

bvkJ.

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

Heft 12/10 · 41. (59.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:
Sprachtest
oder Stresstest
in NRW

Fortbildung:
Diagnostik
und
Management
der Kindes-
misshandlung

Berufsfragen:
Jahresrückblick
2010

Magazin:
Auslese 2010 –
Neue Kinderbücher

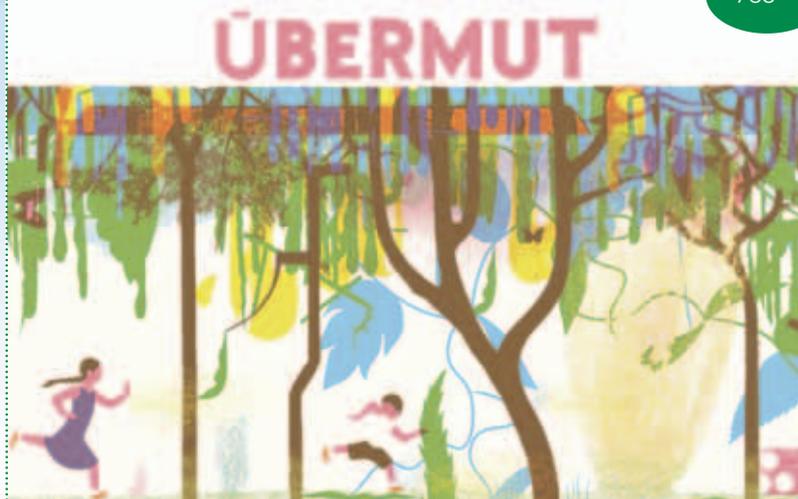
www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT BVKJ.

© Sandra Brunsch - Fotolia



Auslese 2010 – Bücher für große und kleine Leser

S. 811

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

Inhalt 12 | 10

Forum

- 765 Jahresausklang 2010
Wolfram Hartmann
- 765 Impressum
- 766 „Alles neu?“ oder „Wie sich
Bad Orb geändert hat“
Michael Mühlischlegel
- 767 Sprachtest oder Stresstest –
der Delfin4 in NRW
Cornelia Tigges-Zuzok
- 770 Das Leser-Forum
- 771 Kostenlose Vorsorge
- 772 Privatisierung: Das Ge-
schäft mit der Krankheit
Stephan Heinrich Nolte
- 774 Vermischtes
- 775 Verbände fordern „Gesund-
heitspaket“ für arme Kinder
- 776 Vermischtes
- 777 Verordnen Pädiater zu viel
und zu schnell?
Regine Hauch
- 778 Zweifelhafte Arztbewer-
tungsportale dürfen nicht
an Bedeutung gewinnen
Wolfram Hartmann
- 781 www.kinderumwelt.de – die
Kinderumwelt stellt sich vor
Judith Linnemann
- 782 Vermischtes

Fortbildung

- 783 Diagnostik und Manage-
ment der Kindesmisshand-
lung
Jan-Peter Sperhake
- 792 Der besondere Fall: Die
neonatale Appendizitis
optimal getarnt
Bastian Wittstock
- 794 Consilium Infectiorum:
Definition von abgekoch-
tem Wasser
Axel Kramer
- 796 Welche Diagnose wird
gestellt?
*Peter Müller,
Gunter Kurze*
- 800 Review aus englisch-
sprachigen Zeitschriften

Berufsfragen

- 803 Jahresrückblick 2010
Wolfram Hartmann
- 805 Aus der Delegierten-
versammlung
Wolfgang Gempp
- 806 Ein Fragebogen für die
Unterstützung der J1
*Anja Tausch,
Katharina Gerzymisch,
Uwe Büsching,
Carola Büsching-Elwenn*
- 808 Kinder bekommen zu oft
Antibiotika
Wolfgang Gempp
- 809 Wahlergebnis
- 809 Vermischtes
- 810 AD(H)S-Patienten in
Nordrhein bekommen eine
bessere Behandlung
Regine Hauch

Magazin

- 811 Auslese 2010 – Bücher für
große und kleine Leser
Maria Linnemann
- 814 Fortbildungstermine BVKJ
- 815 Ehrungen Bad Orb 2010
Wolfgang Gempp
- 816 Tagungen
- 817 Rotwein für die Forschung
Ulrich Fegeler
- 818 Buchtipps
- 819 Die Welt der Kinder im
Blick der Maler
Peter Scharfe
- 820 Personalien
- 821 Praxistafel
- 822 Nachrichten der Industrie
- 826 Wichtige Adressen des BVKJ

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage das Programmheft des 17. Kongresses für Jugendmedizin in Weimar und ein Flyer der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie, München, bei. Sowie als Teilbeilage das Programmheft der 20. PZA Rostock. Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Druckauflage 13.800
lt. IVW II/2010

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
Kommunikationsforschung im
Gesundheitswesen



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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 44 vom 1. Oktober 2010

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

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

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

Diagnostik und Management der Kindesmisshandlung

Einleitung

Gewalt gegen Kinder existiert als medizinisches und gesellschaftliches Problem wahrscheinlich seit es Menschen auf der Erde gibt. Erst seit relativ kurzer Zeit wird die Kindheit als eigenständige Lebensphase, das Kind als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft mit den selben Rechten, die Erwachsene genießen, wahrgenommen. Noch bis in die Achtzigerjahre des 20. Jahrhunderts war in Deutschland Gewalt gegen Kinder als Maßnahme der Züchtigung durch Eltern oder Erzieher gesellschaftlich akzeptiert. Meilensteine der gesellschaftlichen und medizinischen Anerkennung des Problems waren die Arbeiten des Rechtsmediziners Ambroise Tardieu in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhundert, die Gründung des ersten Kinderschutzesvereins in New York im Jahre 1875, in Deutschland die Niederlegung von Kinderrechten in der Weimarer Verfassung im Jahre 1919 sowie die Prägung und Beschreibung des Begriffes „Battered Child Syndrome“ durch den deutschstämmigen Kinderarzt Henry Kempe in 1962.

Heute sind es die großen Missbrauchsskandale in kirchlichen und schulischen Einrichtungen und die von der Presse intensiv begleiteten tragischen Fälle von tödlich endender Gewalt, die uns das Phänomen der sexuellen Ausbeutung und der körperlichen Misshandlung von Kindern tagtäglich vor Augen führen.

Die Kriminalstatistik weist für 2009 in Deutschland 3.490 Fälle von Kindesmisshandlung auf (ohne Sexualdelikte). Es handelt sich dabei allerdings lediglich um die Fälle, die durch eine Anzeige polizeilich bekannt geworden sind. Der Allgemeine Soziale Dienst der Sozialbehörden ist mit höheren Fallzahlen konfrontiert. Die Dunkelziffer unbekannter gebliebener Fälle dürfte um den Faktor 100 höher liegen als die amtliche Kriminalstatistik.

Der Kinderarzt ist nicht selten der erste unabhängige, nicht aus dem sozialen Nahfeld des Opfers stammende Zeuge von Misshandlungsfolgen. Angesichts der anzunehmenden Häufigkeit von Misshandlungen dürfte jeder Kinderarzt in seiner beruflichen Laufbahn immer wieder mit Misshandlungsfällen konfrontiert werden. Die von manchen Kinderärzten artikulierte Empfindung, dass es Misshandlungen im eigenen Patientenstamm nicht gebe, dürfte daher eher eine Folge des Nicht-Wahrhaben-Wollens sein.

Natürlich entspricht es nicht der üblichen ärztlichen Erfahrung, dass der Patient oder dessen gesetzliche Vertreter bewusst falsche oder irreführende Angaben zur Anamnese machen. Genau damit muss aber gerechnet werden, wenn es beispielsweise um die Erklärung von Knochenbrüchen, Hämatomen, Verbrühungen und anderen Verletzungsfolgen geht. Wenn ein Kind mit Hautunterblutungen übersät ist, ohne dass anamnestisch ein

Verletzungsmechanismus zu eruieren ist, mag es nahe liegen, an das Vorliegen einer Blutgerinnungsstörung zu denken. Diese kann bestehen und muss natürlich in die differenzialdiagnostischen Überlegungen einbezogen werden. Sie ist aber sicher eine erheblich seltenere Ursache für Hämatome als eine körperliche Misshandlung.

Das „Bauchgefühl“ des Arztes kann dabei, je nach Fallkonstellation und persönlicher Erfahrung, sowohl hilfreich als auch irreführend sein. Der begleitenden Mutter traut man es einfach nicht zu, ihr Kind mit einer glühenden Zigarette verletzt zu haben. Dennoch kann sie oder eine andere Person aus dem sozialen Umfeld verantwortlich sein.

Letztlich mag es die Angst vor den mitunter katastrophalen Folgen falscher Anschuldigungen sein, die den Arzt körperliche Misshandlungsfolgen übersehen oder falsch interpretieren lässt. Nicht zuletzt aber wegen der Gefahr einer Falschbeschuldigung muss in unaufgeregter Atmosphäre eine kompetente und vollständige Diagnostik erfolgen – zum Wohle der Kinder und gegebenenfalls auch der zu Unrecht unter Verdacht geratenen Eltern.

Vom Verdacht zur Diagnose

Kommen Eltern¹ mit einem Kind in die Praxis, kann der **Verdacht** einer körperlichen Misshandlung auf ganz unterschiedliche Weise entstehen, wobei sich bestimmte Muster wiederholen. Möglicherweise hat das Kind offenkundige Verletzungen, deren vorgebrachter Entstehungsmechanismus nicht plausibel oder gar abwegig erscheint (wenngleich nicht jede zunächst fantastisch klingende Geschichte erfunden sein muss!). Es ist aber auch wenig glaubhaft, wenn Eltern für jedes von 15 unterschiedlich alten Hämatomen am Körper einen konkreten Entstehungsmechanismus schildern.

Ein akut verunfalltes Kind wird meist von aufgeregten, manchmal geradezu panischen Eltern vorgestellt, wobei das Ausmaß der Aufregung oft in einem Missverhältnis zur Geringfügigkeit der Verletzung steht.

Nach Misshandlungen wird das Kind dagegen häufig zeitverzögert vorgestellt. Das Verhalten der Begleitpersonen kann bagatellisierend oder distanziert erscheinen. Störungen in der Bindung und im Affekt zwischen Eltern und Kind können auffällig sein. Chronisch misshandelte Kleinkinder äußern sich kaum und zeigen wenig Emotion, beobachten ihr Umfeld aber genau („frozen watchfulness“). Der Verdacht auf eine Misshandlung kann aber auch ganz unerwartet erst im Rahmen einer sorgfältigen Inspektion der gesamten Körperoberfläche entstehen, die bei jeder Vorsorgeuntersuchung Standard sein muss.

¹ Wenn nachfolgend von „Eltern“ die Rede ist, so steht dies als Platzhalter für alle anderen Betreuungs- und Begleitungssituationen.



PD Dr. med.
Jan-Peter Sperhake



Abb. 1a und b: (a) Seitliche Ansicht des linken Ohres eines 1,5 Monate alten Säuglings. (b) Durch das vergleichsweise schnell und einfach durchzuführende Manöver, die Ohrmuschel abzuklappen erkennt man zwei unterschiedlich alte Hämatome, die hochsignifikant für eine körperliche Misshandlung sind.

Die rechtsmedizinisch orientierte Untersuchung ist immer eine Ganzkörperuntersuchung!

Hier sind es zum Beispiel Verletzungen bei jungen Säuglingen, die immer erklärungsbedürftig sind, weil ein Kind in der prämobilen Phase nur schwerlich ohne Fremdeinwirkung verunfallen kann (Abb. 1).

Auch wenn die Kinder dann das Krabbel- und Laufalter erreichen, ereignen sich Unfälle selten völlig unbeobachtet. Unterschiedlich alte Verletzungen an sturz- bzw. unfalluntypischen Stellen sind immer verdächtig für eine Fremdbeibringung (Tab. 1). Wenn Geschwisterkinder als Verursacher von Verletzungen benannt werden, so ist – abhängig vom Befund – Skepsis angebracht. Es sind nur ganz wenige Fälle bekannt, in denen Kinder im Vorschulalter Säuglingen schwere bis lebensbedrohliche Verletzungen beigebracht haben.

Wird der Verdacht einer physischen Misshandlung oder eines sexuellen Missbrauchs von Dritten geäußert, so ist dies zunächst immer ernst zu nehmen. Bei fehlenden Anhaltspunkten am Kind selbst kann sich aber durchaus auch einmal der Verdacht einstellen, dass das Kind und der Arzt im Rahmen von Sorgerechtsstreitigkeiten instrumentalisiert werden sollen.

Grundsätzlich sollte versucht werden, zu einer detaillierten Anamnese zu kommen. Nicht zwangsläufig stößt man bei Nachfragen auf Schweigen oder Unwahrheiten. Eine Offenbarung der gewalttätigen Übergriffe seitens des Lebenspartners oder der eigenen Überforderungssi-

Tab. 1: Differenzierung Unfall vs. Misshandlung nach verletzter Körperregion

eher sturz-/unfalltypisch	eher misshandlungstypisch
Augenbrauenwulst, Kinnschuppe, Nase	Augenhöhlen, Wangen
Kopf in der „Hutkrempeinie“	Kopf oberhalb der „Hutkrempeinie“
Ellenbogen	Oberarme, Unterarmstreckseiten
Handballen	Handrücken
Knie, Schienbeine	Oberschenkel (innenseiten)
	Gesäß, Rücken
	Genitale

tuation durch die Mutter kann erleichternd sein und bietet eine relativ gute Chance einer erfolgreichen Unterstützung und Intervention.

Neben der normalen pädiatrischen Anamnese sollten sehr konkrete, anlassbezogene Fragen gestellt werden, wobei Suggestivfragen vermieden werden sollten, was in besonderem Maße gilt, wenn das Kind selbst befragt wird („Hat Dein Papa Dich da gehauen?“). Offene Fragen wie „Was ist wann passiert?“, „Welche Werkzeuge / Hilfsmittel sind zum Einsatz gekommen?“ sind sinnvoller. Es ist empfehlenswert, besonders prägnante Aussagen in wörtlicher Rede zu dokumentieren. Wenn man sich zum Wohle des Kindes dazu entschließt, die Schweigepflicht zu brechen und im Rahmen eines (unter Umständen Jahre später stattfindenden) Strafverfahrens als Zeuge oder Sachverständiger auszusagen, kann die Dokumentation ein wichtiges Beweismittel sein. Die familiäre Situation sollte thematisiert werden, wobei insbesondere auch nach Geschwisterkindern gefragt werden sollte.

Die rechtsmedizinisch orientierte **Untersuchung** ist immer eine Ganzkörperuntersuchung, wobei besonderes Augenmerk auf versteckte Körperareale wie z.B. Mundschleimhaut, Genitalien oder Ohren gelegt werden sollte. Schlechte Zähne können ein Zeichen von Vernachlässigung sein! Die Körpermaße sollten so präzise wie möglich gemessen und dokumentiert werden, um Wachstumsperzentilen sorgfältig pflegen zu können und so bereits frühzeitig Entwicklungsknicks erkennen zu können (z.B. verändertes Wachstum des Kopfumfanges nach Schütteltrauma).

Im Kontext von Misshandlungen ist es besonders wichtig für das Kind, dass es Vertrauen in die Situation und zu dem Untersucher fassen kann. Der Grundsatz „Zeit, Geduld und freundlich-zugewandtes Auftreten“ gilt hier noch mehr als ohnehin bei pädiatrischen Untersuchungen. Eine Untersuchung gegen den Willen des Kindes ist gerade bei dem Verdacht auf sexuellen Missbrauch kontraindiziert und kommt nur bei medizinischer Indikation in Betracht (versorgungsbedürftige Verletzungen, Ausschluss innerer Verletzungen). Das betroffene Kind sollte das Gefühl haben, die Untersuchungssituation kontrollieren zu können, gerade weil ihm dieses Gefühl in der Misshandlungssituation regelmäßig entzogen wird. Wenn es gelingt, das Kind spielerisch in die Untersuchung miteinzubeziehen, kann diese einen hohen therapeutischen Wert für das Kind haben.

Die Untersuchung des präpubertären weiblichen Genitales sowie die Dokumentation und Interpretation von Befunden in diesem Bereich erfordern allerdings spezialisierte Kenntnisse und Erfahrungen, sodass bei einer entsprechenden Verdachtslage schon zur Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen eine kindergynäkologische oder rechtsmedizinische Untersuchung (je nach regionaler Verfügbarkeit eines spezialisierten Zentrums) angestrebt werden sollte. Unzureichende anatomische Kenntnisse („Wo beginnt und endet eigentlich das Jungfernhäutchen?“, „Ist es normal, wenn das Jungfernhäutchen mehrere Öffnungen hat?“) können zu schlimmen Fehleinschätzungen führen!

Es ist bei Misshandlungsverdacht unerlässlich, die erhobenen Befunde akkurat zu **dokumentieren** (Tab. 2). Die Einträge „multiple Hämatome am Rumpf“ oder „Läsion am Arm“ helfen Monate bis Jahre später, wenn sowohl die Verletzungen als auch die eigene Erinnerung verblasst sind, nicht weiter.

Ein hervorragendes Instrument für die Dokumentation ist eine Digitalkamera. Wenn man den Eltern deutlich macht, dass man sich um das Kind und die Herkunft der Verletzungen Sorgen macht, wird man sie auch von der Notwendigkeit einer fotografischen Dokumentation überzeugen können. Fotografien bieten auch den unschätzbaren Vorteil, dass man sich bei diagnostischen Unsicherheiten in anonymisierter Art und Weise Rat bei Kollegen (z.B. auch in der Rechtsmedizin) holen kann. Handelsübliche, heutzutage recht preiswerte Kameras haben eine exzellente Auflösung. Nicht immer liefert die Blitzautomatik das gewünschte Resultat (Abb. 2). Auch mit der Bedienung im Nahbereich sollte man sich vertraut machen. Ein Maßstab im Aufnahmebereich dient nicht nur zur Dokumentation der Größenausdehnung einer Verletzung, sondern auch als Fokussierhilfe für den Auto-Fokus der Kamera. Auf dem Display der meisten Kameras kann man das Bild sofort betrachten und nachvergrößern, sodass man Belichtung und Schärfe sofort kontrollieren kann (wenn in der Nachvergrößerung die feinen Härchen auf der Haut zu erkennen sind, ist das Bild scharf!).

Wenn durch die Untersuchung des Kindes der Verdacht auf eine Misshandlung erhärtet wurde, stellt sich die Frage, wie man weiter mit dem Fall umgeht. Grundsätzlich ist die Entscheidung über **das weitere Vorgehen** immer einzelfallbezogen. Auch hier empfiehlt sich ruhiges und besonnenes Handeln. Auf keinen Fall sollte man sich von irgendeiner Seite zu vorschnellem Handeln treiben lassen. Eine Meldepflicht bei Misshandlungsverdacht gibt es bisher in Deutschland nicht. Klare Kriterien, die z.B. ausgehend von der Schwere der Verletzungen zu einer polizeilichen Anzeige führen, sind kaum aufstellbar. Der Grundsatz „Helfen statt Strafen“ sollte das ärztliche Handeln bestimmen, wobei das Wohl und die körperliche Unversehrtheit des Kindes im Vordergrund stehen. Nicht jedes Hämatom als Folge einer Ohrfeige durch Mutter oder Vater muss eine Strafanzeige nach sich ziehen. Das Jugendamt sollte bei Verdachtslage niedrigschwellig informiert werden.

Wenn aber zur Gefahrenabwehr die Einschaltung der Polizei notwendig zu sein scheint, so sollte diese auch erfolgen. Wenn Quälereien (z.B. Zigarettenverbrennungen), gesicherte Erkenntnisse für sexuellen Missbrauch, schwere Verletzungen (z.B. multiple Knochenbrüche) bis hin zu lebensbedrohlichen Verletzungen oder Fremdtäterschaft vorliegen, wird man sich eher zu einer polizeilichen Anzeige entschließen als bei vergleichsweise geringeren Verletzungen, die im familiären Kontext in nachvollziehbar affektiv aufgeladenen Situationen entstanden sind. Todesfälle als Misshandlungsfolge hingegen sind immer meldepflichtig an die Strafermittlungsbehörden.

zu dokumentieren sind...	Beispiele / Erläuterung
Art der Verletzung	z.B. Hämatom, Schürfwunde, Kratzer, Schnittwunde etc.
Lokalisation	Möglichst genau! Z.B. „Außenseite rechter Oberarm auf mittlerer Höhe“.
Größe	Metrisch, z.B. 5 x 4 cm.
Farbe (und andere Zeichen der Wundheilung)	Farbe insbesondere bei Hämatomen, bei offenen Wunden auch Schorfbildung etc.
Grobe Form	z.B. rund, oval, kastenförmig, strichförmig etc.
Musterung	Lässt die Verletzung auf einen Gegenstand schließen (z.B. Schuhsohle, Stock)? Auch Bissspuren sind geformte Verletzungen!
Gruppierung	Gibt es eine Häufung von Verletzungen in bestimmten Körperarealen?

Wenn sich der Arzt dazu entscheidet, einen Fall an das Jugendamt oder an die Polizei zu melden, so muss er in vielen Fällen auch eine Entscheidung gegen die Einhaltung der ärztlichen **Schweigepflicht** treffen, die den gesetzlichen Vertretern des Kindes gegenüber besteht. Der Arzt kann dies tun, wenn er im Rahmen einer Rechtsgüterabwägung das gefährdete Kindeswohl höher bewertet als den Anspruch auf Diskretion seitens der Sorgeberechtigten. Da es sich bei Kindesmisshandlungen häufig um einen chronischen Zustand handelt, muss man befürchten, dass es bei Einhaltung der Verschwiegenheit auch in Zukunft zu Übergriffen kommen kann, bei denen das Kind verletzt wird.

Nach einem Referentenentwurf für ein Bundeskindererschutzgesetz sollen Ärzte ausdrücklich befugt werden, die Schweigepflicht zu brechen, wenn „*ein Tätigwerden dringend erforderlich ist, um eine Gefährdungseinschätzung vorzunehmen*“ und/oder wenn „*eine Gefährdung des Wohles eines Kindes oder Jugendlichen abzuwehren ist*.“ Es ist ratsam, den Entscheidungsprozess schriftlich zu dokumentieren, denn nur das „unbefugte“ Brechen der Schweigepflicht ist strafbar. Wenn sich also ein Verdacht im Nachhinein als falsch herausstellt, kann dem Arzt nichts passieren, wenn aus der Sicht *ex ante* die Ver-

Tab. 2: Schriftliche Dokumentation von Verletzungen

Es ist bei Misshandlungsverdacht unerlässlich, die erhobenen Befunde akkurat zu dokumentieren!

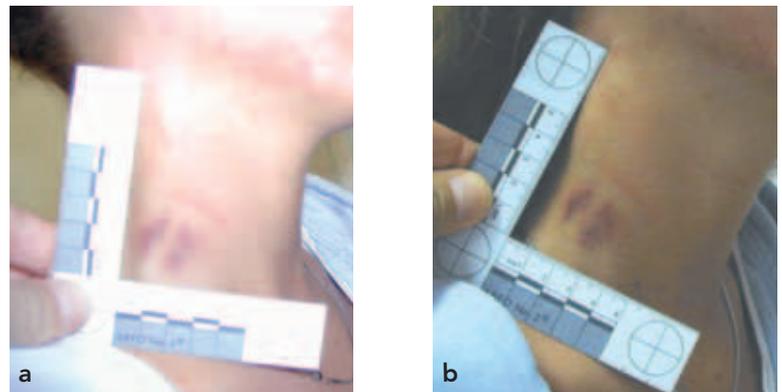


Abb. 2a und b: Dasselbe Motiv mit (a) und ohne (b) Blitzautomatik der Digitalkamera (Nikon Coolpix 4600).

dachtslage gut begründet war und die Entscheidungsfindung dokumentiert wurde.

