auch ohne die Auswertung und die quantitative Einschätzung viele Möglichkeiten, sich einen qualitativen Eindruck zu verschaffen.

Die Dimensionen zur Erfassung der Sprachentwicklung sind vielfältig und spiegeln sich in abwechslungsreichen Untertests wieder (siehe Abbildung mit den dazu zugeordneten Untertests des SET 5-10). So werden grundsätz-

lich sowohl die produktive als auch die rezeptive Sprache geprüft. Wie in zahlreichen ähnlichen Tests, z.B. Heidelberger Sprachentwicklungstest (SET) oder intelligence and development scales (ids) werden Spielfiguren angeboten. Das Kind wird aufgefordert, zunehmend schwierigere Satzinhalt mit diesen Figuren adäquat nachzuspielen. In einem weiteren Untertest zum Sprachverständnis werden Fragen zum einem kurzen Text gestellt, der den Kindern zuvor vorgelesen wurde. Im Bereich der Sprachproduktion werden durch die Benennung von exemplarischen Bildern der Wortschatz und durch die Suche nach Kategorien, mit denen das Gemeinsame verschiedener Bilder erfasst wird, die interne Strukturiertheit des mentalen Lexikons überprüft. Morphologie (Wortbildung und -flexion) und Syntax (Satzbau) sind wesentliche Teile der grammatischen Fertigkeiten. Diese werden im SET 5-10 mit Bilderfolgen angesprochen, zu denen die Geschichte erzählt werden soll, und mit Sätzen, die aus der Vorgabe von zunächst zwei, später drei Worten zu bilden sind.

In verschiedenen Untertests gibt es eine Altersdifferenzierung zwischen fünf bis sechs und sieben bis zehn Jahren, was aufgrund der immensen Fortschritte in der schulbedingten Sprachkompetenz auch Sinn macht. Der letzte von zehn Untertests ist nur für Vorschüler gedacht. Dabei handelt es sich um das Nachsprechen von Pseudowörtern, wie das viele Pädiater von der Kurzform des SETK 3-5 kennen, nämlich dem Sprachscreening SSV, mit dem dort „Phonologisches Arbeitsgedächtnis für Nichtwörter“ genannten Untertest.

Passend zu dieser Prüfung der auditiven Merkfähigkeit wird das resultierende Sprachprofil durch den Untertest „Sternsuchen“ ergänzt, der einen Blick auf die Arbeitsgeschwindigkeit ermöglicht. Ähnlich dem Aufmerksamkeits-Belastungstest d2 nach R. Brickenkamp (1962), dem Untertest mit Enten in der ids oder in dem entsprechenden Untertest mit der Differenzierung von Äpfeln und Birnen im Screening von Esser (BUEVA, 2002) sollen unter verschiedenen ähnlichen Symbolen wie Sonne, Herz und Mond möglichst



Barretts Modell (1999) ergänzt um die basalen Fähigkeiten Verarbeitungsgeschwindigkeit und auditive Merkfähigkeit

schnell die Sterne gefunden und angestrichen werden. Die Verarbeitungsgeschwindigkeit gilt nämlich als wichtiger Ko-Faktor für die Sprachentwicklung zusammen mit Arbeitsgedächtnis- und Aufmerksamkeitsprozessen.

Die Normierung des Testverfahrens wurde 2009 an 1052 Kindern zwischen 5;0 und 10;11 Jahren quer durch Deutschland vorgenommen. Untersuchungen zur Validität über den Vergleich mit Ergebnissen in anderen etablierten Sprachtests erbrachten mittlere bis gute Ergebnisse. Sensitivität und Spezifität des hier dargestellten Testverfahrens liegen zwischen 80 und 88 Prozent, so dass die Abgrenzung zwi-

schen sprachlich normal entwickelten Kindern und sprachauffälligen als zuverlässig einzuschätzen ist.

Zusammenfassend kann der SET 5-10 als gelungene Umsetzung des sprachtheoretischen Modells von Barrett angesehen werden. Es ergänzt durch den besonderen Fokus auf die Altersgruppe von Vorschul- und Grundschulkindern die sonstigen Sprachtests und ermöglicht einen differenzierten Blick auf die verschiedenen Teilbereiche der Sprachentwicklung, was wiederum einen guten Ausgangspunkt für eine eventuell indizierte Förderung darstellt. Hilfen für die Testdurchführung und die Interpretation der Ergebnisse fin-

den sich darüber hinaus in dem „Fallbuch SET 5-10“ von F. Petermann und J.-K. Rißling, HogrefeVlg. 2013.

Lit.

Barrett, M. (1999) The development of language. Hove: Psychology Press.

F. Petermann

Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren (SET 5-10)

Hogrefe Verlag (Testzentrale), 2. überarb. Auflage 2012,

€ 528,-, Best.Nr. 01 343 01

Dr. Harald Tegtmeier-Metzdorf

88131 Lindau

E-Mail: dr.harald.tegtmeier@t-online.de

Red: ReH

## Gesetzentwurf gegen Kinderpornographie: Bundesregierung will Sexualstrafrecht verschärfen

Am 17. September beschloss das Bundeskabinett mit neun Monaten Verspätung einen neuen Gesetzentwurf gegen Kinderpornographie.

Die große Koalition will Kinder noch wirksamer vor Übergriffen von Pädophilen schützen. Bundesminister Heiko Maas brachte dafür (SPD) einen neuen Gesetzentwurf zur Verschärfung des Sexualstrafrechts in das Kabinett ein. Dieses Gesetz schließt eine Lücke. Denn schon längst sollte nach einer EU-Richtlinie die Kontaktaufnahme zu Kindern aus sexuellen Motiven strafbar sein. Die Richtlinie bezieht sich nicht nur auf die Kontaktaufnahme im Internet, sondern auch im realen Raum.

Der jetzige Entwurf schließt einige Schutzlücken: künftig spielt es keine Rolle

mehr, ob ein Lehrer, der mit einer 14-jährigen Schülerin verkehrt, ihr Klassenlehrer oder nur Vertretungslehrer ist. Im letzteren Fall ist der Lehrer bisher noch straffrei - das Mädchen gilt nicht als seine "Schutzbefohlene" im Sinne des Sexualstrafrechts. Der Entwurf von Maas verlängert auch Verjährungsfristen von Sexualstraftaten, da viele Opfer sich oft erst nach langer Zeit überwinden können, Täter anzuzeigen.

Das Regelwerk enthält endlich auch Vorschriften über Nacktaufnahmen von Kindern - ein Anliegen, das der BVKJ schon seit Jahren vertritt. In den BVKJ-eigenen Publikationen tauchen schon seit Jahren keine Bilder mehr von nackten oder nur halb bekleideten Kindern auf. Nach deutschem Recht ist es allerdings bislang straffrei, sich Nackt-Bilder von Kindern zu

beschaffen, die nicht auf sexuelle Art und Weise posieren, sondern die in harmlosen Alltagssituationen wie am Strand fotografiert wurden.

Künftig soll auch strafbar sein, wer nur "unbefugt" Fotos eines nackten Kindes "herstellt" oder "verbreitet" - ohne, dass das Kind irgendwie posieren müsste. Damit wird die Lehre aus dem Fall Edathy gezogen. Das Geschäft mit augenscheinlich harmlosen "FKK-Bildern" unter Pädophilen wohl auch erschwert.

Kritiker des Entwurfs befürchten, dass nun auch Fotos harmloser Alltagssituationen - Kind plantscht mit Freunden nackt im Gartenteich - strafbar sein werden. Sie warnen vor amerikanischen Verhältnissen und einer neuen Prüderie.

ReH

### Kommentar

#### Dr. Wolfram Hartmann:

Endlich hat auch die Bundesregierung die langjährige Forderung des BVKJ aufgegriffen und Nacktaufnahmen von Kindern zu gewerblichen Zwecken unter Strafe gestellt. Hoffen wir, dass auch die Werbeindustrie und ebenso die Parteien hier mehr Sensibilität zeigen und auf die bildhafte Darstellung von nackten oder nur gering bekleideten Kindern zu Werbezwecken verzichten. Auch Eltern sollten immer abwägen, in welche Netze sie Aufnahmen ihrer Kinder stellen. Sensibilität ist hier gefragt, das haben die Skandale der letzten Zeit gezeigt, als Hacker die Clouds von Promis gehackt haben.

# Mandeloperationen regional: Körperverletzung oder Vernachlässigung?

Etwa 300 km liegen zwischen Coburg und Bad-Kreuznach, nicht besonders viel. Die Städte sind etwa gleich groß, jede etwas über 40.000 Einwohner. In der Pfalz dominiert der Weinbau, in Oberfranken die Verwaltung. Was hat das mit der Mandeloperationen zu tun? Eigentlich nichts. Aber in Bad-Kreuznach werden beinahe sieben Mal so viele Mandeloperationen an Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahren vorge-

fernt als in Coburg. In der Nähe der Tonsillen gibt es bei den Blinddärmen von Kindern und Jugendlichen. Acht mal häufiger werden diese in den einen Regionen im Vergleich zu anderen herausgeschnitten.

## Seit Jahren gravierende Unterschiede

Die Ergebnisse beruhen auf einer Langzeituntersuchung. Seit 2007 beobachtet die Bertelsmann Stiftung in

hohe Abweichungen ebenso wenig zu erklären wie durch Alters- oder Geschlechtsstrukturen – ein Warnsignal für die Studienautoren. "Große regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung sind ein klares Zeichen für Qualitäts-, Effizienz- und Gerechtigkeitsprobleme", sagte OECD-Direktor Mark Pearson.

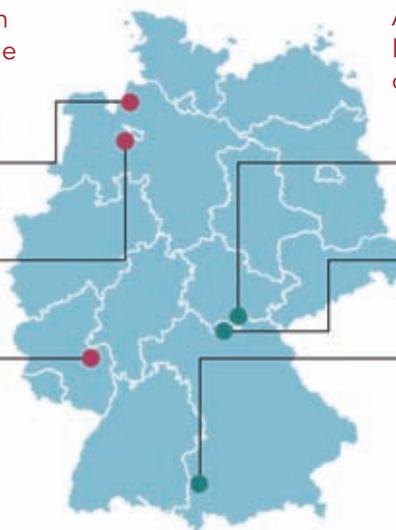
Verantwortlich für die großen regionalen Unterschiede sind keineswegs nur wenige Ausreißer. Bei den Mandelentfernungen etwa weichen 137 der 402 deutschen Städte und Gemeinden um mehr als 30 Prozent vom Bundesdurchschnitt ab. Das legt die Vermutung nahe, dass betroffene Kinder in jeder dritten Stadt und jedem dritten Kreis entweder über- oder unterversorgt werden. Das eine grenzt an Körperverletzung, das andere an Vernachlässigung. Auffällig ist zudem, dass einige kreisfreie Städte und Kreise gleich bei mehreren Eingriffen die deutschlandweit höchsten Operationsraten aufweisen. OECD und Bertelsmann Stiftung empfehlen den Ärztekammern und Fachgesellschaften, aber auch den zuständigen Aufsichtsbehörden dringend, diese auffälligen Regionen einer eingehenden Untersuchung zu unterziehen. "Die großen regionalen Unterschiede bestehen seit längerem. Es ist schwer zu verstehen, warum niemand nach den Ursachen forscht, denn hinter den Zahlen können sich in einigen Regionen echte Fehlentwicklungen zu Lasten der Patienten verbergen", sagte Brigitte Mohn von der Bertelsmann Stiftung.

## Ärztliche Aufklärung wird unterschiedlich wahrgenommen

Warum die Versorgungslage zwischen den Regionen so unterschiedlich ist, dazu kann auch die For-

Am **häufigsten** werden Kinder und Jugendliche operiert aus

Bremerhaven: 92,1
Delmenhorst: 84,2
Bad Kreuznach: 107,3



Am **seltensten** werden Kinder und Jugendliche operiert aus

Sonneberg: 12,9
Coburg: 15,6
Unterallgäu: 16,8

Abb.: Entfernung der Gaumenmandeln je 10.000 Kinder und Jugendliche bis 19 Jahren, 2010 bis 2012, Berechnungen bezogen auf den Wohnort der Patienten ([www.faktencheck-gesundheit.de](http://www.faktencheck-gesundheit.de))

nommen als in Coburg, und man fragt etwas kopfschüttelnd, warum? Auch der Kuhmist und die Bergluft im Unterallgäu sind keine hinreichenden Gründe dafür, dass dort nur ein Fünftel an Tonsillektomien gemacht werden im Vergleich zu Bremerhaven.

Nicht zum ersten Mal finden die OECD und die Bertelsmann Stiftung unerklärliche regionale Unterschiede bei Operationen. Ähnlich große Unterschiede wie bei der Ent-

fernung der Tonsillen gibt es bei den Blinddärmen von Kindern und Jugendlichen. Acht mal häufiger werden diese in den einen Regionen im Vergleich zu anderen herausgeschnitten. Das Ausmaß der regionalen Unterschiede innerhalb Deutschlands bleibt über die Jahre hinweg bei den einzelnen medizinischen Eingriffen nahezu gleich. Und es sind auch überwiegend dieselben Regionen, die konstant unter besonderer Über- oder Unterversorgung leiden. Rein medizinisch sind derart

schung bislang nur erste Erklärungsansätze liefern. Die beiden Studien von OECD und Bertelsmann Stiftung stellen übereinstimmend fest, dass das Fehlen klarer medizinischer Leitlinien die Gefahr von regionalen Unterschieden vergrößert. "Leitlinien, die den Handlungskorridor der Ärzte definieren, sollte es für alle operativen Eingriffe geben. Ihre Einhaltung muss strenger kontrolliert werden – bei aller notwendigen ärztlichen Entscheidungsfreiheit im Einzelfall", sagte Brigitte Mohn. Zudem seien Extremwerte in bestimmten Städten und Kreisen ein Indiz dafür, dass ärztliche Aufklärung regional unterschiedlich wahrgenommen wird: "Von Ärzten kann man norma-

lerweise erwarten, dass sie über alternative Behandlungsmethoden verständlich und neutral informieren. Dies sollten die Patienten auch einfordern", sagte Mark Pearson von der OECD. Entscheidungen für oder gegen eine Operation dürften nicht, wie die Versorgungsforschung es für möglich hält, eine Frage der Angebotskapazität oder von Gewohnheiten der ortsansässigen Ärzte sein.

Tatsächlich sucht man vergebens nach einer Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Appendizitis im Kindes- und Jugendlichenalter. Zur Tonsillektomie findet man jedoch eine klare Bewertung in der Leitlinie „Halsschmerzen“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin.

Weil die Halsentzündungen mit der Zeit ohnehin seltener werden und der zusätzliche Nutzen einer Mandeloperation gering ist, empfiehlt diese Leitlinie den Eingriff nur in ausgesuchten, schweren Fällen.

*Quellen:*

*[http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xsl/nachrichten\\_122108.htm](http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xsl/nachrichten_122108.htm)*

*[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/053-010\\_S3\\_Halsschmerzen\\_Lang\\_10-2009\\_12-2013.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-010_S3_Halsschmerzen_Lang_10-2009_12-2013.pdf)*

Kup



# Die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ ist da

– die neue schnelle Kommunikation zwischen Arzt und Patienten

Für Ihre pädiatrische Praxis steht ab sofort ein neues Modul zur Patienten-Kommunikation zur Verfügung, welches gemeinsam mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte entwickelt wurde: Die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“! Mit der Einführung dieser PraxisApp können niedergelassene Pädiater allen Patienten oder Sorgeberechtigten schnell und direkt Informationen auf ihr iPhone- oder Android-Smartphone senden – von der Erinnerung an den bevorstehenden Termin oder an die laufende Therapie (z.B. zur Antibiotika-Einnahme) über die urlaubsbedingte Praxisschließung bis hin zur individuellen Ansprache. All diese Nachrichten können über ein einfach handhabbares Verwaltungssystem von Ihnen gesteuert und vom Praxis-Computer aus verschickt werden.

10:20 Uhr eine Vorsorgeuntersuchung. Bitte bestätigen Sie diesen Termin.“) oder auch an Patientengruppen, wenn Sie beispielsweise eine urlaubsbedingte Praxisschließung ankündigen möchten (z.B. „Liebe Patienten, unsere Praxis ist über die Pfingstfeiertage geschlossen.“). Neben Namen, Geburtsdatum und Mobilnummer wird in der neuen App-Verwaltung auch die Krankenkasse des angemeldeten Kindes angezeigt – und ob es mit dieser Kasse einen aktuellen Vertrag der BVKJ Service GmbH gibt!

Die Patienten können aber über die App keine Anfragen an Ihre Praxis senden. Die Kommunikation erfolgt nur in eine Richtung: von Ihnen zum Patienten! Weiter erhalten die App-Nutzer die interessanten Nachrichten zur Kinder- und Jugendgesundheit von [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de) (KIN), wodurch beständig – ohne Ihr Zutun – eine Aktualisierung der Inhalte erfolgt.

## PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ – jetzt einfach dazubuchen!

Für Ihre Patienten und deren Sorgeberechtigte ist der gesamte Service der PraxisApp kostenlos – für pädiatrische Praxen kostet die Nutzung dieses Dienstes monatlich entweder pro Arzt 5 Euro netto oder für Gemeinschaftspraxen (bis 3 Ärzte) 10 Euro bzw. 15 Euro netto (mehr als 3 Ärzte). Bei Interesse an der PraxisApp melden Sie sich bei Monks – Ärzte im Netz an (s. bitte nebenstehendes Anmeldeformular oder online unter [www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp](http://www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp)), die auch das BVKJ-Patientenportal [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de) betreiben. Voraussetzung für die Nutzung der PraxisApp ist, dass Sie Mitglied im BVKJ sind und bei KIN registriert

sind, also mit Ihrer Praxis in der Datenbank der „Kinderaerzte-im-Netz-Arztsuche“ aufgeführt sind, da diese Daten auch in der PraxisApp abgebildet werden. In dieser Datenbank wird die neue PraxisApp für Sie freigeschaltet.

## PraxisApp: Bekanntmachung via Praxisplakat und Flyer

Danach können Sie Ihre Patienten über den neuen Service Ihrer Praxis informieren. Am einfachsten geht die Bekanntmachung mit einem kleinen Aushang oder Flyer, der Ihnen von der Firma Monks in einer kleinen Stückzahl und darüber hinaus zum Download zur Verfügung gestellt wird.

## PraxisApp hilft auch bei Übergabe der Praxis an Nachfolger(in)

Auch für Praxen, die in absehbarer Zeit an einen Nachfolger oder eine Nachfolgerin abgegeben werden, kann die neue PraxisApp sehr nützlich sein. So können die neuen Ärztinnen und Ärzte via App den Patienten vorgestellt werden – verbunden mit der Anfrage, ob die Patienten auch vom neuen Praxisinhaber über die App kontaktiert werden dürfen. Nach einer Bestätigung steht das Kommunikations-Netzwerk nun auch für die neuen Ärzte und Ärztinnen zur Verfügung. Ein idealer Start für Ihre Praxisnachfolge.

*Alle Vorteile der PraxisApp und wie sie funktioniert, können Sie in einem kurzen Video unter folgendem Link sehen: [www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp](http://www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp).*

Cornelia Steinger  
Monks – Ärzte im Netz GmbH  
[info@monks-aerzte-im-netz.de](mailto:info@monks-aerzte-im-netz.de)

Red.: Kup



## PraxisApp ist immer aktuell

Wenn Ihre Patienten oder die Sorgeberechtigten die neue PraxisApp auf ihr Smartphone geladen haben und Sie als ihre Ärztin oder Arzt auswählen, erscheinen diese Daten umgehend in Ihrer PraxisApp-Verwaltung, und Sie können nun direkt Nachrichten auf das Smartphone schicken: einzeln („Liebe Frau Müller, Ihre Tochter hat morgen um



# PraxisApp Mein Kinder- und Jugendarzt

Die neue PraxisApp – exklusiv für BVKJ-Mitglieder  
mit Eintrag im Ärzteverzeichnis von [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de)



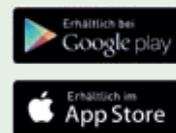
## Ihre Vorteile

- Für Ihre Patienten ist die PraxisApp kostenlos
- Mit aktuellen Meldungen von Kinderärzten im Netz
- Versenden Sie Termin- und Therapie-Erinnerungen sowie individuelle und allgemeine Informationen aus der Praxis
- Über einen passwortgeschützten Online-Zugang können Sie alle Nachrichten einfach und übersichtlich verwalten

## Monatliche Kosten

- 5,00 € für Einzelpraxen
- 10,00 € für Gemeinschaftspraxen mit bis zu 3 Ärzten
- 15,00 € für Gemeinschaftspraxen mit mehr als 3 Ärzten

alle Preise zzgl. MwSt.



## Ihre Anmeldung

\_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
weitere Ärzte

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort, Stadtteil

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse (diese E-Mail Adresse wird für den Login in die PraxisApp-  
Verwaltung benötigt sowie zur Korrespondenz mit Ihnen)

## Ich zahle per SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE81ZZZ00000700791

Ihre Mandatsreferenznummer finden Sie im Buchungstext der halbjährlichen Abbuchung Ihres Kontoauszuges.

Ich ermächtige die Monks-Ärzte im Netz GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Monks-Ärzte im Netz GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut (Name und BIC)

\_\_\_\_\_  
DE

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift

## PraxisApp - exklusiv für Ärzte mit Eintrag im Ärzteverzeichnis von [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de)

- Ich bestätige, dass ich bereits eine Praxis-Homepage bei [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de) habe

Wenn Sie noch keine Praxis-Homepage haben, können Sie sich hier anmelden:  
[www.kinderaerzte-im-netz.de/aerzte](http://www.kinderaerzte-im-netz.de/aerzte)

- Ich bin damit einverstanden, dass die Fa. Monks im Rahmen eines wissenschaftlichen Projektes zum Thema „Recall J1“ anonymisierte Daten meiner Praxis an ein unabhängiges wissenschaftliches Institut übersendet.

## Einverständniserklärung

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die AGB ([www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp/agb](http://www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp/agb)) gelesen habe und akzeptiere. Ich bestätige, dass ich die datenschutzrechtlichen und berufsrechtlichen Bestimmungen einhalte. Für die von mir in der Applikation eingestellten Inhalte bin ausschließlich ich verantwortlich.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift

**Sie erhalten einmalig das PraxisApp Starter-Paket  
(2 Plakate, 50 Flyer) kostenlos.**

## So können Sie sich anmelden:

 **per Fax an:**  
089 / 64 20 95 29

 **Monks - Ärzte im Netz GmbH**  
"Kinderärzte im Netz"  
Tegernseer Landstraße 138, 81539 München

 **Im Internet unter:**  
[www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp](http://www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp)

 **Sie haben Fragen?**  
Rufen Sie uns an unter: 089 / 64 24 82 -12  
E-Mail: [support@kinderaerzte-im-netz.de](mailto:support@kinderaerzte-im-netz.de)

# Alkoholmissbrauch im Kindes- und Jugendalter



Dipl.-Psych. Silke Diestelkamp



Prof. Dr. med. Rainer Thomasius

Alkoholmissbrauch im Kindes- und Jugendalter kann zu schwerwiegenden Entwicklungsverzögerungen und neurokognitiven Beeinträchtigungen führen und geht mit einem erhöhten Risiko für schwere Verletzungen und tödliche Unfälle einher. Trotz der seit den 1970er-Jahren abnehmenden Tendenz des regelmäßigen Alkoholkonsums unter Minderjährigen stellen Formen des Alkoholmissbrauchs bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere das episodisch exzessive Trinken, ein bedeutendes Problem der öffentlichen Gesundheit dar. Der Kinder- und Jugendarzt stellt oft den ersten Kontakt zum Hilfesystem dar, weshalb ihm eine besondere Bedeutung in der Erkennung riskanter Konsummuster und Einleitung von Hilfen zukommt. Zur Diagnostik riskanten Alkoholkonsums wird der Einsatz von Screening-Tests empfohlen. Bei einem positiven Screening kann eine motivierende Kurzintervention als Frühintervention oder zur Vorbereitung für die Vermittlung in ambulante oder stationäre suchttherapeutische Behandlung eingesetzt werden. Im folgenden Beitrag wird ein Überblick über die Epidemiologie des Alkoholkonsums und –missbrauchs im Jugendalter, dessen Entstehungsbedingungen und Auswirkungen, sowie die Diagnostik, Behandlung und Prävention gegeben.

## Epidemiologie

### Alkoholkonsum

Rund 92% der Jugendlichen in Deutschland haben vor ihrem 17. Lebensjahr mindestens einmal Alkohol getrunken [1]. Für die vergangenen 30 Tage geben 42% der 12- bis 17-Jährigen an, Alkohol konsumiert zu haben (BZgA, 2012). Regelmäßigen Konsum, d.h. mindestens wöchentlichen Konsum berichten 14% der Minderjährigen in den vergangenen 12 Monaten. Insgesamt konsumieren männliche Jugendliche etwas häufiger als weibliche (vgl. Abb. 1).

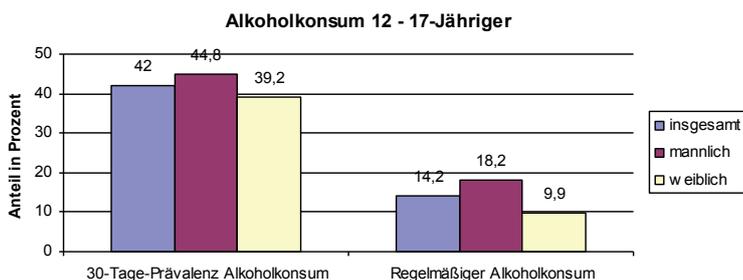


Abb. 1: Alkoholkonsum 12- bis 17-Jähriger in Deutschland im Jahr 2011 (BZgA, 2012)

Betrachtet man nur die Altersgruppe der 15- bis 16-Jährigen, liegen die Prävalenzen für Alkoholkonsum deutlich höher. In Deutschland liegt die 30-Tage-Prävalenz für Alkoholkonsum in dieser Altersgruppe bei 73%. Dies ist ein europäischer Spitzenwert [1].

### Rauschtrinken

Das sogenannte „Rauschtrinken“ (Binge Drinking) bezeichnet episodisch exzessives Trinken und stellt eine besonders risikoreiche Form des Alkoholkonsums dar.

Als Rauschtrinken wird der Konsum von fünf (vier für Mädchen) alkoholischen Standardgetränken zu einer Trinkgelegenheit bezeichnet [2]. Ein Standardgetränk enthält 10-12gr reinen Alkohols und entspricht damit ungefähr einem kleinen Glas Wein (0,125l) oder Bier (0,33l) [3]. Unter den 15- und 16-Jährigen geben 58,7% an, innerhalb des letzten Monats Rauschtrinken praktiziert zu haben [4]. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen bis 20 Jahre, die aufgrund einer „akuten Alkoholintoxikation“ [5] notfallmedizinisch behandelt wurden, hat sich seit dem Jahr 2000 mehr als verdoppelt und betrug im Jahr 2012 über 26.000 [6] (Abb. 2).

