

# bvkJ.

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

Heft 08/13 · 44. (62.) Jahr · A 4834 E

# KINDER-UND JUGENDARZT

## Forum:

Patienten  
brauchen Führung

## Fortbildung:

Antiepileptische  
Therapie –  
ein Update

## Berufsfragen:

Barmer-GEK –  
Ein Vertrag, der  
sich bewähren muss

## Magazin:

Was soll die Mutter  
dem Kindelein geben?

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



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

# KINDER-UND JUGENDARZT **bvkj.**



© YuriArcurs - clipdealer.com



## „Was soll die Mutter dem Kindelein geben?“

**Säuglingsernährung um 1800**

S. 435

### Inhalt 8/13

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

#### **Forum**

- 391 **Theater auf Rezept**  
*Regine Hauch*
- 392 **Patienten brauchen Führung**  
*Dietmar Karweina*
- 394 **Muss nicht jeder wissen**  
*Regine Hauch*
- 395 **Eine Frage an Hermine Nock**  
*Regine Hauch*
- 396 **Europäischer Leitfaden zu Lebensmittelallergien**
- 398 **Das Leser-Forum**
- 400 **Frühe Hilfe für Familien wirkt**
- 402 **Schuldokumenta**  
*Bernhard Stier*
- 404 **SIDS im Elternbett**  
*Herbert Renz-Polster*

#### **Fortbildung**

- 406 **Antiepileptische Therapie von Kindern und Jugendlichen – ein update**  
*Gerhard Kurlmann, Barbara Fiedler*
- 420 **Consilium Infectiorum: Zahnschmelzschutz bei dauerhafter Inhalation von Glukokortikoiden**  
*Thomas Beikler*
- 422 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 425 **Welche Diagnose wird gestellt?**  
*Julia Grothaus, Peter H. Höger*
- 425 **Impressum**
- 426 **Praxistafel**

#### **Berufsfragen**

- 427 **Eine Wertung des BARMER-GEK-Selektivvertrages**  
*Roland Ulmer*
- 432 **Zweierlei Strafmaß bei Genitalverstümmelung**  
*Christoph Kupferschmid*
- 433 **Es muss einen ambulanten Pflichtteil geben!**  
*Thomas Fischbach*
- 434 **Präventionsgesetz – nächster Schritt geschafft**  
*Christoph Kupferschmid*

#### **Magazin**

- 435 **Was soll die Mutter dem Kindelein geben?**  
*Irmtraud Sahmland*
- 439 **Buchtipps**
- 440 **Paediatric-Termine**
- 441 **Die Welt der Kinder im Blick der Maler**  
*Peter Scharfe*
- 442 **Sonstige Tagungen und Seminare**
- 443 **Fortbildungstermine BVKJ**
- 444 **Personalia**
- 446 **Nachrichten der Industrie**
- 449 **Wichtige Adressen des BVKJ**

#### **Beilagenhinweis:**

Dieser Ausgabe liegt in voller Auflage ein Supplement der Firma Sanofi Pasteur MSD GmbH bei.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

## Theater auf Rezept

### Bundesweites Kultur-Projekt der Stiftung Kind und Jugend des BVKJ geht weiter

Seit 2009 gibt es das Kulturprojekt des BVKJ „Theater auf Rezept“: bei der Vorsorgeuntersuchung U10, U11 und J1 erhalten Patienten bzw. ihre Eltern von ihrem Kinder- und Jugendarzt Theatergutscheine. Ins Leben gerufen haben das Projekt der Düsseldorfer Kinder- und Jugendarzt Hermann Josef Kahl, der HNO-Arzt Dr. Michael Strahl, der Kaufmann Peter Haeffs und der damalige Leiter des Düsseldorfer Kindertheaters Stefan Fischer-Fels (heute GRIPS-Theater). Inzwischen machen zwölf Kinder- und Jugendtheater in unterschiedlichen deutschen Städten mit, über 1000 Kinder und Jugendliche haben mit ihren Gutscheinen die Theatervorstellungen in ihrer Stadt besucht, viele haben durch „Theater auf Rezept“ zum ersten Mal in ihrem Leben die Möglichkeit bekommen, eine Theateraufführung zu erleben.

Dank des Sponsors, der Siemens Betriebskrankenkasse, geht das Projekt auch im nächsten Jahr weiter. Allerdings haben sich die Abläufe leicht geändert. Künftig gibt's die Gutscheine nur noch auf Anfrage. Interessierte Praxen können seit Juli 2013 die zu 10er-Päckchen abgepackten Theatergutscheine in „ihrem“ Theater abrufen.

#### Theatergutscheine nur, solange das Budget reicht

Die Theater ihrerseits bekommen ab der nächsten Spielzeit über die BVKJ-Stiftung „Kind und Jugend“ ein festes Budget, das sie für das Projekt einsetzen können. Das bedeutet: Theatergut-



© Sebastian Hoppe

scheine gibt's nur, solange das Budget reicht. Alle Projektpartner, also Theater und auch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, können sich aber um Sponsoren vor Ort, etwa Sparkassen oder ortsansässige Firmen, bemühen, um das Projekt möglichst vielen Kindern und Jugendlichen zugute kommen zu lassen.

Weitere Informationen zum Projekt Theater auf Rezept unter: <http://www.theateraufrezept.de>

ReH

## Empfehlung zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Kinder wird verbessert

Der GKV-Spitzenverband, die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene, die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) haben sich Mitte Juni in Berlin auf gemeinsame Empfehlungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) von Kindern und Jugendlichen verständigt.

Die Empfehlungen sollen den Krankenkassen sowie den SAPV-Teams eine Orientierung zur Versorgungsausrichtung geben.

„Kinder und Jugendliche benötigen besonders in der Zeit einer schweren Erkrankung die Solidarität unserer Gesellschaft. Damit die Betroffenen möglichst bis zum Schluss zu Hause bleiben und versorgt werden können, werden bundesweit entsprechend qualifizierte Versorgungsangebote benötigt“, so Marlene Rupprecht, MdB, Vorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (DHPV).

#### Rund-um-die Uhr-Erreichbarkeit

„Unser Ziel ist es, für sterbende Kinder und ihre Angehörigen zuhause eine Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit durch Kinderpalliativteams zu ermöglichen“, betonte Prof. Friedemann Nauck, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Er hoffe auf eine zügige Umsetzung der Empfehlungen in den Bundesländern.

„Die SAPV von Kindern und Jugendlichen ist eine hoch spezialisierte Leistung. Besonders wichtig ist es, dass Kinder in ihrem letzten Lebensabschnitt so zuverlässig und qualifiziert zu Hause betreut werden wie im Krankenhaus. Zum Glück benötigt nur eine sehr kleine Anzahl der Kinder und Jugendlichen diese Versorgung. Gerade hierin liegt aber die eigentliche Herausforderung für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung“, so Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbands.

„Wir kommen, wenn wir gerufen werden! Auch nachts, auch zu Silvester und auch zu Familien, die weit weg von unserer Klinik leben“ erklärt Andreas Müller vom Kinderpalliativteam der Universitätsklinik Dresden und Vorstandsmitglied der DGP.

Kinder mit lebenslimitierenden Erkrankungen können an sehr komplexen Symptomen wie Unruhe- und Angstzuständen, Schmerzen, Schlafstörungen, aber auch an Krampfanfällen und Problemen, die z. B. unter einer Beatmung auftreten können, leiden. Damit unterscheiden sich die Symptome oft deutlich von denen bei erwachsenen Palliativpatienten. Durch entsprechend qualifizierte SAPV-Teams können Kinder und Jugendliche im Umkreis von bis zu 120 Kilometern in kritischen Lebenssituationen und bis in den Tod zuhause versorgt werden.

Mehr Infos unter: [Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de)

Red: ReH

## „Patienten brauchen Führung“



Die Mutter, die „vom Hölzchen auf Stöckchen“ kommt, vom Impfen über den Schnupfen zum Einschlafproblem, die Eltern, die „nur eben mal“ ein Rezept für Ergotherapie ausgestellt haben möchten – schwierige Patienten kosten im Praxisalltag nicht nur viel Nerven, sondern auch viel Zeit. Mit der richtigen Kommunikation können Kinder- und Jugendärzte in solchen Situationen leicht gegensteuern, sagt der Praxiscoach und Kommunikationstrainer Dietmar Karweina.

**Als Kinder- und Jugendarzt oder -ärztin habe ich im besten Fall ein gut funktionierendes Terminsystem. Habe ich dann nicht auch das Recht, Patienten klar zu machen, dass sie mich nicht ewig aufhalten können?**

Ja, in der Sache haben Sie Recht, Patienten dürfen Sie nicht ewig aufhalten. Es kommt allerdings darauf an, wie Sie das kommunizieren. Eine gute Formulierung kann z.B. so ausfallen: *Frau P., ich kümmere mich heute um das akute Problem Ihres Kindes, den Durchfall – für die Einschlafprobleme nehme ich mir mehr Zeit für Sie. Dafür vereinbaren wir einen gesonderten Termin!*“ So führen Sie aktiv, d.h. Sie wissen, dass Sie das akute Problem in dem Zeitrahmen besprechen können, der an diesem Tag und für diesen Patienten angemessen ist, z.B. zehn Minuten. Gleichermaßen nehmen Sie das Einschlafproblem ernst,

indem Sie den Nutzen („mehr Zeit“) für Ihren Patienten aktiv ansprechen – so ist das Verlagern auf einen anderen Zeitpunkt auch für die Mutter gut annehmbar und Sie erzielen ein win-win-Ergebnis. Nutzenorientierte Kommunikation ist ein elementarer Bestandteil meiner Trainings – wird sie beherrscht, dann braucht es immer weniger zeitfressende und nervenaufreibende Erklärungen und Rechtfertigungen.

**Die Patienten bzw. ihre Eltern wählen das Thema, der Arzt reagiert. Macht diese Asymmetrie die aktive Führung durch den Arzt so schwierig?**

Das Kümmer- und Helferprogramm ist bei Ärzten viel stärker ausgeprägt als der Wille, souverän zu führen. Und das ist der Grund, warum viele Arztpraxen von ihren Patienten geführt werden. Kinder- und Jugendärzte werden etwas gefragt und sie erklären, souveräne Führung ist das nicht. Je mehr Argumente Sie bringen, umso größer ist das Risiko, in eine Diskussion verwickelt zu werden. Die Folge: zu lange Gespräche, häufige Sonderwünsche, immer längere Arbeitszeiten und steigende Unzufriedenheit. Aber das kann man lernen zu ändern. Man kann sich – am besten mit Hilfe eines Coachings – Formulierungen erarbeiten, durch die man Patienteneltern führen kann. Dies gelingt aber natürlich nur, wenn sie authentisch und überzeugend vorgebracht werden. Und dies wiederum bedeutet: Ärzte müssen sich eine innere Haltung erarbeiten, die dazu passt. Bewusste Führung beginnt mit folgen-

der innerer Haltung: „Wir müssen/dürfen es nicht allen Recht und alles möglich machen. Wir führen unsere Patienten mit dem Ziel, sie gut und in einem angemessenen Zeitrahmen zu versorgen. Die Prioritäten legen wir fest!“

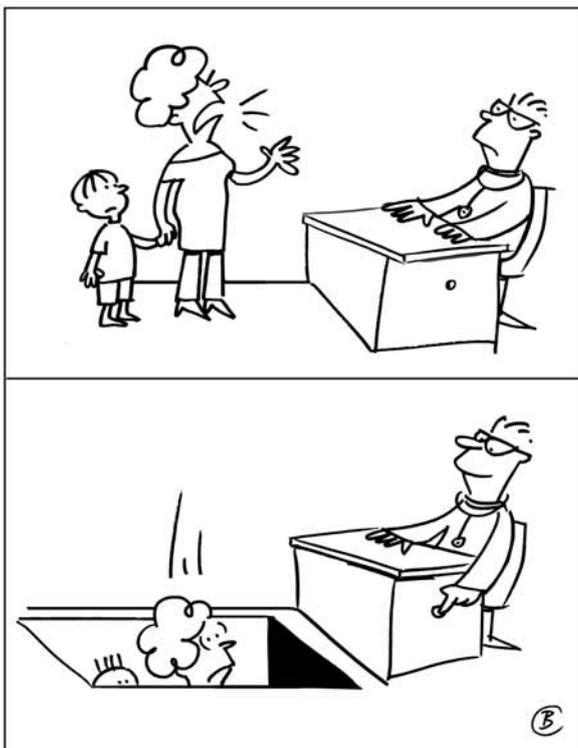
**Aber geht das nicht auch ein bisschen zu weit, wenn Patienteneltern das Gefühl haben, sie dürfen keinen Wunsch mehr äußern, weil sie sich nur noch nach den Praxisgegebenheiten richten müssen?**

Ja, das ist eine sensible Geschichte. Ärzte und MFA benötigen natürlich auch weiterhin das Kümmer- und Helferprogramm – das gehört nun mal zu diesem Beruf. Hilfreich ist hier etwas, was ich „Die Nr. 1-Brille“ nenne. Die Nr. 1-Brille bedeutet, bewusst die folgende innere Haltung einzunehmen: „Ich gebe meinem Gegenüber ein Nr. 1-Gefühl – er oder sie ist für diesen Augenblick der wichtigste Mensch in meinem Leben!“ Diese Einstellung auch im hektischen Praxisalltag zu haben, kann man lernen. In den kleinen Rollenspielen, die ich in meinen Trainings mit den Teilnehmern mache, ist es immer wieder erstaunlich zu erleben, wie leicht Stimme, Körpersprache und auch die gewählten Worte sich positiv verändern, wenn diese Haltung bewusst gewählt wird. Und wie positiv diese wertschätzende respektvolle Haltung auf das Gegenüber wirkt. Auf dieser Basis öffnet er oder sie sich für unsere Vorschläge und geht nicht in den inneren Widerstand.

Das Patientengespräch ist und bleibt dann konstruktiv und mündet in ein für beide Seiten befriedigendes Ergebnis.

**Wie kann ich die Nr. 1-Brille auch bei gestressten, „quengelige“ Patienten einsetzen?**

Hier benötigen Sie sie sogar unbedingt, insbesondere die MFA an der Anmeldung, weil sie als erste mit dem Stress der Patien-



ten konfrontiert wird. Wenn hier z.B. eine Mutter fragt: „Wie lange dauert es noch?“ – dann folgt häufig die Antwort: „Bei uns ist heute so viel los, sie müssen sich leider noch etwas gedulden!“ Das wird die Mutter kaum besänftigen und sie wird weiter fragen und diskutieren. Mit der Nr. 1-Brille kommt folgende Antwort: „Ich kann ihren Ärger gut verstehen, ich frage mal kurz für sie nach, wie und wann es für sie weitergeht und sage Ihnen gleich Bescheid – ist das o.k. für sie?“ Jetzt lenkt die Mutter mit hoher Wahrscheinlichkeit ein, denn sie bekommt eine Info, wann es für sie weitergeht, und kann selbst entscheiden, was sie mit der Zeit macht.

### Ein häufiges Ärgernis in vielen Praxen ist die Anspruchshaltung der Patienten. Wie gelingt es dem Kinder- und Jugendarzt, sich nicht erpressen zu lassen und Dinge aufzuschreiben, die man für nicht richtig hält?

Das Nein-Sagen fällt Ärzten und MFA schwer. Doch wenn es wirklich um eine Leistung geht, die Sie nicht erbringen können oder wollen, dann ist es wichtig, das ebenfalls klar zu benennen. Auch hier braucht es die entsprechende innere wertschätzende, aber gleichzeitig feste Haltung und eine gute Formulierung, wie z.B.: „Das geht jetzt definitiv nicht – was ich Ihnen anbieten kann ist...!“. Die Formulierung ist das eine, ob sie bei Ihrem Gegenüber jedoch ankommt, d.h. gehört und auch akzeptiert wird, das hängt von Ihrer Stimme und Ihrer Körpersprache ab – diese müssen Ihre Entschlossenheit widerspiegeln!

**Und dann gibt's da noch die unverschämten Patienten, die einfach in die Praxis kommen und die Mitarbeiterinnen und den Arzt oder die Ärztin „anpampfen“. Wäre da nicht „Rauswerfen“ manchmal die bessere Lösung, als den eigenen Ärger zu unterdrücken und freundlich zu sein?**

Ja, das finale Gespräch, so wie ich es nenne, muss im Sinne konsequenter Patientenführung auch eine Option sein. Ich empfehle vorher jedoch noch folgenden Schritt zu machen: Sagen Sie dem unverschämten Patienten klar und deutlich: „In unserer Praxis legen wir großen Wert auf Rücksicht und gegenseitigen Respekt. So gehen wir mit unseren Patienten um, aber wir möchten auch, dass uns das Gleiche von Ihnen entgegengebracht wird!“ Machen Sie eine Pause, um dem Patienten Zeit für ein Entgegenkommen oder eine Entschuldigung zu geben. Manchmal passiert das, weil der Patient seine Grenzen deutlich spürt, die er selber nicht überschreiten will, dann geht es in einer konstruktiven Kommunikationsspur weiter.

Wenn der unverschämte Patient nicht einlenkt, dann folgt das finale Gespräch, z.B.: „Ich möchte Sie bitten, sich eine andere Praxis zu suchen, die besser zu Ihnen passt!“. Beide Schritte sollte nur die Chefin/der Chef durchführen, weil sie die größte Autorität besitzen. Den „Rauschmiss“ auch unbedingt dokumentieren, falls Nachfragen der KV folgen, weil dieser Patient sich dort beschwert hat.

**In der Praxis gibt es so viele verschiedene Situationen und Patiententypen – in den Teamsitzungen wird dann besprochen, wie die Kommunikation verbessert werden kann, aber diese Diskussionen kosten auch immer (zu) viel Zeit und sind oft vom Ergebnis her unbefriedigend.**

Ja, das ist in vielen Praxen so, wichtig ist aber auf jeden Fall, dass in regelmäßigen Teamsitzungen immer wieder darüber gesprochen wird, denn sonst reißen negative Kommunikationsstrukturen ein, und Veränderungen werden immer schwerer. Kommunikation lässt sich natürlich nicht so einfach packen, wie ein medizinisches Problem. Aber die stetige Einübung konstruktiver Kommunikation und die Reflexion des eigenen Verhalten – am besten natürlich auch ein Coaching – helfen, Kommunikationsprobleme zu erkennen und zu lösen. So kann eine Praxiskultur entstehen, in der wertschätzende Kommunikation und souveräne Patientenführung einen festen Platz haben.

#### Info:

Kompaktbuch „Das Stufenschema für effektive Kommunikation in der Arztpraxis“ (36 Seiten, 4,95 € – ISBN-Nr.: 978-3-848264-98-8)

Infos zu Coachings für MFA und Ärzte unter [www.denpraxisalltagleichtermeistern.de](http://www.denpraxisalltagleichtermeistern.de)

ReH

## KINDER-UND JUGENDARZT

### im Internet

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

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

Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

## Muss nicht jeder wissen

### Jugendliche schweigen in sozialen Netzwerken über ihre Krankheit

Ernsthaft erkrankte Jugendliche posten ihre Gesundheitsinfos eher nicht in sozialen Netzwerken. Dies zeigt eine aktuelle Studie.

Im Alltag von Jugendlichen spielt das Internet eine große Rolle, seitdem es sich zum Web 2.0 entwickelt: Chatten via ICQ, E-Mails schreiben, sich online vernetzen, auf Facebook und anderen sozialen Netzwerken Fotos und Videos hoch- und runterladen, aktuelle Fotos ' liken ' und sich per ' WhatsApp ' verabreden. Insbesondere soziale Netzwerke im Internet gewinnen immer mehr und vor allem junge Nutzer. Sie bieten Jugendlichen Möglichkeiten und Chancen der Kommunikation und Identitätsbildung im virtuellen Raum, gleichzeitig bergen sie aber auch Gefahren. Die aktuelle Diskussion um Datenmissbrauch hat das deutlich gemacht. Insbesondere ernsthaft erkrankte Jugendliche können auch zum Ziel von Cyberbullying werden, bei dem die Täter ihre Opfer im Netz selber mit Hass und Häme angreifen und demütigen.

Doch anders als oft vermutet, schützen sich chronisch bzw. ernsthaft erkrankte Jugendliche. Sie nutzen die sozialen Netzwerke nicht, um medizinische Informationen zu suchen. Und sie geben auch kaum etwas über ihre Erkrankung preis. Dies ist das Ergebnis einer qualitativen Studie, die norwegische und kanadische Forscher im Children's Hospital of Eastern Ontario (CHEO) durchgeführt haben.

Die Studienautoren Maja van der Velden und Khaled El Emam interviewten dazu 20 Mädchen und Jungen zwischen 12 und 18, die in der Klinik entweder länger oder wegen einer chronischen Erkrankung behandelt wurden.

Alle 20 Jugendlichen gaben an, in sozialen Netzwerken aktiv zu sein, vor allem in Facebook, aber auch in anderen sozialen Netzwerken.

#### Wie gehen junge Patienten mit ihrer Privatsphäre im Web um?

Die Mehrheit hatte sogar ihren eigenen Laptop oder das eigene Mobiltelefon mit in die Klinik gebracht.

Erstaunlich für die Studienautoren war, dass die Jugendlichen entgegen den Befürchtungen vieler Jugendschützer zwar ihren richtigen Namen und ihr richtiges Geburtsdatum auf Facebook nutzen, auf der anderen Seite aber sehr großen Wert auf eine hohe Privatsphäre in sozialen Netzwerken legen.

18 der Teenager haben ihren Account so eingestellt, dass „nur Freunde“ Zugriff auf gepostete Nachrichten haben. Die beiden anderen Jugendlichen ließen außerdem noch „Freunde von Freunden“ zu. Keiner der Teenager war in einem öffentlichen Blog aktiv.