Die Situation in der kinderärztlichen Praxis kann für den einzelnen Arzt, der mit dem Verdacht einer Misshandlung konfrontiert ist, überfordernd sein (volles Wartezimmer, aggressive Haltung der Eltern, Unsicherheit in der diagnostischen Einschätzung etc.). Vor einsamen Entscheidungen ist insofern zu warnen. Wo immer möglich, empfiehlt sich die kollegiale Beratung. Auch bei unsicherer medizinischer Indikation kann die Krankenhauseinweisung des Kindes sehr hilfreich sein, da das Kind zunächst in einen geschützten Raum kommt, Zeit zur weiteren Planung des Vorgehens gewonnen wird, weitere Kollegen in die Entscheidungsfindung einbezogen werden und umfangreichere diagnostische Möglichkeiten schnell zur Verfügung stehen (Bildgebung, Labor, etc.).

Im Krankenhaus kann viel leichter als in der kinderärztlichen Praxis ein rechtsmedizinisches Konsil erfolgen (die Rechtsmedizin ist nicht die Polizei!); zudem verfügen immer mehr Kliniken über Kinderschutzambulanzen oder vergleichbare Einrichtungen. Auch (vorläufige) Inobhutnahmen durch das Jugendamt sind, wenn notwendig, im Krankenhaus leichter zu realisieren und für das betroffene Kind weniger traumatisierend. Der niedergelassene Kinderarzt sollte die Kollegen im Krankenhaus vorab über seinen Verdacht informieren und sich auch vergewissern, dass das Kind dort angekommen ist.

Die Diagnostik im Krankenhaus orientiert sich an den Symptomen und sollte auch auf den Nachweis oder Ausschluss von Differenzialdiagnosen ausgerichtet sein. Bildgebende Verfahren spielen eine wichtige Rolle und sollten bei der relativen Häufigkeit okkulten Knochen-

brüche in verschiedenen Heilungsstadien frühzeitig gezielt zum Einsatz kommen. Laborbefunde können Hinweise auf Erkrankungen geben, die Kindesmisshandlung imitieren können (z.B. Blutgerinnungsstörungen oder einige Stoffwechselerkrankungen). Beim Verdacht auf ein Schütteltrauma ist eine augenärztliche Untersuchung notwendig. An die kinder- und jugendpsychiatrische Mitbetreuung des Kindes (evtl. mit poststationärer Anbindung an eine Traumasprechstunde) sollte frühzeitig gedacht werden.

Misshandlungsformen und -folgen

Grundsätzlich können alle Misshandlungsformen auftreten, die auch an Erwachsenen beobachtet werden. Dennoch gibt es bestimmte charakteristische oder häufig wiederkehrende Misshandlungsformen, die wie das Schütteltrauma des Säuglings sogar spezifisch für eine bestimmte Altersgruppe sein können. Ganz grob lassen sich unterscheiden:

- Körperliche Kindesmisshandlung
- Sexueller Kindesmissbrauch²
- Vernachlässigung

Diese Unterteilung mutet etwas künstlich an, da selbstverständlich auch Überlappungen vorkommen. Da die genannten Misshandlungsformen häufig aber auch isoliert vorkommen und jeweils etwas unterschiedliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen erfordern, ist die getrennte Betrachtung durchaus sinnvoll.

² Zuweilen wird gegen den Begriff „Sexueller Kindesmissbrauch“ vorgebracht, dass es einen sexuellen Gebrauch (im Gegensatz zum Missbrauch) nicht geben könne. Der Autor stimmt dem zwar zu, hält die Ablehnung des Begriffes Missbrauch aber für eine sprachliche Spitzfindigkeit.

Körperliche Vernachlässigung	Emotionale Vernachlässigung
Unzureichende qualitative und/oder quantitative Ernährung (Dystrophie, nichtorganische Gedeihstörung, Psychosozialer Minderwuchs)	Fehlende Zuwendung, Liebe, Respekt, Geborgenheit, keine Förderung der Ausbildung und Erwerb sozialer Kompetenz
Unzureichende medizinische Vorsorge (Nichtwahrnehmen der Vorsorgeuntersuchungen, keine Zahnvorsorgeuntersuchungen oder Kariesprophylaxe, keine oder unzureichende Impfungen)	Mangelnde Anregung und Förderung („stimulative Vernachlässigung“), Mangelndes Wahrnehmen und Unterstützung des Schulunterrichtes
Prä- und perinatale Vernachlässigung (Drogen, Alkohol, Nikotin in der Schwangerschaft, fehlende medizinische Vorsorge bzw. Betreuung)	Permissive Eltern bei Schulschwänzen, Delinquenz, Alkohol- oder Drogenabusus
Verweigerung oder Verzögerung medizinischer Behandlung bei Erkrankungen (Kein Aufsuchen medizinischer, zahnmedizinischer oder psychologischer Behandlung)	Keine Hilfe zur „Lebenstüchtigkeit“, Selbstständigkeit und zur Bewältigung von Alltagsanforderungen, kein angemessenes Setzen von Grenzen, keine Belehrung über Gefahren
Missachtung körperlicher Grundbedürfnisse (Keine adäquate Unterkunft, keine angemessene Bekleidung, Hygiene und Körper- und Zahnpflege)	Aussetzen chronischer Partnergewalt der Eltern
Mangelnde Beaufsichtigung (Keine Sicherheit vor alltäglichen Gefahren, mangelnde Supervision und Aufsicht, ungesicherte Gefahrenquellen im Haushalt)	Verweigerung oder Verzögerung psychologischer oder psychiatrischer Hilfe bei entsprechender Erkrankung

Tab. 3: Erscheinungsformen der Kindesvernachlässigung

(nach Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U [Hrsg.] Kindesmisshandlung, 2. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, 2010)

Die besonderen diagnostischen Anforderungen, die beim Verdacht auf sexuellen Missbrauch an den Untersucher gestellt werden, wurden bereits angedeutet und sollen nicht Gegenstand dieser Übersicht sein³. Die Diagnose eines stattgehabten sexuellen Missbrauches muss sorgfältig und fachkundig gestellt werden. Unspezifische Infekte, Hauterkrankungen und anatomische Normvarianten können zu Fehleinschätzungen mit katastrophalen und irreparablen Folgen für die betroffenen Familien führen.

Vernachlässigung tritt in verschiedenen Formen auf und kann sich sowohl als körperliche als auch als emotionale Vernachlässigung manifestieren (Tab. 3). Gerade für die Früherkennung der verschiedenen Vernachlässigungsformen kommt dem Kinderarzt eine wichtige Rolle zu.

Bei den Folgen der körperlichen Misshandlung dominieren Hautverletzungen, dabei an erster Stelle die **Hämatome**. Hämatome entstehen als Folge stumpfer Gewalteinwirkung (Faustschläge, Tritte, Schläge mit Gegenständen, Anschlagen des Kopfes oder der Extremitäten an eine harte Fläche etc.) und können sowohl im Rahmen von (Bagatell-) Unfällen als auch Misshandlungen auftreten. Eine Differenzierung ist nicht immer möglich. Hier helfen zuweilen der gesunde Menschenverstand, der Blick auf das Alter des Kindes und das bereits eingeführte Schema (s. Tab. 1) weiter. Während ein Kindergartenkind ohne Hämatome an Knien und Schienbeinen eine Rarität ist, kann derselbe Befund bei einem jungen Säugling hochverdächtig sein.

Hämatome durchlaufen während der Heilung verschiedene Farbstadien, bis sie nach ein bis zwei Wochen abklingen, allerdings ist bei der Interpretation große Zurückhaltung angezeigt. Je nach verletzter Körperregion, Weichteildicke, Hauttyp und Schwere der Verletzung können gleich alte Hämatome ganz unterschiedliche Farben aufweisen. Dennoch wird man bei einem Nebeneinander von kräftig blau-violett gefärbten und blassgelben Hämatomen zumindest auf mehrzeitig entstandene Verletzungen schließen können.

Die Farbgebung der Hämatome kann auch bei der Bewertung der Plausibilität eines (angeblichen) Unfallherganges helfen. Wenn ausschließlich braun-gelbliche Hämatome vorliegen, ist es unwahrscheinlich, dass das Kind drei Stunden vor dem Besuch beim Kinderarzt die Treppe heruntergefallen ist. Hämatome können sehr charakteristisch geformt sein und dadurch Hinweise auf die Entstehung geben (z.B. Handabdruck im Gesicht, Schuhsohlenabdruck, Bissmarke, Doppelstriemen bei Schlägen mit Stock, Gürtel oder Kabel – vergl. auch Fall 2).

Je nach Lokalisation der Hämatome und dem klinischen Zustand des Kindes muss auch an die Möglichkeit

innerer Verletzungen (Knochenbrüche, Verletzungen im Schädelinneren, Ruptur von Bauchorganen) gedacht werden. Gerade bei stumpfer Gewalt zum Bauch können äußerlich sichtbare Verletzungen trotz schwerer innerer Verletzungen fehlen. Daher sollte der Verdacht grundsätzlich relativ niedrigschwellig durch geeignete Bildgebung und ggf. Laboruntersuchungen abgeklärt werden.

Unter den Hautbefunden sind **Schürfungen, Platzwunden, Risswunden, Quetschwunden** und alle Misch- und Übergangsformen relativ häufig. Sie können ebenfalls sowohl durch Unfälle als auch durch Misshandlungen entstehen.

Ritzverletzungen sind, wenn sie multipel und parallel angeordnet sind, an leicht zugänglichen, wenig schmerzempfindlichen Stellen liegen und mit unglaublichen Geschichten verbunden sind, typisch für selbstverletzendes Verhalten, das bei pubertierenden Kindern gelegentlich zu beobachten ist. Hierbei kommen auch Hautläsionen durch thermische Einwirkung vor (z.B. Drücken eines heißen Feuerzeuges auf die Haut, Applikation von Deospray aus nächster Nähe).

Wenn **thermische Läsionen** durch fremde Hand entstehen, muss an bewusstes Quälen des Kindes gedacht werden. Zum Einsatz kommen das Eintauchen (Immersion) des Kindes bzw. einzelner Körperteile in heiße Flüssigkeiten, das Verbrennen der Haut durch Setzen auf die Herdplatte, die Benutzung von Bügeleisen oder Fön sowie Zigaretten, die auf die Haut gedrückt werden.

Bei den Immersionsverletzungen lassen sich Unfälle (Herunterziehen des Kochtopfes) von misshandlungsbedingten Verletzungen meist recht gut durch die charakteristische Ausbreitung der Hautläsionen unterscheiden. So führt die Immersion zu einem uniformen Verbrühungsbild mit einer scharfen Begrenzung, die dem Wasserspiegel entspricht, während das (unfallbedingte) Übergießen mit heißem Wasser zwingend Abrinnspuren und ein ungleichmäßiges Verteilungsmuster erwarten lässt (vergl. Fall 1).

Knöcherne Verletzungen, z.T. multipel in unterschiedlichen Heilungsstadien, sind verhältnismäßig häufig im Kontext von Kindesmisshandlung anzutreffen, auch dann, wenn klinisch keine Zeichen dafür vorliegen. Jeder Knochenbruch ist dringend erklärungsbedürftig und sollte auch plausibel erklärt werden können. Der Sturz eines Säuglings vom Sofa führt – wenn überhaupt – nur im Ausnahmefall zu Knochenbrüchen wie z.B. Schädelbrüchen. Viel häufiger als der angebliche Sturz liegt eine Misshandlung zugrunde. Eine pathologische Knochenbrüchigkeit (z.B. bei Osteogenesis imperfecta) muss im Einzelfall ausgeschlossen werden, ist aber ebenfalls viel seltener als Misshandlung. Als besonders diagnostisch für Kindesmisshandlung gelten die zuweilen radiologisch diskreten metaphysären Kantenabspaltungen an den langen Röhrenknochen von Säuglingen und Kleinkindern.

Derartige Verletzungen im Bereich der Wachstumszonen kommen auch gehäuft beim **Schütteltrauma-Syn-**

³ Eine hervorragende Übersicht über die Diagnostik bei sexuellem Missbrauch findet sich bei Herrmann B, Navratil F, Neises M (2002) Sexueller Missbrauch an Kindern. Bedeutung und Stellenwert der medizinischen Diagnostik. Monatsschrift Kinderheilkunde 150:1344-1356.

drom des Säuglings vor⁴. Als „diagnostische Trias“ für das Schütteltrauma-Syndrom bezeichnet man das gleichzeitige Vorliegen von subduralen Blutungen, Hinweiszeichen für eine diffuse Hirnschädigung (Enzephalopathie) und Netzhautblutungen. Säuglinge sind aus verschiedenen Gründen besonders gefährdet, durch Schütteln geschädigt zu werden. Der Kopf ist im Verhältnis zum Körper relativ groß und schwer und kann von der Nacken- und Halsmuskulatur noch nicht sicher gehalten werden. Zudem besteht in Bezug auf Gewicht, Körpergröße und Kraft ein erhebliches Missverhältnis zwischen der schüttelnden Person (Erwachsener) und dem geschüttelten Kind. Der Kopf kann also bei entsprechender Krafteinwirkung ungebremst hin und her schleudern, ohne dass der Säugling dies durch eigene Kraftanstrengung verhindern könnte. Ein weiterer Grund für die Verletzlichkeit der Strukturen im Schädelinneren ist die Unreife des Säuglingsgehirns. Im Schädelinneren kommt es zu Relativbewegungen zwischen der Hirnoberfläche und der inneren Schädelkapsel, die von der harten Hirnhaut ausgekleidet ist. Dadurch reißen die Brückenvenen zwischen Gehirn- und harter Hirnhaut und führen zu den typischen subduralen Blutungen, die im Gegensatz zu anderweitig traumatisch entstandenen subduralen Blutungen meist beidseitig vorliegen.

Entscheidend für die massive Schädigung der betroffenen Kinder und die schlechte Prognose ist die Schädigung des Gehirns auf mikrostruktureller Ebene. Durch das Zerreißen von feinen Nervenfasern wird das Gehirn diffus traumatisiert. Wahrscheinlich sind es insbesondere Verletzungen, die im Hirnstammbereich auftreten, die dazu führen, dass viele der betroffenen Kinder sofort nach dem Schüttelvorgang einen Atemstillstand erleiden. Der nachfolgende Sauerstoffmangel verschlechtert den eingetretenen Hirnschaden weiter. Es kommt zum Ausstrom von Gewebsflüssigkeit und damit zur Hirnschwellung (Hirnödem) und zum Hirndruck. Die ablaufenden mechanischen Vorgänge und biochemischen Kaskaden sind nicht bis ins letzte Detail verstanden. Dennoch geht man heute im Gegensatz zu früher davon aus, dass es nicht die Blutung unter die harte Hirnhaut ist, die zum Tode führt, sondern dass der schwere diffuse Hirnschaden für den meist dramatischen Verlauf verantwortlich ist. Die häufig gleichzeitig vorliegenden Netzhautblutungen entstehen vermutlich ebenfalls durch Relativbewegungen, die innerhalb des Augapfels beispielsweise zu Verschiebungen zwischen Netzhaut und Glaskörper oder zwischen Netzhaut und Netzhautgefäßen führen können.

Der als einer der Erstbeschreiber geltende amerikanische Kinderradiologe John Caffey zählte auch Brüche der langen Röhrenknochen zu einem integralen Bestandteil des Syndroms. In der Tat sind Knochenbrüche beim Schütteltrauma häufig anzutreffen, wobei es sich dabei

meist um Rippenbrüche und/oder Brüche im Bereich der Wachstumszonen der langen Röhrenknochen handelt. Das häufige Vorliegen von Rippenbrüchen kann als indirekter Beleg dafür gewertet werden, dass das Schütteln sehr gewaltsam erfolgt. Keinesfalls reicht ein einfaches Rütteln aus, wie es zuweilen bei störrischen Kindern an der Schulter erfolgt, um das Kind zum Zuhören oder Gehorchen zu bewegen. Auch „robustes“ Spielen mit Säuglingen führt nach allgemeiner Überzeugung nicht zu den Befunden eines Schütteltrauma-Syndroms. Das Schütteln muss mit großer Amplitude erfolgen und erfordert seitens des Erwachsenen Kraftanstrengung. Die amerikanische Akademie für Kinderheilkunde legt sich dahingehend fest, dass der Schüttelvorgang so heftig sein muss, dass ein Beobachter den Vorgang als unmittelbar lebensbedrohlich für das Kind einschätzen würde.

Eine besonders bizarre und noch nicht vollständig verstandene Form der Kindesmisshandlung ist das **Münchhausen-Stellvertretersyndrom** (englisch: Münchhausen's syndrome by proxy). Hier sind es offenbar ganz überwiegend oder ausschließlich Mütter, die Krankheitssymptome bei ihren Kindern induzieren (z.B. durch die nicht-indizierte Vergabe von toxischen Medikamenten, aber auch durch wiederholtes Beinahe-Ersticken), um dann medizinische Hilfe aufzusuchen, ohne dass dem Arzt gegenüber die Ursache der Symptomatik preisgegeben wird. Charakteristisch sind häufige Arztwechsel, immer wieder auftretende, nicht abzuklärende Symptome, das mütterliche Drängen auf eine umfangreiche, auch apparative Diagnostik und das Verschwinden der Symptome bei Trennung von Mutter und Kind, was als Ultima ratio diagnostisch eingesetzt werden kann, wenn diesbezüglich ein familiengerichtlicher Beschluss vorliegt.

Fallbeispiele

Fall 1

Ein zehn Monate alter Säugling wurde in der Notaufnahme einer Kinderklinik mit Hautablösungen in der



Abb. 3: Fall 1 – Gesäß- und Genitalregion mit scharf begrenzten, uniformen Verbrühungen zweiten Grades. Beachte die Verbrühung der Penis Spitze!

(das Foto wurde mit freundlicher Genehmigung des Institutes für Gerichts- und Verkehrsmedizin Bremen verwendet)

⁴ vertieft wird das Thema z.B. bei: Matschke J, Herrmann B, Sperhake J, Körber F, Bajanowski T, Glatzel M (2009) Das Schütteltrauma-Syndrom. Eine häufige Form des nicht-akzidentellen Schädel-Hirn-Traumas im Säuglings- und Kleinkindalter. Deutsches Ärzteblatt 106(16):211-217



Abb. 4: Fall 2 – (a) Deutlich geformtes Hämatom an der linken Wange mit (b) dazugehörigem Tatwerkzeug. (c) Die Übereinanderprojektion zeigt die Übereinstimmung.

Gesäßregion vorgestellt, die bereits seit dem Vortage bestanden und „wohl von der Windel“ herrührten.

An den Innenseiten der Oberschenkel, in der Damm- und Afterregion, an der Penisspitze sowie gleichförmig über beiden Gesäßhälften befanden sich ausgedehnte frische, überwiegend glattrandige Ablösungen der Epidermis mit stark gerötetem und feuchtem Wundgrund, die als Hautverbrühungen Grad 2a interpretiert wurden (Abb. 3). Der Verbrühungsgrad war in allen Wundregionen gleichförmig. „Zungen“ oder satellitenförmige Ausläufer des Wundgebietes fanden sich nicht. Die Analregion und die Rima ani waren von den Verletzungen ausgespart.

Von Seiten der Kinderklinik wurde eine Anzeige bei der Polizei erstattet. Von den Eltern wurde nun zunächst ein Badevorgang eingeräumt, bei dem der Vater am Kopfende der Wanne gesessen habe und das Kind an den Schultern festgehalten habe, während die Mutter ihn gewaschen habe. Das Kind habe zehn Minuten so gebadet und sich „dabei gefreut“. Beim Abtrocknen habe die Mutter bemerkt, dass sich die Haut am Gesäß ablöste. In einer späteren Erklärung gab der Vater dann an, dass er das Kind unter dem laufenden Wasserhahn habe säubern wollen. Das Kind habe dabei auf seinem Unterarm mit dem Po nach oben gelegen. Als er selbst gemerkt habe, dass das Wasser zu heiß gewesen sei, sei es bereits zu spät gewesen.

Das Gericht folgte dieser Schilderung, wonach es sich um ein Versehen bzw. einen Unfall gehandelt habe, nach Anhörung eines rechtsmedizinischen Sachverständigen nicht. Das Muster der Hautablösungen war nach Überzeugung des Gerichtes durch ein Überlaufen mit heißem Wasser nicht zu erklären, zumal dann zwingend Abrinnspuren und ein insgesamt ungleichmäßigeres Bild zu erwarten gewesen wären. Das Verletzungsbild ließ sich nur durch ein Hineintauchen des Gesäßes und der Penisspitze in heiße Flüssigkeit erklären. Der Vater wurde zu einer Bewährungsstrafe von einem Jahr und zehn Monaten verurteilt.

Fall 2

Im Rahmen eines Ermittlungsverfahrens wurden von der Polizei Fotografien eines fünfjährigen Kindes an die Rechtsmedizin zur Begutachtung übersandt (Abb. 4a). Fragestellung war, was diese Verletzungen hervorgerufen haben könnte. Auf den Fotos erkennt man ein geformtes Hämatom der linken Wange mit deutlicher Binnenmus-

terung. Der Abdruck mutete am ehesten wie das Profil einer Schuhsohle an. An die Polizei erging die Empfehlung, Schuhwerk aus dem Haus des Beschuldigten sicher zu stellen. Bei einem polizeilichen Hausbesuch öffnete der Beschuldigte die Tür und trug an den Füßen Pantoffeln mit Hartgummisohle (Abb. 4b). Eine Überprojektion von Verletzung und Sohle zeigt deutlich die Übereinstimmung (Abb. 4c).

Fall 3

Ein acht Monate alter männlicher Säugling wurde bewusstlos mit dem Rettungswagen in Begleitung der Mutter in ein Kinderkrankenhaus eingeliefert. Die Mutter gab an, dass dem Jungen ein Heizkörper, der sich von der Wand gelöst habe, auf den Kopf gefallen sei. Bei der Aufnahmeuntersuchung war das Kind tief bewusstlos und wies eine Schwellung der linken Kopfhälfte auf. Die Ärzte der Kinderklinik hatten Zweifel an dem berichteten Geschehensablauf und schalteten die Polizei ein. Der von der Polizei beauftragte rechtsmedizinische Gutachter untersuchte das Kind zwei Stunden nach Aufnahme im Auftrag der Polizei.