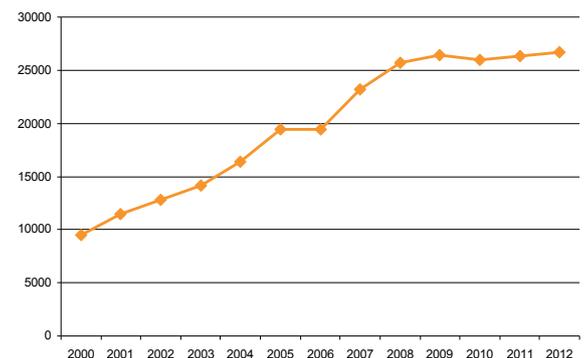


Abb. 2: Stationär behandelte Jugendliche unter 20 Jahren mit der Diagnose akute Alkoholintoxikation, bundesweit [6].

### Alkoholmissbrauch und -Abhängigkeit

Zu Missbrauchs- und Abhängigkeitserkrankungen im Kindes- und Jugendalter liegen keine aktuellen epidemiologischen Studien vor, die genaue Aussagen über Prävalenzen erlauben. Als Schätzung für Deutschland kann

eine Erhebung aus dem Jahr 1997 herangezogen werden [7] die für Alkoholmissbrauch Prävalenzraten von 10% und für Alkoholabhängigkeit von 5% unter den 14- bis 17-Jährigen in der Umgebung von München beobachtet hat.

## Risiko- und Schutzfaktoren

Die Entwicklung alkoholbezogener Störungen stellt einem biopsychosozialen Störungsverständnis folgend ein komplexes Phänomen dar, das von einer Vielzahl von umgebungs- und personenbezogenen Risiko- und Schutzfaktoren und deren wechselseitigem Zusammenspiel geprägt ist (Tab. 1). Dabei zeigen Untersuchungen, dass das Vorliegen einzelner Risikofaktoren, wie etwa einer genetischen Veranlagung, nicht notwendigerweise zu einer alkoholbezogenen Störung führen muss, sondern diese erst bei gleichzeitigem Vorhandensein bestimmter Umweltfaktoren zur Ausprägung kommt. Es handelt sich bei den Einflussfaktoren für riskanten Gebrauch, Missbrauch oder Suchtentwicklung also nicht um kausale Zusammenhänge, sondern um ein sich wechselseitig beeinflussendes Bedingungsgefüge.

### Schutzfaktoren in Kindheit und Adoleszenz gegen eine spätere Schädigung durch Alkoholkonsum [8]

- Ausgeglichenes Temperament
- Soziale und emotionale Kompetenzen
- Wenige Konflikte mit den Eltern
- Positive Eltern-Kind-Kommunikation
- Religiosität / Spiritualität in der Adoleszenz

### Risikofaktoren in Kindheit und Adoleszenz für eine spätere Schädigung durch Alkoholkonsum [8]

- Genetische Prädisposition
- Niedriger sozioökonomischer Status der Herkunftsfamilie
- Geschlecht des Jugendlichen „männlich“
- Problematischer Alkoholkonsum durch andere Familienmitglieder (v.a. der Eltern)
- Vernachlässigung und Misshandlung in der Kindheit
- Frühes Schulversagen
- Aggressivität
- Zugehörigkeit zu alkoholkonsumierender Peergroup in später Kindheit und Adoleszenz
- Externalisierende Verhaltensstörungen (Störung des Sozialverhaltens, unbehandeltes ADHS)
- Delinquenz in der Frühadolezenz
- Impulsivität und Neugier („Sensation / Novelty Seeking“) in der Adoleszenz

Tab 1.: Risiko- und Schutzfaktoren

Ein altersangemessener (auch „normativer“ bzw. „experimenteller“) Probierkonsum ist bei Anwesenheit von Schutzfaktoren oft ein passageres Phänomen. Dem Erkennen missbräuchlicher Konsummuster kommt daher besondere Bedeutung zu (vgl. Abschnitt "Diagnostik").

## Neurobiologische Wirkung von Alkohol

Alkohol hat eine sedierende Wirkung auf kognitive und motorische Fähigkeiten, die durch eine verminderte Aktivität des serotonergen anregenden Neurotransmitters Glutamat und eine gesteigerte Aktivität des inhibitorischen Neurotransmitters GABA hervorgerufen wird. Bei eigentlich gleichsinniger Wirkung (Sedierung) der beiden Neurotransmitter können aber bei gleichzeitiger Wirkung Verminderungen der serotonergen Neurotransmission zu einer verminderten GABAergen Sedation und einer Alkoholtoleranzentwicklung führen. Diese begünstigt einen exzessiven Alkoholkonsum, da aversive Effekte bzw. Warnzeichen des Alkoholkonsums verspätet eintreten. In anderen Hirnregionen, wie z.B. dem limbischen System (dem sog. „Belohnungssystem“) bewirkt Alkohol eine gesteigerte Aktivität und führt zu vermehrter Ausschüttung von Endorphinen und Dopamin [9]. Die verminderte Glutamat-Aktivität unter Alkoholeinfluss führt außerdem zu einer verminderten Stimulation des Glutamatrezeptors N-Methy-D-Aspartat (NMDA). Die wiederholte Absenkung der Aktivität des Glutamat-NMDA-Systems kann zu einer kompensatorischen Übererregbarkeit der NMDA-Rezeptoren in abstinenter Phasen führen, was im Zusammenhang mit einer in Phasen des Entzugs vorkommenden vermehrten Glucocorticoidausschüttung das Glutamat-NMDA-System unter potentiell toxischen Stress setzen kann. Durch diesen Vorgang kann episodisches „Binge Drinking“ neurotoxische Folgen haben und nach exzessiven Trinkepisoden zu nicht spontan remittierenden kognitiven Beeinträchtigungen sowie Beeinträchtigungen des räumlichen Vorstellungsvermögens führen. Es wird angenommen, dass das Gehirn von Jugendlichen hierfür in besonderem Maße anfällig ist, da Hirnreifungsprozesse in dieser Phase der Entwicklung noch nicht abgeschlossen sind.

## Folgen riskanten Alkoholkonsums

Die unmittelbaren und mittelfristigen Folgen riskanten Alkoholkonsums im Kindes- und Jugendalter sind von hoher entwicklungspsychopathologischer und forensischer Bedeutung. Jugendliche, die riskante Mengen Alkohol konsumieren, haben ein erhöhtes Risiko Gewalterfahrungen zu machen, sowohl als Täter als auch als Opfer. Neben psychischen Folgen wie Traumatisierungen sind Verletzungen und Konflikte mit der Polizei eine häufige Folge. Etwa ein Drittel der Verkehrsunfälle mit Todesfolge in der Altersgruppe der 15- bis 20-Jährigen steht in Verbindung mit Alkoholkonsum [10]. Rauschtrinken kann in Verbindung mit depressiven Störungen und kritischen Lebensereignissen das Risiko suizidaler Handlungen erhöhen. Die akute Intoxikation kann überdies zu lebensbedrohlicher Unterkühlung oder Aspiration von Erbrochenem führen. Besonders für Mädchen stellen außerdem ungewollte und/oder ungeschützte sexuelle Kontakte im alkoholisierten Zustand eine Gefährdung dar [11] (Tab. 2).

### Häufige unmittelbare Folgen riskanten Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen

- Vermehrte Gewalthandlungen (Opfer oder Täter)
- Verletzungen
- Straftaten
- (Verkehrs-) Unfälle u.a. durch alkoholisiertes Autofahren
- Suizidhandlungen
- Somatische Komplikationen durch Aspiration von Erbrochenem, Unterkühlung
- Erfahrung sexueller Übergriffe besonders bei Mädchen
- Ungewollte und / oder ungeschützte Sexualkontakte

### Mittelfristige Folgen riskanten Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen

- Soziale Konflikte mit Eltern, Peers, Lehrkräften
- Schulische Probleme
- Schulabsentismus
- Vernachlässigung häuslicher Verpflichtungen
- Delinquenz
- Erhöhtes Risiko im späteren Leben eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln

Tab. 2.: Folgen riskanten Alkoholkonsums

Exzessiver Alkoholkonsum im Jugendalter wird häufig begleitet von Problemen in der Alltagsbewältigung, die zu Konflikten innerhalb der Familie, mit den Peers und mit Lehrkräften führen. Insbesondere der frühe Einstieg in exzessive Konsumformen und eine hohe Frequenz solcher Trinkereignisse erhöhen das Risiko für die Entwicklung einer alkoholbezogenen Störung deutlich [12].

## Komorbidität

Bei ca. 80% der Jugendlichen mit einer alkoholbezogenen Störung wird eine komorbide psychische Erkrankung beobachtet [13], darunter am häufigsten Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und das Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS). In der Mehrheit der Fälle geht die psychische Störung dem Alkoholmissbrauch voraus. Das Vorliegen einer oder mehrerer komorbider Störungen ist häufig ein Prädiktor für einen ungünstigen Verlauf des Alkoholmissbrauchs, da Chronifizierungen und suizidale Handlungen häufiger beobachtet werden. Beratung und Therapie sind oft deutlich erschwert.

## Diagnostik

Die Diagnostik einer alkoholbezogenen Störung nach ICD-10 (Tab. 3; Tab. 4) ist für Kinder und Jugendliche nur unter Berücksichtigung kinder- und jugendspezifischer Merkmale sinnvoll. Zu diesem Zweck wurden bei-

spielsweise von Newcomb und Bentler [14] spezifische Kriterien für die Unterscheidung normativen und schädlichen Alkoholkonsums im Jugendalter entwickelt, die als ergänzende Informationen bei der Diagnostik hilfreich sind (Tab. 5).

### • Konsumumstände

Alkoholmissbrauch besteht, wenn über einen längeren Zeitraum exzessiv konsumiert wird oder der Alkoholkonsum in unangemessenen Situationen (z.B. Schule) auftritt.

### • Person

Die Behinderung einer altersgerechten Entwicklung eines Jugendlichen durch den Alkoholkonsum oder eine entwicklungsbedingt unzureichende Fähigkeit, das durch den Alkoholkonsum verursachte Risiko adäquat einzuschätzen, weisen auf Alkoholmissbrauch hin.

### • Reaktion

Beeinträchtigungen in der Alltagsbewältigung, Entzugssymptome und andere Anzeichen einer physischen Abhängigkeit weisen auf Alkoholmissbrauch hin.

### • Konsequenzen

Anzeichen für Alkoholmissbrauch sind Beeinträchtigungen der sozialen Beziehungen, der Gesundheit und gesetzeswidrige Handlungen, die im Zusammenhang mit Alkoholkonsum stehen.

Tab. 3.: Kriterien zur Unterscheidung von experimentellem („normativem“) Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch

### Kriterien für das Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10

Drei oder mehr der folgenden Kriterien müssen innerhalb des letzten Jahres gleichzeitig erfüllt gewesen sein:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanzkonsums
3. Ein körperliches Entzugssyndrom
4. Nachweis einer Toleranz
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen

Tab. 4.: ICD-10-Kriterien für das Abhängigkeitssyndrom [5]

### Kriterien für den schädlichen Gebrauch nach ICD-10

Für die Diagnose müssen alle folgenden Kriterien zutreffen:

1. Die Diagnose erfordert eine tatsächliche Schädigung der physischen oder psychischen Gesundheit.
2. Schädliches Konsumverhalten wird häufig von anderen kritisiert und hat unterschiedliche negative soziale Folgen.
3. Schädlicher Gebrauch ist bei einem Abhängigkeitsyndrom, psychotischen Störung oder bei anderen substanzbedingten Störungen nicht zu diagnostizieren.

**Tab. 5: ICD-10-Kriterien für den schädlichen Substanzgebrauch [5]**

Bei den alkoholbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter ist generell eine multimodale Diagnostik unter Einsatz von klinischen Interviews, Screeningtests, standardisierten Fragebögen und medizinischen Untersuchungen empfehlenswert. Die Anamnese sollte unter Einbezug der Sorgeberechtigten erhoben werden. Die multimodale Diagnostik gewährleistet, dass Leitsymptome, Entwicklungsstörungen, Intelligenzniveau, somatische Erkrankungen, psychosoziale Umstände, Funktionsniveaus im schulischen, familiären und sozialen Kontext sowie nicht problembelastete Lebensbereiche des Jugendlichen abgebildet werden. Die für den deutschen Sprachraum vorliegenden strukturierten Interviews zur Erhebung der Suchtanamnese, z.B. das Composite International Diagnostic Substance Abuse Modul CIDI-SAM [15] sind nicht jugendspezifisch und ihre Durchführung ist sehr zeitintensiv (60-90 Min.). Verschiedene Leitlinien empfehlen daher den Einsatz von ökonomischen Screening-Fragebögen. Der Screeningtest CRAFFT-d [16] ist für den Einsatz in der Primärversorgung geeignet und bereits bei Kindern erprobt worden.

### Elemente der motivierenden Kurzintervention nach Spirito et al. [18]

- Betonung der Eigenverantwortung
- Thematisierung von Trinkmotivation und Konsequenzen
- Bewertung von Konsummuster und Risiken
- Aufzeigen unterschiedlicher Zukunftsszenarien bei Veränderung und Nicht-Veränderung
- Ziele setzen bzgl. des zukünftigen Alkoholkonsums
- Aufstellen von Regeln zur Zielerreichung

**Tab. 6.: Elemente der motivierenden Kurzintervention nach Spirito et al. [18]**

### Diagnostik komorbider psychischer Störungen

In der weiterführenden Differenzialdiagnostik sollte untersucht werden, ob es sich bei einer festgestellten psychischen Störung um eine alkoholinduzierte Störung

oder um eine komorbide psychische Störung handelt. Hinweise auf das Vorliegen einer komorbiden psychischen Störung sind immer dann gegeben, wenn die psychische Störung dem schädlichen Alkoholkonsum zeitlich voran ging und auch nach mehrwöchiger Abstinenz nicht abklingt. Eine substanzinduzierte psychische Störung ist wahrscheinlich, wenn sich die psychische Störung dem Substanzgebrauch zeitlich nachgeordnet manifestiert hat und nach entsprechender Abstinenzphase nicht mehr beobachtbar ist.

### Behandlung

Bei einem positiven Screeningtest ist als therapeutische Frühintervention der Einsatz einer motivierenden Kurzintervention geeignet. Die Durchführung wird in der AWMF-S3-Behandlungsleitlinie für Screening, Diagnostik und Behandlung von alkoholbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter [17] empfohlen.

### Motivierende Kurzintervention

Die motivierende Gesprächsführung zeichnet sich durch eine empathische und partnerschaftliche Beziehungsgestaltung aus, die Bevormundung und Ermahnung vermeidet. Ein besonderes Augenmerk wird darauf gelegt, dem Jugendlichen die Verantwortung für das eigene Verhalten zu verdeutlichen und gemeinsam mit dem Jugendlichen wertfrei zu ergründen, welche persönlichen Umstände zum aktuellen Konsum beigetragen haben und welche Konsequenzen daraus entstehen. Ziel einer motivierenden Kurzintervention ist das Auslösen und Verstärken einer intrinsischen Motivation zur Verhaltensänderung (Tab. 6).

Der Einsatz motivierender Kurzinterventionen ist ferner lohnenswert, um den Jugendlichen für weiterführende ambulante oder stationäre suchttherapeutische zu interessieren. Kurzinterventionen sind sowohl für den Einsatz in der niedergelassenen Praxis wie auch im Kliniksetting erprobt und geeignet.

### Ambulante und stationäre Therapie

Eine ambulante Therapie kann in Erwägung gezogen werden, wenn eine kurzfristige Abstinenz möglich erscheint und der Jugendliche eine hohe intrinsische Motivation und Compliance zeigt sowie ausreichend soziale Unterstützung vorhanden ist. Eine stationäre Therapie in einem Suchtbehandlungsschwerpunkt kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken ist insbesondere bei einem ausgeprägten Alkoholmissbrauch und bei Alkoholabhängigkeit mit deutlichen Auswirkungen auf die Erfüllung schulischer und familiärer Pflichten, bei akuter Fremd- oder Selbstgefährdung, bei Vorliegen einer oder mehrerer komorbider psychischer Störungen, bei schwerem und polyvalentem Substanzmissbrauch sowie bei vorliegender Entwicklungsstörung oder bereits erfolgten ambulanten Therapien indiziert. Die Therapie erfolgt typischerweise durch ein interdisziplinäres Team, das sich aus Pflege- und Lehrkräften, Kunst-, Musik- und Sporttherapeuten, Sozialpädagogen/-innen, Ergotherapeut/-in-

nen, Psychotherapeut/-innen und Ärzt/-innen zusammensetzt.

### Akutbehandlung

Die Akutbehandlung (sog. „qualifizierter Entzug“) wird bei Bedarf durch psychopharmakologische Behandlung unterstützt und kann im geschlossenen Setting durchgeführt werden. In dieser 3- bis 4-wöchigen und im Bedarfsfall auch längeren Phase besucht der Patient Einzel- und Gruppentherapien, nonverbale- bzw. Kreativtherapien sowie Sport-/Physiotherapie. Ist der qualifizierte Entzug erfolgreich abgeschlossen, kann eine Weiterbehandlung ambulant z.B. durch Sucht- und Drogenberatungsstellen, niedergelassene Sucht- und Psychotherapeuten oder Institutsambulanzen geleistet werden.

### Postakutbehandlung

Für instabile Jugendliche und Jugendliche mit komorbiden psychischen Störungen wird eine 8- bis 12-wöchige stationäre Postakutbehandlung empfohlen, die je nach Behandlungsverlauf verlängert werden kann (Tab. 7).

Die stationäre Postakutbehandlung umfasst die psychotherapeutische und psychopharmakologische Weiterbehandlung sowie je nach Einrichtung Ergotherapie, Musik- Kunst- und Sporttherapie, Schulunterricht, soziales Kompetenztraining, Rückfallprävention, Familiengespräche, pädagogische Sozialtherapie und Freizeitpädagogik.

### Nachsorge

Nachsorgemaßnahmen können durch verschiedene ambulante Anbieter gewährleistet werden, z.B. Psychotherapeuten, Jugendhilfe oder (Sucht-) Beratungsstellen. Die Nachsorge trägt zu einem nachhaltigen Behandlungserfolg bei, indem sie Rückfallprophylaxe fokussiert und die (Re-) Integration des Jugendlichen in Ausbildungs- und soziale Kontexte fördert.

### Prävention

Ein besonderer Schwerpunkt in der pädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen kommt der Prävention des Alkoholmissbrauchs zu. Im Gegensatz zu Präventionskonzepten für Tabakkonsum oder illegale Drogen haben Alkoholpräventionsprogramme oft nicht die Abstinenz als Zielsetzung, sondern z.B. die Erhöhung des Einstiegsalters und risikoarmen Konsum. Präventionsprogramme setzen auf unterschiedlichen Ebenen an, z.B. in der Familie, der Gemeinde oder auf gesundheitspolitischer Ebene (v.a. gesetzliche und steuerliche Regulierung) und werden in universelle, selektive und indizierte Präventionsmaßnahmen unterschieden.

Aufklärungskampagnen, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten (universelle Prävention) sind z.B. die Kampagnen „Kenn Dein Limit“ oder „Na Toll!“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die mit Plakatmotiven und Kinospots für die Risiken exzessiven Alkoholkonsums bei Jugendlichen sensibilisieren wollen. Programme der selektiven Prävention richten

sich speziell an Zielgruppen mit einem erhöhten Risiko für die Entstehung einer substanzbezogenen Störung, z.B. Kinder aus suchtblasteten Familien. Die indizierte Prävention richtet sich an Jugendliche, die bereits Erfahrungen mit riskantem Alkoholkonsum gemacht haben, ein Beispiel hierfür ist der reaktive Baustein des Projektes „HaLT-Hart am Limit“ [20], in dem mit Kindern und Jugendlichen, die aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation stationär behandelt werden, noch vor ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus ein Beratungsgespräch durchgeführt wird.

### Internetbasierte Prävention und Intervention

Internetbasierte Programme stellen insbesondere für Jugendliche eine vielversprechende Ergänzung zur traditionellen Prävention und Intervention dar. Die Forschung zeigt, dass internetbasierte Interventionen im Bereich Alkoholkonsum in etwa so effektiv sein können wie klassische face-to-face Interventionen. In Deutschland besteht z.B. mit „Change your Drinking“ eine durch die BZgA bereit gestellte internetbasierte Präventions- und Interventionsmaßnahme für schädlichen Alkoholkonsum, deren Wirksamkeit nachgewiesen ist. Interessierte Eltern können z.B. über das Programm ELSA – Elternberatung bei Suchtgefährdung und Abhängigkeit von Kindern und Jugendlichen Informationen und Beratung zur Prävention riskanten Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen erhalten.

#### Die 4 Ebenen der Postakutbehandlung im Jugendsuchtbereich

1. Behandlung körperlicher Begleit- und Folgeerkrankungen
2. Behandlung psychischer Funktionsstörungen (z.B. Motivationsstörungen, Wahrnehmungsstörungen)
3. Behandlung von Entwicklungsstörungen
4. Behandlung komorbider psychischer Störungen

Tab. 7.: Die 4 Ebenen der Postakutbehandlung im Jugendsuchtbereich nach Thomasius & Stolle [19]

### Fazit für die Praxis

- Dem Kinderarzt kommt sowohl in der niedergelassenen Praxis als auch in der Klinik eine besondere Verantwortung für die Früherkennung schädlicher Alkoholkonsummuster im Kindes- und Jugendalter zu.

- Die Diagnostik einer alkoholbezogenen Störung ist für Kinder und Jugendliche nur unter besonderer Berücksichtigung kinder- und jugendspezifischer Merkmale valide. Trotz häufig ausbleibender Entzugssymptome oder Toleranzentwicklung kann bereits eine starke Beeinträchtigung und/oder Gefährdung durch Alkoholkonsum bestehen.

- Der Einsatz von Screening-Tests wird neben dem klinischen Interview zur Diagnosestellung empfohlen.

- Motivierende Kurzinterventionen sind besonders geeignet, Jugendliche zu einer Änderung schädlicher Al-

koholkonsummuster zu motivieren und/oder für die Inanspruchnahme einer weiterführenden ambulanten oder stationären Therapie zu interessieren.

- Webbasierte Präventions- und Interventionsangebote stellen eine niedrighschwellige Ergänzung zu herkömmlichen Angeboten dar.

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. Silke Diestelkamp

Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)

Zentrum für Psychosoziale Medizin, W29

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Martinistr. 52

20246 Hamburg

E-Mail: [s.diestelkamp@uke.de](mailto:s.diestelkamp@uke.de)

Telefon: 040-7410-58051

Red: Huppertz

# Mykosen bei Kindern

Kinder können durch Pilzerreger von Fuß bis Kopf befallen sein. Am häufigsten sind die Mykosen der Füße, Hände und Nägel, die Tinea corporis et capitis, Mund- und Windelsoor sowie die Pityriasis versicolor. Die Erreger werden meist von Mensch zu Mensch übertragen, häufig auch durch Haus- und Urlaubstiere. Einzelne Mykosen wie die Tinea capitis und die Onychomykose sind schwer zu behandeln, aber heilbar, weil sie eine spezifische Ursache haben, die eliminiert werden kann. Neu im Erregerspektrum sind Keime wie *Trichophyton soudanense*, die im Zuge der mikrobiellen Globalisierung eingeschleppt werden, oder einheimische Spezies wie *Arthroderma benhamiae*, die erst in den letzten Jahren weite Verbreitung fanden.



Prof. Dr. med. habil.  
Hans-Jürgen Tietz

## Onychomykose (Tinea unguium)

Es erkranken Erwachsene und heute häufig auch Kinder. Der Leidensdruck ist hoch. Die Erkrankung kann jedoch nicht nur als ein optisches Problem gesehen werden, sie ist auch ansteckend. Vom Großvater zur Enkelin, von Kind zu Kind. Als Infektion sollte sie stets behandelt werden. Die wichtigste Infektionsquelle sind Eltern oder Großeltern. Neben Erreger und genetischer Prädisposition spielen auch Begleitumstände wie feuchte Haut, Plastikschuhe und sportliche Belastung eine große Rolle. Bei vielen Kindern ist der Fuß Sportgerät, wie beim Tanzen, Tennis oder Fußball. Die Notwendigkeit der Therapie ergibt sich aus dem Charakter der Infektion. Sie breitet sich aus: Von der Haut zum Nagel, von Nagel zu Nagel, zu den Händen, bis zum Kopf. Der vom Pilz befallene Nagel ist entweder massiv verdickt oder atrophisch zerstört. Einzelne Nägel widerstehen der Erkrankung, was charakteristisch ist (Abb. 1). Bestehen Zweifel an der Diagnose, sollte eine Probe entnommen werden, auch im Falle einer systemischen Therapie. Hierbei sollten möglichst viele feine Späne von mehreren Nagelstellen auf ein Blatt Papier geschnitten, dieses zusammengefaltet und an ein Labor geschickt werden. Eine vorherige Desinfektion der Entnahmeorte ist nicht erforderlich.

## Therapie

Der Schlüssel zum Erfolg liegt im Zusammenspiel von äußeren und inneren Therapien.

Die Behandlung erfolgt je nach Ausmaß der Erkrankung in zwei oder drei Schritten. Ist der Nagel verdickt (Typ 1- Infektion), muss die infizierte Nagelmasse entfernt werden. Bei vom Pilz zersetzten Nägeln (Typ 2- Infektion) ist dieser Schritt nicht erforderlich.

### Erster Schritt: Entfernen der infizierten Nagelmasse

Die einzige Methode, die mit hoher Effizienz, schmerzfrei und ohne Trauma durch die Eltern in Eigenregie erfolgen kann, ist die tägliche Anwendung einer 40%igen Harnstoffsalbe über Nacht, bis der kranke Nagel abgetragen ist, über etwa 1-2 Wochen. Die gängigen Präparate enthalten entweder nur Harnstoff (Onyster®

oder Harnstoff mit dem Zusatz von Bifonazol (Canesten® Extra Nagelset), wodurch das abgelöste Nagelmaterial nicht mehr infektiös ist. Kritisch zu beurteilen ist die Behandlung mit Laser, die bei vielen Eltern aufgrund eines dadurch erhofften Tablettenverzichts sehr beliebt ist. Allerdings fehlt hier noch jegliche studiengeprüfte Evidenz, sodass ein experimenteller Einsatz bei Kindern unterbleiben sollte.

### Zweiter Schritt: Topische Antimykotika

Die durch den Harnstoff freigelegte »Nagelwunde«, bzw. der vom Pilz bereits zersetzte Nagel (Typ 2- Infektion) müssen konsequent mit topischen Antimykotika behandelt werden. Hierzu kommen harnstofffreie Präparate mit Bifonazol (Canesten® Extra Spray oder Creme) in Frage, die wie das Nagelset bereits ab dem zweiten Lebensjahr zugelassen sind. Damit sollten auch die oft mit betroffenen Zehenzwischenräume und Fußsohlen behandelt werden. Nagel- und Fußpilz gehören zusammen und sind meist nur verschiedene Stadien ein und derselben Infektion durch denselben Erreger.



Abb.1: Onychomykose bei einer 10-jährigen Hiphop- und Balletttänzerin.