Weil sie sich im Krankenhaus befinden und deshalb keine Zeit mit Schulkameraden und Freunden verbringen können, nutzten sie das Internet intensiver, als wenn sie zu Hause sind. Sie stellen jedoch keine Informationen zu ihrer Erkrankung in das soziale Netzwerk, erklärten alle 20 Teenager. Lediglich zwei der Teenager posteten ihren Status, wenn sie sich in der Klinik befinden.

Facebook – so schließen die Forscher – ist für die jungen Patienten ein Ort, an dem sie ganz normale Jugendliche sein können und an dem sie ihre sozialen Kontakte pflegen können.

Die Interviews zeigten zudem, dass die Jugendlichen bewusst entscheiden, wer ihre Facebook-Freunde sind und welche gesundheitlichen Infos sie in dem Netzwerk preisgeben.

Die Mehrheit der befragten Teenager vertraut dabei den Privatsphäre-Einstellungen auf Facebook, kontrolliert diese aber auch regelmäßig. Denn die Jugendlichen wissen sehr genau, dass Facebook öfter die Privatsphäre-Einstellungen ändert.



© Jan Jansen – Fotolia.com

Das Verhalten der Jugendlichen bringt sie in ein Privatsphären-Paradoxon, stellen van der Velden und Emam fest: Auf der einen Seite versuchen die Jugendlichen, nichts über ihre Erkrankung und den Klinikaufenthalt preiszugeben. Auf der anderen Seite steht das Risiko wegen der geringeren Aktivität im Facebook-Account während der Klinikzeit vergessen zu werden.

#### Kontakt zu anderen Jugendlichen mit ähnlicher Erkrankung wird nicht gesucht

Die Jugendlichen gaben durchweg an, dass sie im Internet gerade nicht nach Informationen zu ihrer Diagnose, Behandlung etc. suchen – und auch nicht nach Kontakten zu anderen Jugendlichen mit ähnlicher Erkrankung suchen.

Durch die vielen Aufenthalte im CHEO haben aber einige Jugendliche Krankenschwestern aus der Klinik als Facebook-Freunde hinzugefügt.

(Siehe auch S. 395)

#### Infos:

<http://jamia.bmj.com/content/early/2012/07/06/amiajnl-2012-000949>

ReH

## Eine Frage an ...

**Hermine Nock,**  
Geschäftsführerin des Bundesverbandes Herzkranke Kinder:



### Welche Erfahrungen machen herzkranke Kinder hierzulande mit Sozialen Netzwerken?

Insbesondere für Jugendliche mit angeborenem Herzfehler haben das Internet und vor allem Soziale Netzwerke eine große Bedeutung, weil sie nicht an allen Aktivitäten mit Gleichaltrigen teilnehmen können, sich aber ganz leicht im virtuellen Raum bewegen und miteinander kommunizieren können. Sie sehen vielfach nur die Chancen von Web 2.0: einfach Kontakt halten können mit gleich Betroffenen über große Entfernungen, digitaler Erfahrungsaustausch mit Bekannten und Unbekannten, gesundheitliche u.a. nützliche Informationen aus dem Web. Die Gefahren erkennen sie oft nicht oder zu spät: Zunehmend be-

richten herzkranke Kinder selbst oder ihre Eltern dem Bundesverband Herzkranke Kinder e.V. (BVHK) von traumatisierenden Erfahrungen, die ihre Kinder im Netz machen. Vor allem Mädchen sind gefährdet. Viele leiden unter ihren Operationsnarben, einer Trichterbrust, eingeschränkter Leistungsfähigkeit oder anderen auffälligen körperlichen Merkmalen. Im Schutz der Anonymität des Netzes werden sie gemobbt, Männer nutzen ihre Verletzlichkeit aus und versuchen, sich mit ihnen zu verabreden. Die jugendlichen Nutzer müssen sehr genau informiert sein, was sie von sich preisgeben und dass sie ein Recht auf „Nein-sagen“ haben.

**Deshalb engagiert sich der BVHK sehr stark in der Medienerziehung.** Bei unseren Workshops und den Camps „Stark im Netz“ sowie durch den Austausch von ähnlichen Erfahrungen untereinander erleben die Kinder und Jugendlichen, wie unterschiedlich die Möglichkeiten sind, mit der Erkrankung umzugehen. Sie erfahren, was sie facebook & Co. anvertrauen und was sie lieber mit „echten“ Freunden und Verwandten besprechen sollten. ReH

## Missbrauchsbeauftragter startet Hilfeportal Sexueller Missbrauch: [www.hilfeportal-missbrauch.de](http://www.hilfeportal-missbrauch.de)

Ein neues Online-Angebot bietet von sexueller Gewalt Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften Informationen zu Beratung, Hilfen und Fragen der Prävention. Eine Datenbank unterstützt bundesweit die Suche nach spezialisierten Beratungs- und Hilfsangeboten vor Ort.

Die Einrichtung eines Hilfeportals war eine zentrale Empfehlung des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“, mit dessen Umsetzung der Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, Johannes-Wilhelm Rörig, beauftragt wurde. Das Hilfeportal ist auf das Thema des sexuellen Kindesmissbrauchs ausgerichtet und übernimmt eine Lotsenfunktion für das gesamte Bundesgebiet.

Das Hilfeportal richtet sich an erwachsene Betroffene und Jugendliche sowie an Angehörige, das soziale Umfeld und Fachkräfte. Es wendet sich nicht explizit an Kinder, verweist aber auf entsprechende Angebote für Mädchen und Jungen.

In der Datenbank finden sich folgende Kontakte:

- Beratungsstellen (Fachberatungsstellen, allgemeine Familien-, Erziehungs- und Lebensberatungsstellen)
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Ärztinnen und Ärzte
- Traumaambulanzen und Fachkliniken
- Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte (Opferanwältinnen und Opferanwälte)
- Telefonische Hilfsangebote
- Online-Angebote
- Krisendienste (auch Kinder- und Jugendnotdienste)
- Jugendämter

Das Hilfeportal wurde vom Unabhängigen Beauftragten mit Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend realisiert. Die inhaltliche und redaktionelle Entwicklung

bzw. Konzeption des Portals erfolgte unter Einbindung weiterer Bundesministerien (BMG, BMAS, BMJ) sowie von Betroffenen, Fachberatungsstellen, der Selbstverwaltung im Gesundheitssystem (Bundespsychotherapeutenkammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Bundesärztekammer), der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Intervention (DGfPI), dem Deutschen Anwalt Verein (DAV), der Polizeilichen Kriminalprävention der Länder und des Bundes, dem WEISSEN RING und weiteren Partnern.

### Hilfeportal Sexueller Missbrauch:

[www.hilfeportal-missbrauch.de](http://www.hilfeportal-missbrauch.de)

Weitere Informationen:

[www.beauftragter-missbrauch.de](http://www.beauftragter-missbrauch.de)

Red: ReH

## Erstmalig: EAACI gibt europäischen Leitfaden zu Lebensmittelallergien heraus

Der wichtigste Allergie-Fachverband Europas, der EAACI, hat soeben unter dem Namen „Leitfaden für Lebensmittelallergien und Anaphylaxie“ die ersten umfassenden medizinischen Richtlinien für die Prävention und die Behandlung von Lebensmittelallergien sowie schweren bis lebensbedrohlichen allergischen Reaktionen veröffentlicht.

Die Leitlinien wurden im Juni vom EAACI auf dem Mailänder Weltkongress für Allergie und Asthma vor 8000 Delegierten vorgestellt. Darin enthalten sind konkrete praktische Ratschläge nicht nur für Ärzte und Patienten, sondern auch für Schulen, Vereine, Regulierungsbehörden, die Lebensmittelindustrie und Versicherer.

Studien des EAACI belegen, dass bereits über 17 Millionen Europäer und jedes vierte Schulkind an Allergien leiden. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen haben dazu beigetragen, das wissenschaftliche Verständnis und die Einordnung von Lebensmittelallergien zu verbessern. Die verhängnisvolle Annahme, dass diese Art von Allergie lediglich lästig ist, z.B. wegen Juckreiz, Schnupfen oder Durchfall, ist damit überholt. Arbeitsgruppen des EAACI haben ermittelt, dass Krankenhauseinweisungen wegen Anaphylaxie (sehr schweren bis lebensbedrohlichen allergischen Reaktionen) heute zehn mal häufiger sind als noch vor zehn Jahren.

Diesen Zahlen zum Trotz gab es in Europa bislang keine ergebnisbasierten medizinischen Leitlinien für den alltäglichen Umgang mit Lebensmittelallergien.

Professorin Antonella Muraro, Generalsekretärin des EAACI und Leiterin des Zentrums für Lebensmittelallergien an der Universitätsklinik Padua, war die Koordinatorin der international besetzten Expertengruppe, die jetzt die Richtlinien veröffentlicht hat.

„Ärzte, Patienten, Eltern, Schulen, die Gesellschaft, Regierungen und die Industrie müssen alle zusammen an Lösungen für die zunehmende Bedrohung durch Allergien arbeiten“, sagte Prof. Muraro. „Deswegen haben wir diese so noch nicht dagesenen offiziellen Richtlinien zusammengestellt, mit Empfehlungen für die optimale Diagnose und Behandlung von Lebensmittelallergien. Wir weisen mit Nachdruck darauf hin, dass alle in diesem Zusammenhang relevanten Aspekte einbezogen werden müssen: unsere Lebensstan-

dards, der Kenntnisstand von Patienten, die Diagnose und Therapeutik, die Höhe der Abgaben für die Krankenkasse, die Art und Weise, wie unsere Lebensmittel produziert werden und die entsprechende Gesetzgebung.“

Der Präsident des EAACI, Professor Cezmi Akdis sagte: „Lebensmittelallergien treten immer häufiger auf. Mit steigendem Lebensstandard nehmen auch Lebensmittelallergien zu. Nicht nur in Industrienationen, sondern vor allem in Entwicklungsländern. Niemand leidet darunter mehr als unsere Kinder. Ich bin zuversichtlich, dass der EAACI mit diesen Richtlinien dazu beitragen kann, Lebensmittelallergien bei Kindern zu verhindern.“

### Info:

Den Leitfaden gibt's unter:

<http://www.eaaci.org/attachments/FoodAllergyandAnaphylaxisGuidelines.pdf>

Die European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) mit Sitz in Zürich ist eine Non-Profit-Organisation auf dem Gebiet der allergischen und immunologischen Krankheiten wie Asthma, Heuschnupfen, Ekzeme, Allergien im Berufsumfeld, Lebensmittelallergien, Arzneimittelunverträglichkeiten und Anaphylaxie. Die EAACI wurde 1956 in Florenz gegründet und ist seitdem zur größten medizinischen Vereinigung im Bereich Allergie und Immunologie in Europa geworden. EAACI hat über 7.800 Mitglieder aus 121 Ländern und umfasst 42 nationale Allergie-Gesellschaften ([www.eaaci.org](http://www.eaaci.org)).

### Geschätztes Auftreten von Lebensmittelallergien innerhalb der EU

EU Staat	Bevölkerung (in Mio.)	Menschen mit Lebensmittelallergien
Dänemark	5,4	1,6 % (86.000)
Großbritannien	60,9	2 % (1.200.000)
Griechenland	11	2 % (220.000)
Polen	38,2	2,5 % (950.000)
Niederlande	16,3	2,5 % (407.000)
Spanien	44,5	3 % (1.330.000)
Schweiz	7,5	3 % (225.000)
Italien	60,3	3,5 % (2.100.000)
Deutschland	82,6	3,5 % (2.900.000)
Frankreich	63,2	3,5 % (2.200.000)

Red: ReH

# Das Leser-Forum



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

## Medikalisierung eines sozialen Problems?



von Prof. Dr. Gisela Szagun, KiJuA (2013) Heft 5, Seite 207 ff.

Als niedergelassene Kinder- und Jugendärztin halte ich es für äußerst sinnvoll, im Rahmen der U7 die Late-Talker zu identifizieren. Unter diesen Kindern befinden sich die spezifisch Sprachentwicklungsverzögerten, die Kinder mit einer Lernbehinderung, die bis dahin bei teilweise unauffälliger motorischer Entwicklung noch überhaupt nie aufgefallen sind und auch die Autismus-spektrumstörungen. Warum sollten wir diese Kinder nicht im Verlauf genauer im Auge behalten. Genau das empfiehlt Prof. Szagun später in ihrem Beitrag lediglich mit der Veränderung, dass dieses „Im-Auge-Behalten“ einzig und allein mit ihrem Fragebogen FRAKIS korrekt möglich sei.

Natürlich ist mir – wie sicherlich den meisten Kinder- und Jugendärzten – klar, dass mit dem „Late-Talker-Status“ keine Diagnose gestellt ist, dass eine ganze Reihe dieser Kinder bereits im Laufe des folgenden Lebensjahres oder auch etwas später aufholen. Mussten wir uns nicht lange genug sagen lassen, dass wir leichtfertig beruhigen und damit dem Unglück seinen Lauf lassen? Nun können wir bei der Kontrolle dieser Kinder bei der U7a und U8 etwas aufmerksamer sein und sollte die aufholende Entwicklung einge-

treten sein, so freuen wir uns mit den Eltern und streichen die entsprechenden Kinder von unserer „Verdachtsliste“. Bei den Kindern, die nicht aufholen, gelingt es damit zumindest im Rahmen der U8 und damit rechtzeitig für eine angemessene vorschulische Intervention eine exaktere Diagnose zu stellen. Die Durchführung eines Hörtestes und evtl. eine Testung des Sprachverständnisses (SETK-2) halte ich auch m dem frühen Alter nicht für sehr belastend.

Der späte Sprechbeginn ist sicher kein soziales Problem. Im Gegenteil ist das Erlernen von Sprache ein sehr robuster Prozess, der auch in einer relativ anregungsarmen Umweltrecht positiv verlaufen kann. Das beweisen Untersuchungen und das kann ich auch bei meinen Patienten so beobachten. Jeder kennt Late-Talker, um die sich mit Sicherheit liebevollst gekümmert wird und die zahlreiche Anregungen erhalten. Die anregungsarme Umwelt führt sicherlich später zu einer weniger elaborierten Sprache, nicht aber zum späten Sprechbeginn. Auch sind mir keine gesunden Kinderpersönlichkeiten, die kein Interesse an Kommunikation hätten, bekannt. Natürlich befinden sich unter den Late-Talkern auch die Kinder mit intellektuellen Schwierigkeiten. Diese machen aber sicherlich den kleineren Teil aus. Für diese wenigen Kinder müssen tatsächlich Entwicklungsanregungen generell in kognitiven Bereichen (wie im Text empfohlen) geschaffen werden, für alle wäre ein Training der Eltern zu sprachförderlichem Verhalten gut. Hier wäre es sinnvoll, sich für eine Finanzierung des Heidelberger Elterstrainings durch die Krankenkassen einzusetzen, denn eine Verhaltensänderung kann nicht durch eine

einmalige Aufklärung beim Kinder- und Jugendarzt, sondern nur durch Einüben des neuen Verhaltens erreicht werden.

Wenn man die Kurve der Wortschatzentwicklung von Prof. Szagun genau betrachtet, liegt übrigens ihre 10er-Perzentile ähnlich genau bei dem Wortschatz von 50 Worten mit 24 Monaten, der ja auch von anderer Seite als kritischer Wert genannt wird. Nicht wir Kinder- und Jugendärzte beunruhigen die Eltern zu diesem Zeitpunkt, die Eltern kommen bereits beunruhigt zu uns. Viele möchten zu diesem Zeitpunkt noch beruhigt werden, aber spätestens bis zur U7a sind die Sorgen ins Unermessliche gewachsen, teilweise wurden unterschiedlichste „Heiler“ aufgesucht und es ist bereits viel Unruhe entstanden. Warum das Problem nicht beim Namen nennen, aufklären, beraten und Hilfe anbieten?

Dr. med. Luitgard Schneidewind  
Eickhoff 27, 59302 Oelde

Red.: Kup



## Antwort auf den Leserbrief von Dr. Luitgard Schneidewind zum Artikel „Medikalisierung eines sozialen Problems“

Frau Dr. Schneidewind behauptet, dass unter den Kindern mit spätem Sprachbeginn die „spezifisch Sprachentwicklungsverzögerten“ sind. Ich gehe davon aus, dass damit Kinder gemeint sind, die eine „spezifische“ oder „umschriebene Sprachentwicklungsstörung“ (SSES oder USES) gemäß ICD-10 (F80.0, F80.1, F80.2) entwickeln und beziehe mich nur auf diese, da mein Artikel andere Störungsbilder nicht behandelt. Frau Dr. Schneidewind ist offenbar ent-

gangen, dass es keine Evidenz für einen sicheren Zusammenhang zwischen spätem Sprachbeginn und späterer USES gibt (IQWiG, 2009). Der Behauptung, dass der Spracherwerb so robust sei, dass die soziale Umwelt in keinem Zusammenhang mit einem späten Sprachbeginn steht, muss ich vehement widersprechen. Wie drei Jahrzehnte empirischer Forschung überzeugend belegen, haben Kinder von Eltern mit niedrigerem Bildungsstand eine langsamere frühe Sprachentwicklung.

Wie Frau Dr. Schneidewind korrekt bemerkt, liegt der in der Grafik dargestellte 10. Perzentilwert für 2;0 gemäß FRAKIS nahe dem Kriteriumswert von < 50 Wörtern des ELFRA (Grimm & Doil, 2000/6). Allerdings gibt es entscheidende Unterschiede:

1) Die 50 Wörter gemäß FRAKIS sind 50 aus einer Wortliste von 600 und entsprechen somit 8.3% der Wörter. Die 50 Wörter des ELFRA sind aus einer Wortliste von 260 und entsprechen 19.2% der Liste. Weniger als 50 Wörter gemäß FRAKIS ergeben normbezogen 10% „späte Sprecher“, ge-

mäß ELFRA ergibt dasselbe Kriterium nicht normbezogen jedoch 20%.

2) Die Grafik stellt die Werte für Mädchen und Jungen zusammen dar. Ein Blick in den FRAKIS hätte deutlich gemacht, dass die Beurteilungsgrundlage jedoch geschlechtsspezifische Werte sind. Im Alter von 2;0 sind es 66 Wörter für Mädchen und 38 für Jungen.

3) Das Kriterium des späten Sprachbeginns gemäß FRAKIS ist ein relatives, variiert pro Lebensmonat und orientiert sich an Bevölkerungsnormen für deutschsprachige Kinder. Dies trifft auf das < 50 Wörter Kriterium des ELFRA nicht zu, das auch die großen Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen unberücksichtigt lässt.

Die Sorgen der Eltern, die Frau Dr. Schneidewind erwähnt, sind möglicherweise durch die Popularität des unangemessenen Kriteriums von < 50 Wörtern und die einseitige Deutung eines späten Sprachbeginns als klinisch bedeutsam entstanden. Eben diesen Zustand möchte ich durch den Einsatz von FRAKIS verändern, da er der wissenschaftlichen Grundlage entbehrt.

Im Unterschied zum gängigen Denken basiert das Vorgehen mit FRAKIS auf einer neutralen Bewertung des späten Sprachbeginns, da man auf dem jetzigen Forschungsstand nicht entscheiden kann, ob dieser im Rahmen der normalen Variabilität liegt oder eine Störung indiziert. Die Definition als unterstes Zehntel der Verteilung entspricht international gebräuchlichem Standard. Äquivalent verteilungsbezogen wird bei der Beurteilung anderer Entwicklungsphänomene vorgegangen – etwa Körpergewicht und Körpergröße. Überdiagnosen und die Zuführung von 20% der Bevölkerung der Zweijährigen (gemäß < 50 Wörter Kriterium) zu Sprachtests werden vermieden. Sprachtests bei Zweijährigen sind nicht verlässlich und geben auch keine klärende Diagnose, da die relevanten sprachlichen Strukturen selbst von Kindern mit typischer Entwicklung noch gar nicht produziert werden. Das Vorgehen mit FRAKIS führt für die Sprachentwicklung ein längst überfälliges, Evidenz basiertes Vorgehen ein.

Prof. Gisela Szagun, Ph.D. B.Sc.  
Email: gisela.szagun@googlemail.com

Red.: Kup

## ● Nachgefragt

### Lösen Schutzimpfungen Allergien aus?

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

*In Deutschland spricht die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut Impfempfehlungen aus. Nutzen, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit von Schutzimpfungen sind auf breiter Basis wissenschaftlich belegt. Dennoch bestehen bei einigen Ärzten, medizinischem Fachpersonal und auch Eltern Vorbehalte gegenüber Impfungen im Kindesalter. Sie glauben zum*

*Beispiel, dass Schutzimpfungen das Immunsystem von Säuglingen überlasten und deshalb Allergien auslösen können. Stimmt das?*

Impfungen lösen keine Allergien aus. Dass Schutzimpfungen im frühen Kindesalter mit einem erhöhten Auftreten von Allergien einhergehen, haben viele Studien und Beobachtungen widerlegt. Im Gegen-

teil: Es gibt sogar Hinweise darauf, dass Schutzimpfungen das Auftreten von allergischen Erkrankungen verringern können.

Die ausführliche Antwort mit Literaturverweisen finden Sie hier:

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

Red: ReH

## „Keiner fällt durchs Netz“ – Frühe Hilfe für Familien wirkt

Regelmäßige Besuche durch Familienhebammen verbessern Eltern-Kind-Beziehung und Entwicklungsperspektiven der Kinder / Studie am Universitätsklinikum Heidelberg belegt Wirksamkeit / Präventionsprogramm in beteiligten Landkreisen in drei Bundesländern fest etabliert.