Mittlerweile war eine kraniale Computertomographie durchgeführt worden, die zwar zwei Kalottenfrakturen (links parietal und rechts occipital – Abb. 5a) aber keine Verletzungen im Schädelinneren zeigte. Noch während der Untersuchung klarte das Kind auf und extubierte sich selbst. Bei der rechtsmedizinischen Untersuchung fielen eine teigig-fluktuierende Schwellung der linken parieto-temporalen Region sowie drei diskrete, blass-violette, streifig imponierende Hautunterblutungen in der mittleren und linken Stirnregion auf (Abb. 5b). Der Abstand der Hämatome untereinander betrug 2 cm. Das Kind war in hervorragendem Pflege- und Ernährungszustand und wies keine weiteren Verletzungen auf. Gemeinsam mit Mutter und Polizei wurde dann die Wohnung aufgesucht. Hier zeigte sich, dass der Heizkörper im Wohnzimmer tatsächlich aus der Wandhalterung gefallen war und trotz aufsteigender Rohrverbindung frei bis zum Boden umfallen konnte. Die Position des Kindes während des Unfalles wurde von der Mutter mit einer Puppe nachgestellt (Abb. 5c). Der Abstand der „Rippen“ des Heizkörpers betrug etwa 2 cm (Abb. 5d). Am gegenüber liegenden Fernsehregal fanden sich frische Holzabsplitterungen sowie Teile des Thermostaten (Abb. 5e). Durch die Rekonstruktion am Geschehensort erschien die zunächst unglaublich klin-

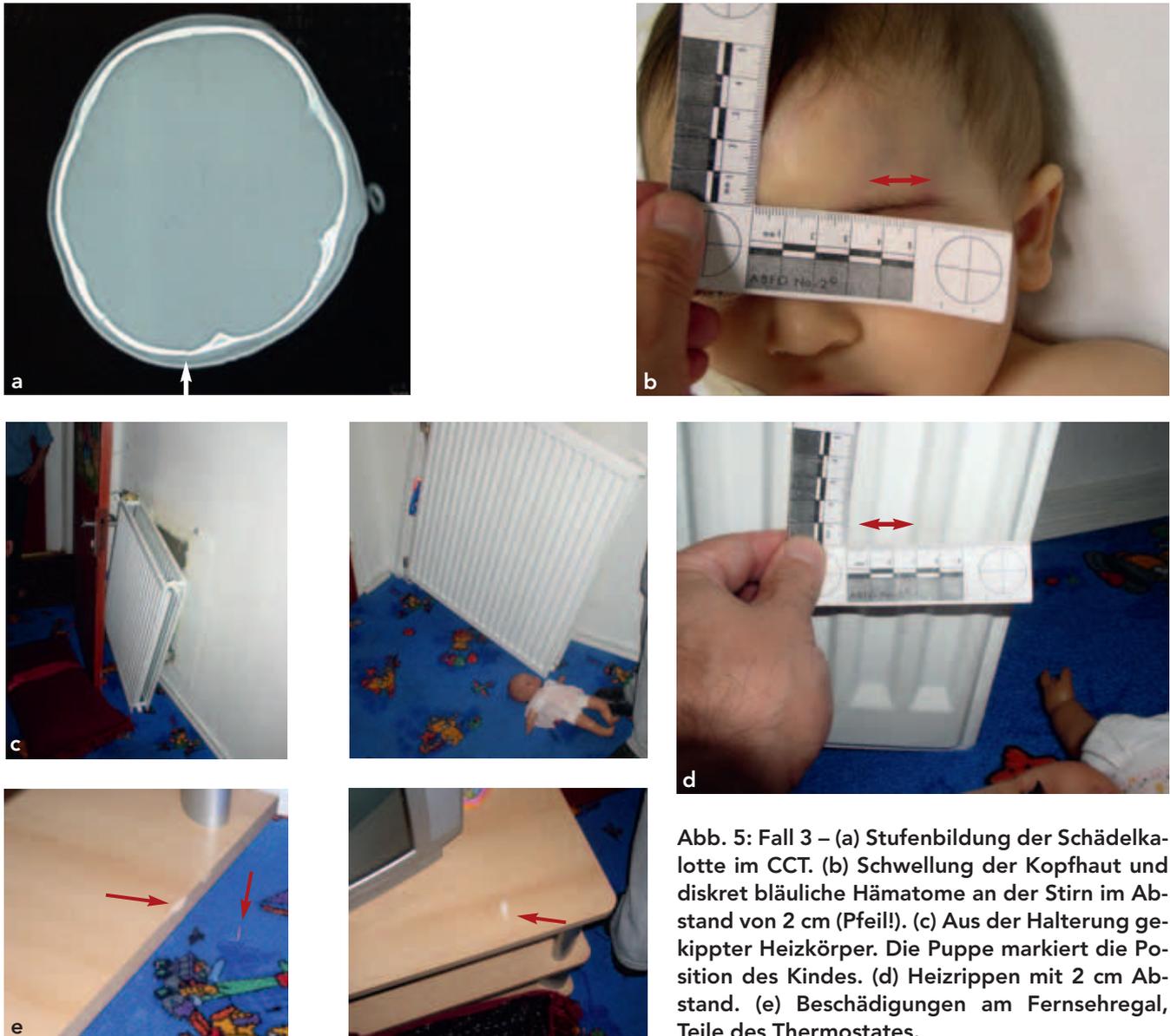


Abb. 5: Fall 3 – (a) Stufenbildung der Schädelkalotte im CCT. (b) Schwellung der Kopfhaut und diskret bläuliche Hämatome an der Stirn im Abstand von 2 cm (Pfeil!). (c) Aus der Halterung gekippter Heizkörper. Die Puppe markiert die Position des Kindes. (d) Heizrippen mit 2 cm Abstand. (e) Beschädigungen am Fernsehregal, Teile des Thermostates.

gende Schilderung eines Unfalles plausibel und vollständig nachvollziehbar. Die Ermittlungen wurden eingestellt. Der Junge hat sich vollständig erholt.

Fazit für die Praxis

Kindesmisshandlung ist eigentlich nicht schwer zu erkennen, wenn nicht weggesehen wird. Der Umgang mit den betroffenen Kindern und deren Familien verlangt Umsicht, Handlungssicherheit und diagnostische Kenntnisse. Gerade schwierige Fälle erfordern den interkollegialen und interdisziplinären Austausch. Fachliche Inkompetenz und Übereifer schaden sowohl misshandelten Kindern als auch zu Unrecht beschuldigten Familien. Die dargestellten Fälle zeigen nur einen kleinen Ausschnitt aus der täglichen rechtsmedizinischen Praxis, illustrieren aber exemplarisch den rekonstruktiv-analytischen Ansatz der rechtsmedizinischen Begutachtung.

Fall 3 steht dabei als Beispiel für den gar nicht so geringen Anteil von Verdachtsfällen, bei denen eine sorgfältige Untersuchung zur Entlastung der Eltern von falschen Vorwürfen führt.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. med. Jan-Peter Spherhake
 Institut für Rechtsmedizin
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Butenfeld 34
 22529 Hamburg
 E-Mail: spherhake@uke.de

Red.: Riedel

Der besondere Fall ● ● ●

Die neonatale Appendizitis – optimal getarnt



Bastian Wittstock

Die neonatale Appendizitis ist eine äußerst seltene Erkrankung des Früh- und Neugeborenen, die jedoch aufgrund ihrer hohen Mortalität nicht unterschätzt werden darf.

Der hier beschriebene Fall repräsentiert einen bemerkenswerten und raren Zufallsbefund in Kombination mit einer zusätzlich aufgetretenen Leistenhernie.

Leonardo da Vinci

Bereits Leonardo da Vinci stellte etwa um 1500 Vermutungen zur Appendix an: Sie sei „selbst ein Teil des Zäkum“ und besäße die Fähigkeit, „sich zu kontrahieren und zu dilatieren“. Deshalb seien wohl „exzessive Winde nicht in der Lage das Zäkum zu rupturieren“ (12, 13).

Die neonatale Appendizitis – Fallvorstellung

Neun Tage altes, männliches Neugeborenes von 41 + 4 Schwangerschaftswochen, Geburtsgewicht 2995 g. Schwangerschaft und Spontangeburt problemlos.

Bis zur Vorstellung wegen seit wenigen Stunden zunehmender Schwellung und Rötung in rechter Leiste und Skrotum unauffälliger Verlauf.

Befund: Rosiger Säugling, guter Allgemein- und Ernährungszustand, Gewicht 3200 g, Temperatur 37,8 °C oral. Weiche Bauchdecken mit Druckschmerz und auskultatorisch lebhaften Darmgeräuschen. Übriger körperlicher Status unauffällig.

Labor: Leukozyten 12,9/nl, CRP 19,5 mg/dl, Hb 12,9 g/dl, Thrombozyten 325/nl, Blutgasanalyse ausgeglichen, Urin unauffällig.

Bei dem Verdacht auf eine inkarzerierte Leistenhernie erfolgte keine Bildgebung.

Inkarzerierte Leistenhernie mit abszedierenden gangränöser Appendizitis

Die sofortige rechtsseitige Herniotomie bestätigte auf den ersten Blick eine inkarzerierte Hernia inguinalis rechts, mit zusätzlich gangränöser Appendizitis und Skrotalabszess rechts.

Es wurde eine Appendektomie über den inguinalen Zugang durchgeführt, der Bruchsack der Hernie verschlossen. Der rechte Hoden wurde, bei Abszedierung, inguinal entfernt.

Perioperative Antibiose mit Ampicillin und Sulbactam i.v. für 5 Tage. Im Abstrich Nachweis von *Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae*, *Enterococcus faecalis* und *Lactococcus*, Blutkulturen steril.

Eitrig-granulierende Entzündung des Hodens

Die Histologie zeigte eine gangränöse Appendizitis mit Perityphilitis, sowie eine eitrig-granulierende Entzündung des Periorchiums, der Hodenhüllen und des Hodengewebes.

Im Verlauf primäre Wundheilung, problemloser Kostaufbau ab dem ersten Tag nach OP, am siebten postoperativen Tag Entlassung nach Hause.

Eine elektive prophylaktische Orchidopexie der Gegenseite wurde leitliniengemäß ambulant geplant (3).

Die neonatale Appendizitis – Krankheitsbild

Der Häufigkeitsspitzen liegt zwischen dem sechsten und zwölften Lebensjahr (1).

Die Inzidenz der neonatalen Appendizitis liegt unter 0,04 Prozent. Sie weist eine hohe Morbidität und Mortalität auf. 20 bis 25 Prozent der Patienten versterben perioperativ. Bei den Erkrankten handelt es sich häufig um Frühgeborene, 25 bis 50 Prozent der neonatalen Appendizitiden kommen bei diesem Patientengut vor. In 75 Prozent der Fälle sind männliche Neugeborene betroffen. Die neonatale Appendizitis ist in etwa einem Drittel der Fälle assoziiert mit Inguinalhernien (alle Daten aus [2]).

Stark erhöhtes Peritonitis-Risiko

Aufgrund der zarten anatomischen Strukturen beim Neugeborenen, insbesondere aber beim Frühgeborenen, findet sich eine erhöhte Perforationsrate der Appendix mit konsekutiver Peritonitis und fulminanten Verläufen (8). Ein großes Problem ist dabei die Verzögerung der Diagnosestellung und somit des adäquaten Therapiebeginns.

Mögliche Ursachen: Isolierte NEC, Ischämie, mechanischer Druck?

Die Ursachen der Appendizitis sind beim Säugling (wie beim größeren Kind) nicht abschließend geklärt. Möglichkeiten sind:

Die Inzidenz der neonatalen Appendizitis liegt unter 0,04 Prozent. Sie weist eine hohe Morbidität und Mortalität auf.

Ein großes Problem ist das Risiko der verzögerten Diagnose und Therapie

1. Eine isolierte Form der Nekrotisierenden Enterokolitis (11).
2. Eine transiente intestinale Ischämie mit Perforation der Appendix im Verlauf – zum Beispiel bei der perinatalen Asphyxie, bei kardialen Anomalien, beim Persistierenden Ductus arteriosus (PDA), bei der extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) oder ähnlichem (6).
3. Ein erhöhter mechanischer Druck auf die Appendixbasis – zum Beispiel bei Mekoniumileus oder Morbus Hirschsprung (8).

Assoziation mit Frühgeburtlichkeit und Inguinalhernien

Häufige Co-Morbidität der neonatalen Appendizitis sind Frühgeburtlichkeit und Inguinalhernien. Des Weiteren sind der Morbus Hirschsprung, die Nekrotisierende Enterokolitis (NEC) und kardiale Anomalien zu nennen. Auf sehr seltene Co-Diagnosen sei an dieser Stelle nicht eingegangen.

Die klinische Symptomatik ist unspezifisch und umfasst Fieber, Erbrechen, Nahrungsverweigerung und eventuell ein ausladendes Abdomen (8). Typische Appendizitiszeichen sind in diesem Alter kaum zu erheben.

„Treat the patient“

Trotz Bildgebung (Abdomensonographie) und Laborchemie (Blut- und Urindiagnostik) steht die klinische Diagnosestellung im Vordergrund (1).

Es gilt, die Differentialdiagnosen NEC, Morbus Hirschsprung, Malrotation, Volvulus, Invagination, Magen- oder Darmperforation und Gastroenteritis auszuschließen. An eine basale Pneumonie muss eher bei älteren Kindern gedacht werden (1).

Treten eine oder mehrere der genannten Differentialdiagnosen hingegen zusätzlich auf und werden symptomatisch, kann dies mitunter zur früheren Operation führen und so die Mortalitätsrate senken (2, 8).

Historie: Die (neonatale) Amyand-Hernie

In dem zu Beginn vorgestellten Fall handelt es sich um eine sogenannte „Amyand-Hernie“. Diese beschreibt eine im Bruchsack inkarzierte Appendizitis. Eine medizinische Seltenheit, die nur in 0,13 Prozent der Appendizitiden auftritt (4, 8).

Erstbeschreiber dieser Hernie war Claudius d’Amyand (1681 bis 1740). Er war der „Leibchirurg“ von King George II of England (1683 bis 1760) und einer der Pioniere der Pockenimpfung. D’Amyand führte die erste als erfolgreich dokumentierte Appendektomie (14) durch.

Sie erfolgte am Nikolaustag, dem 6. Dezember des Jahres 1735, bei einem Elfjährigen. Dieser wies eine durch eine verschluckte Nadel perforierte Appendix auf, welche sich wiederum im Bruchsack einer Inguinalhernie des Knaben befand (4, 7, 10).

„Survival is dependent on rapid decision making.“

King George II war begeistert, einen derart ausgezeichneten Mediziner bei Hofe zu haben. Jedoch prägte nicht er den Satz „Survival is dependent on rapid decision making.“ – Diese wichtige Merkformel in Bezug auf die rasche Therapieeinleitung bei Verdacht auf eine neonatale Appendizitis findet man heute bei Jancelewicz et al. in ihrem Artikel „Neonatal appendicitis: a new look at an old zebra“ (2).

Späte Diagnose einer gangränös-abszedierenden Appendizitis – positive Aspekte?

In ganz seltenen Fällen kann eine nicht rechtzeitig erkannte oder nicht optimal therapierte Appendizitis auch ihr Gutes haben: Im Falle des Malers und Bildhauers Henri Matisse (1869 bis 1954) war es so. Er begann als Zwanzigjähriger im Jahre 1889, nach einer Blinddarmoperation, deren Folgen ihn ein Jahr lang ans Bett fesselten, mit der Malerei. Dies geschah auf Anregung seiner Mutter, die ihm einen Malkasten schenkte. Matisse gab daraufhin 1891 – zum Kummer seines Vaters – sein vor nicht allzu langer Zeit begonnenes Jurastudium auf (9).

Gleichwohl heißt es jedoch für uns, wachsam zu bleiben. Bei möglicher Symptomatik muss auch an die Neonatale Appendizitis gedacht werden. Nur so werden wir in der Lage sein, die wichtigen „rapid decisions“ zum Überleben und zur komplikationslosen Genesung der jüngsten unserer Patienten zu treffen.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Bastian Wittstock
Assistenzarzt
Abteilung für Kinderchirurgie / Kinderurologie
Kinderkrankenhaus auf der Bult
Träger: Hannoversche Kinderheilstätte
Janusz-Korczak-Allee 12
30173 Hannover
wittstock@hka.de

Die Amyand-Hernie beschreibt eine im Bruchsack inkarzierte Appendizitis

Red.: Christen



Der Bildband „Gesundheit First Class in Deutschland“ bietet in luxuriöser Ausstattung ein einzigartiges Panorama der Kur- und Wellness-Angebote in Deutschland. Er versammelt die wichtigsten, schönsten, exklusivsten Adressen, gegliedert nach Regionen. Ausgewählte Hotels, die das ganz Besondere bieten, sind hier ebenso zu finden wie renommierte Kliniken in den traditionsreichen Kur- und Badeorten. Das Autorenteam vom Redaktionsbüro Lück, München, hat Wert auf das Exklusive gelegt und jene Wellness-, Fitness- und Freizeitangebote dokumentiert, die einen Kur- und Wellness-Aufenthalt zu einem unvergesslichen Erlebnis machen. Umfassend wird der Leser über Kontaktadressen, Internet-Anschriften, Service, Preise u.v.m. informiert. Sport- und Freizeit-Tipps von Nordic Walking über Bergsteigen bis Drachenfliegen runden das Angebot dieses ebenso nützlichen wie ästhetischen Bildbandes ab.

208 Kunstdruckseiten, durchgehend farbige Abbildungen, Großformat 23 x 26,5 cm, Kunstledereinband mit Goldprägung, ISBN 978-3-7950-7047-2 · **Erhältlich im örtlichen Buchhandel oder direkt beim Verlag. € 28,20**

SCHMIDT RÖMHILD DEUTSCHLANDS ÄLTESTES VERLAGS- UND DRUCKHAUS SEIT 1579

Max Schmidt-Römhild KG, Mengstraße 16, 23552 Lübeck, Tel. 04 51/70 31-2 67, Fax 04 51/70 31-2 81, www.schmidt-roemhild.de, vertrieb@schmidt-roemhild.com

Definition von abgekochtem Wasser

**CONSILIUM
INFECTORIUM**

Prof. Dr. med.
Axel Kramer

Frage:

Hersteller von Säuglingsnahrung empfehlen „abgekochtes Wasser“ zu verwenden. Fast alle Eltern erwärmen das Wasser im elektrischen Wasserkocher.

Wie lange sollte man Wasser kochen, wenn es heißt: „Abgekochtes Wasser“ verwenden?

Antwort:

Heißwasser wurde lange Zeit unbewusst, später bewusst zum Zweck der Desinfektion eingesetzt. Unter Heißwasser versteht man Wasser mit einer Temperatur zwischen 85 und 95 °C. Bei Einhaltung einer Einwirkzeit von 5–10 Min. ist dieses Verfahren in der Lage, Erreger des Wirkungsbereichs A (vermehrungsfähige Bakterien einschließlich Mykobakterien, Pilze und Pilzsporen) und des Wirkungsbereichs B (Viren) abzutöten bzw. zu inaktivieren (1).

Unter Auskochen wird ein spezielles Desinfektionsverfahren verstanden, bei dem Heißwasser unter Zusatz von 0,5 % Soda angewendet wird. Dabei ist es möglich, bei einer Temperatur von 85–95 °C Erreger des Wirkungsbereichs A und B innerhalb von 3 Min. zu töten bzw. zu inaktivieren. Eine 15-minütige Einwirkungszeit

schließt auch Sporen von *Bacillus anthracis* (Wirkungsbereich C) ein. Durch Dampf von 100 °C (nichtgespannter Dampf) reichen zur Abtötung von Erregern des Wirkungsbereichs A 5 Min. (1).

Für die erforderliche Einwirkungszeit durch Auskochen ohne Sodazusatz waren keine Daten recherchierbar. Aus der Extrapolation der o. g. Daten ist für Auskochen ohne Sodazusatz eine Einwirkungszeit von 5 Min. als sicher (mit Sicherheitsreserve) anzusehen.

Literatur

- (1) Assadian O, Kramer A. Desinfektion unbelebter Materialien. In: Kramer A, Assadian O (Hrsg) Wallhäußers Praxis der Sterilisation, Desinfektion, Antisepsis und Konservierung. Stuttgart: Thieme, 2008:164-5.

Prof. Dr. med. Axel Kramer
Ernst Moritz Arndt Universität
Institut für Hygiene und Umweltmedizin
Walther-Rathenau-Str. 49a
17475 Greifswald

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

Welche Diagnose wird gestellt?

Peter Müller und Gunter Kurze

Anamnese und Befunde

Das Mädchen wurde als erstes Kind nichtverwandter, gesunder Eltern nach unauffälliger Schwangerschaft zum Termin und eutroph geboren. Unmittelbar postnatal fielen generalisierte, bullös-erosive Hautveränderungen mit eigenartig verdickten Hautarealen auf (Abb. 1). Diese Hauterscheinungen persistierten im Kleinkindalter trotz intensiver Pflegemaßnahmen mit harnstoffhaltigen Emulsionen und schlossen Gesicht, Hand- und Fußsohlen ein. Nägel, Zähne und Haare waren normal ausgebildet (Abb. 2).



Abb. 1: Integument in der Perinatalphase – einem „Kolloid-baby“ ähnlich



Abb. 2: Patientin im Alter von 18 Monaten mit einer generalisierten, erosiven Hyperkeratose

Wie lautet die Diagnose?

(Auflösung auf S. 799)

Diagnose: Epidermolytische Hyperkeratose (EHK); OMIM 113800

Differentialdiagnosen

Epidermolysis bullosa simplex, Ichthyosis congenita

Verlauf

Typischerweise kommen betroffene Kinder mit einer Erythrodermie auf die Welt. Erst ab der 4. Lebenswoche kommt es bei dieser Genodermatose an mechanisch beanspruchten Stellen zur Blasenbildung, weil ein Keratindefekt vorliegt. Deshalb ist diese Erkrankung auch unter dem Synonym „bullöse kongenitale ichtyosiforme Erythrodermie“ bekannt (Abb. 3). Bei dieser Patientin konnte die Punktmutation Tyr14Ser im Gen des Keratin 10 nachgewiesen werden (1). Die Mutation in der hochkonservierten Regionen des Keratin

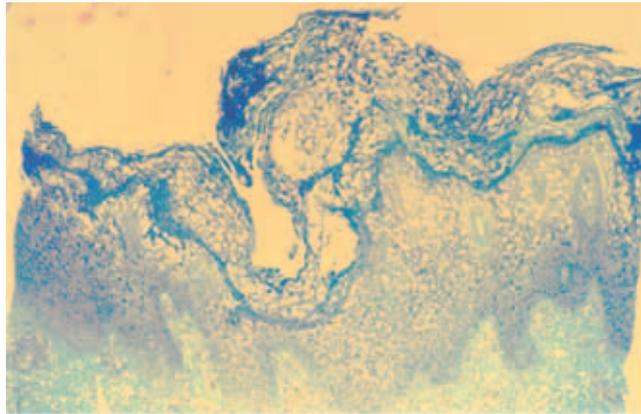


Abb. 4: Typisches histologisches Bild der EHK mit verklumpten Keratinen in der Suprabasalschicht sowie in der sehr lockeren hyperkeratotischen Hornschicht (HE-Färbung, 28-fache Vergrößerung)

10 führt zu einer Störung der Fibrillenbildung. Damit können sich die Keratinmoleküle nicht strukturiert vernetzen und es re-

sultiert ein Kollaps des Keratin-Zytoskelletts mit den typischen Keratinverklumpungen (Abb. 4). Die Vererbung erfolgt autosomal dominant, aber es gibt wie in dieser Familie auch Spontanmutationen als Auslöser von schweren Verläufen der Erkrankung. Die Behandlung kann nur symptomatisch und konservativ mit retinoid- und harnstoffhaltigen Externa und mit begrenztem Effekt erfolgen. Eine invasive Abtragung der Hyperkeratosen ist – wie bei dieser Patientin – nicht indiziert, weil Hautirritationen zur Hyperproliferation führen und die Hyperkeratose nur verstärken.

Literatur:

1. Arin MJ et al.: A novel substitution in keratin 10 in epidermolytic hyperkeratosis. *J Invest Dermatol* 112:506-8 (1999)

Korrespondenz:

PD Dr. med. P. Müller
HELIOS Krankenhaus Leisnig
Colditzer Str. 48
04703 Leisnig

Red.: Höger



Abb. 3: Schwere Hyperkeratose mit Erosionen an mechanisch beanspruchten Hautregionen im Alter von 5 Jahren



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.