Präparat	Fluconazol*	Terbinafin**	Itraconazol***
Erreger	T. rubrum C. albicans <sup>1</sup> M. canis <sup>1</sup>	T. rubrum T. interdigitale T. mentagrophytes <sup>1</sup>	T. rubrum C. albicans <sup>1</sup> S. brevicaulis
Dosierung	150mg <sup>2</sup>	250mg <sup>3</sup>	200mg <sup>2</sup>
Dosierschema	3 Tage täglich, danach eine Dosis pro Woche bis zur Heilung		

**Tab. 1: Systemische Therapie der Onychomykose bei Kindern in Abhängigkeit vom Erreger.**

<sup>1)</sup> Erreger tritt fast ausschließlich bei Kindern auf bzw. stammt meist von einem Haustier

<sup>2)</sup> Zu empfehlende Dosisanpassung bei Kindern bis zu 6 Jahren: 100mg

<sup>3)</sup> Zu empfehlende Dosisanpassung bei Kindern unter 40kg KG: 125mg

Folgende Dosierungen gelten gemäß Zulassung bei Erwachsenen:

\* 150mg pro Woche

\*\* 250mg täglich, 3 x 28 Tage

\*\*\* je drei Zyklen (400mg täglich 7 Tage)



**Abb. 2: 8-jähriger Fußballer mit Onychomykose an Händen und Füßen, vor (links) und nach Therapie (rechts) mit Fluconazol 150mg (eine Dosis pro Woche), Canesten® Extra Nagelset und Canesten® Extra Spray.**

Substanz	Microsporium	Trichophyton	Dosis
Griseofulvin	+	-	20 mg/kg KG
Fluconazol	+	-	10 mg/kg KG
Itraconazol	+	-	5 mg/kg KG
Terbinafin	-	+	250mg/d*

**Tabelle 2: Systemische Therapie der Tinea capitis et capitis entsprechend der Gattung des Erregers**

\* 20-40 kg: 125mg, bis 20 kg: 62,5mg

### Dritter Schritt: Systemische Therapie

Die innere Therapie kommt zur Lokalbehandlung hinzu, wenn ein Nagel über 50 % bzw. mehr als drei Nägel gleichzeitig betroffen sind. Dies gilt auch für großflächige Infektionen an den Füßen und Händen. In vielen Fällen ermöglicht erst die Kombination beider Therapieformen den Heilerfolg, auch bei Kindern. **Tab. 1** enthält die Dosierung und das jeweilige Erregerspektrum. Aufgrund von Erregerlücken sollte möglichst keine blinde Therapie erfolgen, die so lange durchgeführt wird, bis die erkrankten Nägel anatomisch vollkommen intakt herausgewachsen sind (**Abb. 2**).

### Mykosen der freien Haut (Tinea corporis)

Der primäre Angriff der Erreger auf die freie Haut ist charakteristisch für **anthropophile** Dermatophyten wie *Trichophyton tonsurans*, der von Kampfsportlern aus den USA eingeschleppt wurde und als Erreger der Tinea corporis gladiatorum häufig unter jungen Ringern Epidemien auslösen kann, sowie für folgende vier **zoophile** Hautpilze:

1. *Microsporium canis* - Infektionsquelle: Hunde, Katzen (Haustiere, Urlaub im Süden)
2. *Trichophyton mentagrophytes* -Meerschweinchen, Kaninchen (Haustiere)
3. *Arthroderma benhamiae* -Meerschweinchen, Kaninchen (Haustiere)
4. *Trichophyton verrucosum* – Kälber (Urlaub auf Bauernhöfen).

Bei *Arthroderma benhamiae* handelt es sich um die „perfekte“ Form von *Trichophyton mentagrophytes*, der ebenso durch Nagetiere übertragen wird. An der Kontaktstelle entstehen meist juckende Herde mit randbetonter Rötung, Schuppung und zentraler Abblassung. Es können Eiterbläschen vorhanden sein. Der genaue Erregernachweis ist wichtig, um die für den Erreger typische Infektionsquelle ermitteln und bei großflächigem Befall das zum Erreger passende systemische Antimykotikum auswählen zu können (siehe **Tab. 2**). Mit Hilfe eines scharfen Löffels werden möglichst viele Hautpartikel aus dem Grenzbereich zwischen „gesund“ und „befallen“ auf ein Blatt Papier geschabt. Die Effloreszenzen bei der Mikroskopie leuchten im Wood-Licht grün, bei den anderen häufigen Dermatophyten nicht.

### Therapie

Bei nur wenigen Effloreszenzen ist eine Lokalthherapie mit Bifonazol und/oder Ciclopirox ausreichend. Je nach Entzündungsgrad sind Cremes (Canesten® Extra, Selergo, Batrafen®), Lösungen (Selergo, Batrafen®), Gel (Batrafen®) oder Spray (Canesten® Extra) einsetzbar. Wendet man beide Wirkstoffe mehrmals täglich im Wechsel miteinander an, reduziert sich die Kontagiosität auf ein Minimum, sodass das Kind nach wenigen Tagen wieder in die Schule darf. Eine Meldepflicht besteht nicht. Jeder Erreger, der eine Tinea corporis auslösen kann, ist auch in der Lage, den behaarten Kopf zu befallen. Die Prinzipien der inneren Therapie sind bei beiden Infektionen gleich.

### Pilzinfektionen des behaarten Kopfes (Tinea capitis)

Die Tinea capitis gilt als schwierige Erkrankung, da nahezu ausschließlich Kinder betroffen sind, Klinik und Verlauf mitunter dramatisch sind, immer systemisch über lange Zeit behandelt werden muss und das Erregerspektrum breit ist. Die Erkrankung wird zunächst häufig als Impetigo verkannt und falsch behandelt. Eine zu spät begonnene Therapie kann zu dauerhaftem Haarverlust führen. An der Spitze steht *M. canis*, auf den etwa 50% aller Erkrankungen entfallen, gefolgt von weiteren zoophilen Arten wie *A. benhamiae*, *T. mentagrophytes*, *T. verrucosum* und anthropophilen Spezies wie *T. tonsurans*, *T. violaceum*, *T. soudanense* oder *M. audouinii*, die in Deutschland zuletzt selten waren. Auffällig ist eine Häufung von *T. violaceum* bei Adoptivkindern aus dem nördlichen Afrika. Für anthropophile Pilzerreger ist eine über Jahre chronisch verlaufende, oberflächliche, **aphlegmatische Infektion** typisch, mit runden bzw. scheibenförmigen Herden, die mehrlartig schuppen. Abgebrochene Haare, die einer "gut gemähten Wiese" gleichen, sind für Infektionen durch *M. audouinii* charakteristisch. Bei der **phlegmatischen Form** sind Infiltrationen, Pusteln und ein Haarverlust wie bei einer "schlecht gemähten Wiese" zu erkennen, deren Maximalvariante das so genannte *Kerion celsi* („Honigwabe“) ist (Abb. 3). Aus den Follikeln lässt sich oft Eiter pressen. Fieber, Abgeschlagenheit, Erbrechen und Schwellung der regionalen Lymphknoten sind möglich. Bei der tiefen Trichophytie kann es zu Narben und Alopezie kommen. Befallene Haarstümpfe lassen sich leicht epilieren und ergeben im Labor fast immer einen positiven Befund.

### Therapie

Die Behandlung der Tinea capitis ist vom Erreger abhängig, erfolgt immer systemisch und in Kombination

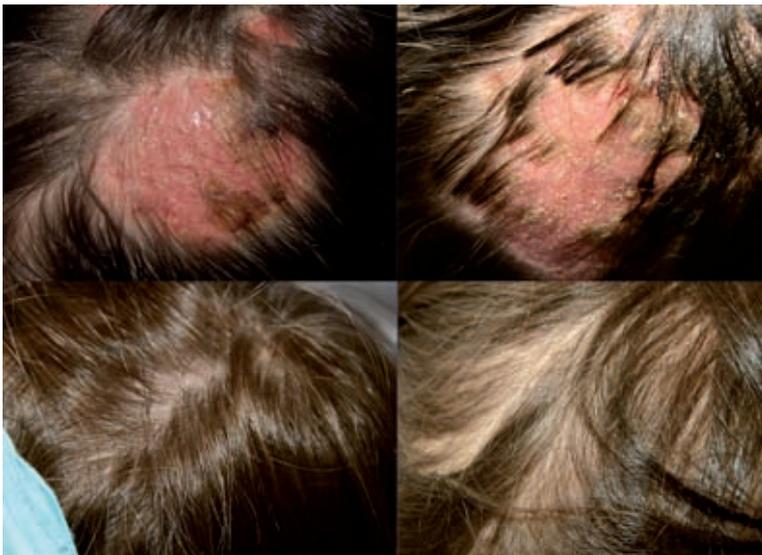


Abb. 3: Tinea capitis trichophytica profunda bei zwei Mädchen im Alter von 8 (links) und 5 Jahren (rechts) vor (oben) und nach Therapie (unten) mit Terbinafin 125mg (zwei Wochen täglich, danach eine Dosis pro Woche bis zur klinischen Heilung). Erreger: *A. benhamiae* (links) und *T. mentagrophytes* (rechts). Infektionsquelle: Meerschweinchen.

mit einer topischen Therapie. Das Vorgehen besteht aus folgenden Schritten:

- Probenentnahme
- danach sofortiger Beginn der topischen Therapie
- nach Kenntnis der Erregerdiagnose Beginn der täglichen systemischen Therapie
- nach Abklingen der Akutphase in etwa 2-3 Wochen Übergang zu einer Dosis pro Woche bis zur klinischen (Trichophytie) und mikrobiologischen Heilung (Mikrosporie)

Nach der Probenentnahme sollte sofort mit einer breit wirksamen lokalen Behandlung gestartet werden, um mit der Bekämpfung des Erregers zu beginnen und um die Ansteckungsgefahr zu reduzieren. Aufgrund seiner Wirkung gegen die oft paketförmig an den Haaren klebenden Pilzsporen ist der Wirkstoff Ciclopirox optimal. Je nach Entzündung entweder als Creme, Lösung (Selergo, Batrafen®) oder Gel (Batrafen®), am besten in Kombination mit Bifonazol (Canesten® Extra), welches als Spray am behaarten Kopf gut handhabbar ist. Ergänzt wird die Lokalbehandlung mit einem Shampoo (z.B. Ke-lual DS), anfangs täglich, später jeden zweiten Tag, danach 1x pro Woche. Bifonazol ist das einzige Azol, welches auch bei allen Trichophytonarten hochwirksam ist. Es kann mit Ciclopirox synergistisch kombiniert werden, jeweils 1-2 Mal täglich im Wechsel.

Mit dem Ergebnis der Erregeridentifikation ist bei *M. canis* bereits nach 7-10 Tagen, bei *M. audouinii*, *T. mentagrophytes*, *Arthroderma benhamiae* und *T. tonsurans* nach 14 Tagen, bei einigen anderen Arten erst nach 3 (*T. violaceum*, *T. soudanense*, *T. schoenleinii*) bzw. 5 Wochen (*T. verrucosum*) zu rechnen.

Für die innere Therapie gilt: Auch weiterhin ist Griseofulvin in Deutschland die einzige Substanz, die im Kindesalter für die systemische Therapie der Tinea ohne Einschränkung zugelassen ist. Griseofulvin ist in einer Dosis von 15-25 mg/kg/d insbesondere gegen *Microsporum*-Arten hoch wirksam. Diese sind auch empfindlich gegenüber Imidazol-Derivaten wie Fluconazol oder Itraconazol. Erste Wahl bei *Trichophyton*-Arten ist Terbinafin (siehe Tab. 2). Die Behandlung erfolgt anfangs täglich. Ist die akute Entzündung nach etwa zwei Wochen abgeklungen, kann danach weiter mit nur einer Dosis pro Woche behandelt werden bis zur klinischen Heilung (Abb. 3), bei der Tinea corporis et capitis microsporiga auch – unter Fortführung der Lokaltherapie – bis zum negativen kulturellen Befund, was oftmals erst Monate nach der klinischen Heilung der Fall ist, worüber die Eltern von Beginn an aufgeklärt werden sollten.

### Mund- und Windelsoor

Der Erreger ist fast immer *C. albicans* und wird meist unter der Geburt von der Mutter auf das Kind übertragen. Etwa 85% der Frauen, bei denen vor der Entbindung eine *Candida*-Besiedlung vorliegt, stecken ihr Kind an. 90% der infizierten Kinder erkranken auch an Soor – Tatsachen, die die erneute Forderung nach einem *Candida*-Screening in der Schwangerschaft als sehr sinnvoll erscheinen lassen. Der Erreger kann zudem für unreife

Zeichen	Ekzeme				Windelsoor	Psoriasis
	Seborrhoisches	Atopisches	Kontaktekzem			
			Allergisch	irritativ-toxisch		
Erstmals	2.-4. Woche	6.-8. Woche	Jederzeit	8.-12. Woche	1.-4. Woche	bis 15. Jahr
Auftritt	relativ häufig	jedes 5. Kind	Selten	Häufig	Häufig	selten
Ort	meist Kopfhaut („Milchschorf“) Hautfalten und Gesicht möglich	Gesicht Streckseiten Stamm ohne Windelgebiet	begrenzt Kontaktareal	Windelgebiet Hautflächen konvex	Windelgebiet Hautflächen konkav	Windelgebiet später auch am Stamm
Klinik	Kaum Juckreiz mildes Erythem lachsfarben begrenzt gelblich, fettige, randständige Schuppung	starker Juckreiz starkes Erythem, unscharf begrenzt, Bläschen, Erosionen, Krusten, nässende Areale mit Neigung zur Superinfektion, Schuppung, Lichenifikation möglich		Juckreiz am Rand gerötete Papeln und Pusteln weißliche Schuppung	Juckreiz Erythem symmetrisch und scharf begrenzt weißliche Schuppung	
Rückbildung	zum ersten Lebensjahr	75% bis 10. Lebensjahr	Beseitigung des Allergens	Beseitigung der Auslöser	Beseitigung des Erregers	Bei 25% nur einmalig
Verlauf	Subakut	Chronisch	Akut		meist akut	Chronisch
Faktoren	Okklusion Besiedlung mit P. ovale	genetische Dysfunktion der Haut	Allergene u.a. Kindersitze	Okklusion Urin, Stuhl, Bakterien	Okklusion <i>C. albicans</i> aus Darm	Familiäre Disposition

Tab. 3: Dermatosen im Windelbereich, modifiziert nach Weibel

Säuglinge bedrohlich sein. Die Letalität wird mit 57% angegeben. Was bei B-Streptokokken klar gesehen wird, sollte daher auch für *C. albicans* gelten. Die Virulenz beider Erreger ist etwa gleich hoch, wobei der Pilz bei Schwangeren fast immer Beschwerden verursacht. Von einem Screening würden damit beide profitieren – Mutter und Kind. Der optimale Zeitpunkt für den *Candida*-Abstrich und die damit verbundene Therapie wäre die 34. Schwangerschaftswoche. Bei Schwangeren ist eine hochdosierte Einmaltherapie mit Canesten® gyn Once die beste Wahl.

Charakteristisch für den Mundsoor sind weißliche Beläge, Rötung, seltener schmerzhafte Rhagaden in den Mundwinkeln, die beim Füttern jedoch problematisch sein können. Ob es auch nach dem ersten Lebensmonat noch zu einer Mykose kommt, hängt von den Begleitumständen ab, von denen immunologische Unreife, lokale Gewebsempfindlichkeit und Antibiotika die Wichtigsten sind. In dieser Zeit kann es zu Übertragungen des Erregers auch über das Pflegepersonal und Schnuller kommen. Zur Behandlung der Mundhöhle sind Antimykotika wie Nystatin, Amphotericin B und Miconazol Standard. Die höchste Wirksamkeit besitzt Miconazol.

Der von Pilzen besiedelte Mund ist auch das wich-

tigste Reservoir für den Windelsoor. Die meisten Säuglinge erkranken in der dritten Lebenswoche, wobei die Infektion auch zu einem späteren Zeitpunkt auftreten kann. Die Infektionsquelle befindet sich meist im Darm und der Erreger gelangt von dort zur Haut. Durch Okklusion sowie feuchtwarmes Milieu im Bereich der Windel quillt die Haut auf und begünstigt das Wachstum des Erregers. *C. albicans* gedeiht am besten bei 37°C und siedelt daher mit Vorliebe in den Hautfalten des Windelbereichs. Feuchtigkeitsstaus und mangelnde Hygiene begünstigen den Erreger zusätzlich. Erosionen bieten weitere Eintrittspforten. Durch Kratzen können ganze Hautareale ekzematisieren, was nicht selten die Blickdiagnose erschwert (Abb. 4). Ein einfacher Abstrich, wie er in der bakteriologischen Diagnostik üblich ist, kann in schwierigen Fällen hilfreich sein. In Tab. 3 sind die wichtigsten Differenzialdiagnosen aufgeführt.

An den Haut auf Haut anliegenden Flächen entstehen anfangs dichte, stecknadelkopfgroße weißliche Pusteln. Durch Konfluenz bilden sich großflächig entzündete, nässende Erosionen mit randständiger feiner Schuppung. Kleine Rhagaden verursachen Juckreiz und Schmerz. In schweren Fällen ist eine ausgedehnte *Erythrodermia candidomycetica* möglich. Bei unreifen Neu-



**Abb. 4: Keine einfachen Blickdiagnosen: Windelsoor bei einem 10-jährigen behinderten Kind (links), Erreger: *C. albicans*. Rechts: Toxisch-irritative Windeldermitis (mit freundlicher Genehmigung von Herrn Dr. Jauker).**

geborenen kann sich die Infektion auf Kopf und Gesicht ausbreiten, begleitet von Fieber und einer mitunter generalisierten Lymphknotenschwellung.

### Therapie

Die Therapie umfasst die Sanierung des Terrains durch Austrocknung des begünstigenden Milieus, die Anwendung topischer Antimykotika und die Rezidivprophylaxe bei chronischem Verlauf. Zur Austrocknung ist die Einlage von Leinenlappchen geeignet. Effektiver sind zinkhaltige Externa, die Antimykotika enthalten (z.B. Infectosoor® Zinksalbe). Die zinkhaltige Grundpflege pflegt die Haut und schützt vor Irritationen durch Urin oder Faeces. Miconazol ist auch beim Windelsoor wirksamer als Nystatin. Bei starkem Juckreiz und Ekzem-Bildung kann eine Kombination aus Clotrimazol und Hydrokortison sinnvoll sein. Farbstoffe sind zwar ebenfalls wirksam und noch immer beliebt, wirken jedoch unspezifisch und reizen die empfindliche Haut zusätzlich. Ratsam ist in jedem Fall die Mitbehandlung der Mundhöhle als wichtigste Quelle für ein Rezidiv. Nach eigenen Untersuchungen ist die Pilzbesiedlung des Säuglings bis etwa zum achten Lebensmonat instabil und noch nicht manifest. Daher ist es bei Säuglingen durchaus sinnvoll, zur **Darmsanierung** Milchsäure-Bakterien zu verabreichen. Sie haben aufgrund der Säureresistenz der Pilze zwar keine direkte Wirkung, können jedoch die noch nicht fest an der Darmwand siedelnde *C. albicans* kompetitiv verdrängen. Eine hohe Wirksamkeit besitzt *Lactobacillus rhamnosus*. Der Kapselinhalt kann in die Säuglingsnahrung eingerührt und 2x täglich über 2 Wochen, parallel zur lokalen Soortherapie, verabreicht werden.

Eine systemische Therapie mit Fluconazol dient der Darmsanierung nicht, da es schnell resorbiert wird. Sie ist jedoch eine Option bei schweren und chronischen Infektionen. Es kuriert die Haut von innen, in Ergänzung zur Lokalbehandlung. Fluconazol ist als Saft verfügbar und ab dem ersten Lebensjahr zugelassen (Diflucan®). Die Dosis liegt bei 1x täglich 3-5 mg/kg KG.

Suspensionen oder Tropfen mit Antimykotika erfüllen den Zweck einer Darmsanierung ebenfalls nicht, da der enthaltene Wirkstoff durch die Magensäure in erheblichem Maße zerstört wird. Sinnvoll ist die Behandlung der Mundhöhle mit Miconazol, um den Nachschub der Erreger in den Darm zu stoppen.

### Pityriasis versicolor

Die *Pityriasis versicolor* wird hervorgerufen durch den Hefepilz *Malassezia furfur* (Syn. *Pityrosporon ovale*). Es handelt sich um eine extrem oberflächliche Infektion der Haut, die insbesondere bei Jugendlichen immer öfter zu beobachten ist. Prädisponierend sind Schwitzen durch Spiel und Sport sowie eine genetisch determinierte Schweißzusammensetzung. An Rumpf und Extremitäten bilden sich fleckige Herde in unterschiedlicher Größe und Dichte. Der Farbton schwankt je nach Hauttyp und Sonnenpigmentierung zwischen blassweiß bis dunkelbraun. Die Flecken können sich vereinen und eine zentrale Aufhellung aufweisen. Da kaum Juckreiz besteht, sind die Farbkontraste diagnostisch wegweisend. Hilfreich ist die Ausleuchtung der Haut mit einer Woodlicht-Lampe, die bei *M. furfur* eine rötlich-gelbe bis gelb-grünliche Fluoreszenz erzeugt. Der Verlauf ist chronisch und von häufigen Rezidiven gekennzeichnet. Schübe treten stets in der warmen Jahreszeit auf, weshalb der optimale Zeitpunkt der Therapie im Frühjahr liegt, speziell bei Patienten, deren Infektion jährlich wiederkehrt.

### Therapie

Durch die oberflächliche Lage der Infektion ist eine intensive Lokalthherapie die Grundsäule der Therapie. Die Quelle des Erregers befindet sich in den Haarfollikeln. Deshalb müssen die betroffenen Haut und der behaarte Kopf behandelt werden. Optimal ist eine Kombination aus den Wirkstoffen Ciclopirox und Bifonazol:

- Kelual DS Shampoo: Kopf, Brust und Rücken shampooieren und fünf Minuten einwirken lassen, zu Beginn der Therapie 5 Tage lang täglich, danach 1x pro Woche
- Canesten Extra® Spray: 1 x täglich morgens in den ersten zwei Wochen aufsprühen
- Batrafen® Gel: 1 x täglich abends in den ersten zwei Wochen einmassieren

Bei ausgedehnten und chronischen Infektionen ist eine parallele systemische Anwendung mit Fluconazol sinnvoll. Anfangs fünf Tage lang täglich, danach je eine Dosis pro Woche als Langzeitprophylaxe in die warme Saison hinein und gegebenenfalls darüber hinaus. Die maximale Tagesdosis beträgt 200mg. Die *Pityrosporon-Folliculitis* des Säuglings, die bereits Ende der ersten Lebenswoche auftreten kann, heilt dagegen nach wenigen Wochen spontan ab.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzanschrift:  
Prof. Dr. med. habil. Hans-Jürgen Tietz  
Institut für Pilzkrankheiten  
Luisenstrasse 50  
10117 Berlin  
E-Mail: tietz@institut-fuer-pilzkrankheiten.de

Red.: Höger

# Welche Diagnose wird gestellt?

Maren Fließner

## Anamnese

Die zweieinhalbjährige Patientin wird ambulant mit einem seit 3 Monaten bestehenden Tumor an der linken Wange vorgestellt. Dieser sei anfangs rötlich gewesen, und habe im weiteren Verlauf eine bläulich-livide Färbung angenommen. Schließlich sei es zu einer Schwellung des Tumors gekommen, fraglich mit einer Druckdolenz einhergehend. Die weitere Eigen- und Familienanamnese sind leer.

## Untersuchungsbefund

2 5/12 jähriges Mädchen in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Im Bereich der linken Wange zeigt sich ein weicher, gut abgrenzbarer rundlicher, etwa 1.5 cm durchmessender, rötlich-livider Tumor (Abb. 1). Das übrige Integument ist ohne pathologischen Befund.



## Welche Diagnose wird gestellt?

## Diagnose: IFAG (Idiopathisches faziales aseptisches Granulom)

Das idiopathische faziale aseptische Granulom (IFAG) ist eine seltene Hauterkrankung, die typischerweise in der Kindheit auftritt. Es ist charakterisiert durch schmerzlose, rötlich-livide Knoten mit weicher Konsistenz. In der Regel besteht kein Druckschmerz. Die Granulome sind im Wangendreieck zwischen Mundwinkel, dem lateralen Orbitaunterrand und Ohrfläppchen lokalisiert (1, 2). Bisher sind keine prädisponierenden Faktoren oder assoziierte Erkrankungen bekannt (2). Die Ätiologie ist unklar. Es wird jedoch diskutiert, ob das IFAG dem Spektrum der kindlichen Rosazea (2) und insbesondere der granulomatösen Rosazea zugeordnet werden kann, da sie sich klinisch und histologisch (Follikulitis und Perifollikulitis mit Granulomen sowie lymphozytären und Plasmazellinfiltraten) ähnlich sind (1,3,4). Ein weiterer Hinweis auf einen Zusammenhang mit der Rosazea liefern Fälle, in denen das IFAG mit Chalazien assoziiert war, die als okuläre Manifestation einer Rosazea aufgefasst werden können (5,6).

### Diagnostik

Für die Diagnostik ist die Anamnese bezüglich Verlauf und Klinik besonders wichtig. Die Diagnose wird in der Regel klinisch gestellt. Sonographisch lässt sich eine gut abgrenzbare, echoarme Raumforderung in der Dermis darstellen. Histologisch findet sich eine Follikulitis und Perifollikulitis mit Granulomen, die von Lymphozyten und Plasmazellen ummantelt sind.

### Differenzialdiagnosen

Zu den Differenzialdiagnosen gehören neben der granulomatösen Rosazea Abszesse, Acne conglobata, Granuloma pyogenicum, die kutane Leishmaniose und das Pilomatrikom (2). Die meisten Differenzialdiagnosen lassen sich durch Zusammen-

schau von Anamnese und klinischem Erscheinungsbild ausschließen, sodass eine histologische Sicherung nur in seltenen Fällen erforderlich ist.

### Therapie und Prognose

Insgesamt ist die Prognose des IFAG günstig, da ein Teil der granulomatösen Läsionen spontan abheilt. Es hat sich jedoch eine Therapie mit Clarithromycin in einer Dosis von 15 mg/kg Körpergewicht in 2 Einzeldosen über 6 Wochen bewährt (6), die auch bei unserer Patientin zum Einsatz kam. Dabei steht der paraantibiotische Effekt der Makrolide im Vordergrund. Eine chirurgische Intervention empfiehlt sich nur bei therapierefraktären Läsionen (2).

### Literaturangaben

1. Roul S, Léauté-Labrèze C, Boralevi F et al. Idiopathic aseptic facial granuloma (pyodermitefroide du visage): a pediatric entity? Arch Dermatol 2001; 137: 1253-1255
2. Boralevi F, Léauté-Labrèze C, Lepreux S et al. Idiopathic facial aseptic granuloma: a multicentre prospective study of 30 cases. Br J Dermatol 2007;156:705-708
3. Al Dhaybi R, Mc Cuaig C, Kotka V. A periocular nodule in a child. ClinExpDermatol 2010;36:105-106
4. Neri I, Raone B, Dondi A, Misciali C, Patrizi A. Should Idiopathic Facial Aseptic Granuloma be Considered Granulomatous Rosacea? Report of Three Pediatric Cases PediatrDermatol 2013; 30:109-11
5. Lacz NL, Schwarz RA. Rosacea in the pediatric population. Cutis 2004;74:99-103.
6. Chamaillard M, Mortemousque B, Boralevi F et al. Cutaneous and ocular signs of childhood rosacea. Arch Dermatol 2008; 144: 167-171.