Die Unterstützung durch eine Familienhebamme hilft Eltern in schwierigen Lebenssituationen, eine tragfähige Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen. Das konnten Wissenschaftler des Universitätsklinikums Heidelberg mit einer Studie belegen, an der 302 Mutter-Kind-Paare teilnahmen, die alle als psychosozial belastet eingestuft wurden. Im Rahmen des Präventionsprogramms „Keiner fällt durchs Netz“ wurde die Hälfte der Teilnehmerinnen durch eine Familienhebamme unterstützt, die zweite Hälfte fungierte als eine Kontrollgruppe. Nach einem Jahr zeigte sich, dass die Familienhebammen depressive Symptome bei jungen Müttern lindern und zu einer tragfähigen Beziehung

zwischen Mutter und Kind beitragen können. Den deutlichsten Effekt konnten die Forscher bei der sozialen Entwicklung der Kinder feststellen – sie konnten ihre sozialen Fähigkeiten dem Alter entsprechend entfalten und interagierten stärker mit ihrer Umwelt. Die Ergebnisse sind im „Infant Mental Health Journal“ erschienen.

„Die Studienergebnisse bestätigen, dass die regelmäßigen Hausbesuche durch eine Familienhebamme die Entwicklungsperspektiven der Kinder verbessern. Die Strukturen von „Keiner fällt durchs Netz“ sind inzwischen in den beteiligten Landkreisen in Baden-Württemberg, Hessen und dem Saarland fest etabliert“, sagt Studienleiter Professor Dr. Manfred Cierpka,

Ärztlicher Direktor des Instituts für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie.

### Unterstützung in wichtiger Lebensphase für besonders belastete Familien

Die frühe Kindheit beeinflusst das Leben nachhaltig; sie bildet die Basis für die emotionale, soziale und kognitive Entwicklung. Um Eltern und Kindern in dieser wichtigen Lebensphase zu helfen, haben Mitarbeiter des Instituts für psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie im Jahr 2007 das Präventionsprogramm „Keiner fällt durchs Netz“ ins Leben gerufen, bei dem die erste Kontaktaufnahmen bereits im Rahmen von Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung erfolgt. Ein besonderer Fokus des Präventionsprogramms liegt auf Familien in schwierigen Lebenssituationen; bei Bedarf begleitet eine Familienhebamme die jungen Eltern während des gesamten ersten Lebensjahres ihres Kindes.

In den nächsten Jahren wollen die Wissenschaftler des Universitätsklinikums Heidelberg das erfolgreiche Konzept erweitern: „Unsere Ziele sind, das Programm auf das zweite und dritte Lebensjahr des Kindes auszuweiten und eine Zusammenarbeit mit Kitas zu starten. Außerdem möchten wir den Familienhebammen, die durch die schwierigen Situationen in den Familien stark belastet sind, psychologische Unterstützung anbieten“, sagt Manfred Cierpka.

Red: ReH



„Keiner fällt durchs Netz“ – von der frühzeitigen Unterstützung profitieren Kinder in belasteten Familien.

Quelle: Keiner fällt durchs Netz.



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

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

# SCHULDOKUMENTA –

## Eine andere Form präventiver Arbeit



Dr. med.  
Bernhard Stier

In der Woche vom 4. bis 7. Juni 2013 fand zum 3. Mal in Butzbach die Schuldokumenta statt. Mitgemacht haben Förderschulen Hauptschulen, Realschulen, Gesamtschulen, Gymnasien und Berufliche Schulen mit ihren Klassen 5 bis 9. Nach den Vorläufern, der ersten Schuldokumenta „Farbe ins Leben“ (2009) und der zweiten Schuldokumenta „Damit habt ihr nicht gerechnet“ (2011) stand die Schuldokumenta diesmal unter dem Motto „TrashArt – Einfall statt Abfall“.

Jugendliche der Klassen 5 bis 9 befinden sich in einer schwierigen Lebensphase, allgemein als Pubertät bezeichnet, wobei wir es im besagten Altersbereich zumeist mit der frühen bis mittleren Adoleszenzphase zu tun haben. Diese Phasen bezeichnen einen Entwicklungsbereich der gekennzeichnet ist von Abwendung von den Erwachsenen hin zu den Peers, gesteigertem Experimentierverhalten und ggf. Risikoverhalten, „Null Bock“- Einstellung und dem vielfach zitierten Leistungsabfall in der Schule. Dabei wird häufig übersehen, dass gerade in diesem Altersbereich Kreativität und Phantasie (auf)blühen und Erstaunliches zustande bringen können. Hier liegt der Ansatz der Schuldokumenta. Über Kreativität und Phantasie sollen die Ressourcenbildung und Stärkung der Resilienz gefördert werden, beides sind die wichtigsten Voraussetzungen, um die für Jugendliche schwierige Lebensphase zu bestehen.

Mit der Schuldokumenta soll aber auch der Blick über die Schule hinaus auf das eigene Lebensumfeld gelenkt werden. Das erfolgt ganz im Sinne der drei großen Fragestellungen der Pubertät – Wer bin ich – Was bin ich für Andere – Wie und Wo ist mein Platz in der Gesellschaft. Darüber hinaus angestrebte Ziele waren bei der gerade abgelaufenen Schuldokumenta „TrashArt“

- In unserer abfallreichen Zeit – Stichwort: „Wegwerfgesellschaft“ – die Schüler und Schülerinnen für die lebenswichtige Ressource „Umwelt“ zu sensibilisieren und die Ressource „Ab-Fall“ erfahrbar zu machen – dabei die Kreativität und Phantasie, die dieser Altersgruppe innewohnt, zu nutzen, um „Denkpfeile“ zu setzen.
- Die Arbeit der Schüler/Innen einem größeren Publikum bekannt zu machen und dabei zum Nachdenken anzuregen.

- Schulen als Ideengeber in der Gemeinde wirksam werden zu lassen.
- Die Förderung der jahrgangs- und fächerübergreifenden Kooperation innerhalb der Schulen.
- Die Kooperationen der Schulen miteinander (Synergien nutzen) zu fördern / Vernetzung.
- Die Beziehung von Schule und Gemeinde und zur Industrie zu fördern (Sponsoring).
- Schulen zu unterstützen in ihrer Öffnung und Außendarstellung.

Die Kreativität, Phantasie und Kraft der Jugendlichen, die gerade in diesem Alter vorhanden ist, soll in gestalterischer Weise umgesetzt werden. Gerade in einer Zeit, in der Jugendliche häufig unter einem negativem Feedback leiden, bekommen sie ein Forum, in dem sie ihr Können und ihre Leistungsfähigkeit herausstellen können. Jugendliche geben dabei in ihrer Sichtweise ganz wesentliche Impulse für gesellschaftliche Blickrichtung und erfahren Anerkennung. Gleichzeitig ermöglicht die Schuldokumenta positive Auseinandersetzungen mit „Andersartigkeit“ durch den schulübergreifenden Kontext – die beste Prävention gegen Mobbing und Gewalt.

Das Konzept der diesjährigen Schuldokumenta sah vor, in Zusammenarbeit von Kunstlehrern und Pädagogen anderer Fachbereiche Schüler und Schülerinnen der Mittelstufenklassen (5.–10.Klasse) sämtlicher entsprechender Schulen Gemälde und/oder bildhauerische Werke/Aktionen zum Thema „Abfall“ (z.B. im Rahmen des Lehrplans) erstellen zu

Immer weiter  
(„Damit es  
weiter geht“)



lassen. Diese wurden während einer „Schuldokumentawoche“ einem breiten Publikum zugänglich gemacht. Die deutlich sichtbare Begeisterung der Schüler und Schülerinnen wie auch der Besucher schaffen ein Klima der gegenseitigen Wertschätzung. Dabei geht es auch um Selbsterfahrung, Erfahrung sozialer Verantwortung und Leistungserfahrung. Inzwischen ist dieses Projekt eine feste Größe im Butzbacher Kulturleben.

### Warum ich mitmache

Schule ist generell der Ort, an dem Jugendliche sämtlicher Bildungs-

und Sozialschichten erreichbar sind. Kooperation mit Schulen ist daher eine wesentliche Stütze der Primärprävention (Stichworte: Schule & Gesundheit, Arzt-Lehrer-Kooperation), da gerade hier diejenigen angesprochen werden können, die ansonsten sich dem Betreuungsangebot eher entziehen. Schüler und Schülerinnen und ihre Lehrer und Lehrerinnen nehmen den Pädiater hier außerhalb seines medizinischen Kontexts wahr. So werden Beziehungsstrukturen aufgebaut und gefestigt, die in Folge eine gute Kooperationsbasis in medizinischen Belan-

gen ergeben. Die Jugendlichen selbst fassen mehr Vertrauen das medizinische Betreuungsangebot in Anspruch zu nehmen („man kennt sich“).

Mehr Infos unter:  
[www.schuldokumenta.de](http://www.schuldokumenta.de)

Dr. med. Bernhard Stier  
E-Mail: bstier@t-online.de

Der Autor ist Kinder- und Jugendarzt in Butzbach und ist Ideengeber und logistischer Betreuer des Projektes „Schuldokumenta“ und anderer Präventionsobjekte (z.B. Jugendgesundheitstag, Fritzprojekt).

Red: ReH

## Personalia

# Bundesverdienstkreuz 1. Klasse für Professor Heribert Jürgens

Für seine Verdienste um die Behandlung krebskranker Kinder verlieh die stellvertretende NRW-Ministerpräsidentin Sylvia Löhrmann am 15. Juli in Düsseldorf den Bundesverdienstorden an Professor Heribert Jürgens (Uniklinik Münster).

Jürgens ist seit 1991 Direktor der Klinik für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie am Universitätsklinikum Münster, einem der größten Zentren zur Krebsbehandlung von Kindern in Deutschland. Ein Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeit ist das Forschungsgebiet „Sarcome bei Kindern und Jugendlichen“. Die Ergebnisse seiner Studien halfen dabei, die Behandlungsmöglichkeiten dieses außerordentlich aggressiven Tumors zu verbessern. Auch dank der Arbeit von Professor Jürgens haben heute Patienten weltweit durch eine optimale Kombination der Therapien hohe Überlebenschancen.

Professor Jürgens veröffentlichte bislang über 400 wissenschaftliche Journale, Publikationen und Kapitel in Lehrbüchern und sein Sachverstand ist weltweit bei Fachkongressen gefragt. Herbert Jürgens



engagiert sich auch im Bereich der Hochschulen: Seit 2006 ist er Dekan der medizinischen Fakultät der Westfälischen-Wilhelms-Universität Münster.

Weiterhin ist Professor Jürgens in zahlreichen Fachgesellschaften wie der Deutschen Krebsgesellschaft, der Landesarbeitsgemeinschaft Knochenmarkspende und der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Knochenmark- und Stammzellenspende Westfalen-Lippe ehrenamtlich tätig. Er prägte als Vorsitzender von 2000 bis 2006 die organisatorischen und die wissenschaftlichen Strukturen der Internatio-

nalen und der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie. Er setzt sich mit dem so genannten „Masterplan II“ für eine Ausweitung der in Nordrhein-Westfalen in vielen Bereichen der Krebsversorgung vorhandenen Kapazitäten in Krankenhäusern und Arztpraxen ein. In seinem Amt als stellvertretender Vorsitzender der Krebsstiftung NRW und als Beiratsvorsitzender im „Verein zur Förderung krebskranker Kinder Münster e.V.“ engagiert er sich, alle Akteure zu vernetzen und Aktivitäten zu bündeln.

Besonders hob Löhrmann seinen Einsatz für die Betreuung junger Patienten am Ende ihres Lebens hervor. So entwickelte sich das „Brückenteam des UKM“, das chronisch kranke Kinder in ihrem vertrauten Wohnumfeld medizinisch betreut, zur heute anerkannten und überwiegend gesetzlich finanzierten Selbstverständlichkeit. Als Leiter des medizinischen Beirats des Vereins „Familienhaus“ setzt sich Professor Jürgens auch dafür ein, Wohnraum für Familien von kranken Kindern in der Nähe der Klinik zu schaffen.

Red: ReH

# SIDS im Elternbett – neue Erkenntnisse nach Carpenter et al.?

Dass das Schlafen im Elternbett das Risiko eines Plötzlichen Kindstods (SIDS) für einen Säugling erhöhen kann, ist in der SIDS-Forschung unbestritten. Und doch sind nicht alle Rätsel gelöst: geht das erhöhte Risiko von Gefahren aus, die manchmal – aber nicht immer – mit dem Schlaf im Elternbett verbunden sind (wie etwa rauchende Eltern), oder liegt das Risiko im gemeinsamen Schlafen per se? Die Debatte wurde jetzt durch eine Analyse älterer Datenbestände neu entfacht. [1]

**A**us Sicht der Humanethologie ist der gemeinsame Schlaf von Mutter und Baby ein menscheitsgeschichtliches Vermächtnis – bis zum Beginn der Sesshaftigkeit war die optimale Ernährung des Säuglings, seine Temperaturregulation sowie Schutz vor Raubtieren nur in einem geteilten Schlafumfeld sichergestellt. [2] [3] Die moderne Schlaforschung belegt eine dyadische Regulation des Säuglingsschlafs: Gehirnaktivität und Schlafstadien sind zwischen einer (stillenden) Mutter und ihrem im Nahbereich liegenden Baby synchronisiert. [4] [5] Nächtliche EEG-Ableitungen und Infrarot-Videoaufnahmen zeigen, dass gestillte Säuglinge im Nahbereich ihrer Mütter häufig auf den Rücken oder die Seite umgelagert werden, und insgesamt deutlich weniger Zeit in Tiefschlafphasen verbringen. [6] [7]

Obwohl diese intuitive Kommunikation als Schutz vor SIDS gewertet wurde [8] zeigen epidemiologische Studien einen U-förmigen Zusammenhang zwischen „Nähe zu erwachsenen Schlafpartnern“ und SIDS: auf der einen Seite scheint die komplette räumliche Distanz zu den Eltern gefahrenbehaftet – Babys, die in einem eigenen Zimmer schlafen, sind etwa zwei- bis dreimal häufiger Opfer von SIDS als wenn sie im eigenen Bett im Zimmer der Eltern schlafen. [9] Aber auch der Schlaf im Elternbett ist mit einem ähnlich stark erhöhten SIDS-Risiko verbunden – neben Zigarettenrauchen, Alkohol- und Drogenkonsum werden dafür in epidemiologischen Studien die Positionierung des Kindes in Bauchlage, ein ungünstiges Schlafumfeld (Sofa, Sessel, Wasserbett, zu weiche Matratze) sowie Formula-Ernährung verantwortlich gemacht (Stillen geht mit einem halbierten SIDS-Risiko einher). [10]

Nun präsentiert der Londoner Statistiker Bob Carpenter in *BMJ Open* eine Berechnung, nach der das SIDS-Risiko im Elternbett – zumindest in den ersten drei Lebensmonaten – auch für solche Babys erhöht ist, die gestillt werden, und deren Eltern weder rauchen noch Alkohol konsumieren. [1]

Die Kommentare und die (bei dieser open access Veröffentlichung frei einsehbaren) peer reviews zeigen, wie umstritten diese Berechnungen sind – aber auch, welche Fallstricke generell die Interpretation von Fall-Kontroll-Studien erschweren. Die folgende Zusammenfassung gibt den Inhalt eines eigenen e-letters in *BMJ Open* wider [\*], ergänzt durch seither von anderen Arbeitsgruppen vorgebrachten Überlegungen.

- Obwohl Stillen, und dabei insbesondere das ausschließliche Stillen, als Schutzfaktor gegen SIDS bekannt ist, werden in Carpenter's Analyse auch die teilweise Fläschchen-gefütterten Babys zu den „gestillten“ Kindern gerechnet.
- Unter „bed sharing“ werden auch Fälle subsumiert, in denen das Baby normalerweise gar nicht bei den Eltern im Bett schläft, sondern lediglich seine letzte Nacht im Bett der Eltern verbracht hat. Aus der Literatur ist aber bekannt, dass in solchen Fällen oft besondere (mütterliche oder kindliche) Risiko-Konstellationen vorliegen.
- Daten zum Alkohol- und Drogenkonsum der Mutter waren nur für 40 Prozent der Fälle verfügbar. Die Lücke wurde durch einen mathematischen Algorithmus geschlossen, der für die Fälle mit unbekanntem Alkoholkonsum einen bei homogener Verteilung „zu erwartenden“ Wert einfügt.

Als Hauptproblematik zeigt sich aber die Fall-Kontroll-Methodik selbst, auf die

sich die SIDS-Forschung notgedrungen stützt:

- Zum einen unterliegen die per Fragebogen erhobenen Angaben einer systematischen Verzerrung – wer ein im eigenen Bett verstorbenes Baby zu betrauern hat, wird sich nicht immer akkurat an die (immer ja auch mit der Schuldfrage verbundenen) Einflussfaktoren erinnern: wurde Alkohol konsumiert? Wie viel? Wurde geraucht? Auch Marihuana?). Jedes nicht akkurat erfasste Risiko führt aber zu einer (fälschlichen) Risiko-Zuschreibung auf den Schlaf im Elternbett per se.
- Eine zweite Verzerrung kommt durch den sehr unterschiedlichen Rücklauf der Fragebögen ins Spiel. Dieser liegt für die zugeordneten Kontroll-Babys deutlich unter dem Rücklauf bei den SIDS-Fällen. [11] Die Kontroll-Fälle stellen damit oft eine Auswahl mit Betonung des Mittelschichtsmilieus dar, in dem möglicherweise seltener das Elternbett geteilt wird als in der Bevölkerung insgesamt. Auch dies führt bei einem Fall-Kontroll-Design zu einer (fälschlichen) Risiko-Zuschreibung auf den Schlaf im Elternbett per se.

Diese teilweise unvermeidbaren Einschränkungen legen eine vorsichtige Interpretation von Fall-Kontroll-Studien nahe. Die Betrachtung der absoluten Zahlen zeigt, dass es sich bei SIDS im Elternbett heute um ein seltenes Ereignis handelt. Von der jährlichen deutschen Geburtskohorte (675 000 Babys) sind im Jahr 2011 147 Babys an SIDS verstorben (89 Prozent weniger als im Jahr 1991). [12] Nach den Daten der GeSID-Studie sind dabei etwa 21 Fälle von SIDS im Elternbett anzunehmen. [11] Von diesen wird nach dem GeSID-Datensatz nur eine deutliche Minderheit überhaupt gestillt gewesen sein. Zu-

dem werden in den allermeisten Fällen (allein, zusätzlich oder in Kombination) Zigarettenrauchen, Alkohol und andere risikante Einflüsse eine Rolle gespielt haben.

Aus der public health-Perspektive erscheint damit die Aufklärung über vermeidbare SIDS-Risiken derzeit vordringlich – zumal der pauschale Rat gegen bed sharing auch bei Niedrig-Risiko-Gruppen selbst zu einem SIDS-Risiko werden könnte: wenn nämlich manche Mütter aus Angst, ihr Kind zu sich ins Bett zu nehmen, nachts dann an solchen Orten stillen und

dort möglicherweise einschlafen, wo mit Sicherheit ein erhöhtes Risiko besteht: auf der Couch oder im Sessel (statistisch ist das Kindstod-Risiko hier etwa 50-fach erhöht, unter anderem weil es zu akzidentellen Erstickung kommen kann). [13]

\* Herbert Renz-Polster und Freia De Bock: „More questions than answers“, BMJ Open online ([http://bmjopen.bmj.com/content/3/5/e002299.abstract/reply-bmjopen\\_el\\_7055](http://bmjopen.bmj.com/content/3/5/e002299.abstract/reply-bmjopen_el_7055)) – zusammen mit einem deutschen Kommentar auch unter <http://kinderverstehen.de/SIDS.pdf>

#### Literatur

- [1] Robert Carpenter, Cliona McGarvey, Edwin A Mitchell, David M Tappin, Mechtild M Venemann, M Smuk, JR Carpenter. Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. BMJ Open 2013;3:e002299, online unter: <http://bmjopen.bmj.com/content/3/5/e002299.full.pdf+html>

Weitere Literatur beim Verfasser

Herbert Renz-Polster

E-Mail: [Herbert.Renz-Polster@gmx.de](mailto:Herbert.Renz-Polster@gmx.de) Red: ReH

## ● Wenn Schackeline zur U6 kommt

### Unsere Lieblingsnamen im August

Avery Phönix, Don Hugo, Emerson, Janto Ricus, Jelisa, Karl-Friedrich-Magnus-Kilian, Melina-Cheyenne, Neo, Phaedra-Bloom-Forever, Santana Maria, Tayler-Joel.

Red.: ReH



© Philipus - Fotolia.com

# Antiepileptische Therapie von Kindern und Jugendlichen – ein update



Univ.-Prof. Dr. Gerhard Kurlemann  
Dr. Barbara Fiedler

Epilepsien und zerebrale Anfälle sind Manifestationen sehr unterschiedlicher Krankheitszustände des Gehirnes; sie zählen zu den häufigsten chronischen Erkrankungen des ZNS. Die Prävalenz (Zahl der Erkrankten in einer Population zum Zeitpunkt der Untersuchung) für Epilepsien beträgt weltweit zwischen 3 und 6/1000. Die Inzidenz (Zahl der Personen, bei denen eine Epilepsie innerhalb eines Jahres neu auftritt) für Epilepsien beträgt 30–50/100 000.