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Primäres Beatmungsmanagement bei extrem unreifen Frühgeborenen – CPAP vs. Intubation

Early CPAP versus Surfactant in Extremely Preterm Infants SUPPORT Study Group of the Eunice Kennedy Shriver NICHD Neonatal Research Network

N Engl J Med 362:1970-9 (Juni 2010)

Die Studiengruppe SUPPORT aus den USA führte eine prospektive, randomisierte Multizenter-Studie bei 1316 extrem unreifen Frühgeborenen aus der 24.–27. Schwangerschaftswoche durch. 565 Säuglinge waren in der 24.–25. Schwangerschaftswoche, 751 in der 26.–27. Woche geboren, wobei die Häufigkeiten in gleicher Weise auf beide Studiengruppen entfiel.

Die Säuglinge wurden randomisiert: entweder a) im Kreißsaal beginnend CPAP-Versorgung, verbunden mit einer protokollbestimmten limitierten Beatmungsstrategie für im Mittel 3–4 Wochen (*CPAP-Gruppe*) oder b) innerhalb der 1. Stunde nach der Geburt Intubation und intratracheale Surfactant-Gabe (*Surfactant-Gruppe*), gefolgt von einer konventionellen Beatmung für einen Zeitraum von im Mittel 3–4 Wochen.

Beatmung mit positivem Druck erhielten im Kreißsaal 65,7% der *CPAP-Gruppe* gegenüber 92,9 % der *Surfactant-Gruppe* ($p < 0,001$).

Auch die Säuglinge der *CPAP-Gruppe* wurden bei Bedarf nach genauen Vorgaben zur Reanimation intubiert (64 %) und beatmet sowie mit Surfactant behandelt; sie durften ebenfalls bei Bedarf nach vorgegebenen Kriterien auf der Intensiv-Station intubiert und beatmet werden (83 %).

Die Säuglinge der *CPAP-Gruppe* wurden im Mittel 24,8 Tage, die der *Surfactant-Gruppe* 27,7 Tage beatmet.

Zusätzlich erhielten die Säuglinge randomisiert Sauerstoff in zwei Sättigungs-Grenzbereichen (87–91 % vs 91–95 %).

Primäres Studienziel waren Tod oder bronchopulmale Dysplasie, definiert als $> 30\%$ erhöhte Sauerstoffabhängigkeit im Alter von 36 Schwangerschafts-Wochen, mit dem Versuch einer Sauerstoff-Entwöhnung bei einem Bedarf $\leq 30\%$. Die Mortalität zeigte in beiden Gruppen bis zum erreichten Alter von 36 Schwangerschaftswochen mit 14,2 vs 17,5 % ($p = 0,09$) keinen signifikanten Unterschied. Die Häufigkeiten für die Entwicklung einer bronchopulmonalen Dysplasie, definiert als Sauerstoffabhängigkeit $\geq 30\%$, unterschieden sich ebenfalls nur marginal (40,2 % vs. 44,3 %, $p = 0,32$).

Die Säuglinge der *CPAP-Gruppe* benötigten seltener eine Intubation oder postnatale Kortikosteroide als die Säuglinge aus der *Surfactant-Gruppe* ($p < 0,001$) und erhielten weniger Tage eine mechanische Beatmung. Die Zahl der Überlebenden am 7. Lebenstag, ohne mechanische Beatmung, war in der *CPAP-Gruppe* größer ($p = 0,01$). Die Häufigkeit weiterer unerwünschter Folgen, wie z.B. nekrotisierende Enterocolitis, intraventrikuläre Hirnblutungen, schwere Retinopathie, unterschieden sich nicht signifikant für beide Gruppen.

Die Studienergebnisse unterstützen nach Meinung der Autoren die frühzeitige Anwendung von CPAP im Kreißsaal als eine Alternative zu Intubation und Surfactant auch für extrem unreife Frühgeborene. Randomisierung vor der Entbindung führte bei einigen Säuglingen der *CPAP-Gruppe* zur Notwendigkeit einer Intubation und Beatmung im Kreißsaal.

Zu einem Pneumothorax kam es in der *CPAP-Gruppe* bei 6,8 %, in der *Surfactant-Gruppe* bei 7,4 %.

Die vorgegebenen Grenzwerte der Sauerstoffsättigung mit 85–89 vs 91–95 % wurden effektiv nicht eingehalten: Die Auswertung nach Öffnung der Randomisierung erbrachte effektiv Grenzen von 89–97 vs 91–97 % im Mittel nur einen Unterschied von 3 %. Die retrolentale Fibroplasie zeigte in diesen Gruppen keine signifikanten Unterschiede. Die bronchopulmonale Dysplasie im Alter von 36 Gestationswochen war in der Gruppe mit niedrigeren Sauerstoffsättigungswerten nicht signifikant höher als in der mit höheren Grenzwerten. Die Sterblichkeit vor Entlassung war in der Gruppe mit niedrigeren Sauerstoff-Sättigungswerten gering höher ($p = 0,04$).

Kommentar

Wesentliche Aussage der vorliegenden Studie ist der Hinweis, dass auch bei extrem unreifen Frühgeborenen der 24.–25. und 26.–27. Schwangerschaftswochen eine CPAP-Anwendung im Kreißsaal als Alternative zur sofortigen Intubation und Surfactant-Gabe vertretbar und für einen Teil der Fälle vorteilhaft ist. Sie verhindert aber bei der Mehrzahl der Fälle nicht die Erfordernis einer späteren Intubation und Beatmung sowie Surfactant-Gabe. Die Studie ermöglicht keine Voraussage, welche der Neugeborenen schließlich von der CPAP-Anwendung profitieren. Dies muss in einer weiteren Studie versucht werden nachzuweisen.

Die verschiedenen geprüften Variablen ergaben keine signifikanten Unterschiede für beide Gruppen. Eine Aussage, welche der beiden gewählten Sauerstoffsättigungs-Grenzen effektiv und sicher sind, kann die Studie nicht liefern.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Hautdesinfektion mit Chlorhexidin

Pilot Trial to Compare Tolerance of Chlorhexidine Gluconate to Povidone-Iodine Antisepsis for Central Venous Catheter Placement in Neonates

JS Garland, CP Alex et al. *Journal of Perinatology* 29 (2009), 808–813

Effect of Chlorhexidine Gluconate on the Skin Integrity at PICC Line Sites

M Vischer, MV deCastro et al. *Journal of Perinatology* 29 (2009), 802–807

Does Skin Cleansing with Chlorhexidine Affect Skin Condition, Temperature and Colonization in Hospitalized Preterm Low Birth Weight Infants?: A Randomized Clinical Trial

MJ Sankar, VK Paul et al. *Journal of Perinatology* 29 (2009), 795–801

Chlorhexidin wurde von Garland 2 %ig in alkoholischer Lösung bei Frühgeborenen mit einem Gewicht über 1500 g und älter als 7 Tage bei Anlage peripher eingeführter zentraler Venenkatheter und wöchentlich bei Wechsel der Polyurethanfolie zur Hautdesinfektion genutzt. Wegen befürchteter Nebenwirkungen war die Studie nicht bei jüngeren und unreiferen / leichteren Frühgeborenen von der FDA zugelassen. Kontaktdermatitis, die bei Anwendung von Chlorhexidin-imprägnierter Folie auftrat (Garland JS u.a.: Local reactions to a chlorhexidine gluconate-impregnated antimicrobial dressing in very low birth weight infants. *Pediatr Infect Dis J* 1996; 15: 912–914.), wurde von Garland nicht beobachtet, durch Resorption traten Chlorhexidin-Blutspiegel bis 18 ng/ml auf. Jodhaltige Lösungen sind zwar hautschonend, können aber durch Jod-Resorption zu einer (transienten) neonatalen Hypothyreose führen.

Hautreizungen sind nicht allein auf (2 %) Chlorhexidin zurückzuführen: Vischer et al. beobachteten bei 40 Frühgeborenen von im Mittel 32 Schwangerschaftswochen (SSW), dass allein ein Folienverband Erythem-erzeugend wirkt.

Eine Hautreinigung mit Chlorhexidin 0,25 % unmittelbar nach der Geburt bei Frühgeborenen von 28 bis 36 SSW und einem Geburtsgewicht von 1001 bis 2000 g blieb ohne Hautnebenwirkungen während einer einwöchigen Nachbeobachtung bei Vergleich mit einer Kontrollgruppe (Sankar et al.).

Kommentar

Neben der Verträglichkeit sind die Wirksamkeit (Chlorhexidin hat eine eingeschränkte Wirkung gegen Pseudomonaden) und die Langzeitwirksamkeit (Remanenz) wichtig: für Chlorhexidin wird diese postuliert, aber in Frage gestellt (Rotter ML u.a.: Population Kinetics of the Skin Flora on Gloved Hands Following Surgical Hand Disinfection with 3 Propanol-Based Hand Rubs: A Prospective, Randomized, Double-Blind Trial. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 28 (2007), 346–350, S. 347).

Alternativ ist Octenidin 0,1 % in alkoholischer Lösung (Octeniderm) anwendbar. Um Hautverätzungen durch den 75 %igen Alkohol des Octeniderm zu vermeiden, wird Octenidin in Kombination mit 2 % Phenoxyläthanol (Octenisept) außerhalb der Zulassung (nur für Wundbehandlung) bei Frühgebo-

renen benutzt (mit dem Nachteil der Phenoxyäthanol-Resorption). Bis zur angestrebten Zulassung bietet der Hersteller auf Grund der RKI-Empfehlung (Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g. Bundesgesundheitsblatt 50 (2007), 1265-1303) Klinikapotheken Octenidin als Reinsubstanz an, die auch schleimhautverträglich ist (Wilson Ch, Dettenkofer M: Hautdesinfektion bei Anlage und Versorgung intravasaler Katheter. Krankenhaushygiene up2date 3 (2008), 161-169).

(Jürgen Christoph, Hannover)

Cortisontherapie durch Eltern bei Asthma

Parent-initiated Treatment with Prednisolone Can Reduce Symptoms for Children with Acute Asthma Exacerbations

Vuillermin P et al., *BMJ* 340:c843 (März 2010)

Systemische Steroide können den Beginn einer akuten asthmatischen Exazerbation bei Kindern abmildern, wenn sie früh gegeben werden. In Victoria in Australien wurden 230 Kindern im Alter von 5 bis 12 Jahren mit der Anamnese von rezidivierenden Episoden von akutem Asthma in einer placebokontrollierten Studie mit einbezogen, bei der bei Beginn einer akuten Exazerbation früh seitens der Eltern mit einer Prednisolon-Therapie (1 mg/kg/Tag) oder mit Placebo begonnen wurde. Nach einem dreijährigen Zeitraum hatten 131 der 230 Kinder eine oder mehrere Asthmaepisode, die von den Eltern mit Prednisolon oder Placebo behandelt worden sind, durchgemacht, 155 Episoden waren mit Prednisolon und 153 mit Placebo behandelt worden – neben der üblichen Therapie mit inhalativen Betamimetika. Ein Tagessymptom-Score war in der Prednisolongruppe um 15% niedriger als in der Placebogruppe ($P = 0.023$), weiterhin ergab sich ein um 16% reduzierte Nachtsymptom-Score ($P = 0.05$) sowie eine verringerte Wahrscheinlichkeit, weitere medizinische Hilfe zu benötigen ($P = 0,01$). Auch die Schulfehlzeiten waren signifikant niedriger (im Mittel minus 0,5 Tage, 95% Intervall 0,8 bis 0,0 Tage, $P = 0.045$).

Die Autoren schließen hieraus, dass eine durch Eltern gegebene orale Prednisolontherapie bei Beginn einer akuten Asthmaepisode sowohl die Tages- als auch die Nachtsymptome reduziert und oft weitere medizinische Hilfe unnötig macht sowie Schulfehlzeiten verringert.

Kommentar

Früh gegebene systemische Steroide durch die Eltern scheinen einen geringen, aber signifikanten positiven Effekt auf Symptome und eine raschere Besserung des Asthmas zu haben. In dieser Kohorte waren alle Kinder und Eltern gut geschult, Salbutamol wurde großzügig und frühzeitig angewendet und sogar 12 Hübe von Salbutamol wurden empfohlen. Man beachte, dass Kleinkinder nicht eingeschlossen wurden, diese haben allerdings die höchste Rate an stationären Einweisungen. Warnen muss man vor einer generellen Anwendung von wiederholten kurzen Gaben von oralen Steroiden, hier können durchaus signifikante Nebenwir-

kungen auftreten. Aus diesem Grunde sollte man sich die Familien, denen man orale Steroide im Notfallplan an die Hand gibt, genau aussuchen und diese entsprechend schulen.

(Frank Riedel, Hamburg)

Diagnostische Innovation bei obstruktiver Uropathie

Urinary Proteome Analysis Identifies Infants but not Older Children Requiring Pyeloplasty

Drube J, Zürlbig P, Schiffer E, et al. *Pediatr Nephrol.* 25: 1595-6 (September 2009)

Eines von 5 Kindern, das an einer Obstruktion des ureteropelvinen Übergangs leidet, muss mit einer Pyeloplastie operativ versorgt werden. Diese hohe Prävalenz macht deutlich, wie wichtig eine frühe Diagnosestellung ist, um einen Nierenschaden zu vermeiden. Vor kurzem wurde ein neuer, nicht-invasiver Proteomics-Urintest entwickelt, um eine Früherkennung zu ermöglichen. In dieser Studie wurde geprüft, ob der Test auch in anderen Zentren und bei älteren Kindern einsetzbar ist. 27 Kinder (medianes Alter 0,4 Jahre, Bereich 0,1-8,8) mit Hydronephrose, die zu einem Isotopennephrogramm (ING) in die Klinik kamen, um eine urodynamisch relevante Stenose zu diagnostizieren, wurden in die prospektive Studie aufgenommen. Kindern mit vorherigen Operationen des Harntraktes wurden ausgeschlossen. Das Urin-Proteom-Pattern wurde mit Hilfe von Kapillar-Elektrophorese gekoppelt an Massenspektrometrie analysiert. Von den 27 Kindern wurde im ING bei 11 Kindern eine relevante Stenose ureteropelvinen Übergang diagnostiziert. Bei 19 Kindern < 1 Jahr hat die Urin-Proteom-Analyse eine Obstruktion mit einer Sensitivität von 83% (5/6) und einer Spezifität von 92% (12/13) vorhergesagt. Bei älteren Kindern fiel die Sensitivität auf 20% (1/5) und die Spezifität auf 66% (2/3) ab. Basierend auf diesen Ergebnissen folgern die Autoren, dass das Proteom-Muster die Notwendigkeit einer Operation bei Säuglingen vorhersagen kann, nicht jedoch bei älteren Kindern.

Kommentar

Die Studie von Drube et al. zeigt überzeugend, dass mit Hilfe von Urin-Proteomanalyse als nicht-invasivem diagnostischen Verfahren die Notwendigkeit einer Operation bei ureteropelviner Stenose vorhergesagt werden kann. Sie zeigt aber auch, dass die Proteommuster offensichtlich altersspezifisch sind. Auch für andere kinderurologische Probleme, wie z.B. den hochgradigen vesikoureteralen Reflux sind bereits Proteom-Muster beschrieben worden, die aktuell in großen multizentrischen Studien validiert werden. Der besondere Reiz dieses diagnostischen Vorgehens liegt darin, dass das Kind lediglich einen Urin abgeben muss und schmerzhaft sowie strahlenbelastende Verfahren wie das Isotopennephrogramm oder die Miktionscystourethografie in Zukunft sehr viel seltener durchgeführt werden müssen. Falls nach Validierung die Kosten für diese Tests von den Krankenkassen übernommen werden, können sie mittelfristig bei Kindern mit klinischen oder sonografischen Verdachtsdiagnosen eingesetzt und langfristig vielleicht sogar Bestandteil von U-Untersuchungen als Screeningverfahren werden. (Lars Pape, Hannover)

Jahresrückblick 2010

Entwicklung im Verband

Unsere Mitgliederzahl nähert sich inzwischen der Marke von 12.000 und steigt unverändert weiter an. Erfreulicherweise haben wir weiterhin eine deutliche Zunahme von Mitgliedern aus dem Bereich der Weiterbildungsassistenten und der Fachärztinnen und Fachärzte in den Kinderkliniken. Aber auch zahlreiche leitende Ärztinnen und Ärzte in den Kinderkliniken merken zunehmend, dass der BVKJ berufspolitisch sehr aktiv ist und sich bemüht, die berufspolitischen Interessen aller Kinder- und Jugendärzte zu vertreten. Hier gebührt dem Vizepräsidenten, Prof. Dr. Ronald Schmid und dem Vertreter der Assistenzärzte im Vorstand, Herrn Ludwig Schmid, großer Dank für ihre neuen Ideen und ihren Einsatz.

Die Delegiertenversammlung und die Sitzungen unserer zahlreichen Ausschüsse in Bad Orb haben wieder einmal gezeigt, dass sich viele Kolleginnen und Kollegen konstruktiv in die zahlreichen und immer weiter wachsenden Aufgaben im BVKJ und in der BVKJ-Service GmbH mit ihren Ideen einbringen und bereit sind, die Zukunft der Pädiatrie in Deutschland mit zu gestalten. Entgegen den in PädInform von einigen wenigen heraufbeschworenen Untergangsszenarien verliefen diese Sitzungen der Gremien des BVKJ harmonisch und haben noch einmal sehr deutlich gemacht, wie wichtig für die meisten unserer gewählten Funktionsträger und für die große Mehrzahl unserer Mitglieder die Einheit der Kinder- und Jugendmedizin ist. Die AG Zukunft wurde in Bad Orb mit einem neuen Mandat versehen und wird in geänderter Zusammensetzung Vorschläge zur Gestaltung der Verbandsarbeit machen. Dafür danke ich allen, die sich engagieren.

Honorarentwicklung

Die Entwicklung der Honorare aus vertragsärztlicher Tätigkeit spiegelt zwar immer noch nicht wider, welche umfangreiche Arbeit Kinder- und Jugendärzte täglich in ihren Praxen leisten, es stellt sich aber in nahezu allen KV-Bereichen eine leichte Aufwärtsentwicklung dar. Unter den Arztgruppen im hausärztlichen Versorgungsbereich haben wir Kinder- und Jugendärzte die Spitzenposition, im Vergleich aller Arztgruppen liegen wir im KV-Umsatz im Mittelfeld. Ziehen wir die Praxiskosten bei allen Arztgruppen ab, rangieren wir Kinder- und Jugendärzte im oberen Viertel aller Arztgruppen. Wir werden auch im neuen Jahr alles tun, um die wirtschaftliche Situation weiter zu verbessern und die Bürokratie, soweit es in unseren Möglichkeiten steht, abzubauen.

Selektivverträge

Wir wissen, dass Ihnen unsere Selektivverträge zusätzliche Arbeit bescheren, aber sie bringen auch zusätzliche Einnahmen. Wenn wir die Gelder, die die Politik für den Ausbau der Prävention zur Verfügung stellt, nicht

ungenutzt lassen wollen, müssen wir diese Möglichkeiten nutzen, mit Inhalten füllen und unsere Kompetenz täglich im Wettbewerb mit anderen Arztgruppen und Professionen belegen.

Leider ergeben sich in der Zusammenarbeit mit einigen KVen ganz erhebliche Probleme. Insbesondere die KVen in Hessen und Schleswig-Holstein stellen sich stur und verhindern so eine einfache Abrechnung der Selektivverträge. Wir haben schon sehr flexibel reagiert, aber es gibt einfach Grenzen. An der Qualität und bestimmten Qualifikationen kann es keine Abstriche geben. Wir werden darauf reagieren und immer dann, wenn die KVen für uns nicht erfüllbare Maximalforderungen stellen, wieder zweiseitige Verträge mit den Kassen abschließen und die KVen außen vor lassen müssen. Die KVen schneiden sich ins eigene Fleisch und nutzen neue Möglichkeiten nicht.

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ist weiterhin beispielhaft. Bitte beachten Sie auch unsere täglichen Meldungen unter www.kinderaerzte-im-netz.de, sowie unseren Presseordner unter der gleichen Adresse. Die Zusammenarbeit zwischen Präsident, Pressesprecher Dr. Fegeler, Pressebeauftragten der Landesverbände und unseren Medienverbindungsleuten Frau Regine Hauch, Herrn Raimund Schmid und unserem Internetpartner Monks war sehr gut und hat ganz wesentlich zu dieser breiten öffentlichen Resonanz beigetragen. Sie können diese Arbeit durch Ihre Homepage bei www.kinderaerzte-im-netz.de ganz wesentlich unterstützen.

Zukünftige pädiatrische Versorgung und Blick nach vorn

Der Wandel in der Kinder- und Jugendmedizin wird in allen Bereichen weiter fortschreiten. Wir müssen zunehmend belegen, dass unser Versorgungssystem der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nützt, kostengünstiger als andere Versorgungssysteme ist und von der Bevölkerung gewünscht wird. Dafür haben wir erste Strukturen geschaffen, sind aber auf Ihre Mitarbeit dringend angewiesen. Dazu gehört der Ausbau der Jugendmedizin, die Versorgungsforschung, das Engagement in der Öffentlichkeit und die Mitarbeit in den Gremien der Selbstverwaltung.

In vielen KVen und Kammern ist uns bei den Wahlen in diesem Jahr eine überdurchschnittlich große Präsenz gelungen, leider sind wir aber in einigen VVen der KVen nicht vertreten, auch in einigen Kammern unterrepräsentiert. Daran müssen wir arbeiten.

In 2011 wählen wir auf der Delegiertenversammlung in Bad Orb den Vorstand des BVKJ für die Periode vom 01.11.2011 bis 31.10.2015 neu. Wählbar ist jedes Mitglied des BVKJ.

Ich danke zum Schluss allen, die sich im zu Ende gehenden Jahr auf verschiedenen Ebenen engagiert und für



Dr. Wolfram Hartmann

unsere gemeinsamen Belange eingesetzt haben. Ein ganz besonderer Dank gilt natürlich dem Vorstand und den vielen Funktionsträgern in den zahlreichen Ausschüssen des Verbands und den Landesverbänden.

Ohne dieses großartige Engagement neben einem Hauptberuf als Arzt oder Ärztin wäre eine erfolgreiche Verbandsarbeit nicht möglich. Ich weiß, dass viele ihre Belastungsgrenze erreicht haben.

Daher richte ich an alle den Appell, nach außen Geschlossenheit zu zeigen und uns die Arbeit nicht zusätzlich zu erschweren. Denn nur gemeinsam sind wir stark. Natürlich haben fast 12.000 Mitglieder in vielen Fragen unterschiedliche Ansichten und sehen unterschiedliche Lösungsansätze. Ich bin mir sicher, dass alle die Kinder- und Jugendmedizin in allen Versorgungsbereichen stärken und auf Dauer erhalten möchten.

Wichtig ist mir, dass wir als Verband sowohl innerärztlich als auch nach außen respektiert und als verlässlicher

Partner angenommen werden. Aktionen, die die Öffentlichkeit gegen uns aufbringen und unser hohes Ansehen bei Politik und Medien gefährden, helfen weder uns in unserer Verbandsarbeit noch den Kindern und Jugendlichen, deren Interessen wir mit großem Erfolg nach außen vertreten. Wir brauchen Augenmaß und einen langen Atem.

Auch unserem Hauptgeschäftsführer, Herrn Eßer, unserer Geschäftsführerin und Leiterin der Kongressabteilung, Frau Schierbaum, der Leiterin der Verwaltungsabteilung, Frau Schomburg, und allen anderen Mitarbeiterinnen in der Kongressabteilung, der Verwaltungsabteilung und der BVKJ-Service GmbH gilt mein Dank für den Einsatz im Jahr 2010, das unsere Mitarbeiter oft an die Grenzen der Belastbarkeit gebracht hat.