Dr. Maren Fließner  
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift  
Lilienconstr. 130  
22149 Hamburg

Red.: Höger

## Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

Die Justitiare des BVKJ e.V., die **Kanzlei Dr. Möller und Partner**, stehen an **jedem 1. und 3. Donnerstag** eines Monats von **17.00 bis 19.00 Uhr** unter der Telefonnummer

**0211 / 758 488-14**

für telefonische Beratungen zur Berufsausübung zur Verfügung.



## Röteln

Im letzten Impfforum habe ich im Kontext der MMR-Impfung diesen Beitrag zu Röteln angekündigt. Während die Masernproblematik verständlicherweise seit vielen Jahren in Deutschland und vielen anderen Ländern weltweit im Mittelpunkt des epidemiologischen Interesses steht, fristen die Mumps- und Röteln-Prävention in der Öffentlichkeit wie auch in Fachkreisen eher ein Schattendasein. Das könnte sich rasch einmal ändern, wenn beispielsweise in Deutschland mehr als 20.000 Menschen an Röteln erkranken, wie zuletzt binnen weniger Monate Anfang 2013 in Polen geschehen. Von den 21.283 Fällen zwischen Januar und April 2013 traten dort 81% in der Altersgruppe 15-29 Jahre, also bei jungen Erwachsenen auf (<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20485>). In erste Linie (90%) waren junge Männer betroffen, was nicht verwundert, da die Röteln-Impfstrategie in Polen von 1989 bis 2004 auf präadoleszente Mädchen fokussiert war. Seitdem wird Kindern beiderlei Geschlechts MMR empfohlen, was zu einem Rückgang der Krankheitsfälle und somit der Expositionsmöglichkeiten für nicht-immune Personen führte – und das waren (und sind) in Polen vor allem junge Männer, die in den späten 1980er und in den 1990er Jahren geboren wurden. Ohne Nachhol-Impfprogramm sind derartige Ausbrüche dann nur eine Frage der Zeit, ebenso als Konsequenz das Auftreten der gefürchteten Röteln-Embryopathie, wenn die Viren auf nicht-immune Frauen in der Frühschwangerschaft übertragen werden (was gemäss WHO Statistik in Polen 2013 zwei Neugeborene betraf). Von den in Polen Erkrankten mit bekanntem Röteln-Impfstatus (=72%) waren 88% nie gegen Röteln geimpft und offenbar der natürlichen Infektion bis dahin entgangen. Nur 2% waren vollständig, also zweimal geimpft und somit Impfersager („Vaccine failure“), 10% waren einmal geimpft und hätten von einer 2. Dosis mit hoher Wahrscheinlichkeit profitiert.

In Deutschland ist die Röteln-Impfung im Erwachsenenalter

nur für unvollständig (0 oder 1 Dosis) geimpfte Frauen im gebärfähigen Alter und als berufliche Indikation „in Einrichtungen der Pädiatrie, der Geburtshilfe und der Schwangerenbetreuung oder in Gemeinschaftseinrichtungen“ empfohlen. Es ist zu hoffen, dass die Umsetzung der Masern(!)-Impfempfehlung bei Erwachsenen bei Verwendung von MMR-Kombinationsimpfstoffen gleichzeitig die Impflücken gegen Röteln und natürlich auch gegen Mumps schliessen wird. Und Mumps wäre nun wieder ein eigenes Thema für sich. Alternativ, und damit greife ich nochmals den Gedanken aus dem letzten Impfforum (Juli 2014) auf, könnte man die Nachholimpfempfehlung gegen Masern bei Erwachsenen in Tabelle 1 der STIKO-Empfehlungen von Masern auf Mumps und Röteln erweitern.

### Indirekter Schutz Neugeborener vor Pertussis – eine echte Herausforderung

Hand aufs Herz: wie gut gelingt es Ihnen in Ihrer Praxis, die Pertussis-Impfempfehlung der STIKO zum Aufbau eines Schutzes rund um Neugeborene (so genanntes „Cocooning“) umzusetzen? Und wie gut gelingt dies Ihren lokalen Kolleginnen und Kollegen in den gynäkologischen und Hausarztpraxen? Ein Mitarbeiter meiner Gruppe hat dies für unsere Region in Basel analysiert (wir haben in der Schweiz eine der deutschen sehr ähnliche Empfehlung). Die Ergebnisse sind ernüchternd. Weil die Publikation frei (auf neudeutsch „open access“) im Internet abrufbar ist (<http://www.biomedcentral.com/1471-2334/14/397>) erlaube ich mir, Sie auf diese Arbeit aus eigenem Hause hinzuweisen. Werfen Sie mal einen Blick auf Abbildung 4, welche den Grad der Umsetzung in Bezug auf die Grösse des jeweiligen Cocoons der Neugeborenen darstellt: beträgt er mehr als 50%, gibt es einen grünen Farbton (je höher, desto intensiver), bei weniger als der Hälfte Rottöne (je tiefer, desto intensiver). Ich liebe grün, aber leider dominieren die Rottöne. Mancherorts (welt-



## Impfforum

weit gesehen) hat man resigniert und die Cocoonstrategie mangels Praktikabilität bereits als gescheitert deklariert und wieder verlassen. Das ist sehr schade, wirkt doch jede einzelne Impfdosis im Sinne des Eigenschutzes viel länger über den indirekten Effekt (Schutz für das noch ungeimpfte und somit Pertussis-gefährdete Neugeborene) hinaus.

### Neue STIKO-Empfehlungen

Am 25. August wurden die neuen STIKO-Empfehlungen publiziert (z.B.: [www.stiko.de](http://www.stiko.de)), in den beiden nachfolgenden Ausgaben des Epidemiologischen Bulletin dann traditionsgemäss auch ausführliche Erläuterungen. „Im Westen nichts Neues“ könnte man Erich Maria Remarque zitieren, die Ärzte-Zeitung (27.8.2014) hat der STIKO gar „Mutlosigkeit“ vorgeworfen angesichts fehlender Empfehlungen gegen Influenza oder Meningokokken Gruppe B für alle Kinder und fehlender Zoster-Impfempfehlung oder Pneumokokken-Konjugatimpfung bei Senioren. Nun, die genannten Themen sind in Bearbeitung und diese beansprucht heute tatsächlich mehr Zeit als in der Vergangenheit. Dies ist den gestiegenen Ansprüchen an die „Evidenz“ der Daten geschuldet, welche die STIKO sich selbst auferlegt hat (siehe „Aufgaben und Methodik“ bei [www.stiko.de](http://www.stiko.de)) und die vor dem Aussprechen einer Empfehlung heutzutage analysiert und intern wie auch anschliessend mit den betroffenen Fachkreisen diskutiert werden müssen. Selbstver-

ständig wäre es mutiger, manche Empfehlung schneller auszusprechen auf die Gefahr hin, dass dabei Fehler (welcher Art auch immer) auftreten, die später wieder korrigiert werden müssten. Ich kann mich allerdings an keine STIKO-Impfempfehlung erinnern, welche aus heutiger Sicht voreilig gewesen wäre und einer grundsätzlichen Korrektur bedürft hätte.

Ich hoffe, Sie stimmen mit mir überein, dass die Darstellung der Empfehlungen in Tabellen und Abbildungen in den letzten Jahren übersichtlicher geworden ist und viele Details in dem mittlerweile 35 Seiten umfassenden Papier (gefolgt von den erwähnten Erläuterungen in separaten Heften des Epidem. Bulletins) das Verständnis für die Empfehlungen erleichtern. Eine weitere Verbesserung: wenn Sie die Empfehlungen online lesen, haben Sie nunmehr direkte Verknüpfungen zu weiterführenden STIKO-Stellungnahmen auf den Internet-Seiten des RKI.

Auf eine wesentliche Neuerung in den neuen STIKO-Empfehlungen sei stellvertretend für andere explizit hingewiesen: Die Vorverlegung der HPV-Impfung bei Mädchen und jungen Frauen von 12-17 auf 9-14 Jahre. Damit soll ein noch deutlicheres Signal für die Wichtigkeit der frühen und zeitgerechten HPV-Impfung gesetzt werden und dank der Möglichkeit, neuerdings in dieser Altersgruppe mit nur 2 statt 3 Dosen gleichermaßen effizient zu schützen, die Impfabzeptanz erhöht werden. Nachhol-Impfungen sind bis 17 Jahre empfohlen.

# Maternale Varizellen-Infektion drei Tage nach Geburt

## Frage:

Ich betreue eine aus Vietnam stammende und im Asylantenheim untergebrachte junge Mutter und ihren Säugling (geb. 14.02.2014). Drei Tage vor Geburt wurde eine maternale Varicella zoster-Viren-Primärinfektion diagnostiziert. Der männliche Säugling kam in der 38. SSW mit einem Geburtsgewicht von 3.200 g zur Welt und wurde noch im Kreißsaal einer passiven Immunprophylaxe mit Varitec unterzogen. Die antivirale Therapie mit intravenösem Aciclovir wurde nach 9 Tagen beendet, bei unauffälligem klinischen Zustand und gutem Trinkverhalten. Der Säugling wurde am 10. Lebenstag aus der stationären Behandlung nach Hause entlassen, hat das Geburtsgewicht allerdings noch nicht wieder erlangt (3.085 g).

- Wie ist die Virämie zu beurteilen?
- Was ist bei der Versorgung des Säuglings in der kinderärztlichen Praxis zu beachten?
- Gibt es hygienische Empfehlungen?
- Mit welchen Komplikationen ist zu rechnen?
- Sollte das Kind beispielsweise beim Augenarzt vorgestellt werden?

## Antwort:

Bei dem beschriebenen Kind bestand die Gefahr einer peripartalen Varizellen-Erkrankung. Lehrbuchhaft erhielt es Immunglobuline und Aciclovir.

Klinisch sind bei ihm keine Varizellen aufgetreten.

Dies kann bedeuten, dass es entweder zu keiner Varizella-Zoster-Virus-Infektion durch die Mutter gekommen ist, oder aber eine subklinische, durch die Medikamente attenuierte Infektion durchgemacht wurde (1).

Bei dem Kind könnte über VZV-IgA- und -IgM-Antikörperbestimmung nachgewiesen werden, dass es keine immunologisch relevante VZV-Infektion durchgemacht hat. In diesem Fall entfallen sämtliche weiteren Maßnahmen und Befürchtungen.

Falls sich dann aber zeigt, dass es eine subklinische Infektion war, kann festgehalten werden, dass eine nen-

nenswerte Virämie nicht bestanden hat, da es zu keinem Exanthem kam. Dazu beigetragen hat dann vor allem auch die Aciclovir-Therapie (2).

Falls sich jetzt bei dem Kind nicht doch noch eine klinische Manifestation der Varizellen einstellt, braucht hinsichtlich einer besonderen Hygiene nichts beachtet zu werden.

Die Versorgung des Säuglings in der kinderärztlichen Praxis wäre also ohne Isolierungsmaßnahmen machbar.

Da es sich bei dem Kind nicht um ein kongenitales Varizellen-Syndrom handelt, sondern um eine peripartale Infektion, ist eine Komplikation, die nicht im Verlaufe der Primärerkrankung sichtbar würde, nicht zu befürchten. Insbesondere Augenschäden werden bei den gewöhnlichen VZV-Ersterkrankungen nur durch direkten Mitbefall der Augen durch die Akuterkrankung verursacht.

Soweit der Verlauf also bisher mitgeteilt ist, sehe ich bei dem Kind weder Grund zur Besorgnis noch für hygienische oder besondere Vorsorgemaßnahmen. Das Kind kann mit elf Monaten gegen VZV geimpft werden.

Prof. Dr. med. Johannes Forster  
St. Josef Krankenhaus  
Sautierstr. 1  
79104 Freiburg

## Literatur:

1. Ronald F. Lamont, Jack D. Sobel, D. Carrington, Shali Mazaki-Tovi, Juan Pedro Kusanovic, Edi Vaisbuch, Roberto Romero. Varicella Zoster Virus (Chickenpox) Infection in Pregnancy BJOG. 2011 September; 118(10):1155-1162.
2. S. Suga, T. Yoshikawa, T. Ozaki, Y. Asano. Effect of oral acyclovir against primary and secondary viraemia in incubation period of varicella. Arch Dis Child. 1993 December; 69(6):639-42

Das „CONSILIUM“ 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 ist der Chefredakteur Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, redaktionell verantwortlich.

Alle Fragen, auch die hier nicht veröffentlichten, werden umgehend per Post beantwortet. Die Anonymität des Fragers bleibt gegenüber dem zugezogenen Experten und bei einer Veröffentlichung gewahrt.



## Review aus englischsprachigen Zeitschriften

### Komplikationen sowie Todesfälle bei Langzeitüberlebenden von Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter

#### Aging and Risk of Severe, Disabling, Life-Threatening, and Fatal Events in the Childhood Cancer Survivor Study

Armstrong G, Kawashima T, Leisenring W, Stratton K, Stova M J, *Clin Oncol*; 32: 1218-1227, April 2014

Die Autoren der grössten amerikanischen Krebstherapie-Nachbeobachtungs-Studie (aus Memphis, Tennessee) stellen die langfristigen Auswirkungen der Krebserkrankung und ihrer intensiven Behandlung bei Kindern und Jugendlichen vor. Die Mehrheit der mittlerweile erwachsenen Patienten war bei der Ersterkrankung 0- 4 Jahre alt; die meisten befragten Langzeitüberlebenden waren 30- 39 Jahre alt. Die Kinder und Jugendlichen wurden wegen verschiedener Krebserkrankungen (Leukämien, Lymphome, solide Tumoren) mit Chemotherapie und/oder Bestrahlung in den 80iger- und 90iger-Jahren behandelt. Da die Studie – abgesehen von nachgewiesenen zweiten Krebserkrankungen – auf Fragebögen beruhte, wurden nur schwere behindernde, lebensbedrohliche Gesundheitsprobleme sowie Todesfälle berücksichtigt, um einen subjektiven Bias zu vermeiden. Diese Gesundheitsschäden wurden nach der „Common Terminology Criteria for Adverse Events, Grad 3-5“ (National Cancer Institut) klassifiziert. Dabei wurde besonders nach signifikanter Kardiomyopathie, Niereneinschränkung, Sehverlust, Hörschäden, Hormonstörungen, Lungenrestriktion, neurologischer Behinderung und mentaler Retardierung gefragt. Die Autoren erfassten 14359 Langzeitüberlebende, deren erste Diagnose im Alter von unter 21 Jahren gestellt wurde und die im Median 24,5 Jahre (Zeitspanne 5,0 – 39,3 Jahre) nachbeobachtet wurden. Als Kontrollgruppe dienen 4301 gesunde Geschwister. Bis zum Alter von 50 Jahren waren dreimal so viele Überlebende von Krebserkrankungen schwer erkrankt/verstorben als ihre Geschwister: das sog Hazard Risiko (HR) betrug 53,6 % vs 19,8 %, d.h. mehr als die Hälfte der ehemaligen Krebspatienten sind betroffen.

Bemerkenswert ist das späte Auftreten von schweren Komplikationen bei vorher nicht oder nur gering betroffenen Langzeitüberlebenden: ¼ der Überlebende, die ohne Behinderung 35 Jahre alt wurden, erkrankten innerhalb von 10 Jahren schwer, im Vergleich mit 6 % der Geschwister.

#### Kommentar:

Erfreulich ist, dass die überwiegende Mehrzahl der Behandelten mehr als 30 Jahre ohne ein Rezidiv der ursprünglichen Krebserkrankung überleben. Den betroffenen Eltern und den engagierten Behandlern gebührt Respekt und Dank für das gemeinsam erreichte, verbesserte Überleben. Die Studie zeigt aber, dass zumindest für die intensiv behandelten Patienten das verbesserte Überleben mit einer erheblichen Krankheitslast im Erwachsenenalter einhergeht: das Risiko für schwere Behinderung oder nahezu tödliche/tödliche Komplikation ist bei über 35 Jahre alten Langzeitüberlebenden fünffach erhöht. Der Krebs und die Krebserkrankung führen zu einem schnelleren Alterungsprozess, eine Beobachtung, die erfahrene Kinder- u. Jugendärzte bei vielen ihrer schwer erkrankten Patienten machen. Da viele der damals verwendeten Chemotherapeutika auch heute das Rückgrat der intensiven Chemotherapie-Protokolle bilden, befürchten die Autoren zu recht, dass auch heute die Grunderkrankung im Zusammenhang mit aktuellen Therapieschemata zu erheblichen Folgeschäden im frühen Erwachsenenalter führen wird - lange bevor das Krebs- und Erkrankungsrisiko für die allgemeine Bevölkerung ansteigt. Die erhöhte Rate an cerebralen und kardialen Insulten lässt vermuten, dass möglicherweise veränderte Lebensgewohnheiten der ehemaligen Krebspatienten (Adipositas, Hypertriglycerid- und Hypercholesterinämie, Hochdruck, Diabetes und Rauchen) zu der erhöhten Krankheitslast beitragen.

Ich habe für den Kinder- und Jugendarzt in den letzten Jahren zwei wichtige Artikel zu dem Thema Folgeschäden nach Diagnostik und Therapie und Möglichkeiten ihrer Vermeidung rezensiert: 2009: A Möricke, A. Reiter, M. Schrappe et al: *Blood*, 2008, Vol. 111, Nr 9, S. 4477-4489. Krebs bei Kindern: Weniger ist manchmal mehr; Risikoangepasste Behandlung verringert Langzeitschäden. Und 2013: Cancer risk in 680000 people exposed to computed tomography scans in childhood or adolescence: data linkage study of 11 million Australians. J. Matthews et al., *BMJ* 2013 May 2013. Beide Artikel (und viele andere) lassen erkennen, dass sich die heutige Ärzteschaft und die Wissenschaftler ihrer Verantwortung für eine nebenwirkungsarme moderne Diagnostik und Therapie bewusst sind. Wir Kinder- u. Jugendärzte beobachten diese Möglichkeit im Interesse unserer Patienten mit besonderem Augenmerk.

(Stefan Eber, München)

### Die Pharmakotherapie der Trichotillomanie

#### Pharmacotherapy for Trichotillomania

Rothbart R, Amos T, Siegfried N, et al., *Cochrane Database Syst Rev*; 11: CD007662, November 2013

Die Trichotillomanie (TTM) wird als zwanghaftes Ziehen an den Haaren definiert und ist eine von vielen Zwangsstörungen und eine Form des selbstverletzenden Verhaltens. Die Wirksam-

keit der Pharmakotherapie wurde bisher noch nicht systematisch untersucht. In einer aktuellen Cochrane-Analyse haben die Autoren die Wirksamkeit unterschiedlicher medikamentöser Therapien bei Erwachsenen miteinander verglichen.

In die Studie wurden randomisierte, kontrollierte Studien aus unterschiedlichen Datenbanken eingeschlossen, in denen ein Placebo mit einer Wirksubstanz bei der Behandlung einer TTM verglichen wurde.

Acht Studien mit insgesamt 204 Studienteilnehmern konnten in die Auswertung übernommen werden. Alle Studien waren an einem Zentrum ambulant durchgeführt worden. In sieben Studien wurde Placebo mit einer Wirksubstanz verglichen (n=184), in einer weiteren Studie wurden zwei Wirksubstanzen miteinander verglichen (n=13). Die Studiendauer betrug zwischen sechs bis zwölf Wochen. Keine der drei Studien, in denen selektive Serotonin-Re-Uptake-Inhibitoren (SSRIs) eingesetzt worden waren, wies einen nennenswerten Einfluss auf die Krankheitsaktivität auf. Dies galt auch für eine unveröffentlichte Naltrexon-Studie. Naltrexon ist ein Opioid-Antagonist, der auch bei selbstschädigendem Verhalten einge-

setzt wurde. Nur in zwei Studien, einer Olanzapin-Studie und einer N-acetylcystein-Studie (NAC), konnte ein statistisch signifikanter Behandlungserfolg nachgewiesen werden. Eine Clomipramin-Studie wies für zwei Messgrößen einen Behandlungserfolg auf. Olanzapin ist ein atypisches Neuroleptikum; Clomiprominein trizyklisches Antidepressivum; NAC, Antidot bei Paracetamolvergiftung, wird experimentell auch bei Zwangsstörungen versucht.

Keine Medikation bietet bei der bisherigen Studienlage eine überzeugende Wirksamkeit. Die vorhandenen, noch vorläufigen Ergebnisse lassen allerdings eine Wirksamkeit bei Clomipramin, NAC und Olanzapin auf der Basis von drei Studien vermuten. Hier sollten ergänzende Studien durchgeführt werden. Dass Substanzen aus ganz unterschiedlichen Wirkgruppen erfolgreich eingesetzt werden sollen, spricht für die Notwendigkeit weiterer Forschung. Welche Beurteilung dies für Kinder hat, ist unklar. Meist werden Kinder und Trichotilomanie mit Entspannungstechniken, Verhaltenstherapie und Psychotherapie behandelt.

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

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

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



## **KINDER- UND JUGENDARZT** **im Internet**

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

**[www.kinder-undjugendarzt.de](http://www.kinder-undjugendarzt.de)**

Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.



## Suchtforum

# Steckbrief zu: Fliegenpilz

**Chemische Bezeichnung:** Fliegenpilz (*Amanita muscaria*) und Pantherpilz (*Amanita pantherina*) enthalten die psychoaktiven Alkaloide Ibotensäure und deren Derivat Muscimol (Agonisten der GABA); der Wirkstoffgehalt schwankt stark und ist abhängig vom Fundort und dem Reifegrad der Pilze. Daraus ergibt sich ein hohes Risiko für Überdosierungen und akute Vergiftungen (sog. Fliegenpilz-Pantherpilz-Syndrom).

**Dosierung(en):** ein Viertel bis ein halber Pilz werden roh gegessen (Vorbild sind Berichte sibirischer Schamanen).

**Einnahmeform:** Der Pilz oder Teile davon werden gegessen; die Wirkung tritt nach 30 Minuten bis max. 3 Stunden ein, sie hält 4 – 8 (12) Stunden an, gefolgt von einem bis zu achtstündigen Tiefschlaf.

**Straßenpreis(e):** in Parks, im Laub- und Nadelwald und

in Grünanlagen unter Birken von August bis November ubiquitär und kostenlos, kann getrocknet und aufbewahrt werden.

**Erwünschte Wirkung(en):** alkoholähnlicher Rausch mit zusätzlich halluzinogenen Effekten: veränderte Raum- und Zeitwahrnehmung, Schwebgefühl bis zur Schwerelosigkeit, erhöhte Empfindlichkeit für Geräusche, Scheinbilder, zudem Euphorie.

**Unerwünschte Wirkung(en):** je nach psychischer Ausgangslage können die Halluzinationen Panik und Angstgefühle auslösen.

**Symptome bei Überdosierung:** Überdosierungen und akute Vergiftungen zeigen sich zunächst in verschwommenem Sehen und Doppelbildern, oft auch in Übelkeit, Erbrechen und Durchfällen einhergehend mit Schwindel, Ataxie und Muskelzuckungen, Verwirrtheit und Erregungszuständen bis zum Delir. In schweren Fällen können zerebrale Krampfanfälle auftreten und die Vergiftung kann im Weiteren auch in raschem Wechsel zu Bewusstlosigkeit bis Koma führen. Kardiovaskuläre Fehlfunktionen treten selten auf, können dann aber zum Tode

führen, meistens infolge Verzehr des Pantherpilzes. Vorerkrankte Menschen und Kinder reagieren insgesamt heftiger.

**Nachweismethoden:** die Wirkstoffe Muscimol und Ibotensäure sind chromatographisch in Pilzresten nachweisbar, der Nachweis ist meist entbehrlich.

**Therapieoptionen akut:** wenn die Giftaufnahme weniger als 1 Stunde zurückliegt Gabe von bis zu 50 Gramm Aktivkohle; zur Sedierung Lorazepam (cave Atemdepression); klinisch kann bei Überwiegen anticholinergischer Symptome Physostigmin versucht werden, daneben erfolgt symptomorientiert Flüssigkeits- und Elektrolytersatz.

**Langzeitfolgen:** eine körperliche Abhängigkeit ist nicht zu erwarten, aber im Einzelfall psychische Probleme bei der Verarbeitung der (angstbesetzten) Rauscherfahrungen.

Dr. Matthias Brockstedt  
Ärztlicher Leiter KJGD-Mitte  
Reinickendorfer Str. 60b  
13347 Berlin  
Tel.: 030/9018-46132  
E-Mail: matthias.brockstedt@ba-mitte.berlin.de

Red.: Heinen



# Ärztliche Honorare bleiben einem willkürlichen Verteilungskonzept unterworfen – Urteil des Bundessozialgerichts schreibt Ungleichverteilung fest

Streit um das Ärztehonorar ist nicht neu und auch dieses Scharmützel vor dem Bundessozialgericht stellt kaum mehr als einen Etappensieg der Konvergenzgegner dar. Denn der Zwist bleibt - BSG-Urteil hin oder her - und bei den gerichtlich unterlegenen KVen bleibt ein Gefühl von Enttäuschung, Wut und Unverständnis ob dieses als unfair und ungerecht empfundenen Richterspruches.

Alles hat eine Vorgeschichte und die beginnt im Jahr 2009. Durch die damals zwischen KBV und GKV-Spitzenverband vereinbarte Honorarreform wurde das vertragsärztliche Vergütungssystem grundlegend verändert. Die bis dato geltenden so genannten Kopfpauschalen wurden durch die „morbiditybedingte Gesamtvergütung MGV“ ersetzt. Erstmals wurde das ärztliche Honorar nicht am Mitgliederstatus, sondern an der Krankheitslast der Versicherten ausgerichtet. Das hatte die Ärzteschaft immer gefordert und der Paradigmenwechsel wäre auch für alle Ärztinnen und Ärzte ohne die handwerklichen Fehler des Bewertungsausschusses unisono begrüßt worden. Leider kam es anders.

Was war geschehen? Vor 2009 gab es bei den Honorarverteilungsmaßstäben der KVen eine bunte Heterogenität. Die einen ließen eine Explosion der abrechnungsfähigen Leistungsmenge zum Preis eines niedrig floatenden Punktwertes zu, die anderen deckelten die abrechnungsfähige Leistungsmenge weiterhin durch "Individualbudgets" und erzielten somit höhere Punktwerte. Diese Heterogenität schuf eine fehlende Vergleichbarkeit der Ausgangssituation bei der Honorarreform 2009, die vom Bewertungsausschuss willkürlich ignoriert wurde. Der damals neu geschaffene Orientierungspunktwert fiel durch die in den „IB-KVen“ selbstverordnete Leistungsmengenbegrenzung für alle KVen höher aus, jedoch wurde die Morbidität ohne Korrektur ausschließlich anhand der abgerechneten Leistungsmenge der jeweiligen KVen nach einem früheren Aufsatzzeitraum berechnet.