Epilepsien und Epilepsiesyndrome können sich in jedem Alter manifestieren. Die Hälfte beginnt bereits vor dem 10. Lebensjahr und 2/3 vor dem 20. Lebensjahr. Der epileptische Anfall – meistens als Fieberkrampf – ist der häufigste Notfall im Kindesalter und einer der häufigsten Gründe für eine akute Notfalleinweisung eines Kindes in eine Kinderklinik. Im Gegensatz zum einzelnen epileptischen Anfall, auch als Gelegenheitsanfall klassifiziert, z.B. im Rahmen akuter zerebraler Erkrankungen oder hochfieberhafter Infekte, liegt eine Epilepsie vor, wenn wiederholt ohne Auslöser epileptische Anfälle auftreten. Dabei handelt es sich um ein klar umrissenes Krankheitsbild oder epileptisches Syndrom, das durch Ätiologie, charakteristische Anfälle mit einem richtungsweisenden EEG-Befund, typischem Verlauf und eine mehr oder weniger gut einschätzbare Prognose gekennzeichnet ist.

Bei seltenen Anfällen mit geringem Wiederholungsrisiko oder der Möglichkeit, positiven Einfluss auf die An-

fallsfrequenz z.B. durch eine regelmäßige Lebensführung (Meiden anfallsauslösender Umstände z.B. Meiden von Schlafentzug, Genussdrogen etc.) zu nehmen, kann verzichtet werden, auf eine antiepileptische Behandlung zu verzichten. Eine derartige Entscheidung muss immer mit den Eltern und dem Patienten in Abhängigkeit des Lebensalters gestellt werden, da in besonderen Lebenssituationen (z.B. Beginn einer Ausbildung, Erwerb des Führerscheines) auch bereits nach dem ersten Anfall die Entscheidung zur Langzeitbehandlung fallen kann, um das Risiko eines weiteren Anfalls und damit die Lebensqualität nicht negativ zu beeinflussen.

Neben der medikamentösen Therapie ist eine umfassende Aufklärung und Beratung aller Beteiligten – Patient, Eltern, Betreuer – über sämtliche Aspekte der Epilepsie und deren Behandlung unbedingt notwendig. Dazu zählt auch die Notwendigkeit, bei richtiger Einordnung zu einem Epilepsiesyndrom dieses zu benennen und auch einen weniger günstigen Verlauf deutlich zu machen, um falschen Erwartungen vorzubeugen. Offenheit bewirkt eine gute Compliance!! Neuropsychologische Untersuchungen können dazu beitragen, ein Leistungsprofil des Patienten zu erstellen, um z.B. eine schulische Überforderung und mögliche negative Medikamentenwirkungen frühzeitig zu erkennen und entsprechend gegenzusteuern. Die Beteiligten sollten angehalten werden, einen genauen Anfallskalender zu führen, der die ärztliche Betreuung erleichtern kann. Epilepsiepatienten sollen und können ein normales Leben führen, dazu bedarf es häufig der besonderen Aufklärung der Eltern, um ein „Überbehüten“ des Kindes und damit verbundene unnötige Restriktionen zu vermeiden. Dieser Prozess der Einsicht ist für Eltern oft schwierig, gerade nach Stellung der Diagnose „Epilepsie“. Denn trotz aufklärender Maßnahmen, trotz der Häufigkeit epileptischer Anfälle im Kindesalter – 60 bis 70 % der Epilepsien manifestieren sich im Kindesalter – und trotz der mittlerweile guten Heilungschancen, bestehen immer noch viele Vorurteile gegenüber der Krankheit „Epilepsie“, so dass schon deshalb die Patienten häufig in eine Außenseiterrolle gedrängt werden mit all ihren negativen Folgen.

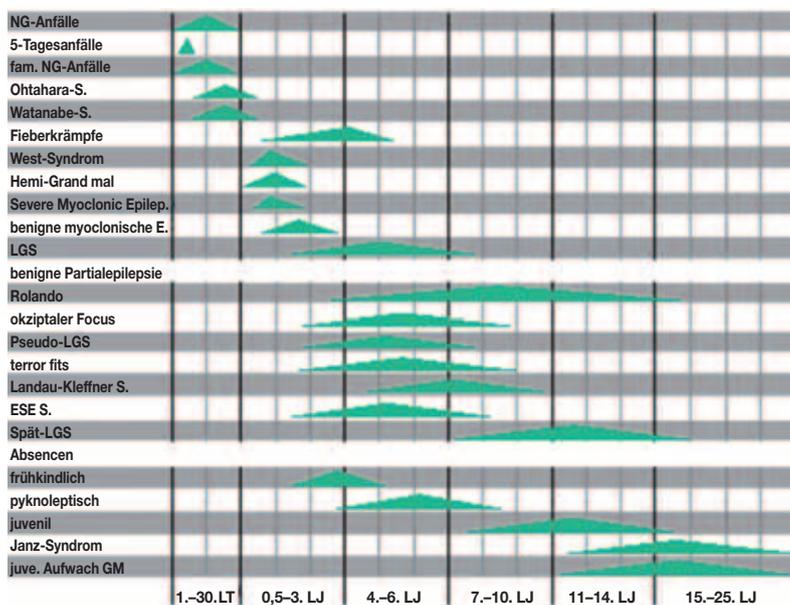


Abb. 1: Altersspektrum der Manifestation der einzelnen Epilepsie-Syndrome im Kindesalter

**Behandlungsziele einer Epilepsie im Kindesalter:**

- Anfallsfreiheit durch eine medikamentöse antiepileptische Behandlung ohne bzw. mit nur geringen Nebenwirkungen
- eine unbeeinträchtigte Entwicklung des Kindes entsprechend seinen Fähigkeiten und seiner Begabung mit ungestörter schulischer Laufbahn
- Lebensbedingungen, die dem jeweiligen Kind gerecht werden

**Akuttherapie des epileptischen Anfalles**

Ein Großteil der epileptischen Anfälle sistiert spontan innerhalb von 2–3 Minuten. Anfälle, die länger als 5 Minuten andauern, bergen ein hohes Risiko, nicht mehr spontan zu enden, und sollten medikamentös unterbrochen werden. In Deutschland stehen zur Akutunterbrechung – auch außerhalb der Klinik – als nicht intravenös zu verabreichende Medikamente rektales Diazepam und buccales Midazolam zur Verfügung (Tab. 1). Sowohl rektal als auch buccal erfolgt eine schnelle Resorption der einzelnen Substanzen. Als Einzeldosen für die rektale Behandlung mit flüssigem Diazepam gelten für Kinder 0,5 mg/kg KG, für Jugendliche und Erwachsene 10–30 mg als Einzeldosis. Für buccales Midazolam in flüssiger Form gelten 2,5 mg für das Säuglingsalter, 5 mg für Kleinkinder, 7,5 mg für 10–14-jährige und 10 mg für Jugendliche ab dem 15. Lebensjahr. Schwerwiegende Nebenwirkungen – wie Atemdepression – sind außerordentlich selten. Gerade die buccale Applikation ist sozial sehr gut verträglich und wird gerade von Betreuern und Lehrern der Kinder sehr gut akzeptiert. Falls der Anfall nach 5–10 Minuten nicht sistiert, kann die gleiche Dosis der gewählten Substanz erneut verabreicht werden. Für Jugendliche älter als 18 Jahre ist buccales Midazolam nicht zugelassen.

Buccales Lorazepam kommt als Standardtherapie für die akute Anfalls- und Statusunterbrechung nicht in Betracht. Die Resorption von buccal verabreichtem Lorazepam erfolgt vorwiegend nicht über die Mundschleim-

haut, sondern mit dem Speichel im Gastrointestinaltrakt und so mit verzögertem Wirkungseinsatz erst nach 138 Minuten. Jugendliche berichten zudem häufig über einen langen „Hang-over-Effekt“ und Kopfschmerzen.

Wenn ein protrahierter tonisch-klonischer Anfall sich zu einem konvulsiven **Status epilepticus** ausdehnt, entsteht Lebensgefahr. Entscheidend sind eine konsequente Therapie und die Beachtung eines Zeitplans mit rechtzeitigem Einsatz einer Barbituratnarkose und Neurointensivtherapie, um die Entwicklung eines malignen Hirnödems und bleibende Hirnschäden zu vermeiden. Am sichersten ist ein epileptischer Anfall durch die intravenöse Gabe von antikonvulsiv wirksamen Substanzen zu unterbrechen (Tab. 2). Auch hier beginnt die Therapie mit Benzodiazepinen, wobei Lorazepam oder Clonazepam der Vorzug vor Diazepam zu geben ist, da ihre Plasma-Verweildauer und Wirkdauer länger anhält. Eine mehrfach wiederholte Gabe von Benzodiazepinen ist aber nicht nur wegen der zu befürchtenden Atemdepression zu unterlassen, sondern auch wegen des zu erwartenden Wirkungsverlustes.

Mit Benzodiazepinen i.v. kann der epileptische Anfall noch schneller unterbrochen werden (Diazepam, Lorazepam, Clonazepam) als rektal oder buccal, erfordert aber eine ärztliche Betreuung und ist meistens mit einem Klinikaufenthalt verbunden: Benzodiazepine passieren durch ihre lipophilen Eigenschaften schnell die Bluthirnschranke mit kurzer Wirkung von bis zu 30 Minuten. Zur Vermeidung von Atemdepressionen muss eine langsame intravenöse Applikation erfolgen: Clonazepam 0,1 mg/Min., Lorazepam 1 mg/Min., Diazepam 1 mg/Min.

Als weitere intravenös zu verabreichende Medikamente stehen Valproat, Levetiracetam und Lacosamid zur Verfügung; trotz fehlender Zulassung werden diese Substanzen im Status epilepticus angewandt.

**Medikamentöse Langzeitbehandlung**

Der Beginn einer Langzeittherapie setzt die eindeutige Diagnose einer Epilepsie voraus, d.h. alle anderen anfallsartig auftretenden, nicht epileptischen Ereignisse müssen ausgeschlossen sein! Bis zu 20 % der Patienten – auch im Kindesalter – mit der Diagnose Epilepsie leiden an einer anderen paroxysmalen Bewegungsstörung, nur nicht an einer Epilepsie mit allen sozialen Folgen wie eingangs besprochen. Das Spektrum der nicht epileptischen Bewegungsstörungen ist gerade im Kindesalter sehr groß.

Basis der Epilepsiebehandlung im Kindes- und Jugendalter ist die medikamentöse Therapie. Dabei richtet sich die Wahl des Medikamentes nach dem Typ des Anfalls, dem Epilepsiesyndrom, dem Alter des Kindes und dem Nebenwirkungsprofil des Medikamentes. Das Erreichen einer Anfallsfreiheit ist abhängig vom Epilepsiesyndrom mit seinem z.T. außerordentlich komplexen Verlauf. Je früher eine Epilepsie beginnt, desto schwieriger kann eine erfolgreiche Therapie sein.

Nach den Vorgaben der Internationalen Liga gegen Epilepsie (ILAE) von 2010 werden Epilepsien nach verschiedenen Kriterien wie Ätiologie, elektroklinisches Syndrom, charakteristische Konstellationen und natürli-

Diazepam rektal		Midazolam buccal	
Säuglinge < 4 Monate	5 mg	Säuglinge 3–6 Mon.	2,5 mg
Kleinkinder > 15 kg KG	10 mg	6 Mon. – 1 Jahr	2,5 mg
Schulkinder	10–20 mg	1 – < 5 Jahre	5 mg
Erwachsene	20–30 mg	5 – < 10 Jahre	7,5 mg
		10 – < 18 Jahre	10 mg

**Tab. 1: Anfallsunterbrechung durch rektale und buccale Applikation**

	Clonazepam i.v.	Lorazepam i.v.	Diazepam i.v.
Säuglinge	0.01–0.07 mg/kg KG		0.3–0.5 mg/kg KG
Kleinkinder	0.01–0.05 mg/kg KG	0.1 mg/kg KG	0.2–0.4 mg/kg KG
Schulkinder	0.01–0.03 mg/kg KG	0.1 mg/kg KG - 4 mg	0.2–0.3 mg/kg KG
Jugendliche	0.01–0.03 mg/kg KG	0.1 mg/kg KG - 4 mg	0.2–0.3 mg/kg KG

**Tab. 2: Intravenöse Dosierung zur Unterbrechung eines epileptischen Anfalls**

chem Verlauf eingeteilt. Da sich die neue Klassifikation noch nicht flächendeckend durchgesetzt hat, wird in dieser Übersicht noch die alte Klassifikation zugrunde gelegt. Für die pharmakologische Behandlung spielt die Unterscheidung in generalisierte versus fokale Anfälle weiterhin eine große Rolle. Die Zuordnung erfolgt nach Anamnese, Fremdanamnese, Anfallssemiologie und EEG-Befunden mit fokalen oder generalisierten epilepsietypischen Veränderungen. Für die Behandlung ist zu bedenken, dass nicht selten andere Funktionsstörungen, auch bei idiopathisch generalisierten Epilepsien, bestehen können; dies können neuropsychologische Defizite oder Teilleistungsstörungen, selten auch organische Erkrankungen, gerade im Rahmen syndromaler Erkrankungen oder Stoffwechselerkrankungen sein.

Wenn es nicht gelingt, das Epilepsiesyndrom sofort zu bestimmen, welches manchmal erst im Verlauf der Behandlung klar zu erkennen ist, sollte zumindest die Zuordnung zu einer der drei übergeordneten Einteilungen erfolgen:

- Idiopathisch generalisierte Epilepsie
- Idiopathisch fokale Epilepsie
- Symptomatisch oder kryptogene fokale Epilepsie

Wirksamkeit und Verträglichkeit der therapeutischen Maßnahmen stehen gleichrangig im Mittelpunkt aller therapeutischer Bemühungen, insbesondere bei langjähriger Therapienotwendigkeit mit der Besonderheit eines sich entwickelnden kindlichen Gehirns. Nicht nur die Effektivität der Therapie mit möglichst Anfallsfreiheit ist das oberste Ziel, sondern eine Ausgeglichenheit zwischen dem medizinischen und sozialen Gefährdungspotenzial durch die Anfälle einerseits und der Therapie andererseits. Anfallsfreiheit auf Kosten kognitiver Leistungen oder des Verhaltens sollte nur noch in Ausnahmefällen toleriert und nach Möglichkeit vermieden werden.

Die medikamentöse Behandlung wird zunächst immer als Monotherapie geplant.

Ausnahmen ergeben sich in Abhängigkeit des Epilepsiesyndromes – z.B. bei den idiopathischen fokalen benignen Anfällen (Rolando, BECTS: Benigne Epilepsie mit centro-temporalen Sharp waves) (siehe dort).

Retardierte Präparate mit einer zweimaligen Gabe pro Tag werden dabei bevorzugt eingesetzt, in Abhängigkeit des Epilepsie-Syndromes kann auch eine abendliche Einmalgabe ausreichend sein.

#### Welches Gefährdungspotenzial besteht bei Epilepsie?

**Gefährdungspotenzial durch Anfälle:** Verletzungen – des Patienten, von Umgebungspersonen –, Ertrinken, Status epilepticus, Begrenzung der Aktivitäten mit sozialen Nachteilen.

**Gefährdungspotenzial durch antiepileptische Dauertherapie:** Kognitive Störungen, Verhaltensauffälligkeiten und Wesensveränderungen, systemische Toxizität, Interaktionen mit anderen Medikamenten, idiosynkratische Reaktionen, Teratogenität.

#### Die wichtigsten Ziele für das Epilepsiebehandlungskonzept bestehen aus:

- Anfallsfreiheit ohne oder nur mit geringen unerwünschten Wirkungen bei antiepileptischer Pharmakotherapie und anderen Therapieoptionen (Neurochirurgie, Lebensführung)
- ungestörte altersentsprechende seelische, kognitive und motorische Entwicklung
- Anfallsdokumentation in einem Anfallskalender, schriftlich oder elektronisch. Die Dokumentation ist eines der Hauptsteuerungselemente in der Behandlung
- gründlichste offene Aufklärung und Patienten- und Elternschulung. Offenlegung des vermuteten oder sicher diagnostizierten Epilepsie-Syndromes
- Unterstützung bei der Integration in Familie, Schule, Beruf und Gesellschaft zum Erhalt einer optimalen Lebensqualität, unterstützt durch sozialpädagogische und sozialrechtliche Fachkräfte.

**60–70 % der Kinder mit einer neu aufgetretenden Epilepsie lassen sich mit einer initialen Monotherapie erfolgreich behandeln.** Bei den idiopathisch generalisierten Epilepsien und den idiopathisch fokalen benignen Epilepsien sind es sogar 90 % der Kinder, die unter einer initialen Monotherapie dauerhaft anfallsfrei werden. In der Gruppe der symptomatischen oder kryptogenen fokalen Epilepsien mit und ohne sekundäre Generalisierung liegt die Erfolgsrate mit einer initialen Monotherapie nur zwischen 25 und 50 %.

Bei etwa 20–35 % der Kinder kann weder mit einer initialen noch einer weiteren Monotherapie Anfallsfreiheit erzielt werden, sodass eine Kombinationsbehandlung unerlässlich ist. Dabei ist es sinnvoll, Antiepileptika mit unterschiedlichem Wirkmechanismus zu kombinieren, deren Nebenwirkungen sich nicht gegenseitig verstärken. Vermieden werden sollten Antiepileptika mit starken pharmakokinetischen Interaktionen. Klinisch gut bewährt haben sich bzgl. dieser Regeln die Kombinationen Valproat und Ethosuximid mit synergistischem Effekt auf die Anfallsfrequenz oder Valproat mit Oxcarbazepin / Carbamazepin bei gleichzeitiger geringer neurotoxischer Nebenwirkung. Besondere Kombinationen stehen dem erfahrenen Epileptologen für z.T. seltene Epilepsie-Syndrome auf Grund guter klinischer Erfahrung zur Verfügung: z.B. Valproat und Lamotrigin unter Beachtung der Interaktion.

Neben der Anfallskontrolle mit möglichst geringen oder fehlenden Nebenwirkungen hat die ungestörte kognitive, seelische und motorische Entwicklung der Kinder mit Epilepsie einen sehr hohen Stellenwert. Dieses wird erreicht durch die Integration innerhalb der Familie und des gesamten sozialen Umfeldes, inklusive der schulischen Eingliederung mit besonderer Berücksichtigung der individuellen Fähigkeiten der Kinder, die gegebenenfalls wiederholt neuropsychologisch untersucht werden müssen. **Bis zu 60 % der Kinder mit chronischen Epilepsien leiden unter Beeinträchtigungen ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit;** betroffen sind

Grundfunktionen wie Aufmerksamkeit, Psychomotorik, Gedächtnis oder Sprache. Abhängig von Beginn, Art und Schwere der Erkrankung lassen sich aber auch Beeinträchtigungen der allgemeinen Intelligenz feststellen; Ursachen dieser Beeinträchtigungen sind vielfältig, eine Möglichkeit sind Antiepileptika. Die frühzeitige Erkennung kognitiver Leistungsstörungen ist gerade in jungen Jahren von großer Bedeutung, da sie die weitere Entwicklung, die schulisch-berufliche Laufbahn, die Funktionalität in Alltag und sozialen Interaktionen erheblich beeinträchtigen können. Positiv für die kognitive Entwicklung sind erfolgreiche Anfallskontrolle und Minimierung negativer Effekte einer medikamentösen Behandlung auf die Leistungsfähigkeit. Schlechte Leistungen können negative Medikamentenwirkungen widerspiegeln, wenn dies auch aus medizinischer Sicht, selbst- oder fremdanamnestic begründet erscheint. Ein einfaches Testverfahren stellt der EpiTrack-Junior® dar; er umfasst sechs Teilaufgaben, dauert etwa 15 Minuten und kann im Alter von 6–18 Jahren angewandt werden. Die sechs Teilaufgaben sind: Zahlen-Interferenztest (Reaktionsunterdrückung), Zahlen verbinden (visuo-motorisches Tempo), Zahlen-Punkte verbinden (Umstellungsvermögen), Invertierte Zahlenspanne (Arbeitsgedächtnis), Wortflüssigkeit (Flüssigkeit) und Labyrinth-Test (visuo-motorische Planung). Er ist wiederholt einsetzbar und eignet sich zur therapiebegleitenden Qualitäts- und Ergebniskontrolle. Dies gilt insbesondere für Kinder mit therapieschwierigen Epilepsien und Epilepsiesyndromen.

### Fieberkrämpfe

**Fieberkrämpfe sind die häufigsten Gelegenheitsanfälle mit einer kumulativen Inzidenz von 2,5–5 % bis etwa zum 5. Lebensjahr.** Die Prognose ist exzellent. 30–40 % erleiden ein oder mehrere Rezidive, dennoch ist die psychomentele Entwicklung der Kinder nicht gefährdet. **Das kumulative Epilepsierisiko nach Fieberkrämpfen beträgt 3–4 %, für Kinder mit einfachen Fieberkrämpfen beträgt es 1,5 %.** Es wird unterschieden zwischen komplizierten (20 %) und unkomplizierten (80 %) Fieberkrämpfen. In der Regel sistiert der unkomplizierte Fieberkrampf nach 1,5 bis 2 Minuten; wenn nicht, gelten die gleichen Regeln zur Unterbrechung wie beim afebrilen epileptischen Anfall. Grundsätzlich sind Fieberkrämpfe keine Indikation für eine medikamentöse Dauerbehandlung; die Verhinderung der Entwicklung einer Epilepsie durch eine antiepileptische Dauerbehandlung bei Fieberkrämpfen ist nicht belegt. Im Gegenteil: Fieberkrämpfe, denen später die Entwicklung einer Epilepsie folgt, sind oft schon bei Auftreten der Fieberkrämpfe der Beginn eines Epilepsiesyndromes. Die Anwendung und sachgerechte Handhabung von rektalem Diazepam oder buccalem Midazolam hat den Fieberkrämpfen den Schrecken genommen, insbesondere die dadurch erfolgreiche Verhinderung fiebergeladener Anfallstadien.