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident des BVKJ

Inhaltsangabe Heft 12/10

Chronisch kranke Kinder

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit chronisch-entzündlichen Darm-erkrankungen

Aus Wissenschaft und Forschung

Nosokomiale Infektionen in der Pädiatrie: Präventionsmaßnahmen in den USA

Lebenswelten

Die Situation von Familien mit behinderten Kindern aus Elternperspektive

Chronisch kranke Kinder

Einfach ein bisschen mehr auch an die Eltern denken

Weiterbildung

Professional Au Pair

Chronisch kranke Kinder

Bilder erzählen meine Krankheit



Ferner: Weiterbildung, Berufsverband, Leserbrief, Neues aus dem Net, Ernährung, Aus Wissenschaft und Forschung, Gesundheitspolitik, Rätsel, Bücherhinweise, Terminkalender und Stellenmarkt

„**kinderkrankenschwester**“ ist das Organ des Fachausschusses Kinderkrankenpflege der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. und kann zum Jahresabonnementspreis von € 29,50 oder zum Einzelpreis von € 2,95 (inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten Inland € 4,10) beim

Verlag Schmidt-Römhild, Mengstraße 16, 23552 Lübeck, bestellt werden.

VORSCHAU

Für das Januar-Heft 2011 sind u.a. vorgesehen:

Klinische Fortbildung

Fetalchirurgische Intervention am Beispiel Spina bifida aperta

Frühförderung

Leichte Abweichungen in der frühkindlichen Bewegungsentwicklung und später auftretende Lernstörungen: Gibt es einen Zusammenhang?

Aus Wissenschaft und Forschung

Antibiotika bei vorzeitigem Blasensprung: Ergibt sich für das Neugeborene ein Benefit?

Klinische Fortbildung

Langzeitergebnisse der neurologischen Entwicklung nach extremer Frühgeburtlichkeit

Kinderkrankenpflege

Sauberkeitsentwicklung und Ausscheidungsverhalten

Aus der Delegiertenversammlung 2010

Die Delegiertenversammlung 2010 in Bad Orb hat der **Einrichtung eines neuen Ausschusses Psychosomatik und Psychotherapie** zugestimmt. In der Antragsbegründung heißt es: Der Ausschuss für Psychosomatik und Psychotherapie im BVKJ ist verantwortlich für die Vertretung der Interessen der Kinder- und Jugendärzte mit der Qualifikation für die psychosomatische Grundversorgung und der Kinder- und Jugendärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie hinsichtlich einer förderlichen Gestaltung und Weiterentwicklung der Arbeits- und Abrechnungsbedingungen, der besonderen Fortbildungsinteressen und der Vertretung bei einschlägigen Verein und Gremien. Als Ausschussmitglieder wurden gewählt: **Alfons Fleer, Kassel, Dr. Martin Fischer, Hamburg und als Sprecher Dr. med. Dipl.psych. Harald Tegtmeier, Lindau.** Der Ausschuss steht allen interes-

sierten Kollegen und Kolleginnen offen; sie mögen sich bei Harald Tegtmeier dr.harald.tegtmeyer@t-online.de melden.

Des weiteren hat die Delegiertenversammlung der **Fortführung der AG Zukunft** zugestimmt. Die 2000 gegründete AG verstand sich über Jahre als Ideengeber des BVKJ. Viele ihrer Anregungen wurden in der konkreten politischen Verbandsarbeit umgesetzt. Es ist erfreulich, dass hier jetzt ein Generationswechsel stattgefunden hat und sich die AG mit neuem Elan an die Arbeit machen kann. Neuer **Sprecher der AG ist Dr. Martin Lang, Augsburg.** Alle Kolleginnen und Kollegen sind aufgerufen, ihre Ideen und Vorstellungen von der Weiterentwicklung der Verbandsarbeit und der Kinder- und Jugendmedizin einzubringen. Sie mögen sich bei Martin Lang E-Mail: Dr.Lang@augsb.de melden. ge

Judith-Esser-Mittag-Preis

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

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

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

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

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

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

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

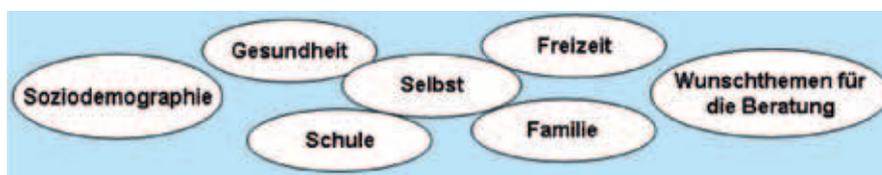
Einsendeschluss ist der 15. Juli 2011

Ein Fragebogen für die Unterstützung der J1

Die Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) soll der Früherkennung psychischer und psychosozialer Risikofaktoren dienen und eine Fehlentwicklung in der Pubertät möglichst verhindern. Zur Optimierung der im Rahmen der J1 geleisteten Prävention somatischer und psychischer Erkrankungen bei Heranwachsenden wurde in Kooperation mit dem BVKJ und der Johannes Gutenberg-Universität Mainz ein Selbstbeschreibungsfragebogen entwickelt und erprobt, der vor Beginn des Beratungsgesprächs von den 12- bis 14-jährigen Jugendlichen ausgefüllt werden soll. Ziel des Fragebogens ist es, den Arzt schnell und umfassend über die subjektive Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und die psychosozialen Lebensbedingungen des Jugendlichen zu informieren und mögliche Problemfelder aufzuzeigen.

Der J1 Fragebogen

Kern des Fragebogens bilden fünf große Themenbereiche mit (je 10 bis 19) Fragen zu den objektiven psychosozialen Lebensbedingungen des Jugendlichen sowie zu seinem subjektiven Erleben (Zufriedenheit):



Beispielitems	Nicht zufrieden	Eher nicht zufrieden	Eher zufrieden	Zufrieden
Mit der Art, wie ich mein Leben gestalten kann, bin ich ...	☹	☹	☺	☺
Mit meiner äußeren Erscheinung bin ich ...	☹	☹	☺	☺

Methode

Eine erste Erhebung wurde an 51 hessischen Gesamtschülern im Durchschnittsalter von 12;7 Jahren durchgeführt. Die Jugendlichen füllten unter Aufsicht im Klassenzimmer den J1-Fragebogen und im Anschluss daran einen Meinungsbogen aus.

Der Meinungsbogen

Mithilfe des Meinungsbogens sollten die Jugendlichen den J1-Fragebogen anhand der folgenden Kriterien bewerten:



Ergebnisse

Die Resultate der Itemkennwertanalysen zeigten, dass die Mehrzahl der Fragen gut zwischen emotional oder verhaltenmäßig auffälligen und unauffälligen Jugendlichen unterscheiden und somit für den Arzt von informativem Wert sind. In der Nachbefragung wurde die Mehrzahl der Fragen von der Zielgruppe ferner als verständlich und relevant und der Anamnesebogen insgesamt als interessant und vollständig beurteilt (s. Tab., Fragen 1-4). Darüber hinaus ergaben sich jedoch auch Anhaltspunkte dafür, dass die Antwortbereitschaft der Probanden nicht für alle Fragen vollständig gegeben war (s. Tab., Fragen 5-6).

Beispielitems	Mod ^a
1. Ich fand den Fragebogen interessant.	4
2. Manche Fragen oder Begriffe habe ich nicht verstanden.	1
3. Im Fragebogen fehlen Fragen zu bestimmten Dingen, die mich momentan auch noch beschäftigen.	1
4. Wenn (m)ein Arzt/(m)eine Ärztin meine Antworten lesen würde, könnte er sich wahrscheinlich ein gutes Bild über meine Lebenssituation machen.	3
5. Es gab Fragen, bei denen ich die Wahrheit lieber für mich behalten habe.	4
6. Es gab Fragen, bei denen ich überlegt habe, ob ich sie überhaupt beantworten möchte.	4

Anmerkung. Skalierung: 1 = trifft gar nicht zu; 2 = trifft etwas zu; 3 = trifft ziemlich zu; 4 = trifft voll zu
^a Mod = Modalwert, d.h. der am häufigsten gewählte Wert auf der Skala. So wählte bspw. die Mehrzahl der Jugendlichen bei Frage 1 eine 4, d.h. die Antwortoption „trifft voll zu“.

Tab.: Kennwerte für ausgewählte Fragen des Meinungsbogens

Ausblick

Ein auf Grundlage dieser Resultate überarbeiteter Fragebogen wird derzeit von Schülern verschiedener Schulzweige (Haupt-, Real-, Gesamtschule und Gymnasium) in Aachen, Berlin, Bielefeld und Stuttgart ausgefüllt sowie in teilnehmenden Praxen von Kinder- und Jugendärzten erprobt.

Dipl.-Psych. Dr. Anja Tausch
 Psychologisches Institut Johannes Gutenberg-Universität, 55099 Mainz
 Dipl.-Psych. Katharina Gerzymisch,
 Kaiserstr. 8, 55116 Mainz
 Dr. Uwe Büsching und
 Dipl.-Psych. Carola Büsching-Elwenn,
 Beckhausstr. 171, 33611 Bielefeld

Red.: geg

Kinder bekommen zu oft Antibiotika

Fast jedes zweite Kind unter zehn Jahren erhält in Deutschland beim Arztbesuch ein Antibiotikum verschrieben. Eine Studie in der Fachzeitschrift (Abbas, Sascha et al., PMV forschungsgruppe, Universität Köln in: Dtsch Med Wochenschr 2010; 135:1793-1797) ergab, dass Allgemeinärzte häufiger als Kinder- und Jugendärzte ohne entsprechende Indikation Antibiotika verordnen. Dabei fördert bekanntlich die häufige Einnahme von Antibiotika die Ausbreitung resistenter Erreger.

In Hessen erhielten im Jahr 2006 insgesamt 42 Prozent aller in der Stichprobe bei der AOK versicherten Kinder und Jugendlichen (2–18 Jahre) mindestens einmal ein Antibiotikum. In der Altersgruppe der Zwei- bis Vierjährigen waren es sogar 60 Prozent in einer Stichprobe von 47.000 Versicherten. Die Antibiotika wurden in vier von fünf Fällen von einem Kinder- und Jugendarzt oder einem Allgemeinarzt verordnet.

Die Auswertung erfolgte anhand diagnosespezifischer Regressionsmodelle, wobei sechs Diagnosen (kodiert nach ICD 10) herausgegriffen wurden, bei denen eine Antibiotikagabe in der Regel indiziert ist, als auch Diagnosen, bei denen ein breiter Handlungsspielraum des Arztes gegeben ist. Es wurde davon ausgegangen, dass korrekt kodiert wurde – eine Schwäche aller auf dem ICD beruhender Studien –, und dass das Kodierverhalten beider Arztgruppen in etwa übereinstimmt.

Allgemeinärzte und Kinder- und Jugendärzte verschreiben bei eindeutig bakteriellbedingten Erkrankungen etwa gleich häufig ein Antibiotikum.

Bei den Diagnosen, die nicht zwingend eine antibiotische Behandlung erfordern (Zystitis und sonstige Harnwegsinfektionen, nicht eitrige Otitis media, akute Infektion der oberen und unteren Luftwege), zeigt sich eine deutlich höhere Verschreibungshäufigkeit der Allgemeinärzte.

Die Gründe sind vielfältig, vermutet Dr. Sascha Abbas, der die Ärzte selbst nicht nach ihren Beweggründen befragt hat. Kinder- und Jugendärzte hätten möglicherweise eine größere Erfahrung und seien in unklaren Fällen eher bereit, auf Antibiotika zu verzichten. Denn wegen der wesentlichen höheren Arztdichte von Allgemeinmedizinern zeigen die Daten, dass der einzelne Kinder- und Jugendarzt pro Quartal mehr Kinder mit einer bestimmten (antibiotika-assoziierten) Infektion behandelt. Auch lassen Kinder- und Ju-

Diagnose	Arztgruppe	Kein Antibiotikum		Antibiotikum		Gesamt n
		n	%	n	%	
Zystitis und sonstige Harnwegsinfektionen	Allgemeinarzt	172	26,9	467	73,1	639
	Pädiater	249	41,0	358	59,0	607
Akute Infektionen der oberen und unteren Atemwege	Allgemeinarzt	4638	57,3	3461	42,7	8099
	Pädiater	5983	70,8	2472	29,2	8455
Scharlach	Allgemeinarzt	21	12,9	142	87,1	163
	Pädiater	107	14,4	636	85,6	743
Pneumonie	Allgemeinarzt	47	25,7	136	74,3	183
	Pädiater	124	16,6	622	83,4	746
Nicht eitrige Otitis media	Allgemeinarzt	157	48,2	169	51,8	326
	Pädiater	784	60,6	509	39,4	1293
Eitrige Otitis media	Allgemeinarzt	409	31,4	895	68,6	1304
	Pädiater	623	29,9	1464	70,1	2087

Datenbasis: Kinder mit Quartals-Diagnose beim Allgemeinarzt oder Pädiater; dargestellt ist die Antibiotikagabe vom Diagnose stellenden Arzt im Quartal der Diagnosestellung

Tab. 3: Anteil der Kinder mit Antibiotikaverordnung im Diagnosequartal nach Arztgruppe für ausgewählte Quartals-Diagnosen (Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Thieme Verlages)

gendärzte häufiger bakteriologische/mikrobiologische diagnostische Tests durchführen, um eine bakteriologische Infektion zu beweisen. Trotzdem ist auch bei Pädiatern die Verordnung von Antibiotika bei Erkrankungen die keine oder nur in seltenen Fällen eine antibiotische Therapie bedürfen hoch: bei 30 Prozent der akuten Infektionen der oberen und unteren Luftwege, bei 59 Prozent der Zystitis oder sonstige Harnwegserkrankungen und bei 52 Prozent der nicht-eitrigen Otitis media.

Ein weiterer Grund für den allgemein zu häufigen Einsatz von Antibiotika könnte nach Einschätzung von Sascha Abbas die Erwartungshaltung vieler Eltern sein. Studien haben gezeigt, dass vor allem Eltern mit geringem Sozialstatus und niedrigem Bildungsniveau die Verordnung eines Antibiotikums erwarten.

In Frankreich würden Antibiotika, wenn auch mit rückläufiger Tendenz deutlich häufiger als in Deutschland eingesetzt, berichtet Prof. Winfried Kern (Freiburg)

im Editorial der gleichen Ausgabe der DMW (S. 1791). Beispielgebend seien die Niederlande und die Schweiz. Auch in Deutschland gebe es regionale Unterschiede. Spitzenreiter in der Verschreibung sind die westlichen Regionen. Nahezu vorbildlich würden dagegen Ärzte in den neuen Bundesländern verordnen. Trotzdem sei es dringend notwendig, die Antibiotikaverschreibung insbesondere bei Atemwegsinfektionen zu senken. Unstrittig und indiziert seien vermutlich nur 10 Prozent, durch diagnostische Unsicherheit und andere Umstände kann die Rate akzeptabler Indikationen bei etwa 10–25 Prozent liegen. Hier besteht dringender Aufklärungsbedarf bei Ärzten und bei Patienten, wenn eine weitere Resistenzentwicklung, wie sie bereits bei Erythromycin und Clarithromycin zu beobachten ist, gestoppt werden soll.

Wolfgang Gemp

Infektiologische Präventivmaßnahmen bei Praktikanten im Gesundheitsdienst

Die Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen in der DAKJ hat eine Empfehlung zur Beschäftigung von Praktikanten veröffentlicht. Das sind Personen, die vorübergehend und nicht als Teil der festen Belegschaft tätig sind.

Anfragen für Praktika oder Hospitation in Praxiskliniken und Einrichtungen der Wohlfahrtspflege haben in den letzten Jahren stetig zugenommen. Berufspraktika sind heute für Schüler an allen allgemeinbildenden Schulen verpflichtend. Auch ha-

ben die reformierten Medizinstudiengänge Hospitation in Kliniken und Arztpraxen schon in den ersten Semestern eingeführt. Die Praktikanten kommen so einerseits mit vielen infektiösen Patienten in Kontakt, andererseits treffen sie auf Personen, die aufgrund ihres Alters oder einer Abwehrschwäche besonders durch Infektion gefährdet sind. Da Praktikanten keine ausreichenden Kenntnisse im Bereich der Infektionshygiene haben, sind besondere Präventivmaßnahmen zu treffen, die sich

an den Vorgaben der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMVV), der Empfehlung des Ausschusses biologischer Arbeitsstoffe (ABAS) und der STIKO orientieren. Eine ausführliche Darstellung der Empfehlungen der DAKJ finden Sie unter: www.dakj.de

Auch die hessische Ärztekammer hat ein Merkblatt herausgegeben:

www.laekh.de/upload/ArzthelferInnen/Arzth._Abteilung/Informationen/Merkblatt_Schuelerpraktika.pdf ge



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter:

Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe

Stellv. Landesverbandsvorsitzender und 2. Delegierter:

Dr. Jens Hartwig, Schleswig

AD(H)S-Patienten in Nordrhein bekommen bessere Behandlung, Pädiater eine angemessenere Vergütung

Ein neuer Versorgungsvertrag für AOK-versicherte Kinder und Jugendliche mit ADHS ermöglicht ab sofort eine strukturierte, interdisziplinäre Behandlung. Abgeschlossen wurde der Vertrag zwischen der AOK Rheinland/Hamburg, der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Nordrhein (BVKJ).

Der Vertrag ermöglicht weitere Module für andere Leistungserbringer im Bereich AD(H)S wie Kinder- und Jugendlichenpsychologen/-psychotherapeuten, die inzwischen ebenfalls mit der AOK Rheinland/Hamburg und der KV Nordrhein vertragsseitig geworden sind. Erstmals wird im ADHS-Vertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg die Lotsenfunktion der Kinder- und Jugendärzte bei der Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S anerkannt. Der Pädiatervertrag, der sich inhaltlich stark an den KBV-Mustervertrag ADHS anlehnt, der in Baden-Württemberg mit den dortigen Betriebskassen umgesetzt wird, gliedert sich nochmals in drei Module, ein Diagnose- und Explorations-, ein Steuerungs- sowie ein Schulungsmodul. Jedes dieser Module verlangt eine leitlinienorientierte Betreuung des Patienten durch den am Vertrag teilnehmenden Kinder- und Jugendarzt, der dafür ein zusätzliches Honorar zur Regelleistung erhält. Rechtliche Grundlage dieses Add-on-Vertrages ist § 136 Absatz 4 SGB V, der es Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht, mit Krankenkassen gesamtvertragliche Vereinbarungen zu schließen, in denen für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden. Bei deren Erfüllung erhalten die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen. Daher findet auch keine Bereinigung der Gesamtvergütung statt. Es handelt sich also um zusätzliches Honorar.

Der neue Vertrag setzt leitliniengerecht auch die aktuellen Regelungen des Ge-

meinsamen Bundesausschusses und der Europäischen Kommission zur AD(H)S-Behandlung um, die vor Beginn einer medikamentösen Therapie grundsätzlich erst nichtmedikamentöse Maßnahmen wie beispielsweise Psychoedukation bzw. psychotherapeutische Interventionen vorschreiben. Ausnahmen von dieser Vorschrift sind jedoch bei entsprechender Dringlichkeit einer medikamentösen Intervention innerhalb des Vertrages möglich.

Teilnehmen an dem Vertrag können Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg im Alter zwischen 6 und 17 Jahren, die damit von einer standardisierten Diagnostik, Möglichkeiten der Elternschulung nach erprobten Schulungskonzepten wie Optimind, THOP und Marburger Konzentrationstraining sowie einem verbesserten und koordinierten Zugang zu psychotherapeutischer Mitbehandlung profitieren. Künftig sollen regionale Qualitätszirkel und gemeinsame Fallkonferenzen dafür sorgen, dass betroffene Kinder und Jugendliche schnell und wirksam behandelt werden, bevor ihre Krankheit Schul- und Ausbildungskarriere und auch das Familienleben beeinträchtigt, so BVKJ-Landesvorsitzender Dr. Thomas Fischbach bei der Vorstellung des Vertrags in Düsseldorf. Bei der Behandlung übernehmen Kinder- und Jugendärzte die Lotsenfunktion, sie koordinieren die Behandlung, stimmen sie auch mit Schulen und Kindergärten ab und kümmern sich um die Schulung der Eltern.

Nach Schätzungen von Fischbach werden von den rund 650 niedergelassenen Pädiatern etwa ein Viertel dem Vertrag beitreten.

Eckpunkte des Vertrags

Voraussetzung ist, dass sie in den letzten zwei Jahren im Durchschnitt mindestens 30 ADHS Patienten pro Quartal behandelt haben und an mindestens zwei themenbezogenen Qualitätszirkeln im Jahr teilgenommen haben.

Zusätzliche Vergütung für Kinder- und Jugendärzte

100 Euro gibt's einmalig pro Patient für eine ADHS-spezifische Diagnostik- und Exploration, 50 Euro einmal pro Quartal und Patient für Steuerung und Koordinierung, 105 bzw 52 Euro für Patientenschulungen.

Der Vertrag, den Fischbach als „Goldstandard“ bezeichnete, soll anderen Krankenkassen als Muster dienen. Auch ein Beitritt wäre möglich, so Cornelia Prüfer-Storcks vom AOK Rheinland/Hamburg-Vorstand. Immerhin werde der Vertrag voraussichtlich auch helfen, Geld zu sparen. Zur Zeit fließen 55 Prozent der Gelder, die für ADHS-Kinder und -Jugendliche ausgegeben werden, in die stationäre Behandlung. Durch rechtzeitige und gut koordinierte Behandlung könne hier gespart werden.

Den Vertrag einschließlich all seiner Anlagen finden Sie in unserem Intranet Pädinform im Unterordner Krankenkassenverträge (KKV) des Landesverbandsordners Nordrhein sowie auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unter http://www.kvno.de/60neues/2010/adhs_vertrag/index.html

ReH



Auslese 2010 – Bücher für große und kleine Leser

Bilderbücher haben nach landläufiger Meinung eine klare Adressatengruppe: Buchanfänger, das heißt – also Kinder im Kindergarten- und Vorschulalter, vielleicht noch in den ersten Klassen der Grundschule. Gerade die Bilderbuchproduktion des Jahres 2010 allerdings zeigt, dass diese Vorstellung inzwischen nicht mehr zutreffend ist. Bilderbücher gibt es heute für alle Altersgruppen, vom Kleinkind bis zum Erwachsenen. So hat das Jahr 2010 für Bilderbuchfans aller Altersgruppen etwas zu bieten gehabt.