Und das bedeutete und bedeutet bis heute: Die KVen, die die abrechnungsfähige Leistungsmenge gedeckelt hatten, guckten plötzlich in die Röhre, da die budgetierte Leistungsmenge mit einer vermeintlich geringeren Morbiditätsrate gleichgesetzt wurde. Und das wohl wissend, dass die IB-KVen durch die Leis-

tungsmengenbudgetierung den OPW in der dann vereinbarten Höhe erst ermöglicht hatten. Versprechungen eines nachträglichen Leistungsmengengleichs blieben unerfüllt. Seit 2009 schwelt dieser Streit zwischen den durch die Reform begünstigten und benachteiligten KVen unversöhnlich weiter, da die Reformgewinner einen nachträglichen Honorarangleich (Honorarkonvergenz) für die benachteiligten KVen strikt ablehnen.

Die letzte Runde stellten nun die Honorarverhandlungen aktuell in Sachsen-Anhalt 2013 dar. Nach zähem Ringen hatte die KV Sachsen-Anhalt vor dem Landesschiedsamt eine zwölfprozentige Honorarsteigerung durchgesetzt. Sie hatte damit argumentiert, dass gemessen an der Morbidität der dortigen Bevölkerung ein solcher Quantensprung beim Honorar erfolgen müsse. Die übrigen durch die Honorarreform 2009 geprellten KVen hofften nun auf eine Neuauflage der Honorarkonvergenz. Gegen den Schiedsspruch hatten jedoch die Krankenkassen vor dem Bundessozialgericht geklagt und am 13. August in Kassel Recht bekommen. Die Richter argumentierten, dass sich die Vertragspartner an dem vom Bewertungsausschuss jeweils regional berechneten Steigerungsraten orientieren müssten. Das SGB V schreibe eine „gewichtete Zusammenfassung“ der regionalen Behandlungsdiagnosen (Morbidität) einerseits und der Zuwachsraten ermittelt aus demographischen Daten (Alter, Zahl und Geschlecht der Versicherten) andererseits vor, den so genannten „Schieberegler“. Abweichungen hier-



Dr. Thomas Fischbach



© alexandro900 - Fotolia.com

von seien zwar grundsätzlich möglich, bedürften jedoch einer konkreten Begründung. Dabei reiche jedoch der Verweis auf eine bisher vermeintlich unzureichend berücksichtigte Morbidität nicht aus, so das BSG.

Mit dem Verwerfen einer „Öffnungsklausel“ bei der regionalen Honorarvereinbarung liegt der Ball wieder auf der Seite des Landesschiedsamtes in Sachsen-Anhalt. Er liegt aber auch und vor allem bei KBV und GKV-Spitzenverband in Berlin, die sich erneut mit dem Thema „Honorarkonvergenz“ befassen müssen. Der neue KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen, ist hier besonders gefordert. Die KBV kann nicht einerseits „feste Preise“ fordern (Beschluss der KBV-VV), andererseits zulassen, dass gleiche ärztliche Leistung in Bayern anders honoriert wird als in beispielsweise Nordrhein-Westfalen.

Die jüngst von Gassen in die Honorarverhandlungen eingebrachten Forderungen nach einerseits einem Anstieg des ärztlichen Honorars an das aktuelle durchschnittliche Gehalt eines definierten Klinikoberarztes, das inzwischen nicht mehr bei rund 105.000.00 Euro/a, sondern bei ca. 133.000.00 Euro/a liegt, sowie andererseits nach Ende der Budgetierung sind zwangsläufig. Kaum liegen die Forderungen auf dem Tisch, erfolgt nach bekanntem Ritual das Nebelkerzenwerfen des GKV-Spitzenverbandes, der erneut ein zweifelhaftes Gutachten der Schweizer Prognos AG in die Öffentlichkeit getragen hat, das vermeintliche „Wirtschaftlichkeitsreserven“ gerade bei den Allgemeinärzten und Internisten entdeckt haben will. Der unverblühte Vorwurf: Die Ärzte arbeiteten unwirtschaftlich und daher sei die geforderte Honoraranhebung unbegründet. Fließbandmedizin ist aber für die Ärzteschaft weder ethisch vertretbar, noch von den Patienten akzeptiert. Somit bleiben die Forderungen auf dem Tisch. Ohne eine deutliche Honoraranhebung wird es keine Konvergenz geben, da eine

Honorarrückverteilung nicht realistisch ist. Leidtragende sind andernfalls die Versicherten.

Ob es fernab dieser Aspekte überhaupt zu einer Neuaufgabe der Konvergenzdiskussion in Berlin kommen wird und ob einer solchen in einem föderalen System wie in Deutschland überhaupt Erfolg beschieden sein kann, darf selbst bei einem Honorarerfolg Gassens in der geforderten Größenordnung von fünf Milliarden Euro sehr bezweifelt werden, da eine tatsächliche Honorarkonvergenz nur bei einer asymmetrischen Verteilung eines solchen Honorarzuwachses möglich wäre. Partikuläre Eigeninteressen der regionalen KVen stehen einer Einigung ebenso im Wege wie Streitigkeiten zwischen hausärztlichem und fachärztlichem Versorgungsbereich, ja sogar zwischen den einzelnen Fachgruppen. Ein Beleg hierfür ist die Diskussion um eine mögliche Trennung der KBV in eine Haus- und eine Facharzt-KV. Wenn es der verfassten Ärzteschaft nicht gelingt, vom bekannten „Sankt Floriansprinzip“ (Verschon mein Haus, zünd andere an) abzurücken und endlich die Gemeinsamkeiten in der Vertragsärzteschaft gegenüber einem sich immer weiter aufplusternenden GKV-Spitzenverband zu suchen, wird dies uns alle schwächen und beschädigen.

Letztendlich ist aber die Politik und damit der Bundesgesundheitsminister gefordert, die handwerklichen Fehler aus dem Sozialgesetzbuch V zu entfernen, die die bestehende Honorarungerechtigkeit erst ermöglicht haben. Das Bundessozialgericht hat ein für viele empörendes, weil als ungerecht empfundenes Urteil gesprochen, aber es kann nur auf der Basis der geltenden Rechtsgrundlage urteilen und – die ist ungenügend.

Dr. Thomas Fischbach  
42719 Solingen  
E-Mail: fischbach@kinderaerzte-solingen.de  
Der Autor ist Vorsitzender des BVKJ Nordrhein

Red: ReH

## Honorarverhandlungen 2014 – ein Desaster?

In diesen Tagen erhalten die Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV und insbesondere ihr Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen, reichlich Schläge von der so genannten Basis und etlichen Berufsverbänden, die den recht zügig vereinbarten Honorarabschluss mit dem GKV-Spitzenverband sehr kritisch sehen. Allerdings ist es nicht immer wirklich klar, wer nun mit dem Ergebnis tatsächlich unzufrieden ist: Die „Basis“ oder deren Berufsverbände oder einige regionale KV-Fürsten?

Etwas mehr Klarheit für Basis und Verbände bringt hier der Blick zurück.

### Was bisher geschah...

Die Verhandlungspartner KBV und GKV-Spitzenverband hatten sich am 27. August 2014 im Bewertungsaus-

schluss einigermaßen unerwartet auf ein Verhandlungsergebnis geeinigt, das eine Steigerung des Orientierungspunktwertes OPW um 1,4 Prozent auf 10,2718 Cent vorsieht, was einer Honorarsteigerung von rund 426 Millionen Euro entspricht. In die hier zugrunde liegenden Berechnungen gehen die Morbidität ebenso ein wie die demographische Entwicklung bei den Versicherten. Leider waren hier die aktuellen Veränderungsdaten infolge fehlender Grippewelle sowie Abschwächung des Ausalterungsprozesses niedriger als im Vorjahr. Zudem wurde trotz anfänglich erheblichen Widerstandes der Kassen-seite eine extrabudgetäre Förderung der haus- und fachärztlichen Vergütung in Höhe von 264 Millionen Euro vereinbart, die den beiden Versorgungsbereichen in gleichen Teilen für besonders förderungswürdige Leistungen

zukommen sollen. Insgesamt bedeutet der Honorarabschluss einen Vergütungszuwachs von circa 2,4 Prozent, ein Betrag, der deutlich über der Inflationsrate liegt. Im hausärztlichen Versorgungsbereich sollen die zusätzlichen Gelder für die Förderung von besonders qualifizierten MFAs und Hausbesuchsleistungen verwendet werden.

#### Kinder- und Jugendärzte bekommen das Kuchenstück, was ihnen zusteht

Über die Mittelverwendung in der Pädiatrie wird noch mit Beteiligung der BVKJ-Vertreter verhandelt, jedoch ist eines schon jetzt klar: Die Pädiater erhalten den Anteil am Honorarkuchen, der ihnen von ihrer Fachgruppengröße im hausärztlichen Versorgungsbereich zusteht. Diese Zusage hat die zweite Vorstandsvorsitzende der KBV, Regina Feldmann, den BVKJ-Vertretern in der KBV, Roland Ulmer und mir, verbindlich gegeben. Die Krankenkassen haben desweiteren einen Nachbesserungsbedarf beim kalkulatorischen Arztlohn anerkannt.

Hierüber soll der Bewertungsausschuss bei den Honorarverhandlungen 2015/16 beschließen, d.h., dass der Grundsatz der Kostenneutralität klar aufgegeben wurde. Endgültig wird der Bewertungsausschuss am 24. September über die Eckpunkte der Honorarverteilung entscheiden (Wegen des Redaktionsschlusses dieser Zeitschrift folgt der entsprechende Bericht in der nächsten Ausgabe). Ein Desaster ist jedenfalls nicht zu befürchten, auch wenn wir alle gerne etwas mehr an Honorar gehabt hätten. Die Kinder- und Jugendärzte werden keine bösen Überraschungen erleben.

Thomas Fischbach  
42719 Solingen  
E-Mail: fischbach@kinderaerzte-solingen.de  
Der Autor ist Vorsitzender des BVKJ Nordrhein

Red: ReH

## Datenschutzverletzungen können zur Rückabwicklung des Praxiskaufs führen

Im Zeitalter digitaler Daten muss auch der niedergelassene Arzt bei der Pflege seiner Software zuweilen externe technische Dienstleister einschalten. Dabei muss der Arzt darauf achten, dass der externe Dienstleister keinen ungehinderten Zugriff auf die Patientendaten erhält.

Wie weitreichend die Folgen einer solchen Handhabung sein können, zeigt ein jüngst vom **Landgericht Flensburg** (Urteil vom 05.07.2013 Az.: 4 O 54/11) entschiedener Fall:

Die Käuferin einer Arztpraxis erklärte den Rücktritt vom Praxiskaufvertrag, weil der Verkäufer einen Dritten mit der Wartung der EDV-Anlage der Arztpraxis unter fachlicher Gewährung der uneingeschränkten Zugriffsmöglichkeit auf die Patientenkartei gestattet hatte und sich dies - so das Gericht - als Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht darstellte. Die Einhaltung der ärztlichen Berufspflichten, insbesondere in Bezug auf die Patientengeheimnisse, stelle einen eigenständigen wesentlichen Umstand dar, der auf den guten Ruf und den weiteren Bestand der Arztpraxis Einfluss hat. Dabei sei es nicht ausschlaggebend, ob sich das Risiko der Verschlechterung des guten Rufes der Praxis realisiert habe. Damit leide die Praxis an einem nicht behebbaren Sachmangel.

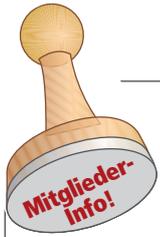
Obwohl der externe Dritte eine Schweigepflichtvereinbarung unterzeichnet hatte, sahen die Richter die ärztliche Schweigepflicht verletzt. Denn der externe Dienstleister sei nicht, anders als z.B. die Sprechstundenhilfe, als berufsmäßig tätiger Gehilfe des Arztes gemäß § 203 Absatz 3 Satz 2 StGB einzustufen. Bei diesem genügt der Arzt seiner Schweigepflicht, wenn er die bei ihm tätigen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter ebenfalls zur Wahrung des Patientengeheimnisses verpflichtet. Der externe Dritte sei aber gerade nicht den direkten Weisungen des Arztes unterstellt und nicht in den Praxisbetrieb eingebunden, so dass er als berufsmäßiger Gehilfe ausscheide. Die Käuferin konnte nach Ansicht des Landgerichts vom Kaufvertrag zurücktreten.

Daraus folgt: Verstöße gegen Datenschutzregelungen können zivilrechtlich weitreichende Folgen haben. Der Arzt sollte daher weitgehend sicherstellen, dass ein z.B. externe Dienstleister keinen Zugriff auf sensible Patientendaten erhält.

Dr. Andreas Meschke  
Der Autor ist Fachanwalt für Medizinrecht, Möller und Partner, Düsseldorf  
Die Kanzlei arbeitet als Justitiarin für den BVKJ Red.: ReH



Dr. Andreas Meschke



**bVKJ.**

Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

## Wahlaufruf für den Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Termingerecht findet vom 3.11.2014 bis 24.11.2014 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Ersatzdelegierten und des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum 24.11.14 abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

*Dr. med. Susanne Schober, Wolgast*  
Landesverbandsvorsitzende



**bVKJ.**

Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

## Wahlaufruf für den Landesverband Schleswig-Holstein

Termingerecht findet im November 2014 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer sowie der Ersatzdelegierten statt.

Die Wahl wird durchgeführt am

Datum: 08.11.2014

Adresse: Atlantic Hotel Kiel  
Raiffeisenstr. 2  
24103 Kiel

auf der Herbsttagung des Landesverbandes Schleswig-Holstein, zu der zu gegebener Zeit schriftlich eingeladen wird.

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

*Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe*  
Landesverbandsvorsitzender



**bVKJ.**

Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

## Wahlaufruf für den Landesverband Sachsen

Termingerecht findet vom 24.11. bis 15.12.2014 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer sowie der Ersatzdelegierten statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum 15.12.2014 abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

*Dr. med. Klaus Hofmann, Chemnitz*  
Landesverbandsvorsitzender

# Immer weniger Kinder und Jugendliche in Deutschland erhalten notwendige Rehabilitationsmaßnahmen

Die Zahl der Anträge zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche ist in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. Nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung wurden bei ihr im Jahre 2008 84.211 Anträge gestellt, 2013 waren es nur noch 61.167, also 27 Prozent weniger. Und das, obwohl immer mehr Kinder und Jugendliche an Erkrankungen wie Adipositas, Asthma, ADHS und an vielen weiteren körperlichen und psychischen Problemen leiden. Auch für Kinder und Jugendliche mit großen Schulproblemen kann ein Aufenthalt in einer geeigneten Reha-Einrichtung ein wichtiger Schritt sein, um die weitere Entwicklung positiv zu beeinflussen. Leider ist das bei vielen Eltern und Jugendlichen, aber auch bei Ärzten nicht überall bekannt. „In den vergangenen Jahren ist nicht nur die Zahl der Anträge stark zurückgegangen, sondern viele chronisch kranke Kinder wurden auch irrtümlicherweise in Mutter-Kind-Maßnahmen vermittelt. Oftmals auch deswegen, weil gar nicht bekannt ist, für welche Krankheiten solche Aufenthalte sinnvoll sind und dass Rehabilitationsanträge für Kinder und Jugendliche bei der Rentenversicherung gestellt werden können“, erläutert Alwin Baumann, Sprecher des Bündnisses Kinder- und Jugendreha, einem Zusammenschluss vieler großer Verbände und Organisationen im Bereich der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche.

## Neuer Internetauftritt soll Antragstellung erleichtern

Um die Antragsstellung zu erleichtern und geeignete Einrichtungen für Kinder und Jugendliche schnell zu finden, hat die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention e.V. (DGPRP) ein neues Internetangebot gestartet. Unter der Adresse [www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de](http://www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de) können Interessierte unkompliziert zum Beispiel Anträge zu Reha-Maßnahmen bei der Rentenversicherung finden und erhalten auch Tipps dafür, wie diese Anträge korrekt ausgefüllt werden müssen. Au-



ßerdem gibt es auf dieser Seite eine Liste von Reha-Kliniken in ganz Deutschland, die für Kinder und Jugendliche geeignet sind. Neben den Therapieschwerpunkten der einzelnen Kliniken kann man z.B. auch erfahren, wie die schulische Betreuung an der Klinik weitergeführt wird, damit die Patienten während ihres Aufenthaltes den Schulstoff vermittelt bekommen. „Viele Eltern, Jugendliche, aber auch Ärzte und Lehrer wissen gar nicht, dass unsere Patienten auch schulisch intensiv unterstützt und rehabilitiert werden. Diese individuelle Betreuung kann z.B. bei ADHS-Patienten oder bei schulmeidendem Verhalten große Fortschritte bringen. Nicht selten können wir einen negativen Schultrend umkehren“, verweist Baumann auf die Möglichkeiten einer intensiven stationären Rehabilitation.

## Zusammenarbeit mit BVKJ wird intensiviert – mehr Aufklärung über Reha-Möglichkeiten in pädiatrischen Praxen

Auch der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) intensiviert die Zusammenarbeit mit der DGPRP. So kann eine geeignete Reha-Klinik auch auf der Patientenseite des BVKJ unter [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de) gefunden werden. Und auch in Pädinform soll ein neues Angebot die betreuenden Ärzte unterstützen. „Um die Eltern in der Praxis auch kompetent beraten zu können, haben wir einen neuen Ordner in Pädinform (Kinder- und Jugendreha) eingerichtet, in dem wir Fragen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen beantworten: z.B. für welche Krankheitsbilder Maßnahmen geeignet sind oder welche Maßnahmen in welchen Kliniken angeboten werden und auch zur Antragstellung können wir Tipps geben“, erläutert Dr. Lutz Müller, Beauftragter für Kinder- und Jugendreha im BVKJ, das neue Angebot, bei dem schwierige Fälle auch anonym eingestellt werden können.



Monks Ärzte im Netz GmbH  
[info@monks-aerzte-im-netz.de](mailto:info@monks-aerzte-im-netz.de)

Red.: Kup

## Brief aus der Praxis ● ● ●

Zwischen Klinikärzten und Niedergelassenen knirscht es manchmal gewaltig. Zu unterschiedlich sind die Berufswelten, zu zahlreich die Sollbruchstellen in der Zusammenarbeit, zu wenig wird miteinander geredet. Das wollen wir ändern.

Die Kinder- und Jugendärztin Tanja Brunnert hat vor einigen Jahren den Sprung in die Praxis gewagt. An dieser Stelle wird sie künftig regelmäßig an ihre Kolleginnen und Kollegen in der Klinik schreiben und über ihren Alltag berichten.



Dr. Tanja Brunnert

## Zurück aus dem Urlaub

Liebe Leute,

da bin ich also wieder. Zurück aus dem Sommerurlaub: Drei Wochen weg! Ja, das muss man sich auf der Zunge zergehen lassen, drei Wochen! Das gönne ich mir seit nunmehr sieben Jahren im Sommer. Völlig problemlos: Immer dann, wenn es mir und meiner Familie passt. Die Freuden der Niederlassung! Und nicht nur das: im Herbst zwei Wochen, an Weihnachten zehn Tage, zwei Wochen Osterurlaub und diverse Brückentage. Ich liebe es! Davon konnte ich als angestellte Ärztin nur träumen. Ganz im Gegenteil: Hätte mir das Krankenhaus tatsächlich alle angefallenen Überstunden usw. ausgezahlt, ich hätte meine Praxis noch mit Brokat auskleiden können...

Naja, nun zum Nachteil: ein Post-, Fax- und E-Mailberg von drei Wochen. Ganz ehrlich: Das nervt gewaltig. Zumal man sich durch zweiseitige Briefe über banale Gastroenteritiden quält. Der stationäre Aufenthalt der Patienten liegt bei Eintreffen des Briefes dann auch schon wieder sechs Monate zurück. Ist aber doch immer wieder schön, dann noch mal jeden einzelnen Blutwert nachzulesen. Offen gefragt: Wen interessiert das dann noch? Warum kann es eigentlich nicht übersichtliche Briefe, meinewegen zum Ankreuzen geben? Würde uns hier draußen und Euch dort drinnen doch das Leben ungemein er-

leichtern. Kurz aufs Fax, damit der Brief nicht in Mamis Handtasche neben Kekskrümel und Schnullern versauert, und fertig. Na gut, ich habe hier vielleicht auch leicht meckern. Ich schreibe ja kaum noch Briefe. Aber der Vorschlag ist wirklich ernst gemeint.

Und dann die blöden Werbebriefe: Heutzutage ja gern mit dem Hinweis: nur vom Arzt persönlich zu öffnen. Na danke. Diese Schreiben schaffen dann doch häufig den Weg in meine Briefmappe. Naja, danach dann Rundordner P-. Aber, was soll ich sagen: mein Briefestau ist abgearbeitet und hat meiner Urlaubserholung keinen Abbruch getan. Da können mich auch 20 Kindergartenatteste am Tag nicht beeindrucken. Gerne beschäftige ich mich bestens erholt mit medizinischem Schwachsinn. Habe ja sonst im Sommer gerade weniger zu tun.

Und außerdem: Nur noch wenige Wochen, dann kann ich mich auch schon wieder in den Herbstferien erholen.

Bis bald!

Dr. Tanja Brunnert  
Hennebergstr. 18a  
37077 Göttingen  
E-Mail: tanja.brunnert@kinderarzt-goe.de

Red.: ReH



**bvkj.**

Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

## ERGEBNIS Wahl im Landesverband Sachsen-Anhalt des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. für die Legislaturperiode 2014-2018

Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter:

Stellv. Landesverbandsvorsitzender und 2. Delegierter:

Schatzmeisterin:

1. Ersatzdelegierte:

2. Ersatzdelegierter:

Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben

PD Dr. med. Ludwig Patzer, Halle/Saale

Katharina Polter, Magdeburg

Katharina Polter, Magdeburg

Dr. Matthias Krause, Quedlinburg



Dr. Gottfried  
Huss

## Jeder Fehler zählt!\*

### Angeborene Hypothyreose – Behandlung verzögert eingeleitet

#### Was ist passiert?

Nach ambulanter Geburt wird ein Stoffwechsel-Screening am 3. Lebenstag (LT) durch die pädiatrische Praxis abgenommen. Da die Blutstropfen auf dem Papier zu klein sind, wird vom Labor keine Untersuchung durchgeführt und am 8. LT eine erneute Blutprobe angefordert, die am 9. LT eingeschickt wird. Das Fax mit dem pathologischen Ergebnis TSH 25 IU/ml vom 12. LT wird vom Arzt nicht abgezeichnet und ohne Beachtung in die Akte sortiert. Einen Tag später fällt der Befund dem Arzt dennoch in die Hände. Er hat große Mühe, die Eltern zu erreichen („Stress pur“). Am 16. LT wird die Behandlung des klinisch unauffälligen Neugeborenen schließlich begonnen. Das TSH war mittlerweile auf Werte über 100 IE/ml angestiegen.

#### Was war das Ergebnis des Fehlers?

Verzögerte Einleitung der Behandlung einer Neugeborenen-Hypothyreose. Negative Folgen für die Entwicklung des Säuglings sind sehr unwahrscheinlich. Selbstvorwürfe bei Arzt und Praxisteam.

#### Mögliche Gründe

Lange Transportwege- der Briefumschlag mit dem Blut wurde möglicherweise nicht sofort eingeworfen.  
Mangelnde Sorgfalt und fehlende Supervision (Vier Augen sehen mehr als zwei) bei der Screening-Blutabnahme (Tropfen zu klein)  
Nicht standardisierte Abläufe in der Praxis beim Nachsehen der Befunde.

#### Wie hätte man das Ergebnis verhindern können?

Supervision durch 2. MFA oder Arzt vor dem Eintüten der Blutprobe.  
Eiliges Versenden der qualitativ ausreichenden Blutproben.  
Standardisierte Praxisabläufe beim Eingang der Laborergebnisse (Visumsnotiz, QM, Dokumentation im Laborbuch)-Befunde müssen ohne Ausnahme vor dem Abheften nachgesehen und vom Arzt abgezeichnet sein.  
Recall-Routine bei jeder U2: Ist Blut abgenommen? Ist das Ergebnis zurück?

#### Was kann man daraus lernen?

Pädiater in der Praxis sollten Screening-Maßnahmen und deren Ergebnisse bei Neugeborenen (Stoffwechselscreening und Hörscreening) kontrollieren, auch wenn sie meistens nicht selbst für die Abnahme im Krankenhaus zuständig sind - das entspricht auch einer europäischen Empfehlung.  
( COSI – Indikatoren der EAP und der ECPCP 2014)

#### Quelle des Fehlers

Danke für die anonyme Meldung des Fehlers in paedinform

#### Autor

Dr. Gottfried Huss, Sonnenweg 7, 79618 Rheinfelden  
Mitarbeit bei dieser Kolumne ist ausdrücklich erwünscht – Vertraulichkeit ist gewährleistet.

\* **Was ist ein Fehler?** Das ist jeder Vorfall, von dem Sie behaupten können „Das war eine Bedrohung für das Wohlergehen des Patienten und sollte nicht passieren. Ich möchte nicht, dass es nochmal passiert“ (Quelle: [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de))

Red.: ReH

Die Redaktion bittet um weitere lehrreiche Zusendungen nach diesem Schema zur Bearbeitung

# Als Frau in die Niederlassung? Na klar!



Dr. Tanja  
Brunnert

In unserer letzten Ausgabe berichteten wir über die Zunahme von Frauen in der Humanmedizin. Zwei Drittel der Medizinabsolventen sind Frauen, hatte das Statistische Bundesamt gemeldet. Doch wo sehen die Frauen nach dem Examen ihre Zukunft? In MVZ und in Kliniken laut Umfragen. Frauen erhoffen sich hier die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Unsere Autorin Tanja Brunnert hat einen anderen Weg gewählt und bereut nichts. Im Gegenteil.

ReH

Traut euch!

So die Damen, dann mal ran an den Speck. Bei einem 65-prozentigen Anteil weiblicher Hochschulabsolventen in der Humanmedizin sollten sich hoffentlich viele Interessentinnen für die Übernahme eines Praxisstitzes finden lassen.

Von momentan circa 12.000 Mitgliedern des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte sind nach aktueller Mitgliederstatistik circa 3.000 zwischen 55 und 64 Jahren alt. Vielleicht die Hälfte davon als Niedergelassene tätig.

Der Bedarf an PraxisnachfolgerInnen ist da und die Verhandlungsmöglichkeiten sollten bei dieser Vielzahl an potenziellen Praxisabgebern auch nicht schlecht sein.

Ich habe diesen Schritt vor jetzt sieben Jahren gewagt und kann heute sagen: Experiment geglückt.

Hilfreich war damals ein Praxisabgabeseminar. Hier kann man sich, meist an einem Wochenende, über Chancen und auch Risiken der Niederlassung informieren.

Wie aber finde ich das für mich geeignete Objekt? Entscheiden Sie zunächst selbst: Passt die Lage zu mir? Werde ich mich hier wohl fühlen? Auch mit Familie? Wird sich meine Familie hier wohl fühlen?