Die gründliche Aufklärung der Eltern über das Wesen und die Auslösemechanismen der Fieberkrämpfe ist besonders wichtig. Hier ist zu allererst der rasche Fieberan-

stieg zu nennen: dieser ist gerade bei jüngeren Kindern häufig und kann dazu führen, dass trotz wachsamer Eltern die fiebersenkenden Maßnahmen zu spät kommen. Gerade darüber ist Aufklärung sehr wichtig, da sich Eltern sonst schnell Vorwürfe machen. Tolerieren Kinder die erhöhte Körpertemperatur und fühlen sich nicht beeinträchtigt, kann auf eine Temperatursenkung verzichtet werden, da die erneute Anfallsauslösung auf erhöhtem Temperaturniveau selten ist. Dies belegen auch tierexperimentelle Daten. **Die kognitive Entwicklung nach Fieberkrämpfen, auch nach rezidivierenden Fieberkrämpfen, ist nicht gefährdet, wie Langzeituntersuchungen eindeutig belegen.** Kinder nach Fieberkrämpfen besuchen sogar häufiger ein Gymnasium als ihre Vergleichsgruppe. Von größter Bedeutung ist eine gute Aufklärung der Eltern über die gute Prognose der Gesamtentwicklung nach Fieberkrämpfen, um ihnen jegliche Angst zu nehmen.

### Intrauterine Anfälle

Intrauterine Anfälle stellen die früheste Form epileptischer Anfälle dar; sie sind bislang selten, wahrscheinlich oft übersehen bzw. werden nicht als epileptischer Anfall wahrgenommen. Häufig wird die Diagnose intrauteriner Anfall retrospektiv durch eine gute gezielte Anamnese gestellt. Alle zerebralen Fehlbildungen können bereits intrauterin zu Anfällen führen; häufiger finden sie sich bei der Vitamin B6-abhängigen Epilepsie. Hier sollte bei Folgeschwangerschaften gerade auf diese frühe Form von Anfällen geachtet werden, da sie sich durch Gabe von Vitamin B6 an die Mutter unterbrechen lassen. Im Falle intrauteriner Anfälle berichten die Mütter über zwei Arten von Kindsbewegungen: lang anhaltende rhythmische monotone, von der Mutter spürbare Kindsbewegungen sind verdächtig auf epileptische Anfälle.

### Neugeborenenanfälle

Für die Prognose nach Neugeborenenanfällen ist die Ätiologie der Anfälle entscheidend. Die Behandlung der Ursache steht im Vordergrund: Hypoglykämie, Hypokalzämie und Hypomagnesiämie sowie Infektionen des ZNS und metabolische Entgleisungen bei zugrunde liegenden Stoffwechselstörungen.

**Mittel der ersten Wahl zur Unterbrechung von Neugeborenenanfällen und eines persistierenden Status epilepticus beim Neugeborenen ist Pyridoxin,** die aktive Form von Vitamin B6 – 100 mg Pyridoxin langsam i.v., oral 30 mg/kg KG Pyridoxin. Bei Nachweis einer pyridoxinabhängigen Epilepsie – im Urin: Pipecolinsäureausscheidung erhöht oder/und genetischer Nachweis einer Mutation im ALDH7A1-Gen (Antiquitingen) – ist eine lebenslängliche Therapie mit Pyridoxin (Vitamin B6) notwendig. Auslassversuche führen regelmäßig zu Rezidivanfällen; i.d. Regel innerhalb 5 Tagen. Die folinresponsive Epilepsie des Neonaten ist identisch mit Pyridoxinresponsivität. Bei fehlendem Ansprechen auf Pyridoxin sollte ein Therapieversuch mit Pyridoxalphosphat oral 50 mg/kg KG in drei Tagesdosen erfolgen.

Trotz tierexperimenteller Befunde einer Apoptoseinduktion durch Phenobarbital im unreifen Gehirn ist es

weiterhin Mittel der 1. Wahl zur Behandlung von Neugeborenenanfällen, wenn obige Therapieversuche negativ verlaufen: bis zu 70 % der Anfälle des Neonaten lassen sich bei entsprechender Dosierung mit Phenobarbital erfolgreich behandeln. Loading dose sind 20 mg/kg KG i.v. mit einer Erhaltungsdosis von 5–7 mg/kg KG in 2 ED/Tag. Levetiracetam ist zugelassen zur Behandlung von Anfällen nach dem ersten Lebensmonat; es wird gut vertragen, Vergleichsuntersuchungen zu anderen Antiepileptika sind bislang nicht durchgeführt (orale Dosis: 40 mg/kg KG in 2 ED).

Weiterhin hat auch Phenytoin seinen Stellenwert in der Behandlung von Neugeborenenanfällen; Loading dose sind 20 mg/kg KG langsam i.v. über 30 Min. mit einer Erhaltungsdosis von 5 mg/kg KG in 2–4 ED/Tag. Bei der Umstellung auf eine orale Weiterbehandlung wird mit Phenytoin nur selten, trotz hoher Dosen, ein therapeutischer Serumspiegel erzielt. Besondere Beachtung verdient die nicht lineare Pharmakokinetik des Phenytoins. Zur Akutunterbrechung des langanhaltenden epileptischen Anfalls im Neugeborenenalter kann auch Midazolam erfolgreich eingesetzt werden. In therapieschwierigen Situationen beim Neugeborenen kommen ferner Sultiam, Valproat, Lamotrigin oder Topirammat in Betracht, wobei die Studienlage wenig aussagekräftig ist. In der Langzeitbetreuung von Kindern mit Neugeborenenanfällen ist eine regelmäßige Überprüfung der Indikation zur Fortführung der antikonvulsiven Medikation wichtig; Ziel sollte es sein, die Therapie so kurz wie möglich durchzuführen; Kontrollen im Abstand von drei Monaten mit der kritischen Frage der Notwendigkeit der Behandlungsfortsetzung sind sinnvoll. Gelegentlich nachzuweisende epilepsietypische Potentiale im EEG sind kein Grund zur Aufrechterhaltung der Therapie.

Die Zuordnung zum richtigen Epilepsiesyndrom ist eine der besten Voraussetzungen für die richtige Behandlung. Auf Grund der Vielfalt und der Dynamik der Epilepsie kann dies gerade im frühen Kindesalter mit der höchsten Inzidenz von Erstmanifestationen nicht einfach sein, entsprechen doch jeder Hirnentwicklungsphase unterschiedliche Epilepsie-Syndrome mit unterschiedlicher Prognose (s. Abb. 1).

### West-Syndrom – BNS (Blitz – Nick – Salaam) Epilepsie, infantile Spasmen

Das West-Syndrom (BNS – Epilepsie, Blick – Nick – Salaam) gehört zu den therapieschwierigsten altersgebundenen Epilepsie-Syndromen des Kindesalters (Abb. 2). Es haben sich unterschiedliche Therapiestrategien etabliert: Wenngleich in der Leitlinie zur Therapie des West-Syndroms keine höhere Evidenz belegt ist, konnte in einer plazebokontrollierten Studie mit hochdosiertem Vitamin B6 und gleichzeitiger Sultiamgabe ein Behandlungserfolg bei knapp 30 % der Patienten erzielt werden (Dosis: Vitamin B6 250 mg/kg KG/d in 6 Einzeldosen; Sultiam mit 5 mg/kg KG beginnend, nach 3–5 Tagen gesteigert auf 10 mg/kg KG/d nach ausbleibendem Erfolg auf die Anfälle und den Sanierungseffekt im EEG). Ein therapeutisches Ansprechen lässt sich erfreulicherweise in-

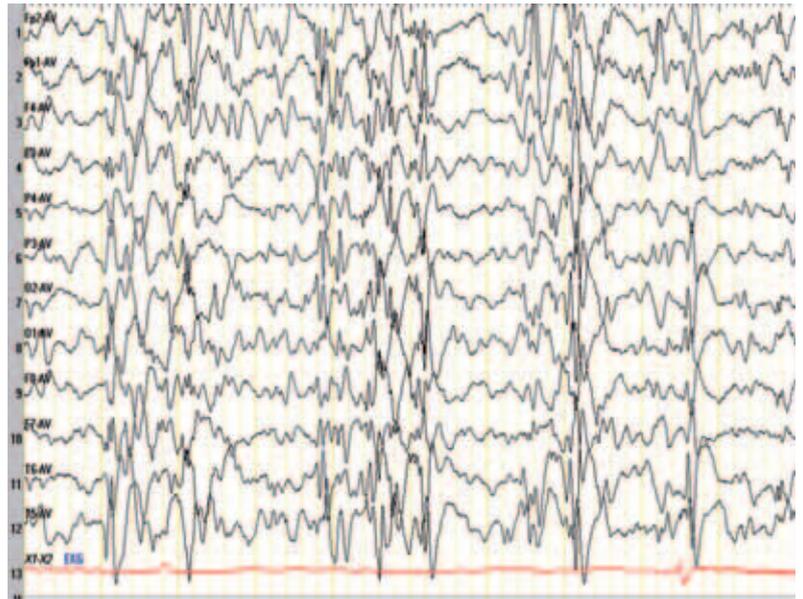


Abb. 2 BNS-Epilepsie: Schlaf-EEG eines 7 Monate alten Kindes mit dem Bild einer synchronisierten spitzenpotentialreichen Hypsarhythmie (non REM-Schlaf). 1 cm = 100 µV, ZK 0,1, Filter: 70 Hz

nerhalb von 6–10 Tagen beurteilen. Diese Therapiephase kann zur Klärung der Ätiologie genutzt werden. Trotz der Nebenwirkung einer Gesichtsfeldeinengung durch Vigabatrin bei 40 % der Kinder hat diese Substanz bei sonst sehr guter Verträglichkeit seinen Stellenwert gerade in der Behandlung des West-Syndroms behalten (Dosis: Vigabatrin 100 mg – 150 mg/kg KG/d) (s. Tab. 7). Ob es bei Kindern mit West-Syndrom ebenso häufig Gesichtsfelddefekte verursacht, ist noch nicht geklärt. Wir selbst setzen es ein vor ACTH, dem es in seiner Wirksamkeit etwas unterlegen ist, dabei aber eine deutlich geringere Rezidivrate aufweist. Bei Effekt einer Vigabatrinbehandlung sollte die Behandlungsdauer immer wieder überdacht werden. Möglicherweise ist eine 3–6-monatige Behandlungsphase mit Vigabatrin ausreichend (eigene positive Einzelerfahrung). Liegt dem West-Syndrom eine tuberöse Hirnsklerose zu Grunde, ist Vigabatrin bislang eindeutig Mittel der 1. Wahl mit langsamen Ausschleichen bei Erfolg. Eine Alternative ist die hochdosierte orale Steroidtherapie (40 mg Prednisolon/Tag für 2 Wochen, bei Versagen steigern auf 60 mg Prednisolon absolut für weitere 14 Tage). Aktuell wird in einer multizentrischen Therapiestudie eine orale Steroidbehandlung gegen ACTH i.m. überprüft. Bei Therapieresistenz gegenüber den aufgeführten Substanzen ist eine Therapie mit unterschiedlichen Substanzen erprobt: führend ist Valproat in hoher Dosis unter regelmäßiger Kontrolle der Laborwerte für Thrombozyten, Gerinnungsparameter, Leberwerte und Lipase. Positive Einzelberichte liegen vor für Lamotrigin, Levetiracetam und Topirammat. Auch die ketogene Diät kann eine Therapiealternative bei therapieschwierigem Verlauf sein. Bei pharmakoresistentem West-Syndrom bei umschriebener kortikaler Dysplasie ist eine rasche epilepsiechirurgische Intervention bzw. deren Überprüfung sinnvoll!

Nutzen und Risiko der zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten müssen bei jedem Kind mit West-Syndrom sorgfältig gegeneinander abgewogen werden, da nicht selten dem West-Syndrom schwere, oft nicht behandelbare neurologische Erkrankungen mit ungünstiger Prognose zu Grunde liegen.

### Frühkindliche Grand mal Epilepsie (Severe Myoclonic Epilepsy of Infancy – SMEI) – Dravet-Syndrom

Ein altersgebundenes Epilepsiesyndrom des Säuglingsalters, bei dem nahezu regelhaft länger andauernde, oft nicht einfach zu unterbrechende fiebergebundene Anfälle in der Vorgeschichte auftreten, ist die schwere myoklonische Epilepsie oder auch das Dravet-Syndrom. Fast regelhaft treten erratische Myoklonien auf, die im Verlaufe der Erkrankung im Vordergrund stehen können. Im weiteren Verlauf kommen afebrile Grand mal Anfälle hinzu. Die Gesamtentwicklung der Kinder ist in der Regel nach Manifestation verlangsamt; 80 % der betroffenen weisen eine Mutation im SCN1A-Gen auf, das für einen spannungsabhängigen Natriumkanal kodiert. Die Gesamtprognose des Dravet-Syndromes ist sowohl für die Epilepsie als auch die kognitive Entwicklung ungünstig. Ob die Prognose sich durch eine strenge Kontrolle der epileptischen Anfälle bessern lässt, muss noch gezeigt werden. Die Therapie ist schwierig: Mittel der Wahl gegen die großen Anfälle ist Brom (40–60 mg/kg KG/d) oder Valproat (30–60 mg/kg KG/d) in zwei Tagesdosen in Monotherapie. Bei Versagen, was recht häufig ist, wird VPA mit Stiripentol (Zieldosis 30–50 mg/kg KG/Tag) und Clobazam (0,2–0,3 mg/kg KG/d) in jeweils 2 TD als erprobte Kombinationsbehandlung eingesetzt. Topiramate (bis 10 mg/kg KG/d) kann ebenfalls erfolgreich sein. Die ketogene Diät stellt eine weitere Therapie-

option dar ebenso wie die Vagusnervstimulation, wenn gleich Therapiestudien fehlen. Individuelle Therapieveruche sind bei diesem schwierigen Epilepsie-Syndrom häufig erforderlich.

Natriumkanalwirksame Antikonvulsiva wie Carbamazepin, Oxcarbazepin, Lamotrigin und Phenytoin führen sehr oft zu einer Verschlechterung der Anfallsituation und sind kontraindiziert! Dieser Aktivierungsmechanismus kann als Diagnosekriterium genutzt werden („Daran denken!“). Kein Phenytoin im Status epilepticus.

### Idiopathisch fokale Epilepsien

Zu der Gruppe der idiopathisch fokalen Epilepsien – den sogenannten benignen Epilepsien – gehören die Epilepsie mit zentrot temporalen sharp waves (BECTS oder Rolando), das Pseudo Lennox-Syndrom, das Landau-Kleffner-Syndrom, das CSWS-Syndrom (Continuous spikes and waves during slow sleep) und die Epilepsie mit okzipitalen sharp waves (Panayiotopoulos und Gastaut), das seltene Epilepsiesyndrom mit Mittellinien spikes sowie das Watanabe-Syndrom. Gerade bei den benignen Partialepilepsien des Kindesalters mit spontaner Remission in der Pubertät mit und ohne Therapie ist eine sehr sorgfältige Indikationsstellung zur Therapie zu treffen! „Benigne“ bezieht sich nur auf das selbstlimitierende EEG-Merkmal (Abb. 3).

Die Übergänge zwischen den einzelnen Formen sind gerade unter Einbeziehung des EEGs fließend, zwingend sind bei allen Formen regelmäßige Schlaf-EEGs, um bioelektrische States im Schlaf nicht zu übersehen. Für diese Gruppe der Epilepsien ist Sultiam Mittel der 1. Wahl in einer Dosis von 5–10–15 mg/kg KG/d in 2 TD. Die Startdosis von 5 mg/kg KG/d kann als ad hoc Dosis ohne Einschleichen verabreicht werden. Die Wahl der Dosis erfolgt individuell bis zum Auftreten von Nebenwirkungen (Hyperpnoe, Kribbelparästhesien, selten psychotische Symptome). Nach einigen Monaten der Behandlung kann ein Toleranzeffekt bei 35–45 % der Behandelten eintreten (Nachlassen der Wirksamkeit, Wiederauftreten epilepsietypischer Potentiale im EEG). Alternativ können Levetiracetam, Valproat und Carbamazepin/Oxcarbazepin eingesetzt werden, wobei unter Carbamazepin, wahrscheinlich auch unter Oxcarbazepin in Einzelfällen eine Verschlechterung bis hin zum bioelektrischen Status beobachtet wurden; wiederholte EEG-Ableitungen bei dieser Wahl der Therapie sind sinnvoll. In einer prospektiven Studie bei Kindern mit BECTS unter Oxcarbazepin konnte diese Nebenwirkung allerdings nicht beobachtet werden. Gerade bei der Therapie der benignen Partialepilepsie können alle Antikonvulsiva effektiv sein. Die gleichen Therapieempfehlungen bestehen auch für die anderen Varianten der benignen Partialepilepsie im Kindesalter (Panayiotopoulos, Watanabe, Gastaut, gutartige familiäre Anfälle mit Choreoathetose, infantile fokale Anfälle mit Mittellinien-Spikes). Die mentale Entwicklung der Kinder mit benigner Partialepilepsie ist nicht gefährdet, wie auch durch eigene Daten belegt werden konnte.



Abb. 3: EEG bei benigner Partialepilepsie mit zentro-temporalen sharp wave (BECTS): Wach-EEG eines 8-jährigen Kindes: links fronto-zentrale isolierte sharp wave Aktivität ohne Ausbreitung. 1 cm = 100  $\mu$ V, ZK 0,1, Filter: 70 Hz

## Landau-Kleffner-Syndrom und CSWS-Syndrom

Beim Landau-Kleffner-Syndrom und auch beim CSWS-Syndrom (continuous spikes waves during slow sleep) ist ebenfalls Sultiam Mittel der ersten Wahl, bei Versagen in Kombination mit Clobazam (Dosis: 0,3 mg/kg KG/d in 2 TD). Levetiracetam wurde mehrfach erfolgreich eingesetzt (Dosis 40–50 mg/kg KG/d in 2 TD); auch Vigabatrin kann in seltenen Fällen nützlich sein unter Beachtung des Risikos einer Gesichtsfeldeinschränkung. Einzelerfahrung gibt es bei dieser besonders schwer verlaufenden Form der benignen Partialepilepsie auch mit Lacosamid (Dosis: 5–10 mg/kg KG/d), einem bislang für Kinder unter 16 Jahren nicht zugelassenen neuen Antiepileptikum (s. Tab. 7).

Kognitive und mentale Defizite sind in dieser Gruppe der Epilepsien nicht selten, möglicherweise – bislang noch nicht bewiesen – besteht ein Zusammenhang zwischen Ausprägungsgrad der EEG-Veränderungen und dem Ausmaß der Defizite. Aus diesem Grunde hat das EEG hier einen besonderen Stellenwert zur Beurteilung des Behandlungserfolges. Allerdings bleibt fraglich, ob langfristig wirklich die Entwicklung mentaler und kognitiver Defizite durch Antiepileptika verhindert werden kann. Vor dem Hintergrund dieses Dilemmas kommen gerade bei ausgeprägten EEG-Befunden auch Steroide oder auch ACTH zum Einsatz. Studien liegen leider nicht vor, jedes Behandlungszentrum verfolgt sein eigenes Therapiekonzept. Wir selbst bevorzugen eine ACTH-Behandlung; alternativ bietet sich die pulsatile Steroidtherapie an. Die Nebenwirkungsrate einer pulsatilen Steroidbehandlung ist deutlich geringer, die nach eigenen Erfahrungen aber auch weniger wirksam ist. In Einzelfallbeschreibungen bzw. in kleinen Patientengruppen wird über den günstigen Effekt einer Therapie mit Immunglobulinen, ketogener Diät oder einer epilepsiechirurgischen Behandlung durch multiple subpiale Transsektionen berichtet. Aus den Ausführungen ergibt sich die zwingende Notwendigkeit einer regelmäßigen neuropsychologischen Untersuchung dieser Kinder, insbesondere der Kinder mit einem CSWS-Syndrom. Sollten die mentalen Defizite unter der Therapie zunehmen, insbesondere unter einer ACTH- oder Steroidtherapie, muss diese eingreifende Behandlung beendet werden.

## Lennox-Gastaut-Syndrom

Durch seine Therapieresistenz zählt das Lennox-Gastaut-Syndrom zu den therapeutischen Herausforderungen. Mit dem zuvor erwähnten Gastaut-Syndrom (benigne Epilepsie mit okzipitalen sharp waves) hat es trotz der ähnlichen Namensgebung weder bzgl. der Ätiologie noch der Prognose etwas zu tun. Das klinische Bild ist geprägt durch eine bunte Anfallssemiologie mit Grand mal Anfällen, typischen und atypischen Absencen und tonischen Anfällen, die besonders therapieschwierig sind. Mittel der Wahl ist Valproat in Monotherapie. Allerdings wird dadurch nur in wenigen Fällen Anfallsfreiheit erzielt, sodass auf andere Behandlungsstrategien gesetzt werden muss. Zur Basistherapie mit Valproat wird La-

motrigin, Topiramamat oder Felbamat kombiniert. Rufinamid in Mono- oder auch Kombinationstherapie zeigt beim Lennox-Gastaut Syndrom gute Effekte bis hin zur seltenen Anfallsfreiheit (s. Tab. 7). Die Effektivität von Felbamat wurde in einer randomisierten Studie belegt. Limitierende Nebenwirkung kann eine Knochenmarksdepression unter Felbamat sein, regelmäßige Blutbildkontrollen im Abstand von 3 Wochen sind verpflichtend. Wie bei anderen therapieresistenten Epilepsiesyndromen müssen oder können die sonst zur Verfügung stehenden Medikamente „ausprobiert“ werden: Ethosuximid, Mesuximid, Levetiracetam, Phenobarbital, Primidon; auch die ketogene Diät und die Implantation eines Vagusnervstimulators stellen eine Behandlungsmöglichkeit dar. Eine 2/3-Callosotomie kann hilfreich sein gegen Sturzanfälle (drop attacks).