Beginnen wir mit der klassischen Zielgruppe der jungen Leser beziehungsweise in diesem Fall besser gesagt: der Noch-Nicht-Leser, der Kinder nämlich, die noch nicht lesen können. Brauchen sie auch gar nicht, denn das wunderbare Bilderbuch „Das Baumhaus“ kommt völlig ohne Text aus und erzählt eine fantasievolle und poetische Geschichte nur mittels der großformatigen, Seiten füllenden Bilder. Auf jeder Seite des Buches findet der Betrachter die gleiche Radierung von Ronald Tolman, eines 1948 geborenen und in Benelux sehr bekannten Malers, Keramikers und Grafikers. Sie zeigt einen schön gewachsenen, starken und weitverästelten Baum mit einem windschiefen Baumhaus darin. Dieses Baumhaus,

das zunächst von einem Braunbären und einem Eisbären bezogen wird, wird im Laufe des Buches zum Treffpunkt und zum Zufluchtsort für alle möglichen Tiere, die in der Realität wohl kaum zusammentreffen dürften: Vom Nashorn, über den Pandabären, den Pfau und die Eule bis hin zu einem Meer orange-rosafarbener Flamingos finden alle ihr Plätzchen auf diesem Baum. Die immer gleiche Radierplatte mit dem Motiv des Baumes wird in der Folge des Buches in unterschiedlichen Farben gedruckt, und so ziehen mit dem Wechsel der Farben auch die Jahreszeiten am Betrachter vorüber. Ronalds Tochter Marie hat die zarten Zeichnungen der Tiere in die Radierungen hineingearbeitet. Wir sehen die Tiere ankommen, das Baumhaus

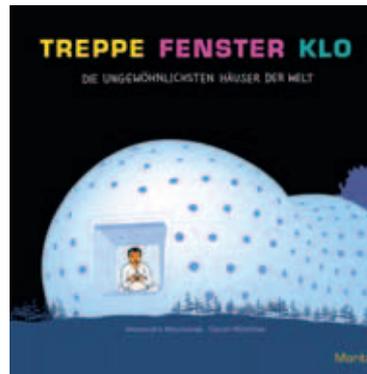
bevölkern, miteinander spielen, im Herbst wieder davonziehen, und schließlich erblicken wir auf der letzten, in ein magisches Nachtblau getränkten Seite wieder die beiden Bären, die in die Betrachtung des Mondes versunken sind. Das Buch wurde in diesem Jahr mit dem renommierten Bologna Ragazzi Award und dem „Goldenen Pinsel“, einem der wichtigsten niederländischen Kunstpreise, ausgezeichnet; die Originalillustrationen wurden sogar im Amsterdamer Rijksmuseum ausgestellt. Der Magie und dem stillen Charme dieses Buches und seiner Einladung zum Entdecken und Weiterträumen kann man sich schwerlich entziehen – als Noch-Nicht-Leser, aber auch nicht als erwachsener Viel- und Gerne-Leser.



Dr. Maria
Linsmann

Ohne viele Worte kommt auch eine weitere Neuerscheinung des zu Ende gehenden Jahres aus: Blexbolex' „Jahreszeiten“, ein 200 Seiten starkes, grafisch fantastisch gestaltetes Bilderbuch des 1966 in Nordfrankreich unter dem bürgerlichen Namen Bernard Granger geborenen Druckers, Comiczeichners und Verlegers. Blexbolex, dessen Stil stark von russischen Kinderbuchillustrationen der zwanziger und dreißiger Jahre beeinflusst ist, hat inzwischen in Frankreich und auch in Deutschland eine Reihe erfolgreicher Bilderbücher veröffentlicht. An den Beginn der „Jahreszeiten“ stellt er vier farbenfrohe Landschaften, die für die vier Jahreszeiten stehen. Danach folgt eine Sammlung von Begriffen und Gegenständen, die jeweils kennzeichnend für eine bestimmte Jahreszeit sind. Am oberen Bildrand jeder Seite bzw. Doppelseite findet sich der gedruckte Begriff, darunter folgt das entsprechende Bild. Manche Begriffe wie etwa „ein welkes Blatt“ oder „ein Sonnenschirm“ sind sehr einfach einer bestimmten Jahreszeit zuzuordnen, bei anderen wie etwa dem „Abendglühen“ oder der „Langeweile“ wird es schon schwieriger. Blexbolex Darstellungen sind reduziert und fast minimalistisch und zeichnen sich aus durch einen eigenwilligen Stil, der ein wenig „Retro“

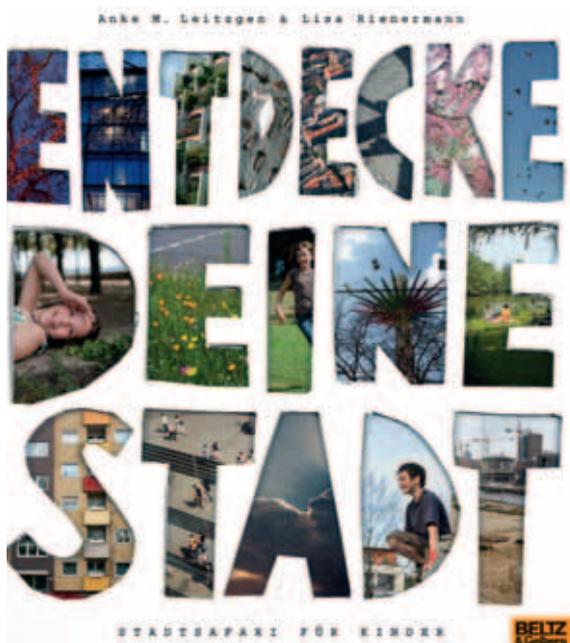
anmutet und damit voll im Trend liegt. Besonders faszinierend sind die Farben des Buches, die durch Blexbolex' spezielle Drucktechnik entstehen. Durch das mehrfache Übereinanderdrucken einzelner Farbtöne entstehen zarte Nuancierungen und feine Schattierungen, aber auch leuchtend intensive Farbtöne. Ein Buch also mit einer hohen Imaginationskraft, das Eltern und Kinder zum gemeinsamen Betrachten und Bilderraten einlädt.



„Treppe Fenster Klo – Die ungewöhnlichsten Häuser der Welt“ – so lautet der Titel eines Buches, das bestens dazu geeignet ist, Kinder an ein Thema heranzuführen, das ihnen normalerweise sicher eher fremd ist: an zeitgenössische Architektur nämlich. Insgesamt 35 ungewöhnliche, verrückte und extravagante Häuser aus Tokio und Leipzig, aus Chile und New York stellen die beiden jungen polnischen Grafiker Aleksandra Machowiak und Daniel Mizielinski hier vor. Ein Schildkrötenhaus und ein Schmetterlingshaus, ein Iglu- und ein Ufo-Haus, ein aufblasbares Haus und ein Haus mit Stacheln werden kurzweilig und verständlich beschrieben, ihre Besonderheiten, ihre Standorte und die verwendeten Baumaterialien erläutert. Ein kurzer Text und einige treffende Illustrationen machen auf anregende Weise anschaulich, dass ein Haus mehr sein kann als vier Wände mit einem Dach darauf. So verwundert es nicht, dass dieses erfrischend andere Architekturbuch mit zahlreichen Preisen, unter anderem sogar mit dem Architectural Book Award, ausgezeichnet wurde.

Dass das Thema Architektur und Stadt derzeit in der Luft liegt, beweist ein weiteres empfehlenswertes Kinderbuch des Jahres 2010, das sich an die Altersgruppe der 9- bis 13-Jährigen richtet. „Entdecke deine Stadt“ von Anke Leitzgen und Lisa Riemann ist eine gelungene Mischung aus Sach- und Mitmachbuch, das zeigt, wie man in Großstädten spannende Orte finden und langweilige Orte spannend machen kann. Obwohl sich das Buch auch an schwierige Themen wie etwa Stadt- und Verkehrsplanung heranwagt, wird es dem Leser doch an keiner Stelle langweilig. Das liegt auch an der witzigen und abwechslungsreichen Gestaltung mit vielen originellen Fotos, Interviews mit Kindern und Experten sowie überraschenden Vorschlägen zum Selber-Aktiv-werden. So werden die Leserinnen und Leser nicht nur eingeladen zu suchen, zu schreiben, zu fotografieren und zu pflanzen, sondern auch ein Telefonhäuschen mit bunten Luftballons zu befüllen, der Mülltonne ein eigenes Gesicht zu verpassen und die Stelle zu finden, in der es im Viertel am besten riecht. Also entdecke deine Stadt und nimm am besten dieses Buch dabei mit!

Zum Mitmachen fordert schließlich auch ein Bilderbuch der besonderen Art auf und in diesem Fall genauer gesagt: Zum Mitsingen. Es trägt den schlichten Titel „Volkslieder“ und versammelt Noten und Texte zu 77 deutschen Volksliedern, darunter Klassikern wie „Es klappert die Mühle „ oder „Am Brunnen vor dem Tore“, aber auch zu inzwischen weitgehend unbekanntem Liedern wie etwa „Es freit ein wilder Wassermann“. Wer nun beim Thema Volkslied an volkstümliche Unterhaltungsmusik oder nostalgische Heimmattümelei denkt, wird hier eines Besseren belehrt. Ungemein frisch und modern kommt das Buch daher, und das liegt vor allem an den großformatigen und starkfarbigen Illustrationen des jungen Münsteraner Illustrators Christoph Mett. Auf 20 Doppelseiten und zahlreichen kleineren Begleitillustrationen rückt er die bekannten Lieder in ein ganz neues Licht. Seine Collagen stecken



voller Überraschungen und verbinden die alten Liedtexte mit unserer aktuellen Lebenswelt. So sieht man auf dem Bild zu dem Lied „Stehn zwei Stern am hohen Himmel“ einen Astronauten mit Helm und Blume in der Hand auf einer Rakete zu seiner Angebeteten fliegen oder man findet auf der Illustration zu „Feinsliebchen, du sollst mir nicht barfuss gehen“ eine Ansammlung modischer Schuhe und Stiefel. Das Buch, das als Beigabe eine Mitsing-CD enthält, ist Bestandteil eines breit angelegten Lieder Projektes, das sich die Sammlung, Bewahrung und Wiederbele-

bung des Kulturgutes Volkslied zur Aufgabe gemacht hat. Volkslieder behandeln, ähnlich wie Märchen, die großen und essentiellen Themen des Lebens und sind daher für Kinder bestens geeignet. Wer also mit seinen Kindern nicht nur Bücher lesen und betrachten will, sondern gerne auch einmal gemeinsam singen möchte, dem sei dieses Buch empfohlen.

Marije Tolman, Ronald Tolman, das baumhaus, Bloomsbury 2010

Blexbolex, Jahreszeiten, Jacoby & Stuart 2010

Aleksandra Machowiak, Daniel Mizieliński, Treppe Fenster Klo – Die ungewöhnlichsten Häuser der Welt, Moritz Verlag 2010

Anke Leitzgen, Lisa Rienermann, Entdecke deine Stadt, Stadtsafari für Kinder, Beltz & Gelberg, 2010

Barbara Mohn, Dagmar Munck (Hrsg.), Christoph Mett (Illustr.), Volkslieder, Carus-Verlag Philipp Reclam 2010

Dr. Maria Linsmann

Bilderbuch-Museum Burg Wissem
Burgallee 1, 53840 Troisdorf

Tel. 02241/8841-420

E-Mail: Linsmann@Troisdorf.de Red.: ge

Fortbildungstermine des BVKJ

März 2011

11.–13. März 2011

17. Kongress für Jugendmedizin

des bvjk e.V., Weimar

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

18.–19. März 2011

20. Pädiatrie zum Anfassen

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

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

24.–27. März 2011

8. Assistentenkongress

des bvjk e.V., Dresden

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

April 2011

2. April 2011

34. Pädiatref 2011

des bvjk e.V., LV Nordrhein, Köln

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

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

29.–30. April 2011

9. Pädiatrie à la carte des LV Westfalen-Lippe

des bvjk e.V., Bielefeld

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

Mai 2011

14. Mai 2011

24. Fortbildungsveranstaltung mit praktischen Übungen

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

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

21. Mai 2011

1. Hebammen- u. Pädiaterkongress NRW Oberhausen

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

21.–22. Mai 2011

21. Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Thüringen, Erfurt

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

Juni 2011

17.–19. Juni 2011

41. Kinder- und Jugendärztetag 2011

des bvjk e.V., Berlin

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

18.–19. Juni 2011

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

des bvjk e.V., Berlin

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

Juli 2011

9.–10. Juli 2011

Pädiatrie zum Anfassen

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

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

Oktober 2011

1. Oktober 2011

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvjk e.V., Dresden

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

8.–12. Oktober 2011

39. Herbst-Seminar-Kongress

des bvjk e.V., Bad Orb

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

November 2011

5.–11. November 2011

Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvjk e.V., Verden

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

19.–20. November 2011

9. Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Bayern, Bamberg

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

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

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

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

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

Ehrungen Bad Orb 2010

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. nahm am 9. Oktober 2010 in Bad Orb im Rahmen seiner Eröffnungsfeier zum 38. Herbstseminarkongress eine Vielzahl von Ehrungen vor.

Die **Ehrenmitgliedschaft** wurde **Prof. Dr. med. Erik Harms**, Telgte, in

Anerkennung seiner großen medizinischen, wissenschaftlichen und berufspolitischen Leistungen verliehen. Er hat neben seinen vielfältigen medizinischen und akademischen Verpflichtungen besonders als Präsident der DGKJ die vertrauensvolle Zusammenarbeit der pädiatrischen Gesellschaften gefördert.



Die **Ehrenmitgliedschaft** wurde **Dr. med. Dorothea Bogner**, Heilbronn, in

Anerkennung ihres großartigen berufspolitischen Engagement verliehen. Durch ihre Mitarbeit im Ausschuss Prävention und Frühtherapie hatte sie maßgeblichen Anteil an der Entwicklung und Einführung der Jugendgesundheitsuntersuchung J1, die den entscheidenden Durchbruch bei der Weiterentwicklung der Pädiatrie zur Kinder- und Jugendmedizin darstellte.



Der **August Steffen Preis** wurde mit freundlicher Unterstützung der Nestlé Nutrition GmbH an **Dr. med. Gunhild Kilian-Kornell**, Starnberg, in Anerkennung ihres Einsatzes für

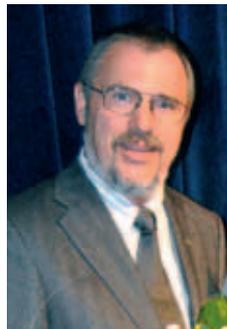


die öffentliche Außendarstellung des BVKJ vergeben. Ihrem Engagement ist es zu verdanken, dass die Öffentlichkeitsarbeit des BVKJ mit der Einführung des Amtes eines Bundespressesprechers neu gestaltet, intensiviert und bis heute erfolgreich weitergeführt werden konnte.

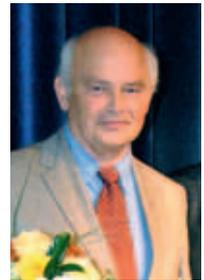
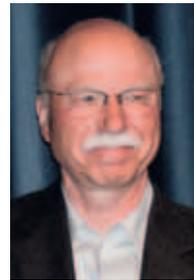
Die **Meinhardt von Pfaundler-Medaille** wurde **Dr. med. Thomas Fischbach**, Solingen, in Anerkennung seines Engagements in der ärztlichen Selbstverwaltung, bei der Förderung der pädiatrischen Fortbildung und nicht zuletzt für seine engagierte Arbeit im Vorstand des BVKJ verliehen.



Die **Goldene Ehrennadel des BVKJ** erhielt **Dr. med. Michael Kinet**, Rendsburg, für sein berufspolitisches Engagement nicht nur als Vorstandsmitglied des BVKJ, sondern auch als Mitglied der Deutschen Akademie für Kinder und Jugendmedizin, wo er das Amt des Schatzmeisters für vier Jahre innehatte.



Die **Goldene Ehrennadel des BVKJ** erhielt **Dr. med. Wolfgang Wahlen**, Homburg, für sein berufspolitisches Engagement im Rahmen der Arbeit in mehreren Ausschüssen des BVKJ und weiterer Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung. Der Aufbau eines Systems bundesweiter Asthmaschulungen ist ihm mitzuverdanken.



Die **Silberne Ehrennadel des BVKJ** erhielten **Dr. med. Ekkehard Oswald** (links), Weyhe, und **Dr. med. Friedemann Puls**, Friedrichshafen, für ihr berufspolitisches Engagement für den BVKJ insbesondere im Bereich ihrer jeweiligen Landesverbände.

Die **Ehrenurkunde des BVKJ** wurde **Dr. Rainer Schmidt**, Busendorf, verliehen. Die gute Zusammenarbeit des BVKJ und der Nestlé Nutrition GmbH im Rahmen einer Vielzahl von Projekten auf Landes- wie Bundesebene wurden durch seine Fürsprache möglich.



Den **Preis „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“** wurde mit freundlicher Unterstützung von Sanofi Pasteur MSD GmbH **Dr. med. Eva Grabosch**, Sambia, verliehen. Seit fast



30 Jahren arbeitet Eva Grabosch als Kinder- und Jugendärztin an Projekten in Afrika. Zunächst für das Komitee Cap Anamur in Somalia und Äthiopien, dann für unterschiedliche Organisationen in Jemen, Malawi, Guinea, Namibia, und Ruanda. Sie sieht den Schwerpunkt ihrer derzeitigen Arbeit in der Beratung einheimischer Behörden sowie der Fort- und Ausbildung von Partnerfachkräften in den jeweiligen Ländern. Es geht um die Nachhaltigkeit von Hilfe nach dem Motto: „Was bleibt, wenn ich gehe, wenn die Projekte auslaufen und die Hilfsorganisationen sich einer anderen Krise zuwenden?“

● Tagungen und Seminare

Januar 2011

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

Februar 2011

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

April 2011

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

6.–9. April 2011, Aachen
26. Jahrestagung der GPGE e.V. und
Fortbildungskurs Kindergastroenterologie
Info: www.gpge2011.eu

Juni 2011

2.–4. Juni 2011, Osnabrück
35. Fortbildungstagung: Das Bobath-Konzept
– konkret –
Info: www.bobath-vereinigung.de

24.–25. Juni 2011, Berlin
Immunologische Summer School 2011
Info: www.charite-ppi.de/ unter „Veranstaltungen“

Juli 2011

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

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

August 2011

26.–27. August 2011, Berlin
Pneumologisch-allergologische Summer School
2011
Info: www.charite-ppi.de/ unter „Veranstaltungen“



Geschichten gegen Angst und Stress

Die Kapitän-Nemo-Geschichten

Die Kapitän-Nemo-Geschichten gehören inzwischen zum Standardrepertoire von Entspannungsverfahren zum Abbau von Angst- und Stress bei Kindern zwischen 5 und 13 Jahren. Unterwasserausflüge, Unternehmungen, Abenteuer, Überraschungen, Unbekanntes, vielfältige Fische und Tiere – unter dem Schutz des erfahrenen Kapitäns Nemo und in der sicheren Geborgenheit des Unterwasserbootes Nautilus kann ein Kind solchen Dingen begegnen und lernen, allem zuversichtlich, gelassen und angstfrei ins Auge zu sehen. Die 14 Geschichten haben das Ziel, dass sich ein Kind angenehm, ruhig und nicht aufgeregt fühlt, sich besser konzentrieren lernt, weniger Angst hat und auch besser einschlafen kann.

Die Unterwassergeschichten werden in Kindergärten, Schulen, Kinderheimen, Kinderkliniken, Rehabilitationskliniken ebenso mit Erfolg eingesetzt wie im Alltag von Familien.

Taschenbuch, 120 Seiten, ISBN 978-3-451-04648-3, € 7,95
2 CDs, Teil 1 + 2, Laufzeit ca. 180 Min., ISBN 978-3-935105-16-3, € 20,50

Erhältlich im Buch- und CD-
Handel oder direkt beim Verlag.


ELVIKOM
Film-Verlag GmbH

Kronprinzenstr. 13 Telefon 02 01/81 30-0
45128 Essen Telefax 02 01/81 30-108

Rotwein für die Forschung

Wie berichtet, gründete sich im März 2010 die Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP). Anlass war die Überzeugung der Gründungsmitglieder, dass die ambulante Allgemeinpädiatrie (AAP) sich zu einer eigenständigen pädiatrischen Fachdisziplin entwickelt hat. Als dringlich und notwendig wurde die Integration der AAP-Inhalte in die Ausbildung der Studenten und die Weiterbildung der späteren allgemeinpädiatrischen Fachärzte gesehen, als unbeackertes Brachfeld die bis dato sträflich vernachlässigte Versorgungsforschung. Natürlich ist allen Mitgliedern klar, dass diese Aufgabenfelder nicht ohne die Kooperation mit den Universitäten (aber auch anderen wissenschaftlichen oder Versorgungsinstitutionen) um nicht zu sagen ohne eine Akademisierung der AAP erreicht werden kann.

Was will allgemeine ambulante Pädiatrie

Die Definition der AAP und die wissenschaftlichen Fragestellungen müssen aus dem Fach selbst heraus entwickelt und bearbeitet werden. Zur Zeit gibt es in allen Aufgabenfeldern erste konkrete Zielvorstellungen, es fehlt aber an allen Ecken und Enden an KollegInnen, die bereit sind mitzuwirken. Unter www.daap.de (noch in kreativer Unfertigkeit) ist der Aufnahmeantrag herunterladbar, hier findet der/die interessierte LeserIn bereits auch Texte zum Selbstverständnis der ambulanten allgemeinen Pädiatrie und die Auflistung der Arbeitsgruppen, an denen er/sie sich beteiligen kann.

Laufende und geplante Projekte

Fortgeschritten sind insbesondere die Projektplanungen im Feld der Versorgungsforschung. Erfreulich ist ein viel versprechender Kontakt zum ZI der KBV, mit dem wir eine Auswertung des Verschreibungsverhaltens von Antibiotika bzw. nicht Antibiotika bzw. welche Antibiotika bei der Otitis media auswerten wollen. Besonders interessiert uns, bei welchen Formen der Otitis media (purulent bzw. nicht purulent) ob und welche Komplikationen bei welcher Therapieform aufgetreten sind. Eine weitere Studie wird die Einweisungsdiagnosen von Kindern in pädiatrische Kliniken der allgemeinpädiatrischen Versorgung (3 Kliniken haben sich hierzu dankenswerterweise zur Verfügung gestellt) mit den Entlassungsdiagnosen, den Verlaufsschweregraden und dem entsprechenden therapeutischen Aufwand untersuchen und dabei fragen, ob es hierbei Unterschiede gibt, je nachdem, ob ein Kind durch einen Pädiater oder einen Allgemeinmediziner eingewiesen wurde. Be-

reits weit fortgeschritten ist die Planung einer Studie zur Qualität der Behandlung der Otitis media. In besonderen Qualitätszirkeln soll die vorgegebene weitgehend von Klinikern formulierten Leitlinie auf ihre ambulante Anwendbarkeit im Sinne der good clinical practice überprüft und auf die besonderen Bedürfnisse der AAP zurecht geschnitten werden. Eine weitere Untersuchung will überprüfen, ob in einer Erste-Hilfe-Versorgung in einer Notfallambulanz wirkender AAP-Pädiater ein anderes Einweisungsverhalten aufweist als ein klinischer Pädiater.

Und nichts geht ohne Geld, eine Flasche Rotwein reicht

Alles in allem: Wir haben viel vor, aber all diese Studien kosten auch Geld. Natürlich können und wollen wir uns nicht ständig selbst zur finanziellen Ader lassen. Aber: Vielleicht ist der oder die eine Kol-

lege/In bereit, den Gegenwert eines guten Abendessens oder eines (oder auch mehrerer) guten Gläsern Rotweins einmal pro Jahr der „Stiftung Kind und Jugend“ zukommen zu lassen, um finanziellen Rückhalt zu geben. Ein Rechenbeispiel: Wenn nur 5.000 KollegInnen 10,- € jährlich spenden, wären das bereits 50.000 € pro Jahr, mit denen wir eine Menge Forschung realisieren könnten. Wie oben bereits gesagt: Wir brauchen für den neuen Weg unseres Faches AAP, welches das Kernfach der Pädiatrie in Deutschland darstellt, viel Forschung, um den gewachsenen Aufgaben entsprechend, die künftige Aus- und Weiterbildung unseres pädiatrischen Nachwuchses gestalten zu können. Ihr einmal jährlicher Verzicht auf einen abendlichen Genuss und das Spenden seines Gegenwertes würde hier viel helfen.