Versuchen Sie sich aber auch anhand objektiver Zahlen und Fakten einen Überblick über die Möglichkeiten der Praxis zu verschaffen. Wie ist die Einwohnerstruktur in der Umgebung? Ist mit ausreichend „Nachwuchs“ zu rechnen? Für die Beurteilung dieser Frage ist die Altersverteilung der Patienten der Praxis ebenfalls aussagekräftig.

Sehen Sie die aktuellen KV-Abrechnungen ein, mindestens die vergangenen vier Quartale und verlangen Sie auch Einsicht in die betriebswirtschaftliche Auswertung bzw. den Jahresabschluss des Praxisinhabers.

Klären Sie, ob Sie den Mietvertrag übernehmen kön-

nen. Wollen Sie den Sitz kaufen, aber die Räumlichkeiten wechseln, muss sichergestellt sein, dass Sie den Vertrag nicht übernehmen müssen.

Für den Kaufvertrag ist professionelle Hilfe durch einen im Medizinrecht erfahrenen Rechtsanwalt sinnvoll. Dieses Geld sollte auf jeden Fall investiert werden, die Kosten können sich beide Parteien teilen.

Sollten Sie trotzdem unsicher sein, ob z.B. der Kaufpreis korrekt berechnet wurde, so kann man die Praxis auch extern durch z.B. einen hierauf spezialisierten Steuerberater o.ä. beurteilen lassen.

Zum Thema Familie: meine Kinder waren bei Kauf der Praxis ein und drei Jahre alt.

Wir konnten mit Hilfe des Kindergartens und väterlichem Engagements an den Nachmittagen die Betreuung unserer Kinder gut gewährleisten. Es lohnt sich, hier auch nach geeigneten Modellen zu gucken. Vielleicht von Anfang an ins Jobsharing? Bei ausreichend hoher Scheinzahl trotzdem auch finanziell interessant.

Trauen Sie sich! Finden Sie die geeignete Form der Niederlassung für sich und wagen Sie den Schritt. Ich kann nach sieben Jahren sagen: Nie bereut! An mir liegt es nicht, dass der Bruttostundenverdienst der Frauen geringer ist als der der Männer.

Erhöhen Sie aktiv den Anteil von Frauen in Führungspositionen und lassen sich nieder!

*Die Autorin ist Pressesprecherin des Landesverbandes Niedersachsen des BVKJ*

Dr. Tanja Brunnert  
Hennebergstr. 18a  
37077 Göttingen  
Tel.: 0551/31071

E-Mail: [tanja.brunnert@kinderarzt-goe.de](mailto:tanja.brunnert@kinderarzt-goe.de)

Red.: ReH

# Wer wartet hier auf wen?

Die neue Bundesregierung und ihr Bundesgesundheitsminister haben ein Thema gefunden – die Wartezeitdiskussion in Facharztpraxen. Hier will Minister Gröhe klare Kante zeigen - als ob es im deutschen Gesundheitswesen nicht wirklich brennendere Themen gäbe. Die gibt es sicher, aber das Wartezeitenthema ist populär und wohlfeil. Damit kann man in Deutschland punkten. Gröhe spielt den Retter der vermeintlich entrechteten Patienten, den Robin Hood im Wartezimmer. Auch wenn gar nicht bestritten werden soll, dass Patienten zuweilen etliche Wochen auf Facharzttermine warten; so sollte man hier erst einmal genauer hinschauen, bevor die Ärzteschaft an den Pranger gestellt wird. Wer wartet denn abgesehen von Ausnahmefällen wirklich lange? Meine kleinen Patienten, die ich aus dringender medizinischer Indikation zum Beispiel einem Facharzt für Radiologie, HNO, Augenheilkunde oder Orthopädie vorstellen will, warten niemals lange auf einen Facharzttermin. Heute blockieren aber Selbstzuweiser und Drittmeinungssucher unter den Patienten den fachärztlichen Terminkalender, der nun auch einmal an einen 24-Stunden-Tag gebunden ist. Sie besuchen an ihrem Hausarzt vorbei mit einer banalen Bronchitis den Pulmologen, mit einer juckenden Hauteruption den Dermatologen und wegen jedweden Rückenschmerzes gleich den Orthopäden. Zusätzlich erschweren Budgetierungen und Abquotierungen die Schaffensmotivation so mancher ärztlichen Kollegen. Herr Minister Gröhe wäre gut beraten, wenn er sich drängenderen Themen zuwenden würde, zum Beispiel einer Beendigung der Leistungsbudgetierung, einer gerechten Honorarverteilung oder der Abschaffung absurder Regressbedrohungen. Oder es käme ihm einmal in den Sinn, auch die Patienten selbst in die Pflicht zu nehmen, aber das ist nun alles andere als wohlfeil. Daher spricht man im BMG auch nicht über ein Ende des direkten Zuganges zum Facharzt, also den Hausarzt als Lotsen, ein Konzept, das beispielsweise in den Niederlanden ohne Gesundheitsgefährdung der Patienten bestens funktioniert. Während also die Diskussion über Wartezeiten politische Empörung hervorruft, dürfen Patienten Termine vergessen bzw. aus anderen Gründen einfach nicht wahrnehmen, ohne dass der Arzt sie dafür zur Rechenschaft ziehen kann. Das findet auch die deutsche Sozialgerichtsbarkeit völlig in Ordnung, schließlich können dann ja Herr oder Frau Doktor einfach jemand anderen behandeln, so dass kein wirtschaftlicher Schaden entstünde. Dass wir bei unseren Patienten und/oder deren Sorgeberechtigten teilweise langwierige, zeitaufwendige Gespräche einplanen und diese Zeit für andere Patienten dann nicht zur Verfügung steht, erschließt sich dem BSG ganz offensichtlich nicht. Auch der Herr Minister scheint das ähnlich zu sehen, sonst würde er hier ja auch tätig werden, oder? Fakt ist nach Angaben der KBV, dass 37 Prozent der Ärzte erklären, dass sie pro Tag einen bis fünf Patienten haben, die erst am Behandlungstag absagen. Circa sieben Prozent bleiben ihrem

vereinbarten Termin unentschuldigt fern. Ein Kollege, Michael Hauch aus Düsseldorf, hat einmal die "Entschuldigungsgründe" seiner Patienten gesammelt und dabei Erstaunliches herausgefunden: Arzttermine werden nicht wahrgenommen, weil kurz vor dem geplanten Arztbesuch persönliche Tragödien über die Patienten und deren Familien hereinbrechen und diese fatalerweise am Besuch hindern. Die Liste der erlittenen Unbilden ist nahezu endlos. Sie reicht von technischen Katastrophen wie Wasserrohrbruch oder Ausfall des Autos bis hin zu Krankheiten oder gar Tod des geliebten Haustieres. Oftmals wird die Oma krank, kommt die Tante aus Amerika völlig überraschend zu Besuch oder ein unaufschiebbarer Termin beim Finanzamt kommt dazwischen. Man ist auf den Arztbesuch eingerichtet, als plötzlich der Schornsteinfeger seine Aufwartung macht, der Besuch bei der Fußpflege plötzlich im Kalender steht oder der Spross einen Termin bei der Musikschule hat. Der Kleine muss wegen unerwartet schlechter schulischer Leistungen gerade heute mit seinem Nachhilfelehrer üben, die Großtante hat Geburtstag, der Bus hatte Verspätung, der Papa musste heute länger arbeiten und das Auto war nicht da.... Die Liste der Widernisse ist nahezu grenzenlos.



Natürlich haben wir Ärzte vollstes Verständnis für die Schicksalsschläge unserer Patienten, die die Wahrnehmung von Terminen einfach verunmöglichen.

Aber zum Trost: Handwerkern, Pizzaboten oder Eheberatern geht es nicht besser. Deren Kunden müssen dann plötzlich - man staune - zum Arzt.

Dr. Thomas Fischbach  
42719 Solingen  
E-Mail: [fischbach@kinderaerzte-solingen.de](mailto:fischbach@kinderaerzte-solingen.de)  
Der Autor ist Vorsitzender des BVKJ Nordrhein

Red: ReH



Dr. Thomas  
Fischbach



Aus diesem Säuglingsheim ist die Krefelder Kinderklinik entstanden.

# 100 Jahre Krefelder Kinderklinik

Der Gründer der Krefelder Kinderklinik Dr. Isidor Hirschfelder, ein jüdischer Kinderarzt, wurde 1878 geboren und war von Hause aus Frauenarzt und Geburtshelfer. Er öffnete 1906 eine Kinderarztpraxis in Krefeld und am 02.08.1914 das Säuglingsheim an der Petersstraße. Dokumente, Leserbriefe in Zeitungen, persönliche Briefe über und an Isidor Hirschfelder, die im Stadtarchiv Krefeld aufbewahrt werden, zeugen von der charismatischen Persönlichkeit und von seinem außergewöhnlichen, oft auch privaten Engagement für die Säuglingsfürsorge. Die Biographie von Isidor Hirschfelder ist aber auch ein Beispiel dafür, welche Schicksale jüdische Kinderärzte in Deutschland zwischen 1933 und 1945 erlitten: Trotz des erfolgreichen Aufbaus der Krefelder Kinderklinik wurde er 1934 seines Amtes enthoben und wählte 1941 den Freitod, um der Deportation zu entgehen.

Nach dem 2. Weltkrieg, genauer gesagt 1950, wurde mit dem Neubau einer Kinderklinik (die nun 135 Betten umfassen sollte) auf dem Gelände der Städtischen Krankenanstalten begonnen. Das Geld dazu, 300.000 DM, kam über ein Darlehen des Landes NRW. 1952 gelang es der Klinikleitung, Professor Dr. med. Hans-Rudolf Wiedemann, Beschreiber des weltweit bekannten Beckwith-

Wiedemann-Syndroms, zum Chefarzt der Kinderklinik in Krefeld zu berufen. Noch heute ist „Der Wiedemann“ (Atlas der klinischen Syndrome) im Gebrauch vieler praktizierender Kinder- und Jugendärzte.

Ab 1961 übernahm Professor Wilhelm Kosenow die Leitung der Klinik und etablierte an der Krefelder Kinderklinik sehr früh Bereiche, die auch heute für die Pädiatrie von prägender Wirkung sind. Einerseits war er Gründungs-Mitglied der Gruppe der AG Tumoren im Kindesalter, die die Behandlung von Tumorerkrankungen bei Kindern revolutionierte. Andererseits war er einer der Ersten, der sich dafür einsetzte, ein so genanntes Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) zu etablieren. Beide Schwerpunkte setzen heute ganz wesentliche Akzente in der modernen Pädiatrie. Kosenow trug u.a. mit seiner präzisen klinischen Beschreibung von fehlgebildeten Kindern wesentlich mit dazu bei, dass ein Zusammenhang zwischen Contergan und Fehlbildungen bei Kindern, die so genannte Thalidomid-Embryopathie, hergestellt werden konnte.

1968 wurde die Spielabteilung für Kinder und Geschwister gegründet, auch dies ein Meilenstein und noch heute nicht selbstverständlich für jede Kinderklinik. Ein



Professor Dr.  
Tim Niehues

ganz wesentlicher Verdienst von Kosenow war die Stärkung der Stellung der Kinderkrankenschwestern. Seit 2011 wird jährlich der Professor-Kosenow-Preis von der Schwesternschaft des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) an Kinderkrankenschwestern verliehen.

1986 übernahm Professor Dr. Hermann Schulte-Wissermann die Leitung der Kinderklinik und verstärkte das Engagement für die Kinderkrankenpflege mit zahlreichen Aktivitäten, wie z. B. der Chefredaktion der Zeitschrift „Kinderkrankenschwester“ und der Organisation von Kongressen für Kinderkrankenpflege bundesweit. Er begleitete die Gründung des Fördervereins zugunsten krebskranker Kinder 1988 und die Gründung der Aktion Teddybär durch die örtliche Zeitung Stadtspiegel. Eine enge Verbundenheit zwischen Bevölkerung und der Kinderklinik wurde hergestellt, die bis heute anhält. Die erste außeruniversitäre Kinderintensivstation wurde weiter ausgebaut und 1990 vom Land NRW als Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe anerkannt.

Als Ausdruck der zahlreichen interdisziplinären Kooperationen und Schnittstellen innerhalb des Städtischen Klinikums wurde die Kinderklinik in Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin umbenannt (1997). Mit



Kinder auf dem Balkon von Haus Orbis

Übernahme der Städtischen Kliniken durch den HELIOS Konzern wurden Investitionen wieder möglich und es gelang durch die räumliche Integration der Geburtshilfe in die Kinderklinik, diese Bereiche nicht nur inhaltlich, sondern auch räumlich und strukturell neu aufzustellen (2008).



Dr. Isidor (Kurt) Hirschfelder, Gründer der Kinderklinik

### Das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin am HELIOS Klinikum heute

Zurzeit sind am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin mehr als 120 Kinderkrankenschwestern und -pfleger tätig, einige schon länger als 35 Jahre. Circa 50 Ärzte aus der Kinderklinik und den anderen Kliniken (z. B. HNO, Neurochirurgie, Thoraxchirurgie, etc) sind spezialisiert auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Ergänzt werden die Teams durch einen Psychosozialen Dienst, bestehend aus Diplom-Heilpädagogen, Psychologen und Sozialpädagogen. Im nicht-medizinischen Bereich sind Spielabteilung, die städtische Christophorus-Schule und viele administrative Mitarbeiter wichtig für die tägliche Arbeit.

Das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin versorgt heute mehr als 6.000 stationäre und mehr als 15.000 ambulante Fälle pro Jahr. Eine erhebliche Spezialisierung ist notwendig geworden, um Kindern und Familien die modernsten Diagnostik- und Behandlungsmethoden anbieten zu können. Gleichzeitig arbeiten Kinderchirurgen und Kinderradiologen in Diagnostik und Therapie gemeinsam mit den Kinder- und Jugendärzten und sorgen so für die bestmögliche Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen.

Seit Jahrzehnten werden am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin in Krefeld Kinderärzte und Kinderkrankenschwestern ausgebildet. Der Krefelder Kurs für Kinder-Intensiv-Pflege findet großes Interesse, da nach GBA-Beschluss vom 20.06.2013 ein hoher Bedarf an spezialisierten Kinderkrankenschwestern entsteht. Zahlreiche Spezialisierungen können am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin Krefeld erlernt werden (Neonatologie, Onkologie, Rheumatologie, Gastroenterologie, Endokrinologie und Diabetologie, Kardiologie (1 Jahr), Neuropädiatrie, Kinderradiologie, Kinderchirurgie). 2012 ist eine Institutsermächtigung eingerichtet worden, die eine koordinierte ambulante Arbeit innerhalb der vielen Spezialambulanzen erleichtert. Für ein Zentrum der Kinder- und Jugendmedizin dieser Größe ist es Pflicht, auch wissenschaftlich zu arbeiten und an Studien teilzunehmen. Die

Krefelder Kinderklinik belegt bundesweit den fünften Platz bezüglich der Anzahl an gemeldeten wissenschaftlichen Leistungen von 173 Abteilungen an 37 meldenden HELIOS Kliniken. Um die Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Familien in der Region zu optimieren arbeitet die Klinik innerhalb von regionalen Netzwerken wie dem Netzwerk Neonatologie Linker Niederrhein (NLN), das 2011 gemeinsam mit den Kliniken in Moers, Geldern, Kleve, Möchengladbach, Viersen und Neuss gegründet wurde.

So trägt die Klinik den Geist ihres Gründers weiter, dessen kompromissloses Engagement für kranke Kinder und deren Familien zur Gründung des Krankenhauses geführt hat. Die Nachfolger Hirschfelders haben ebenfalls ihre Spuren hinterlassen. Die Notwendigkeit detaillierter wissenschaftlicher Beschreibung kranker Kinder verdankt die Klinik ihrem Leiter Wiedemann, die enge Vernetzung mit und Betonung der Kinderkrankenpflege sowie eine weit gefächerte Spezialisierung den Kinderärzten Kosenow und Schulte-Wisermann. So ist die Krefelder Kinderklinik ein Beispiel der Kontinuität im Einsatz für

kranke Kinder und ihre Familien bis auf den heutigen Tag und hoffentlich darüber hinaus.

Professor Dr. Tim Niehues  
47805 Krefeld  
E-Mail: tim.niehues@helios-kliniken.de

Der Autor ist Direktor des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin am HELIOS Klinikum Krefeld  
Red: ReH



**Auf der Fahrt zum Wäschehaus mit schmutziger Wäsche von Haus Orbzig zu den Krankenanstalten**

## ● Buchtipp

Jan Matussek

### Kinderorthopädie und Kindertraumatologie

Springer-Verlag Berlin Heidelberg  
2013, 145 Seiten, 29,90 €, ISBN 978-3-642-39922-0

Jan Matusseks äußerst lesenswertes Buch wurde aus dem 2011 veröffentlichten Lehrbuch „Orthopädie und Unfallchirurgie“ von Grifka & Kuster ausgekoppelt und nun eigenständig veröffentlicht. Es füllt eine Lücke: So gibt es zwar umfangreiche Werke zur Kinderorthopädie und ebenso zu Verletzungen am Bewegungsapparat bei Kindern, aber bis dato eben kein Nachschlagewerk, das die wichtigsten Aspekte beider Teilgebiete kurz und anschaulich vereint. Schmerzen am Bewegungsapparat sind einer der häufigsten Gründe für eine Vorstellung beim niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt und so richtet sich dieses

kleine Lehrbuch nicht nur an angehende Orthopäden und Unfallchirurgen, sondern vor allem auch an Pädiater und Allgemeinmediziner. Seinem doppelten Anspruch, nämlich den Arzt in die Lage zu versetzen, sowohl behandlungsbedürftige Abweichungen von der Norm zu erkennen als auch deren Auswirkungen und Ursachen den Eltern und Kinder anschaulich zu erklären, wird Matussek dabei voll und ganz gerecht.

Nach einem einleitenden Kapitel über die Entwicklung des Bewegungssystems folgt eine kurze Erläuterung des kinderorthopädischen Untersuchungsgangs incl. der wichtigsten Tests. Den größten Teil des Lehrbuchs nimmt die Behandlung wichtigsten orthopädischen Erkrankungen ein, nach Gelenken oder Körperregionen gegliedert. Sehr nützlich sind detaillierte Beschreibungen der Untersuchungstechniken zu den jeweiligen Regio-

nen wie z. B. Wirbelsäule, Hüfte, Knie und ihre Interpretation, hervorragend durch viele klinische Fotos und Schemazeichnungen illustriert. Hervorzuheben sind die differentialdiagnostischen Tabellen z. B. zum Rückenschmerz, Nackenschmerz, Beinschmerz, Hinken, Knieschmerz und Fußfehlstellungen. Sie sind praxistauglich und bieten einen schnellen Überblick über diagnostische Hinweise und mögliche Therapien. Detailwissen findet man im begleitenden Text, der die einzelnen Krankheitsbilder und mögliche langfristige Folgeschäden ausführlich behandelt. Für den Kinder- und Jugendarzt besonders interessant ist die reich bebilderte Beschreibung orthopädischer Untersuchungsmethoden und Messverfahren (z. B. der Skoliose) und die nachvollziehbaren Erklärungen zur konservati-



ven und operativen Therapie und der notwendigen Nachsorge. Tabellen, Check-Listen und Flussdiagrammata machen das Buch zu einem wertvollen Nachschlagewerk. Zwei kurze Kapitel über Infektionen und Tumore des Bewegungsapparates runden den kinderorthopädischen Teil ab. Das letzte Kapitel ist der Kindertraumatologie gewidmet. Es umfasst nur acht Seiten, behandelt dennoch die wichtigsten Verletzungen.

Positiv hervorzuheben ist, dass die Leitlinien der orthopädischen und unfallchirurgischen Fachgesellschaft eingearbeitet wurden. Die bildgebenden Verfahren sind her-

vorragend erläutert und bebildert, auch neuere Verfahren wie die Videorasterstereometrie der juvenilen Skoliose sind berücksichtigt. Detaillierte Beschreibungen der operativen Techniken, ihrer Indikationen, Komplikationen und Erfolgsaussichten machen diese gerade für den nicht-operativ tätigen Pädiater gut nachvollziehbar und verbessern die Verständigung zwischen den Fachgruppen. Hilfreich in diesem Sinn sind auch die Hinweise zur gezielten Physiotherapie. Zusammenfassend ist es J. Matussek gelungen, ein kompaktes Nachschlagewerk zu kinderorthopädischen Erkrankungen zu verfassen, das darüberhinaus

kurzweilig und interessant zu lesen ist und auch bei erfahrenen Pädiatern noch zu „Aha-Erlebnissen“ führen kann. Zwar ist die Kindertraumatologie dabei etwas zu kurz gekommen, die enthaltenen Informationen reichen jedoch aus, um Entscheidungen nachvollziehbar zu machen. Kurzum: das nur 138 Seiten starke Büchlein ist seinen Preis wert und sollte in keiner Kinderarztpraxis fehlen.

Dr. Regina Gaissmaier  
89073 Ulm  
E-Mail: regina.gaissmaier@gmx.de

Red.: Kup

Gerda Engelbracht

## Medizinverbrechen

an Bremer Kindern und Jugendlichen im Nationalsozialismus

Mabuse Verlag 2014,  
178 Seiten, € 16,90,  
ISBN 978-3-863211820

Die Autorin Gerda Engelbracht ist von Beginn an eng mit der Geschichte des Krankenhaus-Museums (Kulturambulanz der Stiftung „Haus im Park“, Bremen) verbunden. Ihre fundierten wissenschaftlichen

Arbeiten bilden die Grundlage vieler Ausstellungen und Veranstaltungen. Nach ihren Publikationen über die Geschichte der Bremer Nervenklinik (Der Tödliche Schatten der Psychiatrie, Von der Nervenklinik zum Zentralkrankenhaus Bremen-Ost) und das Haus Reddersen legt die Kulturwissenschaftlerin nun eine weitere wichtige psychiatrie- und medizinhistorische Regionalstudie vor. Das vorliegende Buch „Medizinverbrechen an Bremer Kindern und Jugendlichen im Nationalsozialismus“ ist nicht zuletzt eine Reaktion auf die große Resonanz, welche die 2010 eröffnete Wanderausstellung „entwertet – ausgegrenzt – getötet“ in der Öffentlichkeit hervorgerufen hat. Erst-

mals wurden die Verbrechen an Bremer Kindern und Jugendlichen in der NS-Zeit thematisiert. Die Autorin macht in ihrer Studie nachvollziehbar, wie perfekt das Räderwerk der Auslese in der Hansestadt funktionierte. Sie belegt eindringlich, wie routiniert die vielen Psychiater, Richter, Kinderärzte, Pflegekräfte und Angestellten der Ämter und Verwaltungen vorgingen, wenn schon Zwölfjährige zum Wohle der Volksgesundheit zwangsweise sterilisiert wurden.

Außerdem schenkt die Autorin den Angehörigen Gehör, die bewusst getäuscht wurden. Deren Familiengeschichten erzählen von der Ahnungslosigkeit, dem Misstrauen und in manchen Fällen von dem elterlichen Einverständnis.

Mehr als Zahlen es können, beeindrucken die im Buch dargestellten Lebensspuren der Kinder und Jugendlichen. Auf die Opfer traf zu, was schon 1965 Gerhardt Schmidt geschrieben hatte: „Die Kinder waren Marionetten. Ferne Spielleiter hielten sie an Fäden, um über kurz oder lang beinahe alle aus dem schwebenden Gleichgewicht des Wartens und Beobachtetwerdens in die Versenkung fallen zu lassen.“ (FN) Die „Spielleiter“ waren, um im Bild zu bleiben, ärztliche Gutachter wie Werner Heyde. Mediziner wie er entschieden vom Schreibtisch aus über Tod oder Leben.

Primo Levi, ein jüdischer KZ-Häftling in Auschwitz, beschreibt den ei-

genartigen kühlen Blick der selektierenden „Herrenmenschen“, der „wie durch die Glaswand eines Aquariums zwischen zwei Lebewesen getauscht wurde: ‚Dieses Dingsda vor mir gehört einer Species an, die auszurotten selbstverständlich zweckmäßig ist. In diesem besonderen Fall gilt es festzustellen, ob nicht ein verwertbarer Faktor in ihm vorhanden ist.‘“ (Primo Levi, Ist das ein Mensch? Erinnerungen an Auschwitz, Fischer Verlag, 1979, S. 110 f.)

Es bleibt die Erkenntnis, dass die rassenhygienische Logik Heydes und seiner vielen Helfer über die Verwertbarkeit eines Menschen einer nüchternen Zweckrationalität gehorchte. So gesehen ging die biomedizinische Vision der Nazi-Ärzte, „nutzloses Leben auszumerzen“, voll auf, wenn man die Zahl der Opfer betrachtet. Dass man heute schneller als einem lieb ist, gedanklich auf die schiefe Ebene einer schönen neuen Welt der Gesunden und Fitten geraten kann, von der man durch Gebrechlichkeit, Hilfsbedürftigkeit und Unbrauchbarkeit allzu schnell abzurutschen droht, ist so normal wie beängstigend. Uns darüber immer wieder klar zu werden, dazu lädt dieses Buch den Leser ein.