Gerade bei solch therapieschwierigen bis -resistenten Epilepsiesyndromen muss immer wieder bedacht werden, dass „weniger oft mehr“ ist, d.h. nicht wirksame Medikamente müssen abgesetzt werden, um zumindest deren Nebenwirkungen einzusparen. Stark sedierende Antikonvulsiva können gerade drop attacks aktivieren. Es gilt, mit wenigen Medikamenten – Mono- oder Kombinationsbehandlung aus 2 Medikamenten – einen für alle Beteiligten erträglichen und gangbaren Weg zu finden.

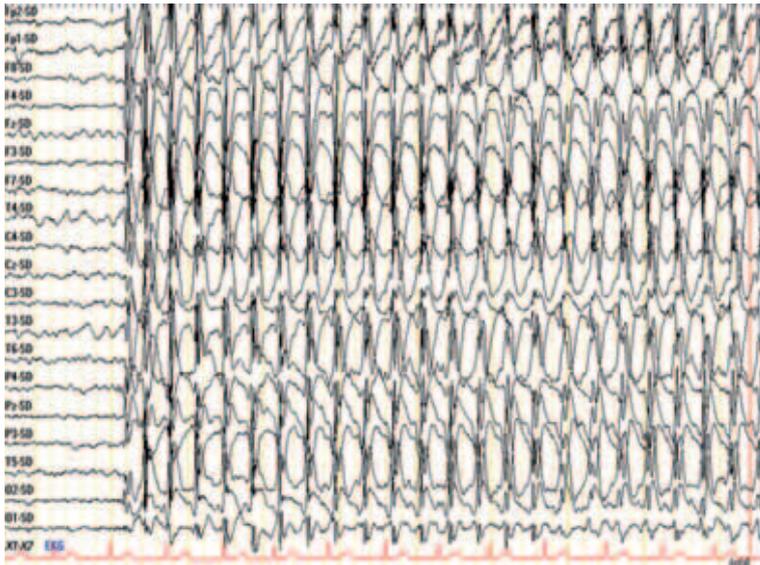
## Idiopathisch generalisierte Anfälle und Epilepsiesyndrome

Zu den idiopathisch generalisierten Epilepsien gehören die frühkindliche Absence-Epilepsie, die pyknoleptische Absence-Epilepsie, die juvenile Absence-Epilepsie, die Grand mal Epilepsie und die Juvenile myoklonische Epilepsie (Janz-Syndrom).

Bei den idiopathisch generalisierten Epilepsien sind Ethosuximid für die Absencen und Valproat bei Auftreten von Grand mal Anfällen nach wie vor Mittel der ersten Wahl (Tab. 3). Lamotrigin und Levetiracetam stellen eine wichtige Alternative zum Valproat dar, insbesondere bei Kindern mit einer Einnässproblematik (kann durch

**Tab. 3: Therapieoptionen bei idiopathisch generalisierten Epilepsien im Kindesalter**

Epilepsieart / Syndrom	1. Wahl	2. Wahl	Weitere Möglichkeiten
<b>Frühkindlich</b>			
Frühkindliche GM Epilepsie Severe Myoclonic Epilepsy Dravet-Syndrom	VPA – Brom	VPA + Stiripentol + Clobazam	Levetiracetam, Ethosuximid, Topiramamat
Absencen	Ethosuximid	VPA + Etho	LTG, LEV
Myoklonisch-astatisch	VPA	VPA + Etho	LTG, LEV, MSM, Steroide, ACTH
<b>Schul- und Jugendalter</b>			
Grand mal	VPA	LTG	LEV, PB, TPM
Pyknolepsie	ETHO	ETHO + VPA	LTG, LEV
Juvenile Absencen	VPA	VPA + Etho	LTG, LEV, TPM
Juvenile-myoklonische	VPA	LTG, LEV	LEV, TPM, Etho
Kontraindiziert	CBZ, OXC, DPH, VGB		
CBZ: Carbamazepin; OXC: Oxcarbazepin; LTG: Lamotrigin, TPM: Topiramamat; Etho: Ethosuximid; VPA: Valproat; DPH: Phenytoin, MSM: Mesuximid; VGB: Vigabatrin, PB: Phenobarbital, LEV: Levetiracetam			



**Abb. 4 Absence-Epilepsie: Wach-EEG eines 7-jährigen Kindes: unter Hyperventilation generalisierte 3/sekunden spike wave Aktivität – einhergehend mit einer Bewusstseinsminderung während dieses Moders im EEG. 1 cm = 100 µV, ZK 0.1, Filter: 70 Hz**

Valproat verstärkt werden oder auch erst auftreten) oder erheblichen Appetitsteigerung mit Gewichtszunahme und Erkrankungen der Leber und des Gerinnungssystems sowie Mitochondriopathien. Die vom Valproat bekannte Hepatopathie ist heute bei guter Vordiagnostik, Berücksichtigung der Kontraindikationen für Valproat, guter Überwachung des Patienten und Aufklärung der Eltern über mögliche Frühsymptome erfreulicherweise sehr selten geworden.

Mittel der ersten Wahl für die **Absence-Epilepsie** ist nach wie vor Ethosuximid (Dosis: 20–30 mg/kg KG/d in 2–3 Einzeldosen zur Vermeidung gastrointestinaler Nebenwirkungen). Die seltene Nebenwirkung von Schlafstörungen unter Ethosuximid zwingt immer zum Absetzen. Das Risiko von Grand Mal Anfällen ist auch unter einer Monotherapie mit Ethosuximid nicht erhöht. Bei Versagen der Monotherapie führt eine Komedikation

**Tab. 4: Therapieoptionen bei fokalen Epilepsien im Kindesalter**

Epilepsiesyndrom	1. Wahl	2. Wahl	Weitere Möglichkeiten
Symptom. + kryptogene Epilepsien: einfach fokal, komplex, fokal sek. generalisierend	STM, OXC, CBZ, LEV	OXC + VPA; VPA + LTG, LCM	Epilepsiechirurgie !  DPH, TPM
Idiopathisch fokal	STM	LEV, ST + CLB, VPA, Cave: OXC	Steroide, ACTH, TPM, IgG, subpiale Unterschneidung
West-Syndrom	Pyridoxin, STM, VGB,	Steroide, ACTH VPA	Epilepsiechirurgie ! LTG, TPM, LEV
Lennox-Gastaut Syndrom	VPA, VPA + RUF	VPA + LTG; FEB	PB, PRM, ETHO, MSM, LEV, Steroide, Cave: „weniger ist mehr“!

CBZ: Carbamazepin; OXC: Oxcarbazepin; LTG: Lamotrigin, TPM: Topiramat; Etho: Ethosuximid; VPA: Valproat; DPH: Phenytoin, MSM: Mesuximid; LCM: Lacosamid; VGB: Vigabatrin, PB: Phenobarbital; PRM: Primidon, LEV: Levetiracetam, CLB: Clobazam, STM: Sultiam, IgG: Immunglobuline, RUF: Rufinamid, FEB: Felbamit

mit Valproat (15–20 mg/kg KG/d) zur Anfallsfreiheit, versuchsweise in einer abendlichen Einzeldosis. Regelmäßige EEG-Verlaufskontrollen sind anfangs wichtig, um eine EEG-Sanierung zu erzielen und zu dokumentieren. Die frühkindliche Absence-Epilepsie kann therapeutisch durchaus schwierig sein, Ethosuximid in Monotherapie ist oft nicht ausreichend, sodass dann überlegt werden muss, die Behandlung mit Valproat zu beginnen (Abb. 4).

Die Dauer der Behandlung richtet sich nach der zugrunde liegenden Variante der Absence-Epilepsie: die frühkindliche Variante sollte mindestens 3 Jahre behandelt werden, während die pyknoleptische Variante, die typische kindliche Absence-Epilepsie, bei raschem Ansprechen auch schon nach 1–1½ Jahren Therapie beendet werden kann. Wir selbst führen nach Absetzen regelmäßige Kontrollen über 2 Jahre durch bis wir die Kinder als „geheilt“ entlassen, initiale Kontrollen nach 3 und 6 Monaten, dann nach weiteren 6 Monaten und eine Abschlussuntersuchung 2 Jahre nach Therapieende. In kleineren Fallstudien wurde auch ein positiver Effekt unter Lamotrigin (langsame Eindosierung bis zum Erfolg!), Levetiracetam oder Topiramat berichtet.

Die **Aufwach-Grand mal Epilepsie** spricht nach derzeitiger Studienlage noch am besten auf Valproat an; alternativ bieten sich auch hier Lamotrigin oder Levetiracetam an – gerade unter den oben genannten Nebenwirkungsaspekten. Die sich gegenseitig verstärkende Wirkung von Lamotrigin und Valproat kann in der Kombinationsstherapie ausgenutzt werden.

Auch bei der **juvenilen myoklonischen Epilepsie** (JME) ist Valproat Mittel der ersten Wahl, der sogenannte „Goldstandard“, an dem sich alle anderen Medikamente messen lassen müssen, versuchsweise in einer abendlichen Einzelgabe. Auch hier ist bei Therapieresistenz Lamotrigin eine Alternative – entweder als Kombinations- oder Monotherapie. Lamotrigin kann allerdings die schultergürtelbetonten Myoklonien verstärken. Sehr häufig gelingt es, gerade bei der JME mit einer Monotherapie Anfallsfreiheit zu erzielen. Studien belegen einen positiven Erfolg von Levetiracetam. Die genannten Mittel der ersten Wahl zur Behandlung der idiopathisch generalisierten Epilepsien des Kindes- und Jugendalters werden in üblicher Dosis kognitiv gut vertragen.

Carbamazepin, Oxcarbazepin, Phenytoin und Vigabatrin sind bei den idiopathischen generalisierten Epilepsien, besonders bei der Absenceepilepsie, unwirksam. Ihr Einsatz ist sogar kontraindiziert, da diese Substanzen häufig zu einer Verschlechterung der Anfallsituation führen.

**Symptomatische und kryptogene fokale Epilepsien**

Für symptomatische oder kryptogene Epilepsien mit einfach fokalen, fokalen Anfällen mit und ohne sekundärer Generalisierung (Ursprung im Frontal-, Parietal-, Temporal- oder Okzipitallappen) ist Oxcarbazepin Mittel der 1. Wahl (Tab. 4). Eine wichtige Therapiealternative zum Oxcarbazepin stellt die Monotherapie mit Levetira-

Antiepileptikum	Tagesdosis für Kinder mg/kg /Tag	Therapeutische Serumkonzentration in µg/ml	Zeit bis zum „Steady State“ in Tagen – konstanter Serumspiegel in Tagen	Bedeutsame Nebenwirkungen
Bromide	40 – 60	1200 – 2000	60	Bromakne, Appetitlosigkeit, Gastritis, Bromhusten
Carbamazepin	20 – 30	4 – 12	4 – 7	Exanthem, Müdigkeit, Schwindel, Diplopie, Ataxie, transiente Leukopenie, Übelkeit; Cave: nicht mit Erythromycin kombinieren – führt zur Spiegelerrhöhung!
Clobazam	0.3 – 1	0.3 – 5	4 – 5	Sedierung, Verhaltensauffälligkeiten, Ataxie, Wirkverlust
Clonazepam	0.1 – 0.3	0.02 – 0.07, unnötig	7 – 8	wie Clobazam
Ethosuximid	15 – 40	40 – 100	4 – 10	Gastrointestinale Beschwerden, Sedierung, Psychose, Schlafstörungen, mehrere kleine Tagesdosen !
Felbamat	20 – 45	???	4 – 7	Gewichtsverlust, Schlafstörungen, selten: irreversible aplastische Anämie, Hepatopathie
Lacosamid	5 – 10	???	3	Schwindel, Nystagmus, Übelkeit, Erbrechen, Doppelbilder. Zugelassen ab 16. Lebensjahr
Lamotrigin	1 – 15	2.5 - 12.5	3 – 10	Müdigkeit, Exantheme, selten Lyell-Syndrom
Levetiracetam	Bis 40	???	2	Stimmungsschwankungen, Müdigkeit, Schwindel, Depression
Mesuximid	20	20 – 35	8	wie Ethosuximid
Oxcarbazepin	30 – 50	20 – 35*	2 – 3	Wie Carbamazepin, bei älteren Kindern häufiger Hyponatriämie, keine Interaktion mit Erythromycin!
Phenobarbital	5	10 – 40	14 – 21	Müdigkeit, Verhaltens- und Konzentrationsstörung, Schlafstörung
Phenytoin	5 – 7	5 – 20	5 – 14	Gingivahyperplasie, Hirsutismus, kognitive Einbußen, Kleinhirnatrophie bei Überdosierung
Rufinamid	Eindosieren in Abhängigkeit der Komedikation mit VPA	???	2 Tage	Übelkeit, Erbrechen – mit Ethosuximid häufig, dann langsamer eindosieren, Appetitminderung, Kopfschmerzen, Schlafstörung
Stiripentol	40 – 50	???	???	Appetitminderung, Gewichtsverlust, Schlafstörung, Ataxie, durch Hemmung von CYP450 kann der Abbau anderer Begleitmedikamente gehemmt werden.
Sultiam	5 – 10 – 15	6 – 10, unnötig	2 – 4	Hyperpnoe, besonders unter körperlicher Belastung, Parästhesien, psychotische Symptome
Topiramate	5 – 9 – (15)	4 – 12	3 – 6	Schwindel, Müdigkeit, Gewichtsverlust, Sprachstörungen, Nierensteine, allgem. Verlangsamung
Valproat	20 – 30 – 50	50 – 120	2 – 5	Appetitsteigerung, Müdigkeit, Tremor, Haarausfall, Einnässen, Thrombopenie, Gerinnungsstörungen (PTT, Fibrinogen), polyzystische Ovarien, selten akutes Leberversagen, Pankreatitis – Vorläufersymptome beachten, Eltern aufklären! Schwangerschaft: teratogen! Dosisabhängige Mikrozephalie
Vigabatrin	50 – 100 – 150	3.5 – 35, meist nicht therapierelevant, daher unnötig	2 – 5	Müdigkeit, Verhaltensstörungen, psychotische Störungen, Gesichtsfeldeinschränkung
Zonosamid	4 – 12	15 – 40 mg/l	13 Tage	Ataxie, Schwindel, Anorexie; selten: Nierensteine, Psychose, Aufmerksamkeitsstörung

\* aktiver Metabolit: Monohydroxyderivat (MHD)

**Tab. 5: Gebräuchliche Antiepileptika und ihre praktischen Anwendungsdaten im Kindesalter**

Anfallsbegünstigende Bedingung	Epilepsie-Syndrom/ Anfallstypen
Bewusste Hyperventilation (wie im EEG-Labor) – nicht die sportbedingte Hyperventilation	Absencen
Vermehrte Konzentration / komplexe Intentionen	Generalisierte tonisch-klonische Anfälle, myoklonische Anfälle, JME
Aufregung / (Eu-)Stress	Frontallappenepilepsie, Temporallappenepilepsie, Dravet-Syndrom
Schlaf-Entzug / Müdigkeit	Absencen, myoklonische und generalisierte tonisch-klonische Anfälle
Zirkadiane Umstände	<u>morgens</u> : „Aufwach-Grand mal“, myoklonische Anfälle bei JME <u>Nachts / Tiefschlaf</u> : generalisiert tonisch-klonische Anfälle bei Rolando-Epilepsie, Anfälle (Cluster) bei Frontallappenepilepsien <u>Dösigkeit</u> : sensomotorische Herdanfälle bei Rolando-Epilepsie
Katameniale Situationen	Anfälle zur Zyklusmitte oder nach dem Progesteron-Abfall mit Monatsblutung
Fieber	generalisiert tonisch-klonische Anfälle, atonische Anfälle
Anfallsfördernde Antiepileptika	Generell kann jedes Antiepileptikum eine Epilepsie selten einmal aktivieren. CBZ, DPH, VGB, PB: Absencen und Myoklonien (JME), CBZ, DPH, OXC: negativer epileptischer Myoklonus
Anfallsfördernde Arzneimittel	Neuroleptika, Antiemetika, Asthma-Medikamente
Anfallsfördernde Substanzen	Genussdrogen: Alkohol bei Entzug nach Alkoholrausch, Cannabis

**Tab. 6: Anfallsbegünstigende Situationen/Medikamente**

zetam dar. Wird ein Patient unter einer Monotherapie mit Oxcarbazepin nicht anfallsfrei, lässt sich gerade diese Substanz im Gegensatz zum Carbamazepin sehr gut mit Valproat kombinieren, da es die Valproatserumkonzentration nicht senkt. Bei fehlender Anfallsfreiheit bietet sich als nächster Schritt die synergistische, gut verträgliche Kombination Valproat und Lamotrigin an, d.h. Oxcarbazepin wird gegen Lamotrigin ausgetauscht. Nicht vergessen werden sollte im Behandlungsspektrum der symptomatischen fokalen Epilepsien Sultiam, dessen Effekt rasch beurteilt werden kann (bislang ohne Studien). Topiramat und Gabapentin sind weitere bei fokalen Epilepsien einsetzbare Medikamente mit ebenfalls noch ungenügender Datenlage für das Kindesalter. Das für Kinder ab 16 Jahren zugelassene Lacosamid ist eine neue und wichtige Substanz für diese fokalen Epilepsien; es wird auch schon von jüngeren Kindern mit guter Effektivität sehr gut vertragen. Vigabatrin wird wegen der Möglichkeit der irreversiblen Gesichtsfeldeinschränkungen nur noch sehr selten eingesetzt, das Gleiche gilt für Phenobarbital und Primidon wegen seiner möglichen negativen Auswirkungen auf Kognition und Verhalten und Vigilanz der Kinder. Es ist aber immer wieder lohnenswert, Phenobarbital in „ausweglosen Situationen“ zu probieren. Phenytoin und Levetiracetam lassen sich in der Behandlung von Tumorepilepsien erfolgreich einsetzen; bei

Kindern unter Chemotherapie sollten zur Vermeidung einer Beschleunigung des Zytostatikaabbaus enzyminduzierende Antiepileptika vermieden werden. **Insgesamt kann bei symptomatisch fokalen Epilepsien nur in 30–60 % der Fälle eine anhaltende Anfallsfreiheit erzielt werden. Die Möglichkeit eines epilepsiechirurgischen Eingriffes muss bei Versagen der ersten beiden Therapieoptionen frühzeitig überprüft werden.**

### Lebensführung

Reflektorisch ausgelöste epileptische Anfälle (Reflexepilepsien) lassen sich durch Vermeiden des spezifischen Reflexes verhindern. Daneben gibt es zahlreiche komplexere Bedingungen, die das Auftreten von Anfällen begünstigen können; sie sind stark abhängig vom Epilepsiesyndrom (Tab. 6). Die Patienten haben diese oft bereits selbst identifiziert und versuchen sie in nicht wenigen Fällen zu vermeiden. Eine gezielte Beratung ist in jedem Fall erforderlich und kann ggfs. zu einer Einsparung von Medikamenten mit Minimierung ihrer Nebenwirkungen beitragen (Tab. 5).

### Allgemeine Empfehlungen:

Eine geregelte Lebensführung mit Meiden von Schlafentzug kann gerade bei den idiopathisch generalisierten Epilepsien – JME, Aufwach-Grand mal – ein wichtiger Baustein in der Gesamttherapie dieser Epilepsien darstellen – allerdings mit dem Wissen, dass es nur sehr selten gelingt, durch Vermeidung anhaltende Anfallsfreiheit zu erzielen. Außerdem sollten diese Maßnahmen nicht dazu führen, den Jugendlichen mit dieser Epilepsie Lebensqualität zu nehmen, die mit den Gepflogenheiten ihrer Peergroup verbunden sind: Party, Disko, Alkohol, Genussdrogen.

Party ist erlaubt, auch mit spätem zu Bett gehen. Wichtig für die Eltern und Partner ist, die Jugendlichen am nächsten Morgen ausschlafen zu lassen, wobei sie auch nicht für eine Medikamenteneinnahme geweckt werden sollten, was einer Schlafunterbrechung gleichzusetzen ist. Ebenso sollte auf das gemeinsame Familienfrühstück am Wochenende verzichtet werden, wenn der Jugendliche am Abend zuvor lange gefeiert hat.

Alkohol ist in vernünftigen Maßen ebenfalls erlaubt; der Alkoholrausch jedoch strikt zu verbieten, nicht nur wegen der Epilepsie, bei der Alkoholentzug am nächsten Morgen anfallsauslösend wirken kann, sondern aus prinzipiellen Gründen. Genussdrogen wie z.B. Cannabis sind prinzipiell prokonvulsiv.