Dr. Uli Fegeler, Berlin

Red.: ge



Buchtipp

Hans G. Schlack, Ute Thyen,
Rüdiger von Kries (Hrsg.)

Sozialpädiatrie, Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag



Springer Verlag Heidelberg, 2009, 470 S., 39 Abb., € 69,90, ISBN 3642014763

In Zeiten, in denen die Pädiatrie immer mehr in die verschiedenen Subdisziplinen aufzusplintern droht, kann man die Bedeutung der Sozialpädiatrie kaum genug hervorheben. Glücklicher-

weise sind seit kurzem 2 neue Lehrbücher, die sich diesem wichtigen Gebiet widmen, auf dem Markt. Eines davon soll hier vorgestellt werden.

Schlack, Thyen und von Kries legen ein sehr gut strukturiertes, übersichtliches und für jeden Pädiater äußerst lesenswertes Buch vor. Neben wichtigen Grundbegriffen und Übersichten bietet es in allen Abschnitten detaillierte Vertiefungen der einzelnen Themengebiete, die für den pädiatrischen Alltag sehr nützlich sind. Nach jedem Abschnitt findet man prägnante, stichpunktartige Aufzählungen der essentiellen Fakten.

Im Anschluss an eine einführende Standortbestimmung mit Einord-

nung der Sozialpädiatrie in den pädiatrischen Praxisalltag sowie Darstellung der Notwendigkeit einer pädiatrischen Gesundheitswissenschaft, gliedert sich das Buch in 3 Teile.

Im ersten Teil „Gesundheitswissenschaften und Grundlagen der Sozialpädiatrie und Jugendmedizin“ geben namhafte Autoren viele hilfreiche und präzise Begriffsdefinitionen. Besonders interessant sind die dargestellten Daten des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, die gezielt eingestreut werden und spannende Informationen zum Gesundheitszustand einer Querschnittspopulation liefern. Die verschiedenen Dimensionen der Prävention werden in Theorie und Praxis eingehend dargestellt.

Im 2. Abschnitt finden sich die speziellen Kernthemen der sozialpädiatrischen Tätigkeit, wie die umschriebenen Entwicklungsstörungen, chronische Gesundheitsstörungen oder die Betreuung von Kindern mit Migrationserfahrung. Beispielsweise wird die vorhandene Evidenz zur Verordnung von Heilmitteln dargestellt. Da diese bekanntermaßen dürftig ist, gibt es hilfreiche Tipps, anhand welcher Kriterien sonst eine fundierte Verordnung erfolgen soll. Eine besondere Berücksichtigung finden auch die Rehabilitation bei chronischen Krankheiten, die damit verbundenen Aufgaben der Kinder- und Jugendärzte sowie die gesetzlichen Grundlagen.

Im 3. Abschnitt geht es um die für die Sozialpädiatrie unumgängliche „Kooperationen im Gesundheitswesen“. Die üblichen Kooperationspartner werden dargestellt und es wird auf die Patientenselbsthilfe eingegangen.

Die speziellen jugendmedizinischen Aspekte der Sozialpädiatrie werden in einem separaten und informativen Kapitel abgehandelt, verfasst von Wolf-Rüdiger Horn, einem Pionier der pädiatrischen Jugendmedizin in Deutschland. Nach seinem frühen Tod ist dieser Buchbeitrag sein letztes fachliches Vermächtnis.

Angesichts der mit Migration, Armut und anderen sozialen Belastungsfaktoren verbundenen und weit verbreiteten Problemen erhält die Sozialpädiatrie einen zunehmend höheren Stellenwert. Genau wie die Sozialpädiatrischen Zentren aus der Versorgungslandschaft der Kinder- und Jugendmedizin nicht mehr wegzudenken sind, werden fundierte Kenntnisse auf diesem Gebiet für die umfassende Betreuung unserer Kinder immer mehr an Bedeutung gewinnen.

Das Arbeitsgebiet der Sozialpädiatrie wurde bisher von der akademischen Pädiatrie ziemlich vernachlässigt und wird im Medizinstudium sowie in der klinischen Weiterbildung kaum gewürdigt. Das Buch der Professoren Schlack, Thyen und von Kries bietet jedem Pädiater die Möglichkeit, seine sozialpädiatrischen Kenntnisse zu vertiefen. Zudem bietet das Buch gute Einblicke in assoziierte und wichtige Themen der Neuropädiatrie und Entwicklungsneurologie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der klinischen Psychologie.

Den Autoren ist es gelungen, einerseits die wissenschaftliche Dimension ihres Spezialgebietes herauszustellen und andererseits dem praktizierenden Pädiater ganz konkrete und didaktisch gut aufbereitete Handlungsempfehlungen zu geben. Das Buch gibt, wie im Untertitel versprochen, präzise Antworten auf die Fragen des pädiatrischen Alltags.

Dr. Michael Karenfort
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Klinik f. Allgemeine Pädiatrie
Schwerpunkt Neuropädiatrie
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf

Red.: Christen

Pädindex

Die Welt der Kinder im Blick der Maler

Unbefangen gegenüber traditionellen Darstellungsweisen schildert uns Murillo hier die Heilige Familie in trautem familiären Beisammensein. In einem Raum mit kahler grauer Wand sitzt der junge Josef, der sein Handwerkszeug beiseite gelegt hat, und widmet sich dem spielenden Jesusknaben. Der Junge belustigt sich mit einem weißen Hündchen, vor dem er einen kleinen Vogel in die Höhe hält. Hier wirkt alles natürlich ohne latente Grausamkeit wie bei Goya. Etwas abseits neben einem Wäschekorb sitzt Maria und betätigt sich an einer Garnwinde. Für einen Moment unterbricht sie ihre Arbeit und lässt ihren Blick mit einem zufriedenen Ausdruck auf dem Spiel des Kindes ruhen.

Der Maler verzichtet auf alle Kennzeichen der Heiligkeit und schildert eine Familienszene im kleinbürgerlichen Milieu des zeitgenössischen Sevilla. Es ist eine heile Welt, getragen von gegenseitigem Verständnis, Zärtlichkeit, Liebe. Heute empfinden manche den Stil von Murillo als zu beschaulich, ja als süßlich. Gewiss gibt es schwächere Arbeiten, die das Sentimentale streifen. Während in der ersten Hälfte des 17. Jahrhunderts in der spanischen Malerei heroische Ideale dominierten, hatten sich inzwischen diese Ideale bereits überlebt. Spanien befand sich in einem politischen und wirtschaftlichen Niedergang. Gleichzeitig wuchs das Interesse für den Alltag des Menschen mit seinen Freuden und Sorgen. Die Heiligen stiegen zur Erde hinab. Murillo verschließt sich nicht vor dem sozialen Elend, aber auch in den Schilderungen von Bettlerjungen erfasst er den Lebensmut dieser Kinder. Seine Kunst ist lebensbejahend, er sieht die Schönheit und die Anmut des Menschen.

Sevillas Künstler kannten und schätzten die venezianische Malerei mit ihrer reichen Farbpalette und der freien Pinselführung. Unter dem Einfluss von Caravaggio liebte man scharfe Hell-Dunkel-Kontraste.



Bartolomé Esteban Murillo, Die Heilige Familie, 1650, Museo del Prado, Madrid

Foto: akg-images

Auch in unserem Bild findet man diese Kontraste, etwa in der kräftigen Beleuchtung des Kindes und den hellen Farben gegenüber der dezenten Farbgebung bei der Kleidung der Maria. In dieser Zeit erwachte das Interesse für Genrebilder, man betonte das Lyrische im Aufbau der Bilder. Auffallend ist, dass sich Murillos religiöse Gemälde manchmal kaum von seinen Genrebildern unterscheiden.

Der Künstler selbst kannte durchaus die Härten des Lebens. Er wuchs als jüngstes von vierzehn Kindern eines Baders auf. Mit zehn Jahren verlor er beide Eltern und kam in die Obhut eines Schwagers, eines Chirurgen. Später verlor er seine Frau und sechs seiner zahlreichen Kinder. Zwei Töchter gingen ins Kloster, ein Sohn wurde Geistlicher, ein anderer Sohn wanderte nach Südamerika aus und gründete dort eine Malerakademie. In Sevilla erwarb Murillo bei einem Maler das hand-

werkliche Rüstzeug. Seine ersten Bilder verkaufte er auf Jahrmärkten. Ruhm erlangte er durch eine Bildreihe für das Franziskanerkloster in Sevilla. 1682 stürzte er bei der Arbeit vom Gerüst eines Kapuzinerklosters und verstarb an den Folgen des Sturzes.

Murillo gelang es, trotz aller Probleme Bilder von harmonischer Schönheit zu schaffen. Seine Kunst wurde in Andalusien rasch populär, aber auch jenseits der Landesgrenzen fand man bald Interesse an seinen Werken. Die „Heilige Familie“ wurde 1729 von der Gattin des Königs Philipp V. erworben, später schenkte die Königin das Bild dem Prado.

Dr. Peter Scharfe
Rauensteinstr. 8
01237 Dresden
Tel. (0351) 2561822

Red.: ge

Wir gratulieren zum Geburtstag im Januar 2011

65. Geburtstag

Frau Christiane *Flehmig*, Hamburg, am 01.01.
 Herr Dr. med. Reinhard *Koppenleitner*, Berlin, am 01.01.
 Frau Dr. med. Christine *Schoßig*, Dresden, am 03.01.
 Herr Dr. med. Franz *Ladwein*, Saarlouis, am 06.01.
 Herr Dr. med. Karl *Landvogt*, Stein, am 10.01.
 Frau Dr. med. Anna *Karsten-Klumpp*, Rangsdorf, am 11.01.
 Frau Dr. med. Maria *Grossmann*, Ennepetal, am 14.01.
 Frau Dr. med. Renate *Hausmann*, Kronberg, am 17.01.
 Herr Dr. med. Wolfgang *Mantey*, Haselünne, am 24.01.
 Frau Dipl.-Med. Ira *Schubert*, Freital, am 30.01.

70. Geburtstag

Herr Dr. med. Peter *Rolf*, Kiel, am 01.01.
 Frau Dr. med. Karin *Böhmer*, Jena, am 04.01.
 Herr Prof. Dr. med. Jürgen *Gehler*, Rüsselsheim, am 04.01.
 Frau Dr. med. Lore *Schwedler*, Hameln, am 04.01.
 Frau Dr. med. Barbara *Gubalke*, Wittenburg, am 05.01.
 Frau Dr. med. Ishild *Janssen*, Frankfurt/Main, am 05.01.
 Herr Dr. med. Wilfried *Hammacher*, Schwerte, am 09.01.
 Frau Beate *Sulanke*, Berlin, am 11.01.
 Frau Dr. med. Ingrid *Barthel*, Schwerin, am 13.01.
 Herr Dr. med. Roland *Jost*, Lorsch, am 13.01.
 Herr Dr. med. Klaus-Dieter *Stettnisch*, Potsdam, am 16.01.
 Frau Dr. med. Petra *Oertel*, Rheine, am 17.01.
 Herr Dr. med. Jürgen *Hausmanns*, Krefeld, am 18.01.
 Frau Dr. med. Dorit *Wepner*, Bad Elster, am 18.01.
 Frau OMR Dr. med. Barbara *Heinrich*, Mainz, am 19.01.
 Herr Dr. med. Jürgen *Schwarz*, Osnabrück, am 20.01.
 Herr Dr. med. Berthold *Sabotka*, Nordkirchen, am 23.01.
 Herr Dr. med. Rainer *Steger*, Bad Ems, am 23.01.

Herr Dr. med. Wolf *Siebert*, Riesa, am 24.01.
 Frau Dr. med. Ursula *Gefferth*, Augsburg, am 25.01.
 Frau Dr. med. Heidemarie *Oelschlägel*, Schöneck, am 27.01.
 Frau MR Heide *Rösch*, Bartmannshagen, am 28.01.
 Frau Barbara *Fleck*, Krefeld, am 29.01.
 Herr Dr. med. Wolfgang *Liebig*, Hamburg, am 29.01.
 Herr Dr. med. Jan *Gerhard*, Morsum/Sylt-Ost, am 30.01.
 Herr Dr. med. Rolf *Götte*, Berlin, am 31.01.

75. Geburtstag

Herr Dr. med. Selahattin *Yavrucuk*, Donaueschingen, am 01.01.
 Frau Dr. med. Christa *Umlauf*, Detern, am 04.01.
 Frau Dr. med. Barbara *Wenmakers*, Bergisch Gladbach, am 07.01.
 Herr Dr. med. Harald *Dönch*, Haltern, am 13.01.
 Frau Dr. med. Christa *Leiber-Willemsen*, Krefeld, am 16.01.
 Herr Dr. med. Thomas *Kandler*, Nürnberg, am 18.01.
 Frau Dr. med. Ursula *Fittkau*, Reinfeld, am 20.01.
 Frau MR Sigrid *Allmert*, Berlin, am 21.01.
 Frau Dr. med. Margarete *Berger*, Dinslaken, am 21.01.
 Herr Prof. Dr. med. Joachim *Opper-mann*, Halle, am 28.01.
 Herr Dr. med. Claus *Ramge*, Dortmund, am 28.01.
 Frau Dr. med. Brigitta *Lemke*, Ilmenau, am 30.01.

80. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Jürgen *Spranger*, Sinzheim, am 01.01.
 Frau Prof. Dr. med. Ingeborg *Brandt*, Königswinter, am 19.01.
 Herr Dr. med. Erwin *Hirschmann*, München, am 22.01.

82. Geburtstag

Frau MR Dr. med. Ruth *Schnürer*, Berlin, am 01.01.
 Herr OMR Dr. med. Rolf *Haberland*, Riesa, am 04.01.
 Herr Dr. med. Anton *Oster*, Köln, am 09.01.

Herr Dr. med. Stanislaw *Remin*, Essen, am 28.01.

83. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Wolf *Berg*, Rotenburg, am 21.01.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Emely *Salzig*, Geisenheim, am 05.01.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Else *Trautwein*, Volxheim, am 01.01.
 Frau Dr. med. Eva *Joeden*, Neustadt, am 06.01.
 Frau Dr. med. Irmgard *Englert*, Neusäß, am 10.01.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Hildegund *Scholz*, Hannover, am 12.01.
 Herr Dr. med. Kurt *Schebek*, Bensheim, am 14.01.
 Frau Dr. med. Marlis *Fitzen*, Leverkusen, am 17.01.
 Frau Dr. med. Inge *Flehmig*, Hamburg, am 24.01.
 Frau Dr. med. Maria E. *Gertkemper*, Detmold, am 28.01.
 Herr Dr. med. Wolfgang *Emrich*, Kirkel, am 29.01.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Kleutsch*, Saarbrücken, am 07.01.
 Frau Dr. med. Elisabeth *Prechtel*, Egloffstein, am 07.01.
 Herr Dr. med. H.-Helmut *Schmidt*, Worms, am 19.01.

91. Geburtstag

Herr Dr. med. Werner *Schneidt*, Seeshaupt, am 02.01.

96. Geburtstag

Frau Dr. med. Barbara *Tiemann-Hebsaker*, Frankfurt/Main, am 10.01.



KlinikClowns e.V. | Tel. 081 61/4 18 05
 www.klinikclowns.de
 Spendenkonto 45900
 Freisinger Bank eG, BLZ 701 696 14

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Landesverband Baden-Württemberg

Herrn Dr. med. Uwe *Petruch*
 Frau Dr. med. Ines *Brösse*
 Frau Nicole *Riethmüller*
 Frau Dr. med. Dennis *Conzelmann*
 Frau Ute *Großmann-Kiefer*

Landesverband Bayern

Herrn Dr. med. Markus *Lutz*
 Frau Dr. med. Ruth *Klein*
 Frau Dr. med. Birgit *Fritscher*
 Herrn Dr. med. Lampros *Kampouridis*
 Herrn Dr. med. Stephan *Henneberger*

Landesverband Berlin

Frau Dr. med. Katja *Remuss-Trabulsi*
 Frau Dr. med. Silvia *Schütt-Seeger*
 Frau Dr. med. Bettina *Walther*
 Frau Naomi *Kirch*

Landesverband Bremen

Frau Ursel *Papke*

Landesverband Hessen

Frau Ludmilla *Hofmann*
 Frau Miryam *Birk*
 Frau Dr. med. Sabine *Totsche*
 Herrn Dr. med. Benedikt Johannes
Pircher
 Frau Dr. med. Elke *Dittmar*
 Frau Dr. med. Claudia *Willi*

Landesverband Niedersachsen

Herrn Dr. med. Clemens *Behrens*
 Herrn Dr. med. Jens *Schlenker*
 Frau Dr. med. Nadya *Bolduan*
 Frau Sonja *Ersfeld*
 Herrn Dr. med. Martin *Eilers*
 Frau Dr. med. Andrea *Volprecht*

Landesverband Nordrhein

Frau Dr. med. Eva Johann *to Settel*
 Frau Susanne *Weis*
 Frau Dr. med. Pia *Vaassen*
 Herrn Dr. med. Michael *Nakazi*

Frau Dr. Gabriele *Wahle-Conrady*
 Frau Sylvia *Heger*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Frau Dr. med. Antje *Arulsamy*
 Frau Dr. med. Renate *Lang*
 Frau Brigita *Dzijan*
 Herrn Bassem *Irscheid*
 Frau Esther *Schroff*

Landesverband Saarland

Herrn Janto *Thierbach*

Landesverband Schleswig-Holstein

Herrn Jörn Peter *Karnop*
 Herrn Dr. med. Martin *Bethge*

Landesverband Thüringen

Frau Dr. med. Claudia *Stefani*

Landesverband Westfalen-Lippe

Herrn Dr. med. Dirk-Michael
Künнемeyer
 Frau Dr. med. Monika *Schriever*
 Frau Orli *Dzialoszynski*

Praxistafel

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

Kinderärztliche Gem. Praxis in Bad Arolsen (Nordhessen) sucht für das Jahr 2011 Kollegin oder Kollegen mit abgeschlossener Facharztausbildung zur Mitarbeit in einem Umfang von 25 Wochenstunden. Der Kassensitz des Seniorpartners kann nach entsprechender Einarbeitung übernommen werden.
 Kontakt über j.leiter@t-online.de

Weiterbildungsassistent/in für kinder- und jugendmedizinische überörtliche Gemeinschaftspraxis in Hagen gesucht. 18 Monate WB-Berechtigung vorhanden.
 Tel.: 02331 – 55073/74

Kinderärztin/-arzt in Teilzeit von Kinderarztpraxis zur unbefristeten Festanstellung in Nürnberg gesucht.
 Tel. 0911 / 614699

Kinder- und Jugendarztpraxis im Kreis Olpe aus Altersgründen kostenlos abzugeben.
 Zuschriften unter Chiffre 1884 KJA 12/10 an den Verlag erbeten.

Biete Jobsharing (1/2 KV-Sitz) in gutgehender Kinderarztpraxis/SPV mit KJP-Berufserfahrung **in Berlin** (ggf. spätere Übernahme).
 Zuschriften unter Chiffre 1886 KJA 12/10 an den Verlag erbeten.

Das MVZ St. Cosmas mit seinen zahlreichen Fachärzten und Therapeuten in München/Neubiberg sucht für den Bereich Kinder- und Jugendmedizin einen

Kinderarzt (m/w)

in Vollzeit (eventuell Teilzeit) zur Anstellung, falls möglich ab dem 01.01.2011.

Senden Sie bitte Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen schriftlich oder per Mail an das MVZ St. Cosmas, Frau Kellerer, Rathausplatz 1, 85579 Neubiberg oder an info@mvz-st-cosmas.de.
 Weitere Informationen unter www.mvz-st-cosmas.de.

Pädiaterin / Pädiater in Innerschweiz gesucht!

Per 2011 werden an verschiedenen Standorten **jüngere Kinderärztinnen / Kinderärzte** gesucht. Primärer Einstieg auf Anstellung mit attrakt. Salär ohne Eigenkapital und Option einer späteren Übernahme. Bewerbung mit CV an:

Mediscan, Unternehmensberatung f. Ärzte, Glorieweg 14, 6403 Küsnacht, Tel. +41 41 850 00 16;
 info@praxisvermittlung.ch, www.praxisvermittlung.ch

Kinderärztliche Gemeinschaftspraxis (2 KV-Zulassungen) ab 1.1.2011 abzugeben. Zentral gelegene Praxisräume in Kreisstadt, Großraum Stuttgart, S-Bahn-Anschluss, geregelter fachärztlicher Notfalldienst.

dres.ammann@t-online.de

Kinderärztl. GP in Südwestfalen sucht neue/n Partner/in. Gern auch mit Interesse für Naturheilkunde/Homöopathie. Auch Teilzeit oder Stellensplitting möglich. Abgabe Jan.–Dez. 2012.

Zuschriften unter Chiffre 1885 KJA 12/10 an den Verlag erbeten.

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

13-valenter Konjugatimpfstoff zur Indikationsimpfung gefährdeter Kinder

Umfassender Schutz vor Pneumokokken-Infektionen

Mit einer Serotypenabdeckung von 70% bei Pneumokokken-bedingter akuter Otitis media (AOM) weist der 13-valente Pneumokokken-Konjugatimpfstoff die höchste Abdeckungsrate unter den Konjugatimpfstoffen auf. Diese Vakzine empfiehlt die STIKO seit Juli 2010 zur Indikationsimpfung von Risikokindern.

Im Interview: Dr. Andreas Busse, Kinder- und Jugendarzt, Tegernsee

1. Welche Bedeutung hat die Pneumokokken-Impfung mit der 13-valenten Vakzine für die AOM?

Die AOM ist eine der häufigsten Infektionskrankheiten, die wir im frühen Kindesalter sehen. Dabei haben Pneumokokken von allen Erregern, die eine AOM verursachen, die höchste Virulenz und führen zu den schwersten Krankheitsverläufen mit der niedrigsten Spontanheilungsquote und der höchsten Wahrscheinlichkeit für Komplikationen. Eine Impfung muss daher vor allem gegen Pneumokokken-Infektionen schützen.

In einer von mir geleiteten Studie hatte sich gezeigt, dass bei Kindern mit spontan perforierter AOM die in dem 13-valenten Impfstoff enthaltenen Serotypen 3 und 19A am häufigsten vertreten waren.

2. Inwieweit profitieren gefährdete Kinder von der neuen Pneumokokken-Indikationsimpfung mit dem 13-valenten Konjugatimpfstoff?

Es liegen Daten vor, die zeigen, dass sowohl ungeimpfte als auch mit dem 7-valenten Impfstoff geimpfte gefährdete Kinder von einer Dosis des 13-valenten Impfstoffs profitieren. Keinen zusätzlichen Schutz bietet dagegen der bisher empfohlene 23-valente Polysaccharid-Impfstoff, wie neuere Daten belegen. Konju-

gatimpfstoffe besitzen eine deutlich höhere Immunogenität und nur sie bewirken ein Immungedächtnis und somit einen besseren und länger anhaltenden Impfschutz. Auch ihr Boostereffekt ist höher. Polysaccharid-Impfstoffe dagegen werden häufig schlecht vertragen und es kann eine Hyporesponsiveness entstehen, das heißt, bei Wiederimpfung gibt es keine oder eine deutlich schlechtere Immunantwort.

3. Welche Erfahrungen haben Sie mit der Impfung von Prevenar13[®] gemacht und wozu raten Sie im Umgang mit Risikokindern?