Dr. med. Ingwer Jürgensen  
28211 Bremen  
E-Mail: ingwer-linde@web.de

Red.: ReH



# Fortbildungstermine



## Oktober 2014

22. Oktober 2014

### Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.

des bvjk e.V., in Herdecke

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-26/16, Fax: 0221/68909-78

(bvjk.kongress@uminfo.de)

## November 2014

5. November 2014

### Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.

des bvjk e.V., in Nürtingen/Stuttgart

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-26/16, Fax: 0221/68909-78

(bvjk.kongress@uminfo.de)

7.–9. November 2014 (Teil 1) und  
23.–25. Januar 2015 (Teil 2)

### Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen in Freiburg

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-26, Fax: 0221/68909-78 (bvjk.kongress@uminfo.de)

8. November 2014

### Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.

des bvjk e.V., in Kiel

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-26/16, Fax: 0221/68909-78

(bvjk.kongress@uminfo.de)

12. November 2014

### Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.

des bvjk e.V., in München-Unterhaching

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-26/16, Fax: 0221/68909-78

(bvjk.kongress@uminfo.de)

15. November 2014

### Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvjk e.V., in Verden

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

15.–16. November 2014

### 12. Pädiatrie zum Anfassen

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

Tag.-Leiter: Prof. Dr. C. P. Bauer, Gaißach/München

Auskunft: Dr. Martin Lang, Bahnhofstr. 4, 86150 Augsburg, Tel. 0821/3433583, Fax 0821/38399 ③

22. November 2014

### Patientenorientierte Selbsterfahrung

Essen

Info: dr.kohns@t-online.de

22. November 2014

### 6. Pädiatrie zum Anfassen

des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, LV Berlin

Auskunft: Dr. B. Ruppert,

Oraniendamm 6-10, 13469 Berlin, Tel.: 030/40397255/Fax: 030/40397254 ①

## Februar 2015

21. Februar 2015

### Patientenorientierte Selbsterfahrung

Essen

Info: dr.kohns@t-online.de

## März 2015

6.–8. März 2015

### Kongress für Jugendmedizin

#### des bvjk e.V., in Weimar

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

Köln, Tel.: 0221/68909-15/26, Fax: 0221/68909-78,

(bvjk.kongress@uminfo.de) ②

19.–22. März 2015

### 12. Assistentenkongress in Köln

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-15/26, Fax: 0221/68909-78,

(bvjk.kongress@uminfo.de) ②

## April 2015

18. April 2015

### 38. Pädiatrtreff 2015

des BVKJ, LV Nordrhein, Köln und

7. Kongress PRAXISfieber-regio für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen, Köln

Auskunft: www.paediatrtreff.de ④

25. April 2015

### Patientenorientierte Selbsterfahrung

Essen

Info: dr.kohns@t-online.de

## Juni 2015

12.–14. Juni 2015

### 45. Kinder- und Jugendärztetag 2015

Jahrestagung des BVKJ, Berlin

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-16/26, Fax: 0221/68909-78,

bvjk.kongress@uminfo.de ①

13.–14. Juni 2015

### 10. PRAXISfieber-live Kongress für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen, Berlin

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-16/26, Fax: 0221/68909-78,

bvjk.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. 09321-3907300, Fax 09321-3907399, info@interface-congress.de



## Geburtstage im November 2014

### 65. Geburtstag

Herr Dr. med. Hans *Grieffenhagen*, Friesoythe, am 02.11.  
 Frau Dr. med. Ingrid *Speer*, Moos, am 04.11.  
 Herr Dr. med. Gerhard *Noé*, Münster, am 05.11.  
 Frau Dr. med. Birgitta *Freifrau von Heereman*, Pulheim, am 06.11.  
 Herr Reinhold *Jansen*, Daun, am 06.11.  
 Herr Dr. med. Harald *Jung*, Bad Camberg, am 08.11.  
 Herr Dr. med. Ekkehard *Thiele*, Osnabrück, am 09.11.  
 Herr Dr. med. Helmut *Wolschner*, Minden, am 13.11.  
 Herr Dr. med. Josef *Sauerbier*, Bebra, am 14.11.  
 Herr Dr. med. Günter *Osse*, Göttingen, am 16.11.  
 Herr Dr. med. Ludwig *Schlegel*, Nürnberg, am 23.11.  
 Herr Dr. med. Dipl.-Psych. Gerhard M. *Beron*, Wiesbaden, am 24.11.  
 Herr Dr. med. Wolfgang *Marg*, Bremen, am 24.11.  
 Herr Christian *Wiese*, Essen, am 24.11.  
 Herr Dr. med. Johannes *Obermeyer*, Itzehoe, am 25.11.  
 Herr Dr. med. Christian *Geißendörfer*, Selb, am 27.11.  
 Frau Regina *Risk*, Eichwalde, am 28.11.  
 Herr Dr. med. Martin *Schlenker*, Düsseldorf, am 29.11.  
 Herr Prof. Dr. med. Rainer *Pankau*, Kiel, am 30.11.

### 70. Geburtstag

Herr Dr. med. Gerd *Ratzmann*, Neuenkirchen, am 02.11.  
 Herr Dr. med. Norbert *Bohlen*, Düsseldorf, am 02.11.  
 Frau Dr. med. Bärbel *Feische*, Wilnsdorf, am 04.11.  
 Herr Dr. med. Volker *Heinke*, Dresden, am 05.11.  
 Frau Gerhild *Lischke*, Möser, am 07.11.  
 Frau Dr. med. Gudrun *Glaß*, Görlitz, am 08.11.

Frau Dr. med. Erika *Ostholt*, Sprockhövel, am 10.11.  
 Frau Dr. med. Uta *Ringeling*, Hankensbüttel, am 10.11.  
 Frau Dr. med. Sonnhild *Suske*, Wunsiedel, am 11.11.  
 Herr Dr. med. Heinz *Reiniger*, Ottobrunn, am 12.11.  
 Herr Dr. med. Jochen *Müller*, Köln, am 13.11.  
 Herr Dr. med. Rüdiger *Szczepanski*, Georgsmarienhütte, am 15.11.  
 Herr Dr. med. Bernd *Simon*, München, am 15.11.  
 Herr Dr. med. Roland-Josef *Riedl-Seifert*, Kassel, am 16.11.  
 Herr Dr. med. Michael *Finke*, Leer, am 16.11.  
 Herr Dr. med. Bernd *Poser*, Wipperfürth, am 19.11.  
 Herr Dr. med. Franz *Thanner*, Passau, am 20.11.  
 Herr Dipl.-Med. Michael *Glaß*, Görlitz, am 23.11.  
 Herr Dr. med. Heinrich *Lang*, Stuttgart, am 24.11.  
 Herr Dr. med. Michael *Osang*, München, am 25.11.  
 Frau Karola *Ziegler*, Marsberg, am 27.11.  
 Frau Dr. med. Christel Gloria *Schlender*, Berlin, am 29.11.  
 Frau Helgard *Salewski*, Burbach, am 29.11.

### 75. Geburtstag

Herr Dr. med. Adolf *Tier*, Hohenstein, am 03.11.  
 Frau Dr. med. Uta *Lübben*, Hamm, am 05.11.  
 Frau Dr. med. Maria *Brommundt*, Braunschweig, am 06.11.  
 Herr Dr. med. Alfons *Steigenberger*, Vilsbiburg, am 06.11.  
 Herr Dr. med. Wilhelm *Janssen*, Langen, am 07.11.  
 Frau Barbara *Littmann*, Stollberg, am 07.11.  
 Frau Dr. med. Ursel *Schache*, Zerpenschleuse, am 07.11.  
 Frau Dr. med. Anita Ch. *Heller*, Weimar, am 09.11.  
 Herr Dr. med. Ulrich *Panke*, Kaufbeuren, am 15.11.  
 Herr Dr. med. Volker *Wößner*, Radolfzell, am 15.11.  
 Frau Dr. med. Christa *Graf*, Horn-Bad Meinberg, am 17.11.  
 Herr Dr. med. Klaus *Schwieger*, Leipzig, am 18.11.

Herr Dr. med. Jürgen *Kerstan*, Hildesheim, am 19.11.  
 Herr Dr. med. Werner *Nogossek*, Zörbig, am 22.11.  
 Frau Dr. med. Heidi *Swetschin*, Hamburg-Eppendorf, am 22.11.  
 Frau Dr. med. Ines *Stegner*, Oelsnitz, am 27.11.  
 Herr Dr. med. Norbert *Borig*, Mainz, am 28.11.  
 Herr Dr. med. Berthold *Blömer*, Damme, am 29.11.

### 80. Geburtstag

Herr MR Dr. med. Christian *Töpfer*, Fürstenberg, am 01.11.  
 Herr Dr. med. Gotthilf *Seiler*, Riedstadt-Goddelau, am 06.11.  
 Frau Dr. med. Tilla *Gritzmann*, Stuttgart, am 07.11.  
 Herr Dr. med. Josef *Lang*, Stade, am 15.11.  
 Herr Dr. med. Helmut *Jung*, Hamburg, am 28.11.

### 81. Geburtstag

Frau Dr. med. Hildegard *Pelkmann*, Mülheim, am 10.11.  
 Herr Dr. med. Christoph *Atzler*, Nittendorf, am 12.11.  
 Herr Dr. med. Claus *Hager*, Ingolstadt, am 25.11.

### 82. Geburtstag

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

### 84. Geburtstag

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

### 85. Geburtstag

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

### 87. Geburtstag

Herr Dr. med. Kurt *Weimar*, Wiesbaden, am 07.11.

**88. Geburtstag**

Frau Dr. med. Margot *Puschmann*,  
Tönisvorst, am 12.11.

**89. Geburtstag**

Frau Dr. med. Ursula *Schmitz*,  
Nettetal, am 02.11.

Herr Dr. med. Günter *Kretzschmar*,  
Traunreut, am 11.11.

**92. Geburtstag**

Herr Dr. med. Karl-Ernst *Sudhoff*,  
Leer, am 14.11.

Herr Dr. med. Heinz *Schmidt-Rohr*,  
Wiesloch, am 27.11.

**93. Geburtstag**

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

**94. Geburtstag**

Herr Prof. Dr. med. Heinrich *Rodeck*,  
Recklinghausen, am 01.11.

Herr Dr. med. Jürgen *Rosenthal*,  
Lohr, am 18.11.

**95. Geburtstag**

Frau Dr. med. Elisabeth *Härtel-Bothe*,  
Hannover, am 01.11.

Herr Dr. med. Burckhardt *Knaut*,  
Lage, am 20.11.

**Wir trauern um:**

Hans H. *Wokeck*,  
Stuttgart

**Im Monat August durften wir 29 neue Mitglieder begrüßen**

Inzwischen haben uns folgende Mitglieder die Genehmigung erteilt, sie auch öffentlich in der Verbandszeitschrift willkommen zu heißen:

**Landesverband Bayern**

Frau Dr. med. Özlem Anvari

**Landesverband Nordrhein**

Frau Dr. med. Nicole Hackländer

**Landesverband Sachsen**

Frau Dr. med. Barbara Leidl  
Frau Dr. med. Gabriele Schubert

**Landesverband Hessen**

Frau Dr. med. Corinna Waskow

**Landesverband Saarland**

Herrn Holger Wahl

# CFTR-Modulation zur Behandlung von zystischer Fibrose

Durch die Entwicklung von mutationsspezifischen Therapien wird die Genotypisierung von Menschen mit zystischer Fibrose immer wichtiger. Nur so können alle Behandlungsoptionen ausgeschöpft werden. Mit Kalydeco™ (Ivacaftor) steht seit Sommer 2012 eine mutationsspezifische Therapie für Betroffene ab sechs Jahren mit mindestens einem Allel mit G551D-Mutation zur Verfügung.

Zystische Fibrose (Mukoviszidose, CF) wird durch ein defektes oder fehlendes Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator (CFTR)-Protein ausgelöst, was durch eine Mutation im CFTR-Gen verursacht wird. „Der Aufklärungsgrad der zugrunde liegenden Mutationen bei CF-Patienten ist niedriger als bei unseren west- und nordeuropäischen Nachbarn“, so Professor Burkhard Tümmler, Hannover, im Rahmen der 36. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie in Bremen. Dabei steht die molekulargenetische Diagnostik laut S2-Konsensusleitlinie Diagnose der Mukoviszidose (AWMF 026-023) bei einer klinischen Verdachtsdiagnose nach dem Schweißtest an zweiter Stelle. Darin heißt es auch, dass bei Verdacht auf Vorliegen einer CFTR-assoziierten Erkrankung die molekulargenetische Diagnostik parallel mit dem Schweißtest durchzuführen ist.<sup>1</sup> Das Argument, dass durch positive Schweißtests eine zystische Fibrose diagnostiziert werden kann, lässt Tümmler nicht gelten. „Die Betroffenen in Deutschland können nicht im vollen Umfang von der neuen mutations-spezifischen Therapien profitieren, da für

deren Einsatz die zugrunde liegende Mutation bekannt sein muss.“

## CFTR-Modulation bei G551D-Mutation bereits möglich

Mit Kalydeco™ (Ivacaftor) ist die erste kausale Therapie für Betroffene ab sechs Jahren mit mindestens einem Allel mit G551D-Mutation verfügbar. Bei Menschen mit dieser Mutation ist das CFTR-Protein zwar an der Zelloberfläche, aber defekt. Der Austausch von Salz und Wasser der Zelle ist gestört. Kalydeco™ ist ein selektiver Potentiator des CFTR-Proteins. Dabei verstärkt es den Chlorid-Transport, indem es die Wahrscheinlichkeit der Öffnung des Kanals (oder des Gatings) im CFTR-Protein erhöht.<sup>2</sup> Neben einer schnellen und anhaltenden Verbesserung der Lungenfunktion, die in zwei Phase-III-Studien nachgewiesen wurde, hat die Modulation des CFTR-Proteins weitere Effekte auf die Symptome zur Folge. So nahmen die Patienten mit Kalydeco™ zum Beispiel signifikant an Körpergewicht zu und konnten dieses halten.<sup>3,4</sup>

Der Beginn einer Therapie mit Kalydeco™ ist auch bei hohem FEV<sub>1</sub>-Wert sinn-

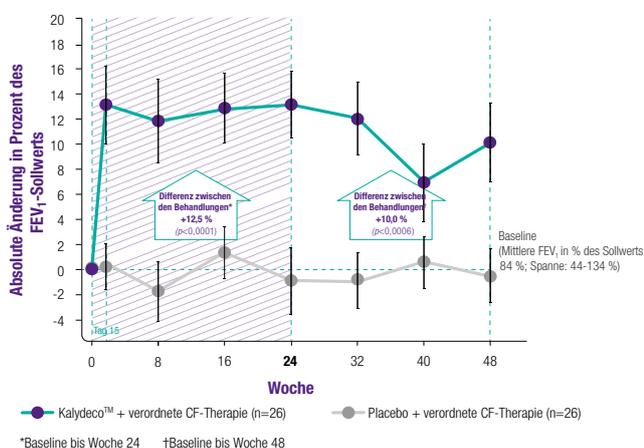
voll, sobald die zuverlässige Erhebung des Genotyps vorliegt (G551D-Mutation) und die Betroffenen - wegen der aktuellen Zu-lassung - mindestens sechs Jahre alt sind, da die Schädigung der Lunge früh im Verlauf der zystischen Fibrose beginnt. Auch ohne klinisch offensichtliche Lungenschädigung (wie durch einen verringerten FEV<sub>1</sub>-Wert nachgewiesen) haben Kinder mit zystischer Fibrose häufig radiologische Befunde, die auf eine strukturelle Lungenschädigung hinweisen.<sup>5,6,7,8</sup>

### Literatur:

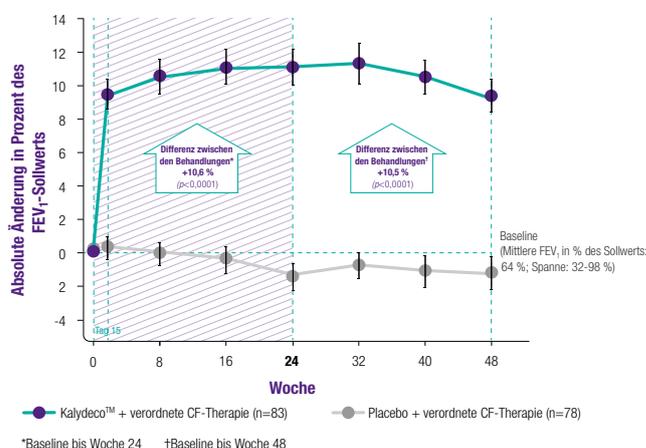
- 1 S2-Konsensus-Leitlinie „Diagnose der Mukoviszidose“ (AWMF 026-023) 2013. Abrufbar: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/026-023S\\_2k\\_Diagnose\\_der\\_Mukoviszidose\\_2013-07.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/026-023S_2k_Diagnose_der_Mukoviszidose_2013-07.pdf). [Zugriff am 22.07.2014].
- 2 Fachinformation Kalydeco. Stand: April 2014.
- 3 Davies JC et al., Am J Respir Crit Care Med, 187(11), 1219-25, 2013.
- 4 Ramsey BW et al., N Engl J Med, 365(18), 1663-72, 2011.
- 5 Linnane BM et al., Am J Respir Crit Care Med, 178(12), 1238-44, 2008.
- 6 Hoo AF et al., Thorax, 67(10), 874-81, 2012.
- 7 Sly PD et al., Am J Respir Crit Care Med, 180, 146-52, 2009.
- 8 Stick SM et al., J Pediatr, 155(5), 623-8.e1, 2009.

Nach Informationen der Vertex Pharmaceuticals (Germany) GmbH, München

Studie zu Kindern (N = 52)



Studie zu Erwachsenen und Jugendlichen (n=161)



Absolute Änderung der FEV<sub>1</sub> in Prozent des Sollwerts in der Studie zu Kindern und der Studie zu Erwachsenen und Jugendlichen<sup>2,3,4</sup>

## Sechsfach-Impfung

# Infanrix hexa®: Lange bewährter Sechsfach-Impfstoff

Die Erreichung von hohen Impfraten im Säuglingsalter ist für eine gesunde Kindheit der kleinen Patienten wichtig. Kombinationsimpfstoffe, wie der Sechsfach-Impfstoff Infanrix hexa®, ermöglichen es, Säuglinge früh, mit wenigen Arztbesuchen und nebenwirkungsarm gegen potenziell tödliche Erkrankungen zu schützen. „Die Daten aus 13 Jahren zeigen, dass Infanrix hexa® eine gute Immunogenität gepaart mit einer hohen Impfstoffsicherheit aufweisen kann“, erklärt Dr. med. Gerhard Hofmann, Würzburg, auf einer Presseveranstaltung.<sup>1</sup> Ängstliche Eltern können auch durch diese lange Bewährtheit beruhigt werden. „Mit diesem langjährig eingesetzten Sechsfachimpfstoff können mit gutem Gefühl auch die folgenden Generationen geimpft werden“, so Hofmann weiter.

## Flexibilität beim Impfalter – Gut für Arzt und Eltern

Sicherheit und Wirksamkeit der Sechsfach-Impfung bei Säuglingen wurde ab

einem Alter von 6 Wochen untersucht.<sup>2</sup> Die Zulassung besteht bei Infanrix hexa® sogar bis zu einem Alter von 36 Monaten.<sup>2</sup> Das heißt: Nur Infanrix hexa® kann flexibel zwischen 6 Wochen und einem Impfalter von 3 Jahren verabreicht werden. Egal ob Familien-Urlaub, Krankheit, oder Stress bei den Eltern dazwischen kommt, der Sechsfach-Impfstoff von GSK ermöglicht diese Flexibilität beim Impfen. Auch wenn ein neu zugezogener, kleiner Patient in der Praxis auftaucht, bei dem Impfungen nachgeholt werden müssen – mit Infanrix hexa® können verpasste Impfungen flexibel bis zu einem Alter von 3 Jahren noch gegeben werden.

Ein Beispiel: Die Grippe hatte im Winter 2012/2013 Deutschland fest im Griff. In dieser Saison waren Infektionen bei Kindern besonders ausgeprägt.<sup>3</sup> Viele Kinder konnten aufgrund einer Erkrankung die im Kindesalter notwendigen Standard-Impfungen nicht erhalten. Diese verschobenen Sechsfach-Impfungen konnten mit

Infanrix hexa® problemlos nachgeholt werden. Denn nur dieser Impfstoff ist bis zum Alter von 36 Monaten zugelassen und außerdem mit den wichtigsten, anderen empfohlenen Impfungen im Säugling- und Kindesalter koadministrierbar.

### Literatur:

- 1 Pressegespräch GSK: Der frühe Schutz: Impfungen im Säuglingsalter; München, Dezember 2013.
- 2 FI Infanrix hexa, Stand März 2014.
- 3 <http://influenza.rki.de/Saisonberichte/2012.pdf>

Mit freundlicher Unterstützung von GSK, München



# Neuer tetravalenter Impfstoff schützt nun auch gegen beide Influenza-B-Stämme

Influenza: Die höchsten Erkrankungs-raten während einer Grippewelle finden sich bei Kindern unter 14 Jahren, der Verlauf der Virusgrippe ist im Kindesalter oftmals schwerer als bei Erwachsenen<sup>(1,2)</sup>. Denn die Influenza gilt als ein wichtiger Auslöser für akute respiratorische Insuffizienz, bei einem komplizierten Verlauf können bakterielle Superinfektionen mit Haemophilus influenzae, Staphylokokken, Streptokokken oder Pneumokokken auftreten. Dies kann bei Kindern zu Komplikationen wie Enzephalopathie, Myokarditis, Bronchitis, Tracheobronchitis, Pneumonien sowie Otitis media führen.

Durch die Impfung könnten schwere Krankheitsverläufe und Folgeschäden vermieden werden, ist Prof. Ulrich Baumann, Hannover, überzeugt. Laut Expertenmei-

nung sollten sogar alle Kinder gegen Influenza geimpft werden<sup>(3)</sup>. Denn sie verbreiten die Viren wegen ihrer vielen sozialen Kontakte in Kindergarten, Klassenzimmer und Familie besonders stark, infizieren sich untereinander, stecken andere an. Die Impfung der Kinder würde also eine Vielzahl an Infektionen verhindern und so auch ältere Menschen und andere Risikogruppen schützen.

Auf der diesjährigen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) in Leipzig wurde erstmals das nasale Impfspray Fluenz® mit B-Komplettschutz in Deutschland vorgestellt. Fluenz™ Tetra schließt damit die bisher vorhandene Lücke der trivalenten Impfoptionen und schützt bestmöglich vor einer Influenza-Infektion. Der tetrava-

lente attenuierte Lebendimpfstoff (LAIV) ist seit 15. September verfügbar (10er-Packungen sowie Einzeldosen), zugelassen für Kinder und Jugendliche von 2 bis einschließlich 17 Jahren. „Dieser Impfstoff ist nicht nur deshalb für Kinder besonders geeignet, weil er nicht gespritzt werden muss, sondern weil er bei Kindern um etwa 50 % effektiver ist, als der konventionelle inaktivierte Impfstoff“, so Baumann abschließend in Leipzig.

### Literatur:

- 1 IMS Health Vaccine Analyzer 2013.
- 2 Arbeitsgemeinschaft Influenza des Robert-Koch-Instituts, Saisonberichte 2008-2013.
- 3 ISK-Report: Influenza-Schutz für Kinder ([www.gesundheitverbindet.de/gripeschutz](http://www.gesundheitverbindet.de/gripeschutz))

Pressekonferenz „Influenzaschutz für Kinder: Besondere Impfstoffe, neue Konzepte“, AstraZeneca, 12. September 2014, Leipzig

# Aus für die L@us

Internetportal zum Thema Pedikuloose – Praxis-Tipps und Wissenswertes rund um „pediculosis capitis“ / Service- und Lehrmaterial zum Bestellen und Downloaden / Informationsangebot für Ärzte und Apotheker im geschlossenen Bereich für Fachkreise (DocCheck)

Schätzungsweise ein Drittel aller Kopflausinfektionen entfallen auf die Zeit nach den großen Ferien. Rechtzeitig steht mit [www.kopflaus.de](http://www.kopflaus.de) ein Internetportal bereit, über das sich Ärzte, Apotheker und PTAs auf den beratungsintensiven, saisonalen Höhepunkt dieser zweithäufigsten Infektionskrankheit bei Kindern vorbereiten können. Praxisinformationen zu Verordnung und Selbstmedikation mit Hilfsmitteln zum Download sind in einem DocCheck-geschützten Bereich für Fachkreise hinterlegt. Bei der Website handelt sich um einen Service der Eduard Gerlach GmbH. Das Unternehmen vertreibt seit über 30 Jahren mit Goldgeist forte eines der am häufigsten verwendeten Kopflausmittel in Deutschland.

Wer sich online über Läuse, ihre Biologie und Herkunft, vor allem aber über anerkannte Therapiestandards informieren möchte, findet unter [www.kopflaus.de](http://www.kopflaus.de) ein umfangreiches Angebot. Die Inhalte sind eng mit den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts abgestimmt. Die Website berichtet unter anderem zu folgenden Themen: Epidemiologie, Morphologie, Entwicklungszyklus, Diagnostik und Sym-

ptomatik eines Befalls, Übertragungswege, medikamentöse und ergänzende Behandlungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der wichtigsten heute zur Verfügung stehenden Präparate und Wirkstoffe, ihre jeweilige Wirkweise, Verordnungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und Anwendung. Tipps zur Dokumentation sowie Informationen zur Abrechnung unterstützen Ärzte im Hinblick auf eine wirtschaftliche Verordnungspraxis. Dazu gehört auch eine Klassifikation der Präparate nach ihrer Wirtschaftlichkeit.

Bilder, Grafiken, ein Animationsvideo zum Entwicklungszyklus der Kopflaus sowie eine hilfreiche Dokumentensammlung zum kostenlosen Bestellen oder direkten Downloaden ergänzen das Informationsangebot. Im Service-Center der Website finden die Besucher unter anderem Broschüren und mehrsprachige Merkblätter für die Patientenaufklärung, ein Poster als Therapiehilfe, eine Behandlungsbescheinigung für Eltern zur Vorlage bei Schulen und Kindergärten, eine Abrechnungsseite sowie für die Behandlungsdokumentation eine ICD-10-Gleise. Sie dokumentiert vom symptombezogenen Anlass der Konsulta-

tion bis zur gesicherten Diagnose die Vorgehensweise des Arztes und hilft ihm auf diese Weise beim Qualitätsmanagement.

## Zweithäufigste Infektionskrankheit bei Kindern

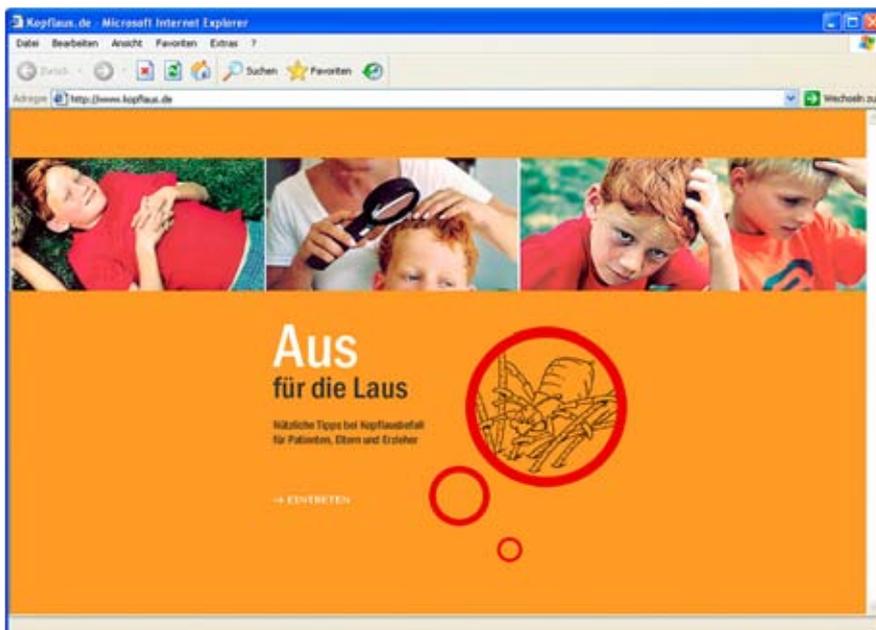
In Deutschland wird die jährliche Inzidenz in der Altersgruppe der 8- bis 12-Jährigen auf ca. 1.500 Infestationen pro 10.000 Kinder geschätzt<sup>1</sup>. Die meisten Kopflausfälle werden in Deutschland in der Zeit nach den Sommerferien behandelt (ca. 30 Prozent). Eine wissenschaftliche Erklärung für diese saisonale Häufung gibt es nicht. Experten vermuten aber einen Zusammenhang mit der Reiseaktivität während dieser Zeit<sup>2</sup>. Im mediterranen Klima beispielsweise liegt der saisonale Höhepunkt genau in der Hauptreisezeit<sup>3</sup>. Es ist also nicht ausgeschlossen, dass Urlauber, die sich anstecken, Läuse mit nach Hause bringen. Dort verbreiten sie sich dann vorwiegend direkt von Kopf zu Kopf.