**Verhütung:** Mit jugendlichen Patientinnen sollte schon früh über die verschiedenen Möglichkeiten der Empfängnisverhütung unter antiepileptischer Therapie gesprochen werden: Enzyminduktoren wie CBZ, OXC, DPH und PB führen zu einer Unsicherheit der medikamentösen Empfängnisverhütung. Alternative Verhütungsmethoden (Kondom, Spirale) müssen frühzeitig aktiv angesprochen werden. Dieses Thema kann nicht erst dem Neurologen überlassen werden! Valproat, Lamotrigin und Topiramat sind sichere Substanzen bzgl. der Effektivität der Pille, wahrscheinlich auch Levetiraze-

Wirkstoff	Fokale und fok.sek.gen. Anfälle		Generalisierte Anfälle		Ausgewählte Syndrome
	Mono	Kombi	Mono	Kombi	
Brom (BR)					GTKA, bes. Dravet-Syndrom
Lacosamid (LCM)		16 Jahre			
Lamotrigin (LTG)	12 Jahre	2 Jahre	12 Jahre + typ. Absencen	2 Jahre	LGS 2 Jahre
Levetiracetam (LEV)	16 Jahre	1 Monat!		12 Jahre	JME ab 12 Jahre
Perampanel (PER)		12 Jahre			
Rufinamid (RUF)					LGS 4 Jahre
Stiripentol (STP)					Dravet-Syndrom in Kombi mit VPA + Clobazam
Sultiam (STM)					Rolando (BECTS) bei Versagen anderer AED
Tiagabin (TGB)		12 Jahre			
Topiramat (TPM)	2 Jahre	2 Jahre	2 Jahre	2 Jahre	
Vigabatrin (VGB)		Ja, bei Versagen anderer AED			West-Syndrom (BNS-Epielpsie)
Zonisamid (ZNS)		18 Jahre			
Felbamat (FBM)					LGS 4 Jahre

**Tab. 7: Zulassungsstatus der „neueren“ und „alten“ Antiepileptika mit besonderer Indikation**

Wenngleich vielfach für das Kindesalter nicht zugelassen, werden die neuen Antiepileptika dennoch auch bei Kindern eingesetzt. Die Eltern müssen sorgfältig über den off-label use aufgeklärt werden. Als Grundlage der Entscheidung zum Einsatz eines für das Kindesalter nicht zugelassenen Antiepileptikum dienen die Sicherheitsdaten aus den Studien mit erwachsenen Patienten. Tabelle 7 gibt einen Überblick über den derzeitigen Zulassungsstatus der neueren Antiepileptika für Deutschland.

Abkürzungen: GTKA = Große tonisch-klonische Anfälle; LGS = Lennox-Gastaut-Syndrom; JME = Juvenile myoklonische Epilepsie

tam. Es fehlen Daten zu Sultiam, Lacosamid, Ethosuximid und Mesuximid. Die Verhütung mit einer Hormonspirale ist auch für Nullipara eine gute Methode, die Spirale sollte dann in Kurznarkose eingesetzt werden. Die Lamotriginkonzentration im Serum kann unter Einnahme der Pille – bedingt durch den Östrogenanteil – absinken, sodass wieder epileptische Anfälle auftreten, daher sind in dieser Situation Serumspiegelbestimmungen nach Einführen der Pille sinnvoll.

**Nebenwirkungen der Medikation (Tab. 5):** Die Bedeutung kognitiver Nebenwirkungen einer antikonvulsiven Medikation soll nochmals betont werden. Die Angst der Eltern, ihr Kind mit einer Epilepsie und Therapieunfähigkeit würde medikamentös „zugesdröhnt“ und könne nicht mehr am normalen Leben teilnehmen, sowie große Angst vor einer negativen Schullaufbahn, sind nicht zu unterschätzen. Die Datenlage zu Kognitionsuntersuchungen im Kindesalter ist wenig aussage-

kräftig; oftmals müssen die Ergebnisse über Erwachsene übernommen werden. Eine praxisorientierte Untersuchungsmöglichkeit ist der EpiTrack®-Test. Hilfreich ist es zudem auch, sich Schulzeugnisse seiner Patienten zeigen zu lassen. Bei abfallenden Testergebnissen oder Schulnoten kann gezielt gehandelt und beraten werden.

**Sport:** Sportliche Aktivitäten sind auch und gerade bei Kindern mit Epilepsie erwünscht und erlaubt mit nur wenigen epilepsie-syndrombezogenen Ausnahmen.

**Schwimmen:** Schwimmen ist in Begleitung erlaubt, nicht aber allein. Es ist noch kein Kind mit Epilepsie in Begleitung ertrunken, bislang immer nur Kinder und Jugendliche, die alleine schwimmen gegangen sind; das gleiche gilt auch für das Baden zuhause. Baden ist sicher selten, aber auch beim Duschen sollte sich der Jugendliche mit Epilepsie nicht im Badezimmer einschließen und zuvor Bescheid geben, damit Eltern oder Geschwister ein wachsames Ohr haben.

**Führerschein:** Der Führerschein ist ein wichtiges Statussymbol. Auch Jugendliche mit Epilepsie können selbstverständlich den Führerschein nach aktueller Empfehlung erwerben unter folgenden Voraussetzungen: Ein Jahr Anfallsfreiheit, gute Patientencompliance und adäquates mentales Leistungsprofil. In der Regel wird die Fahrtauglichkeit für Menschen mit Epilepsie von verkehrsmedizinisch qualifizierten Neuropädiatern und Neurologen bescheinigt (Extrabegutachtung nötig, die nicht vom behandelnden Arzt durchgeführt werden kann).

**Fertilität:** Bei Patientinnen mit Epilepsie besteht eine reduzierte Fertilität. Die Fertilitätsraten liegen um 15–30% niedriger als bei gesunden Kontrollpersonen. Auch Zwillingsstudien haben diesen Einfluss einer Epilepsie unterstrichen. In einer kontrollierten Studie berichteten Patientinnen mit Epilepsien über selteneren Geschlechtsverkehr und reduziertes sexuelles Interesse sowie Hyposexualität; andere Studien konnten dies nicht bestätigen. Häufig werden funktionelle Störungen wie Amenorrhö, Oligomenorrhö, pathologisch verkürzte oder verlängerte Zyklen, polyzystische Ovarien oder das Syndrom der polyzystischen Ovarien beobachtet.

Auch die Spermien beim Mann können durch Antiepileptika verändert werden, was zu einer verminderten Fertilität führen kann.

**Fertilität bei epileptischen Syndromen:** Das im Einzelfall zugrunde liegende epileptische Syndrom kann einen Einfluss auf die Fertilitätsrate haben: Bei Frauen, die an einer Temporallappenepilepsie erkrankt sind, werden pathologische Zyklen in einer Häufigkeit von 50% beobachtet. Anovulatorische Zyklen sind ebenfalls häufiger als bei Patientinnen mit generalisierten Epilepsiesyndromen oder gesunden Kontrollpersonen. Ursache hierfür können Regelkreise zwischen Temporallappenstrukturen und dem Hypothalamus sein. Anhaltende epileptische Aktivität des Temporallappens hat einen Einfluss auf die hypothalamisch hypophysäre Achse über Verbindungen zwischen dem limbischen System und hypothalamischen Kernen, die für die Regulierung, Produktion und Sekretion von Gonadotropinreleasing Hormon

(GnRH) verantwortlich sind. Iktale Aktivität im mesialen Temporallappen führt über die Erhöhung von Gonadotropin releasing Hormon zu einem polyzystischen Ovar mit einem konsekutiven Anstieg von luteinisierendem Hormon (LH) und einem Abfall des follikelstimulierenden Hormons (FSH) oder induziert umgekehrt einen Abfall von GnRH mit reduziertem LH und erhöhtem FSH mit dem Ergebnis eines hypogonadotropen Hypogonadismus.

**Beendigung der antiepileptischen Therapie:** In den bislang publizierten Studien ist das Rezidiv-Risiko nach dem Absetzen einer oft mehrjährigen Antiepileptikatherapie fast nie syndromspezifisch analysiert worden, randomisierte Studien zu dieser wichtigen Fragestellung liegen nicht vor. **Die Pubertät spielt für die Entscheidung, die Therapie zu beenden, keine Rolle.** Es gibt einige kindliche Epilepsiesyndrome, bei denen das Absetzen von Medikamenten nach einer Behandlungsdauer von 1 bis 2 Jahren mit sehr geringem Rezidivrisiko möglich ist (z.B. bei Rolando-Epilepsie und Absence-Epilepsie des Kindesalters). Prognostisch günstige Faktoren für eine erfolgreiche Beendigung sind: ein singulärer Anfallstyp – z.B. einfach fokale Anfälle, komplex-fokale Anfälle, sekundär generalisierte Anfälle ohne symptomatische Ursache oder primär generalisierte tonisch-klonische Anfälle, normaler neurologischer Befund, normale Intelligenz mit rasch normalisiertem EEG unter der Therapie. Gerade in den ersten 6–12 Monaten nach Therapieende

sollten anfallsbegünstigende Risiken gemieden werden. **Frühestens nach 2 Jahren ohne Medikation und ohne Anfallsrezidiv bei saniertem EEG kann die Epilepsie als „ausgeheilt“ betrachtet werden.** Dies kann bedeutsam sein für Versicherungsabschlüsse und Berufswahl.

Jugendliche Mädchen mit Epilepsie und antiepileptischer Behandlung haben das gleiche Menarchealter wie ihre nicht erkrankten gesunden Schwestern und ihre Mütter, unabhängig von der Art der Epilepsie, der Länge der antiepileptischen Behandlung und der Wahl des Antiepileptikums.

Auch das Körperwachstum – gemessen an der Endgröße, berechnet aus der Elterngröße – wird weder bei Jungen noch bei Mädchen durch die Art der Epilepsie, der Dauer der Behandlung und die Wahl des Antiepileptikums negativ beeinflusst.

Literatur bei den Verfassern

**Interessenkonflikt:** Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzanschrift:

Univ.-Prof. Dr. Gerhard Kurlemann  
Universitätsklinikum Münster,  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,  
Allgemeine Kinderheilkunde, Bereich Neuropädiatrie  
Albert-Schweitzer Campus I, Gebäude A1  
E-Mail: Gerhard.Kurlemann@ukmuenster.de  
Telefon: 0251 – 834 77 62

Red.: Christen

# Zahnschmelzschutz bei dauerhafter Inhalation von Glukokortikoiden

CONSILIUM  
INFECTORUM

Prof. Dr. Dr.  
Thomas Beikler

**Frage:** Ich betreue in meiner Kinder- und Jugendärztlichen Praxis ein Kind, dessen Asthma bronchiale dauerhaft mit inhalativen Kortikosteroiden behandelt wird. Der Vater des Kindes fragte nun, ob es sinnvoll sei, wenn sein Kind Zahncreme mit flüssigem Zahnschmelz (z. B. ApaCare®) zum Schutz der Zähne benutzen würde.

- Ist eine solche unterstützende Behandlung aus Ihrer Sicht sinnvoll?

**Antwort:** Karies wird als spezifische Nebenwirkung inhalativer Glukokortikoide nicht genannt, wobei aber hinzugefügt sei, dass die Datenlage diese Thematik betreffend außerordentlich dünn ist. Eine Studie konnte eine erhöhte, gleichwohl statistisch nicht signifikante Inzidenz kariöser Läsionen in 6- bis 14-jährigen Kindern nach alleiniger Beclamethason-Inhalation feststellen (Shashikiran, Reddy et al. 2007). Weitere Studien zum Zusammenhang zwischen Kariesinzidenz und inhalativen Glukokortikoiden sind nicht verfügbar.

Interessanterweise konnte aber festgestellt werden, dass Kinder mit Asthma bronchiale einem erhöhten Risiko für kariöse Läsionen ausgesetzt sind (Kankaala, Virtanen et al. 1998, McDerra, Pollard et al. 1998, Shulman, Taylor et al. 2001, Reddy, Hegde et al. 2003, Wogelius, Poulsen et al. 2004, Bimstein, Wilson et al. 2006, Milano, Lee et al. 2006, Wierchola, Emerich et al. 2006, Stensson, Wendt et al. 2008). Der Zusammenhang zwischen inhalativen Glukokortikoiden und Zahnkaries wurde in diesen Studien allerdings nicht isoliert analysiert.

Das Phänomen einer erhöhten Kariesanfälligkeit wird aber in erster Linie  $\beta$ 2-Sympathomimetika zugeschrieben (Ryberg, Moller et al. 1991, Mazzoleni, Stellini et al. 2008), die unter anderem zu einer verminderten Speichelproduktion und -sekretion führen (Ryberg, Moller et al. 1987). Der verminderte Speichelfluss ist begleitet von einem Anstieg kariogener Mikroorganismen wie *S. mutans* (Ryberg, Moller et al. 1987) und Laktobazillen (Ryberg, Moller et al. 1991). Darüber hinaus wurde festgestellt, dass der pH-Wert des Speichels im Zeitraum von 30 min. nach Inhalation (und nach Ausspülen des Mundes mit Wasser) mit  $\beta$ 2-Sympathomimetika und Glukokortikoiden signifikant vermindert ist (Kargul, Tanboga et al. 1998), wobei unklar bleibt, welche Substanz zu diesem Effekt führt.

Abschließend muss festgestellt werden, dass die Frage nach einem Zusammenhang zwischen Kariesinzidenz und inhalativen Glukokortikoiden aus wissenschaftlicher Sicht nicht zufriedenstellend beantwortet werden kann.

Aus klinischer Sicht erscheint es aber sinnvoll, Patienten (insbesondere Kinder!) die mit inhalativen  $\beta$ 2-Sympathomimetika und Glukokortikoiden behandelt werden, in ein striktes Kariespräventionsprogramm aufzunehmen.

Inwieweit ApaCare® (Natriumfluorid 1.450 ppm und Nano-Hydroxylapatit) in diesem Zusammenhang eine protektive Wirkung hinsichtlich der Entwicklung von Karies ausübt, kann auf Basis der zur Verfügung stehenden Arbeiten nicht beurteilt werden. Versuche, initiale Kariesläsionen durch biomimetische Verfahren, wie z. B. die Applikation von Nano-Hydroxylapatit oder Calciumcarbonat zu remineralisieren, haben in den vergangenen Jahren große Aufmerksamkeit erregt (Huang S Fau - Gao, Gao S Fau - Cheng et al., Huang Sb Fau - Gao, Gao Ss Fau - Yu et al., Nakashima S Fau Yoshie, Yoshie M Fau - Sano et al.). Allerdings ist der genaue Wirkmechanismus bisher nicht erklärt. Vermutlich agieren Nano-Hydroxylapatit oder Calciumcarbonat als lokales Calcium- und Phosphatreservoir und unterstützen durch Übersättigung die Schmelzremineralisation (Hannig M Fau - Hannig and Hannig). Diese Beobachtungen beruhen allerdings auf in vitro Daten.

Zusammenfassend kann geschlossen werden, dass der Einsatz von ApaCare® aber auf Grund des Gehalts an Fluorid mit Sicherheit keinen schädigenden Effekt im Vergleich zu anderen fluoridhaltigen Zahnpasten nach sich zieht. Der Beweis der Überlegenheit dieser Formulierung muss aber in klinisch kontrollierten Studien untersucht und belegt werden. Erst dann können klinische Empfehlungen abgegeben werden.

Literatur bei InfectoPharm

Prof. Dr. Dr. Thomas Beikler  
Universitätsklinikum Düsseldorf  
Poliklinik für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde  
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf

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



## Review aus englischsprachigen Zeitschriften

### Lokale Behandlung des Kopflaus-Befalls

#### Topical 0.5% Ivermectin Lotion for Treatment of Head Lice

Pariser DM, Meinking TL, Bell M, Ryan WG, *N Engl J Med* 367: 1687-1693, November 2012

*Ivermectin* ist ein – in Deutschland bisher (noch) nicht zugelassenes – Arzneimittel, das zur oralen Behandlung der Onchocerciasis und der lymphatischen Filariasis verwendet wird. Es bewirkt durch Unterbrechung der Neurotransmission Paralyse und Tod von Arthropoden und Nematoden.

Der kurze Vermehrungszyklus der Kopfläuse und die Exposition der Läuse aller Stadien gegen die jeweilig verwendete Substanz sind prädisponierende Faktoren für eine Resistenzentwicklung. Daher werden neue Therapien erforderlich.

In einer randomisierten Doppelblind-Studie französischer Autoren konnte 2010 mit einer oralen Einzeldosis Ivermectin (400 µg/kg KG) und einer Wiederholung innerhalb von 7 Tagen bei Patienten mit insektizidresistentem Läusebefall am Tag 15 eine höhere Läusefreiheit erreicht werden als mit einer 0,5 %ige *Malathion*-Lösung (95,2% vs 85%). Dies galt auch für die mitbefallenen Haushaltsmitglieder (92,4% vs. 79,1%) (Chosidow O, Girardeau B, Cottrell J, et al. Oral ivermectin versus malathion lotion for difficult-to-treat head lice. *N Engl J Med* 2010;362:896-905. [Erratum, *N Engl J Med* 2010; 362: 1647]).

Die Autoren der vorliegenden Studie untersuchten in zwei randomisierten Doppel-Blind-Studien die Effektivität einer einmaligen Anwendung einer 0,5%igen Ivermectin-Lotion im Vergleich mit der Trägersubstanz auf den Kopflaus-Befall bei Patienten älter als 6 Monate. Aufgenommen in Studie A/B wurden 145/144 Index-Patienten + 265/227 Haushaltsmitglieder mit nachgewiesenem Läuse-Befall. Je eine Tube mit *Ivermectin* oder nur mit der Träger-Substanz wurde jeweils am Tag 1 hergestellt, um auf trockenes Haar der Patienten aufgetragen und nach 10 Minuten mit Wasser wieder abgespült zu werden. Primärer Endpunkt der Studie war der Prozentsatz der Index-Patienten (jüngstes Haushalts-

mitglied mit  $\geq 3$  lebenden Läusen), die einen Tag nach der Behandlung (Tag 2) und auch noch nach 8 und 15 Tagen läusefrei waren. In die erweiterten Studien-Population wurden 780 Teilnehmer (Index-Patienten + Haushaltsmitglieder – s.o.) aufgenommen.

765 Patienten schlossen die Studie ab, davon waren am Tag 2/Tag 15 signifikant mehr Patienten läusefrei in der *Ivermectin*-Gruppe (94,9 % vs 31,3 %/ 73,8 % vs. 17,6 %) als in der Kontroll-Gruppe, die nur die Träger-Substanz erhalten hatten. Lokalreaktionen (Pruritus, Exkoration, Erythem) traten in beiden Gruppen etwa gleich häufig auf (*Ivermectin*-Gruppe: 0,8-0,3-0,5 % vs. Kontrollgruppe: 1,4-1,2-1,2 %).

### Kommentar

Therapie der Wahl zur Bekämpfung des Kopflausbefalls sind Lokalanwendungen von *Permethrin* und *Pyrethrin*, gegen die Läuse aber resistent werden können. Für diese Fälle sind in den USA alternativ Behandlungen mit *Lindan* und *Malathion* zugelassen, die jedoch ein erhöhtes Nebenwirkungs-Risiko besitzen, ausserdem brennbar sind und unangenehm riechen. Benzyl-Alkohol und *Spinosad* wurden in den USA kürzlich von der FDA ebenfalls zur Lokal-Behandlung des Kopflausbefalls zugelassen.

Mit einer topischen *Ivermectin*-Zubereitung\* kann zur Abtötung der Kopfläuse die risikoreichere systemische Anwendung vermieden werden. Auch zur Skabies-Behandlung wurde topisches *Ivermectin* kürzlich in einem Altenheim erfolgreich eingesetzt ([www.rki.de](http://www.rki.de)).

Die hier vorgestellte sorgfältig geplante und mit Unterstützung des Herstellers durchgeführte Studie betritt therapeutisches Neuland. Sie weist auf eine einfache und zuhause anwendbare Behandlung des insektizidresistenten Kopflausbefalls hin. Die verfügbaren Daten sind aber für eine allgemeine Zulassung noch unzureichend. Hier sind weitere Studien notwendig. Die Anwendung dürfte zunächst besonders gelagerten Sonderfällen vorbehalten bleiben, z.B. für eine Massentherapie.

\* Sklice, Sanofi Pasteur

(Helmut Helwig, Freiburg)

### Die Zimt-Herausforderung

#### Cinnamon-Challenge

Grant-Alferi A et al. *Ingesting and Aspirating Dry Cinnamon by Children and Adolescents: The „Cinnamon Challenge“*. *Pediatrics online*, April 2013

Die Zimt-Herausforderung (Cinnamon-Challenge) besteht, wie auf der Webseite [www.cinnamon.com](http://www.cinnamon.com) beschrieben, in der Einnahme von einem Teelöffel Zimt und dem Versuch, den Zimt innerhalb von 60 sec ohne Wasser zu schlucken, was fast unmöglich ist. Der Cinnamon-Challenge ist zu einer Youtube Sensation mit mehr als eingestellten 40.000 Videos geworden. In diesen Video-Clips wird die Zimt-Herausforderung vorgeführt. Ein Video wurde >19 millionenmal vor allem von 13–24jährigen angeklickt. Das ist die Altersgruppe, die sich überwiegend an diesem Unfug beteiligt. Der Cinnamon Challenge ist dabei nicht ungefährlich.

Nach Einnahme löst das Gewürz wegen seines Brennens in Mund und Rachen einen schweren Würgereflex aus, der beim anschließenden Luftholen zur Inhalation des Zimts in die Lunge führen kann. Bisher mussten 30 Probanden in den USA medizinisch versorgt werden, wie in einer aktuellen Veröffentlichung in Pediatrics berichtet wird. Die Inhalation von Zimt verursacht eine pulmonale Entzündung und kann in den oberen Atemwegen zu Gewebeschäden und Narbenbildung, im Extremfall zum Tod durch Erstickten führen. Angesichts der Attraktivität sozialer Medien und des sozialen Drucks zur Konformität scheint sich die Beliebtheit dieses riskanten Experimentes rasch zu verbreiten. Alle Verantwortlichen, vor allem aber Eltern, Lehrer und Ärzte, sollten Kindern und Jugendlichen dringend von diesem gefährlichen und unter Umständen lebensbedrohenden Experiment abraten. Es ist nicht abwegig zu vermuten, dass entsprechende Versuche auch in Deutschland bereits unternommen wurden und weitere zu erwarten sind.