Es ist schön, Eltern eine Maßnahme anbieten zu können, die auch die Zahl schwererer Erkrankungen deutlich reduzieren kann. Es liegt daher immer in der Verantwortung des Arztes, das individuelle Risiko eines Kindes abzuschätzen und zu entscheiden, ob zwischen dem zweiten und fünften Lebensjahr eine zusätzliche Pneumokokken-Impfung angebracht ist. Ich denke dabei durchaus auch an Kinder, die, vor allem bei frühem Besuch einer KITA, ständig mit Infekten in die Praxis kommen. In diesem Fall würde ich eher großzügiger diese zusätzliche Impfung als IGEL-Leistung anbieten.

Mit freundlicher Unterstützung der Pfizer Deutschland GmbH, Berlin

Allianz für Kinder und Jugendliche mit Schuppenflechte

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Psoriasis ist bisher unzureichend. Die notwendige Forschung auf diesem Gebiet steckt weltweit noch in den Kinderschuhen. Nach heutigen Erkenntnissen ist Schuppenflechte eine lebenslange Belastung und lebensverkürzende Bedrohung.

„Kinderpsoriasis – eine Herausforderung für alle.“ Unter diesem Motto stand der Welt-Psoriasistag 2010, zu dem in Deutschland die beiden großen dermatologischen Fachgesellschaften DDG und BVDD aufgerufen hatten.

Studien zur Lebensqualität belegen: Kinder und Erwachsene mit Schuppenflechte weisen ein doppeltes Risiko für Begleiterkrankungen, wie z.B. für Fettsucht (Adipositas), Depression und Bluthochdruck auf.

Zur Verbesserung der Psoriasisversorgung haben die Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG) und der Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD) mit Unterstützung des Kompetenzzentrums Versorgungsforschung in der Dermatologie (CVderm) erstmals messbare „Versorgungsziele 2010–2015“ formuliert. Dies ist eine Selbstverpflichtung, die in der medizinischen Versorgung in Deutschland bisher einmalig ist. Ganz bewusst schließen diese auch die frühzeitige und qualifizierte Versorgung von Kindern ein: „Kinder mit Psoriasis werden frühzeitig

behandelt und erlangen eine gute Lebensqualität“. Die Versorgung von Kindern ist durch verzögerte und unzulängliche Diagnosestellung sowie uneinheitliche Therapien oft noch unzureichend. Durch fachübergreifende Kooperationen sollen leitliniengerechte Therapiestrategien flächendeckend etabliert werden. Zu diesen Leitzielen wurden messbare Teilziele formuliert, deren Erreichen nach festgelegten Fristen geprüft wird.

In vielen regionalen Psoriasis-Expertenetzwerken (PsoNet) schließen sich seit zwei Jahren immer mehr niedergelassene und klinische Dermatologen zusammen, um die Versorgung in der Praxis zu verbessern. Ihnen kommt bei der Umsetzung der „Versorgungsziele 2010–2015“ eine zentrale Rolle zu.

In einer Pressekonferenz zum Welt-Psoriasistag in Berlin riefen die Fachgesellschaften zur interdisziplinären Zusammenarbeit auf, wobei sie insbesondere für einen engen Schulterschluss mit den Pädiatern plädierten. Nähere Informationen unter www.psonet.de.

Helmut S. Müller

Gestärkt in den Winter – neue Studien zeigen es:

Probiotischer Joghurtdrink unterstützt die Abwehrkräfte – auch bei Kindern

Winterzeit gleich Erkältungszeit: Besonders Kinder sind in der Herbst- und Wintersaison durch Infektionskrankheiten gefährdet. Aktuelle Studien zeigen nun, dass der tägliche Verzehr des probiotischen Joghurt drinks Actimel® mit *Lactobacillus casei* DN-114 001 hilft, vom Darm ausgehend über eine positive Beeinflussung der drei intestinalen Abwehrebene (Darmflora, Darmepithel und Immunsystem) die natürlichen Abwehrkräfte zu stärken – im Rahmen eines gesunden Lebensstils sowie einer ausgewogenen Ernährung, wie sie jedes Kind erhalten sollte.

„Probiotika sind definierte lebende Mikroorganismen, die in ausreichender Menge in aktiver Form in den Darm gelangen und dadurch positive gesundheitliche Wirkungen erzielen (1)“, leitete Priv.-Doz. Dr. Markus Rose, Frankfurt am Main, seinen Vortrag auf einem Symposium des Unternehmens Danone anlässlich des diesjährigen Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin ein. „Die Permeabilität des Darmes für Pathogene scheint durch Probiotika vermindert zu werden. Es kommt zu einer Änderung der Mikroflora: Die milchsäurebildenden Bakterien verdrängen die Pathogene und nehmen ihre Plätze ein“, erklärte Rose eines der möglichen Wirkprinzipien von Probiotika.

Für den probiotischen Joghurt drink Actimel® existieren laut Rose vielfältige gute Studien zum Thema respiratorische oder gastrointestinale Infekte:

„In der erst kürzlich publizierten DRINK-Studie der Arbeitsgruppe um Merenstein sollte untersucht werden, ob ein fermentiertes Milchgetränk mit dem probiotischen Stamm *Lactobacillus casei* DN-114 001 das Auftreten von häufigen Infektionskrankheiten (CIDs = common infectious diseases), d.h. respiratorischen und gastrointestinalen Infekten, in amerikanischen Kindertagesstätten reduzieren kann“, erklärte Rose (2).

In der doppelblinden, randomisierten, placebokontrollierten klinischen Studie verzehrten 638 gesunde Kinder (3–6 Jahre) über einen Zeitraum von drei Monaten täglich 200 g Actimel® (mit der zusätzlichen probiotische Kultur *L. casei* DN-114 001) oder ein nicht fermentiertes, gesäuertes Milchprodukt als Kontrolle. Die Gesundheit der Kinder wurde mit einem Elterntagebuch und einer wöchentlichen Befragung der Eltern am Telefon erfasst.

Die Kinder der Probiotikagruppe wiesen im Vergleich zur Kontrollgruppe 24

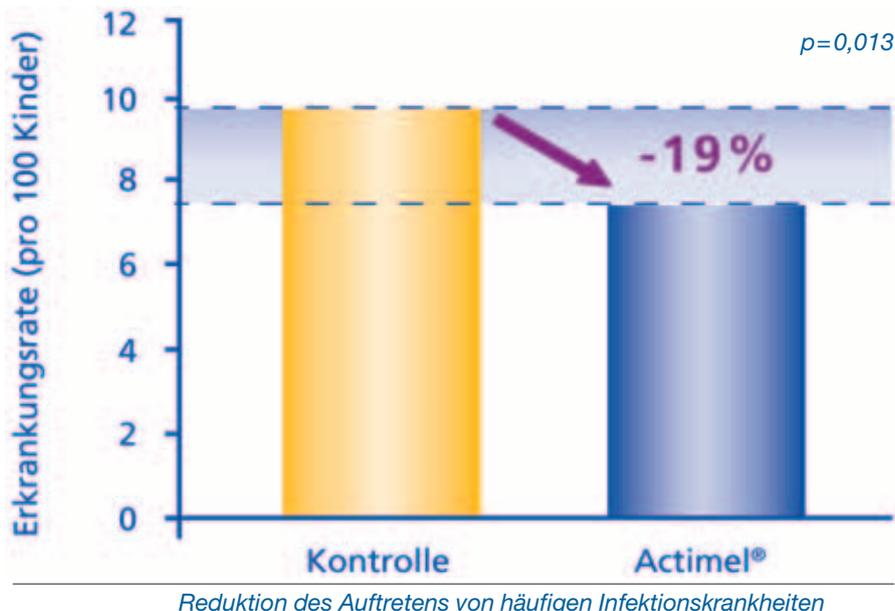


Abb. 1: Täglich verzehrt (im Rahmen einer ausgewogenen Ernährung und eines gesunden Lebensstils) hilft Actimel® die natürlichen Abwehrkräfte zu stärken, wie auch die Studie von Merenstein mit 638 Kindern zeigt (2)

Prozent weniger Magen-Darm-Infekte wie Durchfall und Erbrechen ($p = 0,042$) sowie 18 Prozent weniger Infektionen der oberen Atemwege wie Erkältungen, Ohrenentzündungen, Sinusitis und Streptokokkenbefall ($p = 0,036$) auf. Die Gesamtergebnisse belegen, dass das Auftreten von häufigen Infektionskrankheiten um 19 Prozent zurückging ($p = 0,046$) (Abb. 1). Der probiotische Joghurt drink Actimel® kann also – täglich verzehrt im Rahmen einer ausgewogenen Ernährung und eines gesunden Lebensstils – die körpereigene Abwehr in der Erkältungszeit unterstützen, indem er dazu beiträgt, die Häufigkeit verbreiteter Infektionen bei Kindern zu reduzieren, so das Fazit der Autoren.

Doch auch die Inzidenz von Diarrhöen kann durch den Verzehr ausgewählter Probiotika gesenkt werden. So wurden beispielsweise in einer klinischen Studie 928 Kinder über einen Zeitraum von vier Monaten beobachtet, die täglich 100 g eines

herkömmlichen Joghurts oder den zusätzlich mit *L. casei* DN-114 001 fermentierten Joghurt drink verzehrten. Die Diarrhö-Inzidenz fiel in der Probiotika-Gruppe (15,9 %) statistisch signifikant niedriger aus ($p = 0,03$) als unter dem Kontrollmilchprodukt (22%)(3).

Wichtig sei zu beachten, dass jeder probiotische Stamm stets spezifische Effekte bewirke. Man könne daher Studienergebnisse nicht einfach von einem probiotischen Stamm bzw. Produkt auf ein anderes übertragen, betonte der Frankfurter Infektiologe abschließend.

Literatur

- 1 De Vrese, Schrezenmeir, Praxishandbuch Functional Food 1. Akt.-Lfg. 03/2000
- 2 Merenstein D et al., European Journal of Clinical Nutrition 2010; 64: 669-677
- 3 Pedone CA et al., International Journal of Clinical Practice 2000; 54(9): 568-571

Nach Informationen der Danone GmbH

Nestlé Nutrition Institute Kongress-Bericht

Probiotika sowie Prä- und Synbiotika in der klinischen Kinderheilkunde

Die intestinale Mikroflora des Menschen besteht aus einem komplizierten Ökosystem von bis zu 10^{14} aeroben und anaeroben Mikroorganismen. Der menschliche Organismus lebt mit ihnen in einer Symbiose – eine *conditio sine qua non* für sein Überleben. Der Begriff Probiotika beschreibt nach heutigem Wissen nur eine kleine Zahl der mehr als 500 verschiedenen Bakterienarten im Darm. Nach der derzeit gültigen Definition (WHO/FAO, 2001) sind Probiotika „...lebende Mikroorganismen, die, in der richtigen Menge aufgenommen, für die Gesundheit von Nutzen sind“.

Wirksam werden Bifidobakterien, Laktobazillen und andere Probiotika vor allem durch

- Produktion von Essig- und Milchsäure; es resultiert ein saures Stuhl-pH mit der Folge der Suppression pathogener Mikroorganismen
- Reduktion von Meteorismus/ Säuglingskoliken: Bifidobakterien produzieren im Gegensatz zu vielen anderen Darmbakterien keine Gase
- Besetzung von Mukosarezeptoren, Produktion antibiotikaähnlicher Substanzen und Stimulation des körpereigenen Immunsystems (Immunmodulation).

Wichtige Voraussetzungen hierfür sind Überleben und Kolonisation der Bakterien im Wirtsorganismus in einer ausreichend hohen Keimzahl (höchste Effizienz durch Zufuhr von 10^8 bis 10^9 Mikroorganismen pro Tag) und Adhäsion der Bakterien an menschliche Enterozyten.

Die Natur als Vorbild stand vor allem beim Einsatz von Bifidobakterien in klinischen Studien zur Prävention entzündlicher Darmprozesse (nekrotisierende Enterokolitis, Gastroenteritis) Pate. Denn Bifiduskulturen können durch ihre Dominanz im Stuhl des gestillten Babys gleichsam als „Leitkeime“ einer schützenden Flora des gestillten Säuglings angesehen werden (Abb. 1).

Probiotika in der pädiatrischen Praxis

- Probiotika wurden in den letzten Jahren mit Erfolg in klinischen Studien zur Prä-

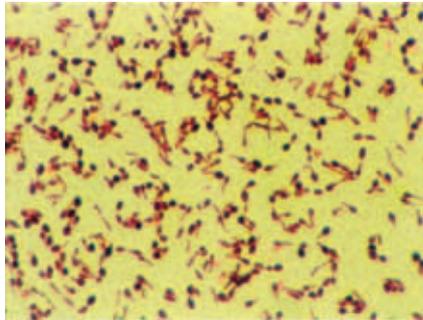


Abb. 1: Homogene grampositive Kultur von Bifidobakterien aus dem Stuhl eines gesunden, gestillten Säuglings

vention der Nekrotisierende Enterokolitis (NEC) eingesetzt. Die Vermeidung vom Gastroenteron ausgehender, lebensbedrohlicher Entzündungen (Abb. 2) ist eine der dringendsten Herausforderungen in der Neonatologie. Neue Metaanalysen belegen den schützenden Effekt probiotischer Bakterien (Bifidobakterien, Laktobazillen), so daß dieses Präventionsprinzip derzeit bereits in vielen Neonatologischen Abteilungen angewandt wird.

- Von Saavedra et al. wurde schon 1994 ein präventiver Effekt von Bifidobakterien und *S. thermophilus* bei Rotavirus-Gastroenteritis belegt. Laktobazillen können Schweregrad und Dauer virusinduzierter Gastroenteritiden bei Säuglingen und Kin-



Abb. 2: Röntgenbild eines Frühgeborenen mit Nekrotisierender Enterokolitis. Auffällig sind die Gaseinschlüsse in der hochgradig entzündeten, vor der Perforation stehenden Darmwand

dern reduzieren. In einer Multicenterstudie führte die Applikation von *Lactobacillus GG* in Dosen von 10^{10} bis 10^{11} Koloniebildenden Einheiten (KbE) zur nachweisbaren Kolonisation dieses Keims im Kolon und somit zur Verhinderung des „Andockens“ pathogener Erreger.

- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen: Durch Anwendung des Probiotikums *E. coli Nissle 1917* kann bei Colitis ulcerosa eine Remissionserhaltung mit vergleichbaren Ergebnissen erreicht werden, wie durch Mesalazin.
- Probiotika zur Prävention und Therapie der Neurodermitis oder von Nahrungsmittelallergien können derzeit nicht empfohlen werden.

Als **Präbiotika**, also quasi „Brennstoffe“ für probiotische Bakterien in der Muttermilch fungieren nicht verdaubare Galaktooligosaccharide (GOS) in einer Konzentration von ca. 10 g/l zur Etablierung und Unterhaltung einer schützenden Darmflora des Säuglings.

Die in kommerziellen Säuglingsmilchnahrungen heute eingesetzten GOS sind qualitativ und quantitativ mit jenen der menschlichen Milch nicht vergleichbar. Zusätzlich eingesetzte Fruktooligosaccharide (FOS) sind in Muttermilch nicht enthalten.

Synbiotika – ein neuer, interessanter wissenschaftlicher Ansatz – stellen de facto eine Synthese aus beiden Prinzipien, d.h. der Anwendung von Pro- und Präbiotika dar – die Muttermilch ist dazu das natürliche Vorbild.

Die heute erhältlichen Kombinationen aus Pro- und Präbiotika halten einer wissenschaftlichen Evaluation ihres Nutzens allerdings nicht stand.

Prof. Dr. med. Michael Radke
Klinikum Ernst von Bergmann
Klinik für Kinder und Jugendliche
Charlottenstr. 72
14467 Potsdam
Tel.: 0331/241 5902, Fax -5900
email: mradke@klinikumebv.de

Mehr als 50% aller Säuglinge haben leichte Verdauungsstörungen

Während der ersten Lebensmonate kommen bei mehr als 50% aller Säuglinge leichte Verdauungsstörungen vor (Iaconu, 2005). Zu den häufigsten gastrointestinalen Symptomen junger Säuglinge gehören Speien, Blähungen, Verstopfung, leichter Durchfall. Auch Unruhe und sog. Dreimonatskoliken werden in den ersten 3-4 Lebensmonaten häufig beobachtet. Eine prospektive Studie zeigte, dass selbst nach den Wessel-Kriterien für die Diagnose von Dreimonatskoliken (Schreien täglich über mehr als 3 Stunden, an mehr als 3 Tagen pro Woche, über mehr als 3 Wochen) rund 20% aller Säuglinge in den ersten Lebensmonaten davon betroffen waren (Iaconu, 2005).

Kleine Gesundheitsprobleme, die Eltern große Sorgen machen

Auch wenn funktionelle gastrointestinale Störungen junger Säuglinge in medizinischer Hinsicht harmlos sind, bereiten sie den Eltern oft große Sorgen. Vor allem Dreimonatskoliken sind für die Eltern eine große Belastung und nicht selten der Grund für den Verzicht auf weitere Kinder. Es werden 4 Ursachenkomplexe diskutiert, die Dreimonatskoliken auslösen können. Dazu gehören neben funktioneller Unreife des Zentralen Nervensystems und einer gestörten Eltern-Kind-Interaktion eine funktionelle Unreife des Magen-Darm-Trakts und Kuhmilchallergie. Tabakrauchexposition scheint ebenfalls eine Rolle zu spielen. Oft wirken mehrere Faktoren zusammen. Die genauen Ursachen von Dreimonatskoliken sind aber trotz mehr als 50 Jahre langer Forschung noch nicht geklärt. Leider gibt es auch bis heute kein Patentrezept, das allen Kindern hilft.

Unkritische Umstellung auf einen anderen Typ Säuglingsmilch ist nutzlos

Oft wechseln Eltern nicht gestillter Säuglinge bei Verdauungsproblemen oder Koliken die Säuglingsmilch ohne vorher ärztlichen Rat einzuholen. Eine Umstellung auf eine beliebige andere Milchnahrung hat aber keinen Nutzen. Die Umstellung sollte gezielt erfolgen, d.h., es sollte auf eine Nahrung umgestellt werden, welche der funktionellen Unreife bestimmter Funktionen des Magen-Darm-Trakts angepasst ist und/oder die Reifung der Darmfunktionen fördert.

3 Faktoren, die bei leichten Verdauungsstörungen und Koliken diskutiert werden (Abb. 1)

Die funktionelle Unreife des Magen-Darm-Trakts betrifft häufig:

- Die Aktivität des Enzyms Laktase,
- die Darmmotilität,
- die bakterielle Darmbesiedlung und
- die Mukosabarriere / das Darm-Immunsystem

3 Faktoren können hier von Nutzen sein: **reduzierter Laktosegehalt, allergen-armes Eiweiß** und ***Lactobacillus reuteri***. Jeder dieser Faktoren kann bei Säuglingen mit leichten Verdauungsstörungen, Unruhe und Koliken zu einer Besserung der klinischen Symptome führen.

Wie wirken diese 3 Faktoren?

Eine **Reduzierung des Laktosegehalts** kann bei Säuglingen, deren Symptome durch eine Laktoseunverträglichkeit infolge einer verzögerten Reifung des Enzyms Laktase bedingt sind, zu einer raschen Besserung führen.

Partiell hydrolysiertes Molkenprotein* ist leicht verdaulich und besonders gut verträglich. Es wird ähnlich wie Muttermilch schnell aus dem Magen entleert und sorgt für weiche Stühle, was den Stuhlgang erleichtert.

Der 3. Wirkfaktor ist ein spezielles Probiotikum: ***L. reuteri***. Klinische Studien haben gezeigt, dass sich oral verabreichte *L. reuteri* vorübergehend im Darm ansiedeln und das Potential haben, die Darmmotilität zu normalisieren, leichte gastrointestinale Symptome wie Spucken und Verstopfung sowie Koliken zu bessern. Die genauen Wirkmechanismen sind derzeit nicht geklärt. Diskutiert wird, dass neben der Verbesserung der Darmflora eine direkte Wirkung von *L. reuteri* auf die Darmmotilität und auf viszerale Schmerzen eine

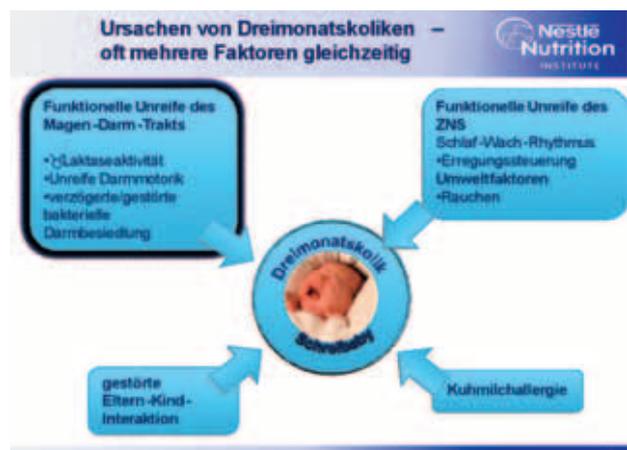


Abb. 1

entscheidende Rolle spielen. *L. reuteri* reduziert die Schreizeit signifikant (Abb. 2).

Eltern von Säuglingen mit leichten Verdauungsstörungen und Koliken wünschen nicht nur Rat, sondern schnelle Hilfe

Die Umstellung auf eine Säuglingsnahrung mit den genannten 3 Komponenten

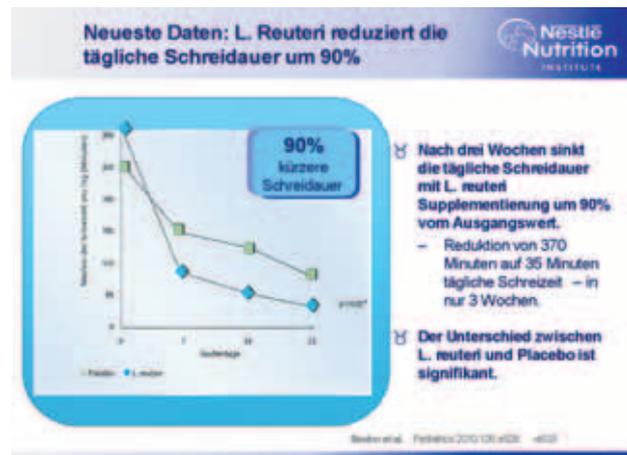


Abb. 2

bietet die Chance, bei Säuglingen mit leichten funktionellen Verdauungsstörungen und Koliken eine schnelle Besserung der klinischen Symptome zu erreichen.

* nicht geeignet für Säuglinge mit Kuhmilchallergie. Für diese ist ein extensives Hydrolysat (z.B. Althera) zu verwenden.

Dr. med. Mike Poßner
Medical Director Europe
Nestlé Infant Nutrition
Lyoner Straße 23, 60523 Frankfurt am Main
Tel.: 069-6671-4946
E-Mail: mike.possner@de.nestle.com

Nach Informationen der Nestlé Nutrition Institute

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer

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

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer

Tel.: 030/28047510, Tfx.: 0221/683204

stephan.esser@uminfo.de

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/68909-14, Tfx.: 0221/68909-78

christel.schierbaum@uminfo.de

Mitgliederverwaltung

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg

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

Kongressabteilung

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

Kongresse des BVKJ

www.kongress.bvkj.de

Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum

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

BVKJ Service GmbH

Geschäftsführer: Dr. Wolfram Hartmann

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Beauftragter: Herr Klaus Lüft

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Ansprechpartnerin in Geschäftsstelle:

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

Frau Ursula Horst

E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

E-Mail: Christen@HKA.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Frank Riedel

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

Dr. med. Wolfgang Gempp

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinder- und Jugendarzt

www.kinder-undjugendarzt.de

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php