Zur Behandlung gibt es wirksame Kopflausmittel aus der Apotheke. Das Robert-Koch-Institut empfiehlt Präparate, die nach Infektionsschutzgesetz auf Wirksamkeit und Verträglichkeit geprüft und anerkannt sind<sup>4</sup>. Derzeit sind dies zugelassene Arzneimittel mit den Wirkstoffen Pyrethrumextrakt und Permethrin, die auch von der Stiftung Warentest<sup>5</sup> als „geeignet“ eingestuft werden. Weitere anerkannte Präparate sind ein Arzneimittel mit Allethrin sowie drei Medizinprodukte, die unter anderem Dimeticon und pflanzliche Öle enthalten.

### Quellen:

- 1 Feldmeier H. Pediculosis capitis. Epidemiologie, Diagnose und Therapie. Pädiatrische Praxis 2010; 76(2): 359-370
- 2 Richter J et al. Dt. Ärzteblatt 2005; 102(36): B216-219
- 3 Feldmeier H. Kinder- und Jugendmedizin 2006; 6(4): 211-21
- 4 Robert-Koch-Institut. RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Ratgeber für Ärzte: Kopflausbefall (November 2008) / Internet: [www.kopflaus.de](http://www.kopflaus.de)
- 5 Stiftung Warentest, Produktfinder Läusebefall, veröffentlicht am 15. Juli 2014 auf [www.test.de](http://www.test.de)

Nach Informationen von Eduard Gerlach GmbH, Lübbecke



# Weniger ist mehr: HiPP Pre Bio Combiotik® jetzt mit reduziertem Proteingehalt

Neue Studien lassen den Schluss zu, dass eine hohe Proteinaufnahme im Säuglingsalter das Risiko für Adipositas im späteren Leben erhöht. Experten fordern daher das Stillen zu forcieren sowie den Proteingehalt von Säuglingsanfangsnahrungen zu reduzieren. HiPP hat diese aktuellen Empfehlungen umgesetzt und bietet nun die Säuglingsanfangsnahrung HiPP Pre Bio Combiotik® eiweißreduziert an. Sicherheit, Verträglichkeit und Sättigung der neuen Nahrung wurden in einer klinischen Studie belegt.

Laut großer epidemiologischer Studien sind gestillte Kinder seltener übergewichtig als flaschenernährte Kinder<sup>1</sup>. Eine Ursache hierfür könnte die unterschiedliche Proteinaufnahme sein, wie aktuelle Erkenntnisse vermuten lassen. Muttermilch enthält etwa 1,7 g Protein pro 100 kcal in optimaler Zusammensetzung für den Säugling, Säuglingsanfangsnahrungen dagegen bis zu 2,5 g pro 100 kcal. Der höhere Gehalt resultiert aus dem Rohstoff Kuhmilch, deren Protein von seiner ernährungsphysiologischen Qualität nicht auf den Menschen abgestimmt ist. Um alle essentiellen Aminosäuren für den Säugling zu beinhalten und adäquates Wachstum zu gewährleisten, benötigt man entsprechend mehr Protein. Der höhere Gesamtproteingehalt von Säuglingsnahrungen kompensiert also die ungünstigere Aminosäurezusammensetzung der Kuhmilch im Vergleich zur Muttermilch.

## Erklärungsmodell Frühe-Protein-Hypothese

Die „Frühe-Protein-Hypothese“ besagt, dass eine hohe Proteinzufuhr im Säuglingsalter über eine metabolische Programmierung zu erhöhten Plasma- und Gewebekonzentrationen von Insulin-freisetzenden Aminosäuren wie Leucin, Isoleucin, Valin und nachfolgend zu einer erhöhten Ausschüttung von Insulin sowie IGF1 (Insulin-like-growth factor 1) führt. Daraus ergibt sich eine raschere Gewichtszunahme, eine erhöhte adipogene Aktivität in den ersten zwei Lebensjahren sowie letztlich ein erhöhtes langfristiges Risiko für Adipositas<sup>2</sup>.

## Studien zeigen: Hohe Proteinzufuhr – erhöhtes Risiko für Übergewicht

Die „Frühe-Protein-Hypothese“ wurde durch die CHOP\*-Studie bestätigt. In

dieser großen europäischen Multicenterstudie erhielten Säuglinge über ein Jahr entweder Säuglingsanfangs- und Folgenahrung mit niedrigem oder mit hohem Proteingehalt. Nach zwei Jahren zeigten die Kinder mit der geringen Proteinaufnahme ein signifikant geringeres Gewichts-Längen-Verhältnis<sup>3</sup>. Dieser Unterschied blieb auch im Follow-up der Studie langfristig bestehen: Kinder mit niedriger Proteinzufuhr im ersten Lebensjahr hatten mit sechs Jahren einen signifikant geringeren Body-Mass-Index als die Kinder mit hoher Proteinaufnahme<sup>4</sup>.

## Aktuelle Empfehlung für die Proteinaufnahme

Eine verringerte Proteinaufnahme von Säuglingen – durch Stillförderung bzw. Absenkung des Proteingehalts von Säuglingsnahrungen – könnte einen effektiven Beitrag zur Prävention von Übergewicht in der Kindheit leisten<sup>4</sup>. Führende Ernährungsexperten empfehlen daher für Säuglingsanfangsnahrungen einen Proteingehalt nahe 1,8 g pro 100 kcal<sup>3</sup>.

## BeMIM-Studie belegt Sicherheit der HiPP Pre Bio Combiotik®

Die neue HiPP Pre Bio Combiotik® mit reduziertem Proteingehalt erfüllt diese Empfehlungen. Der Proteingehalt liegt bei 1,89 g pro 100 kcal. Dieser geringe Wert wurde möglich durch die Verwendung des ernährungsphysiologisch hochwertigen Molkenproteins Alpha-Lactalbumin. Wie vom Gesetz gefordert, sind Eignung und Sicherheit der neuen Nahrung in einer klinischen Studie (BeMIM\*\* -Studie) belegt<sup>5</sup>. In dieser prospektiven, randomisierten Doppel-Blind-Studie unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. B. Koletzko, München erhielten 213 gesunde Säuglinge entweder eine proteinreduzier-

te (1,89 g Protein pro 100 kcal) und mit Alpha-Lactalbumin angereicherte Anfangsnahrung oder eine Standardnahrung mit 2,2 g Protein pro 100 kcal. Anthropometrische Daten und die Nahrungsaufnahme wurden in regelmäßigen Abständen überprüft. Der primäre Zielparame- ter, die Gewichtszunahme pro Tag, war im Studienzeitraum zwischen dem ersten Monat und dem 120. Tag in den beiden Formulargruppen nicht signifikant unterschiedlich. Die Kinder der Niedrigprotein- gruppe gediehen also genauso gut, wie die Kinder mit einer Standardnahrung mit höherem Proteingehalt.

Die Ergebnisse der BeMIM-Studie zeigen ebenfalls, dass die neue proteinreduzierte Nahrung gut verträglich ist und gut sättigt, was im täglichen Einsatz den Eltern besonders wichtig ist.

Die neue HiPP Pre Bio Combiotik® wird ab Oktober in Pulverform im Handel sowie in der Flüssigvariante für Kliniken zur Verfügung stehen. Der Verkaufspreis im Handel wird trotz dieser qualitativen Verbesserung der Nahrung gleich bleiben.

Mehr Informationen zum Thema Protein in der Säuglingsernährung sowie ein Link zur Publikation der BeMIM-Studie findet sich unter [www.hipp-fachkreise.de/Proteinreduktion](http://www.hipp-fachkreise.de/Proteinreduktion). Dort kann auch kostenlos ein Sonderdruck der Studie bestellt werden.

\* EU Childhood Obesity Project  
\*\* Belgrade Munich Infant Milk Trial

#### Literatur:

- 1 Arenz S et al. Int J Obesity 2004; 28: 1247-56
- 2 Koletzko B et al. Am J Clin Nutr 2009; 89 (Suppl): 1S-7S
- 3 Koletzko B et al. Am J Clin Nutr 2009; 89: 1836-45
- 4 Weber M et al. Am J Clin Nutr 2014; 99: 1041-51
- 5 Fleddermann M et al. Clin Nutr 2014; 33: 588-95

Nach Informationen von Hipp GmbH, Pfaffenhofen

# Pierre Fabre erhält EU-Zulassung für Hemangiol® als erste und einzige zugelassene Therapieoption für Kinder mit proliferativem infantilem Hämangiom

Die Laboratoires Pierre Fabre haben von der Europäischen Arzneimittel-Agentur EMA die Marktzulassung für Hemangiol® (Propranolol) erhalten, das nun als erstes und einziges Arzneimittel in seiner Indikation zugelassen ist. Das Anwendungsgebiet ist das „proliferative infantile Hämangiom, bei dem eine systemische Therapie angezeigt ist“. Hemangiol® ist eine speziell für die Anwendung bei Kindern entwickelte Trinklösung. Das Präparat soll zuerst im Juli 2014 in Frankreich auf den Markt gebracht werden, dann ab September 2014 in Deutschland und anschließend nach und nach in den restlichen Ländern Europas. Die spezielle Zulassung für die Pädiatrie (sog. PUMA: Paediatric Use Marketing Authorization) ist erst die zweite ihrer Art, die die EMA seit der Einführung dieser Möglichkeit im Jahr 2007 überhaupt erteilt (für alle Krankheitsbilder zusammengenommen).

## Von der Wirkstoffforschung zum Medikament

Die Wirksamkeit von Propranolol bei infantilem Hämangiom wurde 2007 von Dr. Christine Léauté-Labrèze, Dermatologin am Universitätsklinikum Bordeaux, entdeckt. „12% aller Hämangiome sind schwere Fälle, die Komplikationen wie eine Obstruktion der Atemwege, Beeinträchtigung des Sehvermögens oder bleibende Entstellung nach sich ziehen können. Doch bisher stand uns keine Behandlungsoption mit zufriedenstellendem Wirksamkeits- und Verträglichkeitsprofil zur Verfügung. Die Marktzulassung schafft nun für die Behandlung einen rechtlichen Rahmen, der den Kindern, ihrem Umfeld und dem verschreibenden Arzt Sicherheit gibt“, kommentiert Dr. Christine Léauté-Labrèze, Dermatologin am Universitätsklinikum Bordeaux.

Im Jahr 2009 schlossen die Laboratoires Pierre Fabre eine Partnerschaft mit der Universität von Bordeaux, um diese Entdeckung für Säuglinge mit Hämangiom zugänglich zu machen – unter Rahmenbedingungen, die speziell auf die Behandlung von Kindern zugeschnitten waren. Innerhalb dieser Partnerschaft übernahm Pierre Fabre die pharmazeutische, toxikologische, klinische und industrielle Arzneimittelentwicklung, die unter anderem folgende Schritte umfasste:

- Entwicklung einer geeigneten Formulierung für Kleinkinder – ohne Hilfsstoffe mit bekannten Wirkungen

(einschließlich Alkohol und Zucker) und mit Aromatisierung, um die Akzeptanz der Behandlung zu fördern

- Ausrichtung von 3 klinischen Studien, davon eine der Phase II/III, mit 460 teilnehmenden Säuglingen im Alter von 5 Wochen bis 5 Monaten, zur Bestätigung des geeigneten Therapieschemas, der Wirksamkeit und der Verträglichkeit des Präparats
- Konzeption einer Darreichungsform für die sichere und einfache Anwendung, insbesondere mit einer in mg graduierten Spritze für die orale Verabreichung und mit einem nicht abnehmbarem Adapter auf der Flasche
- Industrielle Umsetzung und Herstellung nach geltenden pharmazeutischen Standards, um die Qualität und Reproduzierbarkeit des Arzneimittels zu gewährleisten

„Jedes Jahr werden Tausende Kinder von dieser neuen Behandlungsoption in der pädiatrischen Dermatologie profitieren können, die gezielt für die sichere Anwendung bei Kindern formuliert, entwickelt, geprüft und hergestellt wurde“, erklärt Dr. Jean-Jacques Voisard, Dermatologe und Generaldirektor von Pierre Fabre Dermatologie.

Die Genehmigung der EMA folgt auf die der FDA<sup>1</sup>, die am 14. März dieses Jahres erteilt wurde – im Juni kommt die identische Arzneimittelspezialität in den USA unter dem Namen Hemangeol® (Propranolol-Hydrochlorid) auf den Markt.

<sup>1</sup> FDA: Food and Drug Administration



**Hemangiol® besserte die infantilen Hämangiome signifikant und zeigte dabei eine gute Verträglichkeit.**

„Die von der US-amerikanischen und der europäischen Behörde erteilten Zulassungen zeugen von der Innovationskraft der Forschung in Frankreich, und sie sind der Lohn für 6 Jahre Arbeit in einer staatlich-privatwirtschaftlichen Partnerschaft zwischen der Universität und der Universitätsklinik von Bordeaux und den Laboratoires Pierre Fabre, mit Unterstützung der Innovationsagentur Aquitaine Science Transfert“, kommentiert Eric Ducournau, Generaldirektor von Pierre Fabre Dermo- Cosmétique. „Sie sind die beste Bestätigung und ein großer Ansporn für unsere weitere Forschungsarbeit in den prioritären Bereichen der therapeutischen Innovation unserer Gruppe, nämlich Onkologie, Dermatologie und Neuropsychiatrie“, erklärt Bertrand Parmentier, Generaldirektor der Laboratoires Pierre Fabre.

Nach Informationen von  
Pierre Fabre Pharma GmbH, Freiburg

## Symptom Kinderhusten

# Frühzeitige Phytotherapie bei Atemwegsinfekten

Husten ist einer der häufigsten Gründe für den Gang zum niedergelassenen Kinderarzt. Besonders oft tritt das Symptom bei Säuglingen und Kleinkindern auf. Und in der Mehrheit der Fälle ist eine protrahierte bakterielle Bronchitis (PBB) die klassische Ursache. Soweit muss es aber nicht kommen. Mit pflanzlichen Arzneimitteln, die schnell wirken und den kindlichen Körper nicht unnötig belasten lässt sich frühzeitig vorbeugen, weiß Kinderärztin Dipl.-Med. Anne-Kathrin Göhler aus Penig.

## Warum kommt es bereits im frühen Säuglings- bzw. Kleinkindalter zu einer Kolonisierung der oberen Atemwege?

Husten kann durch eine Vielzahl von Erkrankungen ausgelöst werden. Im frühen Kindesalter sind rezidivierende Atemwegsinfektionen deshalb so häufig, weil das Immunsystem noch wenig ausgereift ist: So sind Kinder im Alter von 1 – 6 Jahren etwa sechsmal im Jahr von einer akuten Atemwegsinfektion betroffen – Kinder über sechs Jahre nur etwa 2 – 3 mal. Die häufigste Ursache für Husten ist der akute respiratorische Infekt – vor allem der oberen Atemwege – insbesondere durch Erreger wie Rhinoviren, durch Influenza- und Parainfluenza-Viren sowie durch RS-Viren.

## Wann kommen Eltern in der Regel mit hustenden Kindern in Ihre Praxis? Ist es dann evtl. schon zu spät für die sanfte Selbstmedikation mit einem pflanzlichen Hustensaft oder einer Erkältungseinreibung?

Manche Eltern bringen ihre Kinder schon beim ersten Reizhusten in meine Praxis, andere wiederum warten m. E. zu lange. Wichtig für mich ist, die Symptomatik genau zu analysieren: Wann begann der Husten? Liegen noch andere Symptome vor? Was verstärkt den Husten? Gibt es Tag- und Nachtunterschiede? Wie ist die Qualität des Hustens? Bei feuchtem Husten – wie sieht der Auswurf aus? Welche Maßnahmen wurden bisher ergriffen und wie war ihre Wirkung? u.s.w. Danach entscheidet sich erst, wel-

che Medikation angebracht ist. In der Regel rate ich Eltern von Säuglingen und Kleinkindern, ab dem ersten Husten rechtzeitig mit entsprechenden Phytotherapeutika vorzubeugen.

## Welche Arzneimittel empfehlen Sie denn bei beginnendem Husten?

Eltern sind immer – besonders wenn die Kinder noch sehr klein sind – sehr vorsichtig mit der Gabe von Arzneimitteln. Dabei gibt es heutzutage wirklich gute Behandlungsmöglichkeiten: Pflanzliche Hustenlöser sind meist genauso gut, wenn nicht sogar besser wirksam als chemisch definierte Expektorantien. Bei meinen Patienten hat sich z. B. der Eucabal®-Hustensaft mit seiner doppelt starken Kombination aus hochdosierten Thymian- und Spitzwegerichfluidextrakten bewährt. Dem Spitzwegerich werden vor allem reizmildernde Eigenschaften zugesprochen: Adstringierend und keimhemmend schützen seine Inhaltsstoffe vor weiterem Bakterienbefall. Thymian – weiß man – ist krampflösend und expektorierend. Seine Wirkstoffe verflüssigen den zähen Bronchialschleim und fördern das produktive Abhusten. Darüber hinaus verfügt die Heilpflanze ebenso über antibakterielle Eigenschaften. Mit diesem pflanzlichen Doppelpack lässt sich also frühzeitig eine protrahierte bakterielle Bronchitis abwenden. Vor allem empfehle ich den Hustensaft gern, weil er schon für Kleinkinder ab einem Jahr zugelassen ist.

Für die ganz Kleinen – unter einem Jahr – ist Eucabal®-Balsam S als erste Therapiemaßnahme gut geeignet. Die

Einreibung ist frei von Campher und Menthol. Das ist wichtig, denn diese Stoffe können bei Babys und Kleinkindern Glottiskrämpfe, Bronchospasmen oder asthmaähnliche Zustände bis hin zum Atemstillstand auslösen. Außerdem enthält die pflanzliche Creme keine Konservierungsstoffe. Über das Einatmen und über die Haut gelangen die Eukalyptus- und Kiefernadelöle zu den Bronchien und helfen dort, zähflüssigen Schleim zu lösen. Zum Einreiben auf dem Rücken ist der Balsam schon für Babys ab sechs Monate zugelassen und wird von den GKV'n bis zum Alter von 12 Jahren erstattet.

## Wie lange kann oder darf die Symptomatik bei ansonsten gesunden Kindern andauern, bevor Sie Eltern dringend raten, in Ihre Praxis zu kommen?

Wenn der Husten länger als drei Tage anhält. Eine Entzündung ohne Sekretbildung verursacht einen trockenen, unproduktiven Husten (Reizhusten), während für den produktiven Husten die Produktion von Sekret charakteristisch ist. Hat dieses nach mehr als einer Woche immer noch eine gelbliche Färbung, ist das Aufsuchen eines Pädiaters unumgänglich. Und spätestens, wenn es erste Anzeichen für eine chronische Erkrankung gibt, das heißt auch nach zwei Wochen noch keine Besserung des Gesundheitszustands und damit der Verdacht auf eine chronische Erkrankung zu erkennen ist.

Mit freundlicher Unterstützung  
Aristo Pharma GmbH, Berlin

## Grippale Infekte wirksam behandeln

## Patienten offen für alternative Medikation

Eine Erkältung hat wohl jeder schon durchgemacht, besonders häufig betroffen sind jedoch Familien mit Kindern, die den Kindergarten oder die Grundschule besuchen. Dort ist die Keimdicke außerordentlich hoch und die Kleinen, deren Immunsystem noch nicht voll ausgereift ist, sind ständig einem enormen Infektionsdruck ausgesetzt. Häufige grippale Infekte bei den Kindern sind die Folge, die nicht selten dann auch auf die erziehenden Mütter, Väter oder Großeltern übertragen werden. Viele Familien wünschen sich daher für ihre Kinder und für sich selbst, die Infektionshäufigkeit zu senken oder zumindest die Schwere der Erkrankungssymptomatik so weit wie möglich abzumildern. Medikamente wie Infludo® oder Infludoron® ermöglichen dies auf sanfte und nebenwirkungsarme Art und Weise, indem sie das Immunsystem stärken, die Symptome bekämpfen und so den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen.

## Homöopathie bei Erkältungskrankheiten am beliebtesten

Immer noch werden Kindern viel zu häufig Antibiotika verordnet. Eine Studie der Bertelsmann-Stiftung<sup>1</sup> aus dem Jahre 2010 hat gezeigt, dass 33,8 % der Kinder bis 17 Jahren mindestens einmal pro Jahr Antibiotika rezeptiert bekommen, bei den Vorschulkindern sind es sogar 49,4 %. Viele Eltern lehnen jedoch diese Medikamente bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen wie Erkältungen/ grippalen Infekten aus guten Gründen ab. Eine repräsentative Befragung der Gesellschaft für Konsumgüterforschung (GfK)<sup>2</sup> bei Apothekern ergab unter anderem, dass eine Erkältung mit 65 % die häufigste Indikation ist, wenn ein Patient sich nach homöopathischen Behandlungsalternativen erkundigt. Außerdem sollte berücksichtigt werden, dass positive oder negative Erwartungshaltungen des Patienten gegenüber bestimmten Medikamenten auch den Erfolg einer Therapie maßgeblich beeinflussen. Aktuelle Nocebo-Studien<sup>3-5</sup> haben gezeigt, dass negative Gedanken in Bezug auf die Wirkweise von Arzneimitteln dazu führen können, dass deren Wirkung ausbleibt oder zumindest subjektiv als unzulänglich

empfunden wird. Das Gegenteil ist der Fall bei einer positiven Erwartungshaltung, die bei Naturheilmitteln oft gegeben ist, und die dazu führt, dass sich der Patient gut beraten und aufgehoben fühlt. Dies wirkt sich instinktiv und unterbewusst auch positiv auf den Krankheitsverlauf aus.

## Kombinierte Pflanzenstoffe lindern Symptome nachweislich

Bereits in den 1920er Jahren wurden Infludoron® Streukügelchen und Infludo® Tropfen als „Grippemittel“ entwickelt, nachdem nach dem ersten Weltkrieg die spanische Grippe Millionen von Todesopfern gefordert hatte. Beide Arzneimittel enthalten eine Kombination von sechs verschiedenen Wirkstoffen, die sich ideal ergänzen, um auch die vorherrschende Symptomatik in allen Phasen der Erkältung optimal abzudecken.

Phosphor stimuliert die Wärmeorganisation im Organismus und kann so dazu beitragen, dass die Vermehrung pathogener Keime reduziert und die allgemeine Immunabwehr aktiviert wird. Eupatorium, der kanadische Wasserhanf, regt das spezifische, gegen Viren gerichtete Immunsystem an. Aconitum, der Eisenhut, bekämpft vor allem das Fieber, die Zaunrübe Bryonia wirkt der Trockenheit der Schleimhäute entgegen. Sabadilla beruhigt den Niesreiz und die Rhinitis und Eucalyptus sorgt für eine befreite und unverkrampfte Atmung. Insgesamt werden mit dieser Kombination an Wirkstoffen alle sich im Verlauf einer Erkältung ändernden Symptome gleichzeitig behandelt und damit für eine möglichst schnelle Wiedergenesung gesorgt.

Infludoron® Streukügelchen nimmt man bei den ersten Anzeichen eines grippalen Infektes, um ihn bestenfalls noch zu verhindern. Infludo®, das aufgrund des enthaltenen potenzierten Phosphors belebend wirkt, hilft dagegen vor allem, wenn die Infektion schon besteht, um Abgeschlagenheit, Kopf- und Gliederschmerzen zu lindern, die Körpertemperatur zu regulieren und insgesamt die quälende Symptomatik abzumildern.

Eine aktuelle Anwendungsbeobachtung<sup>6</sup> hat den Einfluss von Infludo® unter Praxisbedingungen auf die Symptomatik und das

Allgemeinbefinden von 246 Patienten mit grippalen Infekten untersucht. Nach der Diagnosestellung durch den Arzt wurden die Studienteilnehmer während der 10-tägigen Beobachtungsphase drei Mal mittels standardisierter Telefoninterviews zu ihrem Krankheitsverlauf befragt. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: Durchschnittlich 2-3 Tage nach Erkältungsbeginn suchten die Betroffenen einen Arzt auf. Zu Krankheitsbeginn dominierten Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Schnupfen und Husten. Das Allgemeinbefinden war bei mäßigem bis starkem Krankheitsgefühl deutlich beeinträchtigt.

Die Mehrheit der Patienten wendete neben Infludo® weitere Erkältungsmedikamente und Maßnahmen an. Erkältungssymptomatik und Allgemeinbefinden verbesserten sich unter der Therapie innerhalb von 10 Tagen deutlich. Die Patienten fühlten sich nicht mehr oder nur noch leicht krank. Da gleichzeitig weitere Medikamente und Maßnahmen angewendet wurden, lässt sich zwar der alleinige Einfluss von Infludo® auf den Krankheitsverlauf nicht sicher beurteilen, jedoch sprechen die hohe Patientenzufriedenheit von 80 % und die von rund 75 % der Patienten empfundene Linderung ihrer Beschwerden dafür, dass die Erwartungen an die Therapie erfüllt wurden. Infludo® erwies sich dabei als sehr gut verträgliches Arzneimittel.

## Quellen:

- 1 <https://antibiotika.faktencheck-gesundheit.de/interaktive-karten/>, abgerufen am 04.06.2014. Auftraggeber: Bertelsmann-Stiftung mit den Daten der Barmer GEK
- 2 <http://www.homoeopathie-entdecken.de/wordpress/steigende-nachfrage-nachhomoeopathischen-arzneimitteln/>, abgerufen am 04.06.2014. Auftraggeber der Studie ist der Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH): [http://www.homoeopathie-entdecken.de/wordpress/ag\\_homoeopathika/](http://www.homoeopathie-entdecken.de/wordpress/ag_homoeopathika/)
- 3 Petersen GL et al. The magnitude of nocebo effects in pain: A meta-analysis. *Pain* 2014; pii: S0304-3959(14)00195-X.
- 4 Arnold MH et al. Medicine's inconvenient truth: the placebo and nocebo effect. *Intern Med J* 2014; 44: 398-405.
- 5 Cohen S et al. The nocebo effect of informed consent. *Bioethics* 2014; 28: 147-54.
- 6 Hufnagel R et al. Treatment of common cold in children – results from a noninterventional study. Präsentation, 5th European Congress for Integrative Medicine 2012, Florenz. Fundstelle: [http://www.asf.toscana.it/images/stories/pubblicazioni/ecim2012/21/r\\_hufnagel.pdf](http://www.asf.toscana.it/images/stories/pubblicazioni/ecim2012/21/r_hufnagel.pdf), abgerufen am

Nach Informationen von Weleda AG, Schwäbisch Gmünd

## **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](http://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.: 0221/68909-11

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“**

**Fortbildung:**

Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz (federführend)

E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de

Prof. Dr. med. Florian Heinen

E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

E-Mail: klaus-michael.keller@dkd-wiesbaden.de

Prof. Dr. med. Stefan Zielen

E-Mail: stefan.zielen@kgu.de

**Forum, Berufsfragen, Magazin:**

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](http://www.kinderaerzte-im-netz.de)

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

[www.dakj.de](http://www.dakj.de)

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

[www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php](http://www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php)

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

[www.stiftung-kind-und-jugend.de](http://www.stiftung-kind-und-jugend.de)