(Jürgen Hower, Mülheim)

### RSV und Obstruktion bei Frühgeborenen

## Respiratory Syncytial Virus and Recurrent Wheeze in Healthy Preterm Infants

Blanken MO, Rovers MM, Molenaar JM et al., *N Eng J Med* 368: 1791-99, Mai 2013

Eine RSV-Infektion ist nicht selten gefolgt von rezidivierenden obstruktiven Episoden, insbesondere bei Frühgeborenen, die ja allein aufgrund der vorzeitigen Geburt auch schon ein Risiko für

bronchiale Überempfindlichkeit haben. Um den Einfluss einer RSV-Infektion in dieser Situation zu untersuchen, wurden in der holländischen multizentrischen doppel-blind-placebokontrollierten Studie 429 sonst gesunde Frühgeborene mit einem Gestationsalter von 33–35 Wochen entweder mit monatlichem Palivizumab oder Placebo in der RSV-Saison behandelt und während des ersten Lebensjahres bezüglich obstruktiver Atemwegssymptome überwacht. Bei respiratorischer Erkrankungen wurde ein Naso-Pharynxsekret entnommen.

Die Palivizumab-Gabe während der RSV-Saison führte zu einer Reduktion der obstruktiven Tage im ersten Lebensjahr um 61% (95%-iges Konfidenzintervall: 56–65%) und hochsignifikant weniger Säuglinge zeigten rezidivierende obstruktive Episoden (11 vs. 21%,  $P=0.01$ ). Die Autoren schlossen hieraus, dass Palivizumab bei Frühgeborenen der 33.–35. Gestationswoche im ersten Lebensjahr die obstruktiven Episoden signifikant reduzieren kann und dieser Effekt über die RSV-Saison und somit die Palivizumab-Gabe andauert.

### Kommentar

Diese Studie überrascht nicht, da in einigen Studien gezeigt werden konnte, dass eine frühe RSV-Infektion zu einer bronchialen Hyperreaktivität und rezidivierenden obstruktiven Atemwegsepisoden in der Zeit danach führt. Dass dieses insbesondere für die sowieso schon bezüglich Obstruktion risikobehafteten Frühgeborenen ebenfalls zutrifft, verwundert nicht.

Interessant wird sein, diese Gruppe nachzuverfolgen und zu sehen, ob auch eine spätere Asthmaentwicklung im Schulkindesalter, wie sie von einigen Autoren nach einer frühen RSV-Infektion vermutet wird, hierdurch verringert werden und welche langfristigen Erfolge diese extrem teure präventive Therapie haben kann.

(Frank Riedel, Hamburg)

# Welche Diagnose wird gestellt?

Julia Grothaus und Peter H. Höger

## Anamnese

Ein 6-jähriges Mädchen wird wegen seit 6 Monaten bestehender, juckender Hautveränderungen vorgestellt, die an den Wangen begonnen und sich dann auf Stamm und Extremitäten ausgebreitet hätten. Initial sei ambulant die Diagnose Ringelröteln gestellt worden, bei Zunahme des Befundes und Auftreten von Arthralgien in wechselnder Stärke und wechselnder Lokalisation sowie intermittierendem Fieber sei diese jedoch verworfen worden. Schleimhautveränderungen seien nicht aufgetreten. Trink- und Essverhalten seien immer gut, Stuhlgang und Miktion unauffällig gewesen.

## Untersuchungsbefund

6,1 Jahre altes Mädchen in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. An den Extremitäten finden sich zahlreiche, figurierte Erytheme mit multiplen Exkorationen. Einige dieser Erytheme weisen randständig perlschnurartig angeordnete,



Abb.: Figurierte Erytheme mit perlschnurartig angeordneten, randständig prallen Vesikeln am Unterarm. Kratzexkorationen.

kleine, pralle Vesikel bzw. Bullae auf (Abb.). Die Schleimhäute und Hautadnexstrukturen stellen sich unauffällig dar.

**Wie lautet die Diagnose?**

## IMPRESSUM

### KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

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

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

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

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

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

Druckauflage 12.700

lt. IVW II/2013

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



LA-MED

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

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

**Anzeigenpreisliste:** Nr. 46 vom 1. Oktober 2012

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

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

© 2013. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

## Diagnose: Lineare IgA-Dermatose

Die Lineare IgA-Dermatose (LAD, Synonyme: Chronic Bullous Disease of Childhood) ist die häufigste bullöse Autoimmun-Dermatose des Kindesalters. Zur Gruppe der bullösen Autoimmun-Dermatosen zählen ansonsten das Bullöse Pemphigoid, der Pemphigus vulgaris, die Epidermolysis bullosa acquisita und die Dermatitis herpetiformis Duhring.

Der Altersgipfel der LAD liegt bei 4–5 Jahren. Die Ätiologie dieser Autoimmun-erkrankung ist noch nicht geklärt. Es gibt Hinweise auf eine genetische Disposition (Assoziation mit bestimmten HLA-Antigenen). Triggerfaktor für die Manifestation der Erkrankung bei Kindern sind meist vorangehende Infekte, die allerdings vielfältig (Atemwegsinfektionen, Varizellen, EBV-Infektionen, Harnwegs-, Durchfallerkrankungen) sind, so dass nicht von einem spezifischen Auslöser auszugehen ist. Auch durch Impfungen kann es zu einer Triggerung kommen (1). Bei Erwachsenen wurden in Einzelfällen Assoziationen mit einer Tumorerkrankung beschrieben oder Medikamente als Triggerfaktoren (Nichtsteroidale Antirheumatika, Vancomycin) gefunden. Häufig bleibt der auslösende Faktor jedoch unbekannt.

Typisch für die LAD sind chronischer Verlauf, anhaltender Pruritus und die charakteristische zirkuläre, perlschnurartige Anordnung von Vesikeln. Klinisch findet sich häufig ein Mischbild aus figurierten Erythemen, urtikariellen Plaques und prallen Vesikeln und Blasen. Der ausgeprägte Juckreiz kann zu Kratzexkoriationen und Krustenbildung führen. Die Hautläsionen können am gesamten Integument auftreten, Prädilektionsstellen sind die Anogenitalregion, sowie der Stamm und der Kopf. Zu 50% sind auch Schleimhäute betroffen, dies kann mit einer Narbenbildung einhergehen (1-3).

Die Diagnose wird durch eine Haut-

biopsie und Immunfluoreszenztestung gesichert. Histologisch zeigen sich eine subepidermale Blase mit zahlreichen neutrophilen und weniger eosinophilen Granulozyten, gelegentlich auch intrapapilläre Mikroabszesse. Die histologische Untersuchung hat bei der Diagnostik einer bullösen Autoimmunerkrankung orientierenden Charakter, ist jedoch nicht beweisend. Als Goldstandard gilt die direkte Immunfluoreszenz (DIF), durch die sich häufig, aber nicht immer (wie im vorliegenden Fall) lineare IgA- (und C3-) Ablagerungen an der dermo-epidermalen Junctionszone nachweisen lassen. Gelegentlich sind diese IgA-Autoantikörper auch im Serum nachweisbar (indirekte Immunfluoreszenz) (2,4).

### Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch kommen diverse Erkrankungen aus unterschiedlichen Formenkreisen in Betracht, die jeweils mit Blasenbildung einhergehen können. Dazu zählen u.a. Impetigo contagiosa, Herpes simplex Infektion, Kontaktdermatitiden, physikalisch verursachte Blasen wie z.B. beim Sonnenbrand, bullöse Mastozytose, Erythema exsudativum multiforme, Arzneimitteloxanthem, bullöse Insektenstichreaktion sowie andere bullöse Autoimmundermatosen wie das bullöse Pemphigoid.

### Therapie

Die Therapie richtet sich nach der Ausdehnung des Befundes. Blasen sollten steril eröffnet, das Blasendach sollte belassen werden. Weiterhin können lokal antiseptische Maßnahmen durchgeführt werden. Bei schmerzhaftem Mundschleimhautbefall sollten anästhetisch wirksame Lösungen zur lokalen symptomatischen Therapie eingesetzt werden, ggf. auch topische Steroide. Bei ausgedehntem Befall stellt

Dapson das Mittel der 1. Wahl dar (Dosis: 0,5–1,5 mg/kg/d). Innerhalb kurzer Zeit kommt es darunter meist zu einer Befundbesserung. Vor Therapiebeginn muss eine Aktivitätsbestimmung der Glucose-6-Phosphatdehydrogenase erfolgen. Unter Dapson kann es zu einer hämolytischen Anämie und Methämoglobinämie kommen. Während der Therapie sind daher regelmäßige Kontrollen des Blutbildes, Methämoglobin und der Transaminasen obligat. Alternativ zu Dapson können Sulfapyridin oder Sulfasalazin gegeben werden. Kombiniert werden diese Medikamente häufig initial mit einem systemischen Steroid. Kasuistisch sind erfolgreiche Behandlungen mit u.a. Erythromycin, Mycophenolat-Mofetil, Immunadsorption und intravenös verabreichten Immunglobulinen bei therapierefraktären Formen beschrieben worden. Ergänzend zu der systemischen Therapie kann eine Lokalthherapie mit glukokortikoidhaltigen Cremes in Kombination mit topischen Antiseptika in Frage kommen (2,4).

### Literaturangaben

1. Kirtschig G, Wojnarowska F. Linear IgA Associated Bullous Disease in Children. In: Irvine AD, Hoeger PH, Yan AC (eds.), Harper's Textbook of Pediatric Dermatology. Oxford: Wiley-Blackwell, 3<sup>rd</sup> ed. 2011, S. 89.1-14
2. Sárdy M, Kasperkiewicz M. Bullous autoimmune disorders in children. Hautarzt. 2013; 64: 447-457
3. Kneisel A, Hertl M. Autoimmune bullous skin diseases. Part 1: Clinical manifestations. J Dtsch Dermatol Ges. 2011; 9: 844-859
4. Kneisel A, Hertl M. Autoimmune bullous skin diseases. Part 2: diagnosis and therapy. J Dtsch Dermatol Ges. 2011; 9:927-949

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

## Praxistafel

# Eine Wertung des BARMER-GEK-Selektivvertrages

Am 1. Juli 2013 trat der neue Selektivvertrag mit der BARMER GEK Ersatzkasse in Kraft. Wie vielen Äußerungen in PädInform zu entnehmen ist, ist es uns offensichtlich nicht gelungen, den politischen Wert dieses Vertrags klar darzustellen. Natürlich sind derartige Wertungen immer Hoffnungen auf Entwicklungen in der Zukunft und unterliegen individuellen Abwägungen. Trotzdem muss man sehen, dass es hier erstmals gelungen ist, eine große Krankenkasse von neuen und zusätzlichen Vorsorgeinhalten zu überzeugen. Diese Inhalte sind zu einem großen Teil sozialpädiatrisch. Für diese wird in Zukunft auch eine extra Abrechnungsziffer im EBM (mit zusätzlichem Honorarvolumen) geschaffen.

Gerade im derzeitigen Wettbewerb der Kassen untereinander ist das Zeichen an die anderen Kassen nicht zu unterschätzen.



Dr. Roland Ulmer

Der Vertrag ist ein Signal an die Politik, die Vorsorgen aufzuwerten, und vielleicht auch ein weiterer Mosaikstein im Bemühen, die Vorsorgen auf die Kinder- und Jugendärzte zu beschränken.

Der GBA diskutiert seit Jahren ohne Ergebnis über die Vorsorgeuntersuchungen. Niemand sollte glauben, dass dort kurzfristig eine Änderung vorgenommen werden wird. Der GBA hat viele Interessengruppen zu berücksichtigen, daher ist die Tendenz dort eher zurückhaltend.

Auch bei den zusätzlichen Vorsorgen U10, U11 und J2 war der Beginn jeweils sehr zaghaft. Inzwischen haben wir mit fast allen Krankenkassen entsprechende Verträge und die übrigen beginnen, diese Vorsorgen ebenfalls, teils als individuelle Gesundheitsleistung, zu übernehmen (siehe DAK).

## Demokratische Legitimation und Transparenz

Der BARMER-GEK-Vertrag wurde von den Verhandlungsführern in allen dafür zuständigen gewählten Strukturen des BVKJ vorgestellt. Er wurde in der Vertragskommission und im Vorstand ausführlich diskutiert. Aber auch anderen Strukturen (Länderrat, Obleuterversammlung), soweit die notwendige Vertraulichkeit während der Verhandlungen dies zuließ.

Ich persönlich habe nicht an den Verhandlungen teilgenommen, identifiziere und solidarisiere mich aber ausdrücklich mit ihnen und habe den Vertrag im Rahmen der Vertragskommission und der Vorstandssitzungen akzeptiert. Die Vergütung war in mehreren Sitzungen Thema und hat uns viele Bauchschmerzen bereitet. Letztendlich zählten für uns die politische Stoßrichtung und der zugegebenermaßen erhoffte berufspolitische Gewinn.

## Die Wünsche der Basis

Immer wieder wird in PädInform kritisiert, dass die Bedürfnisse der Basis nicht ausreichend berücksichtigt worden seien. Die Kritiker vergessen, dass die BVKJ Vorstandsmitglieder in normalen Praxen arbeiten und dort selbstverständlich den Alltag hautnah erleben. Bei regionalen, landes- und bundesweiten Fortbildungen und Kongressen werden Vorstandsmitglieder regelmäßig auf Berufspolitik angesprochen und mit Sorgen und Wünschen konfrontiert. Im Diskussionsteil der Honorarvorträge ist immer ausreichend Zeit, Fragen zu stellen oder Meinungen zu artikulieren. Ich weiß nicht, wieso einige Diskutanten meinen, dass gerade ihre Meinung der Meinung der Basis entspricht?

## Ein akzeptabler Kompromiss

Für die Kinder- und Jugendärzte gab es leider nie die Möglichkeit, den bisherigen Vertrag mit der BARMER-GEK zu behalten und darin die neuen Vorsorgen zusätzlich zu bekommen. Im Gegenteil: Die Kasse wollte seit einem Jahr die Betreuungspauschale streichen, da ihr Gegenwert oder die Werbewirksamkeit für die Versicherten laut BARMER-GEK nicht ausreichend greifbar sei. D.h. es wäre entweder zu einer vollständigen Vertragskündigung gekommen oder zu einem Vertrag, der nur noch die Einschreibgebühr, die Impfung gegen Rotaviren (die jetzt ebenfalls in die Regelversorgung übernommen wird) und die Vorsorge U10, U11 und J2, sowie das Präventionsrezept beinhaltet hätte.

Der BVKJ hatte also die Wahl zwischen gar keinem Vertrag, einem Vertrag ähnlich jenem mit der Techniker Krankenkasse oder dem jetzt unterschriebenen Vertrag. Die Zukunft wird zeigen, ob unsere Entscheidung richtig

war. Ich werde auf jeden Fall den Vertrag ausführen und Kritik und Verbesserungsvorschläge für Neuverhandlungen an die BVKJ-Service GmbH und den Präventionsausschuss einbringen. Unsere Verhandlungsführer haben natürlich mehr Honorar für Vorsorgeuntersuchungen und für Impfungen gefordert. Nach Berechnungen der BARMER-GEK wird aber die Hereinnahme der alten Vorsorgen zu den jetzt verhandelten Bedingungen bereits große Zusatzkosten auslösen. Es gab nur die Möglichkeit, den Vertrag scheitern zu lassen oder den jetzt erzielten Kompromiss zu akzeptieren.

### Realistische Schätzung des Zeitaufwandes

Die Mitglieder des Honorarausschusses haben zusammen mit den Honorarbeauftragten der Länder die Zeitdauer der Vorsorge anhand der Dauer der bereits bisher bestehenden U10, U11 und J2 abgeschätzt und waren einstimmig der Meinung, dass die Dauer von 30 Minuten ausreichend ist.

Das deckt sich auch mit meiner Erfahrung. In unserer Praxis nutzen wir bereits seit längerem die entsprechenden Fragebögen und die Meilensteine der Entwicklung, die jetzt, da sie im Heft integriert sind, bereits zuhause ausgefüllt werden können. Damit kann auch der Vater (oder Dolmetscher) mit einbezogen werden. Ich kann nicht bestätigen, dass durch das Ausfüllen der Fragebögen erst unnötige Fragen auftreten. Allerdings kommen manchmal Dinge zur Sprache, die von den Eltern vergessen wurden oder die diese sich nicht zu fragen trauten. In der Schrei- und Schlafsprechstunde berichten die Eltern immer wieder, dass bei der Vorsorge das Thema Schlaf nicht angesprochen oder nicht ernst genommen wurde.

Impfungen sind nicht Teil der Vorsorge und werden, wenn auch nicht ausreichend, extra honoriert. Man kann also die Zeit für die Impfungen (jetzt 2, demnächst vielleicht 3 Injektionen) nicht in die 30 Minuten Vorsorgezeit einbeziehen.

Solange es das gelbe Vorsorgeheft noch gibt, könnte man ja dort die Vorsorge jeweils mit Datum, Praxisstempel und Unterschrift zu bestätigen. Dieses gelbe Heft können die Eltern dann dort vorlegen, wo sie die differenzierten Befunde nicht zeigen möchten.

### IgeL-Abrechnung der Vorsorgen?

Immer wieder wird hervorgehoben, dass viel mehr Geld zu erzielen sei, wenn die neuen Vorsorgen als IgeL-Leistung abgerechnet werden. Das mag für einige der Diskutanten sogar stimmen. In unseren Honorarvorträgen und noch mehr in EBM-Seminaren stellen wir aber fest, dass es für viele Praxen bereits ein Problem ist, für die Kindergartenuntersuchung 16,50 € zu verlangen. Um wie viel schwieriger wird es werden, diese Praxen zu überzeugen, 65 € für eine Zusatzvorsorge oder 35 € für zusätzliche Leistungen neben einer Vorsorge zu liquidieren.

Ein Berufsverband hat nach meiner Überzeugung die Pflicht, hier einen Mittelweg zu gehen, der auch diese Gruppe der Praxen mitnimmt und für sie zu verhandeln.

### Separate Abrechnungsstelle hat Vorteile

Der BVKJ wollte die Leistungen des BARMER-GEK-Vertrages über die Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnen. Wir haben aber in mehreren Bundesländern massive Schwierigkeiten mit dem „Dienstleister“ KV und die BARMER-GEK wollte eine bundeseinheitliche Abrechnung über einen Dienstleister. Daher musste der Weg mit der CGM gegangen werden. Durch die verbesserte PC-Anbindung gestaltet sich dieser aber auch zunehmend weniger problematisch. Ein weiterer Vorteil der Abrechnung über einen separaten Dienstleister ist, dass die Leistungen im Selektivvertrag nicht mehr in das Zeitkontingent (Tagesprofil oder Quartalsprofil) einfließen. Dies werden besonders Praxen zu schätzen wissen, die hier schon geprüft wurden oder die aufgrund ihrer Patientenzahlen oder ihrer Leistungsbreite mit der Plausibilitätsprüfung Probleme haben. Auch Praxen mit Job-Sharing Partnern werden entlastet, da die alten Vorsorgen aus dem begrenzten Punktevolumen wegfallen und die Vorsorgen aus dem Selektivvertrag hierfür nicht gezählt werden.

### Abrechnung von kurativen Leistungen des EBM neben der Päd.Check Vorsorge

Der vertragliche Abrechnungsausschluss von EBM-Leistungen neben Päd.Check-Vorsorgen bezieht sich ausschließlich auf Leistungen, die in den Vorsorgeuntersuchungen eingeschlossen sind. Leistungen, die in der Regelversorgung (EBM) zusätzlich zur Vorsorgeuntersuchung abgerechnet werden können, dürfen auch zu den Päd.Check-Leistungen bei entsprechender Notwendigkeit über den EBM abgerechnet werden. Dies betrifft insbesondere das Hörscreening, das Neugeborenenenscreening und die Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte.

Für die Abrechnung der Hausbesuche und der Entwicklungsdiagnostik neben den Vorsorgen haben wir Anträge an die KBV und an die kassenärztlichen Vereinigungen der Länder gestellt, damit eine Pseudoziffer für die Vorsorge im BARMER-GEK-Vertrag generiert wird. So kann sicher gestellt werden, dass diese Leistungen nicht gestrichen werden, weil scheinbar keine Vorsorge durchgeführt wurde. Einige kassenärztliche Vereinigungen sind dem bereits nachgekommen. Bis zu einer endgültigen Entscheidung kann die Entwicklungsdiagnostik nur bei erneuter Vorstellung des Kindes abgerechnet werden.

Für die Päd.Check Vorsorgen gelten die gleichen Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiträume wie im EBM.

### Einschreibungen

Im BARMER-GEK-Vertrag kann die Einschreibung von Neugeborenen und kleinen Säuglingen auch ohne die Angabe der Versichertennummer des Kindes erfolgen. Die Kinder sollten beim 1. Kontakt eingeschrieben und die Teilnahmeerklärung an die BARMER GEK geschickt werden. Sobald die Familie von der Kasse die Teilnahmebestätigung und eine Versicherten-Nummer er-

halten und der Praxis diese mitgeteilt hat, kann auch die Abrechnung erfolgen. Dies sollte spätestens zwei Quartale nach der ersten Leistungserbringung erfolgt sein. Sollte – aus welchem Grund auch immer – keine Einschreibung des Kindes durch die BARMER GEK erfolgen (z. B. weil das Kind nun doch nicht bei dieser Kasse versichert wird), muss rückwirkend über EBM abgerechnet werden.

Bitte achten Sie ganz streng darauf, dass keine Doppelabrechnungen erfolgen. Es darf also auf keinen Fall eine Päd.Check-Vorsorge und parallel dazu die entsprechende Vorsorgeziffer 01711–01720 bzw. 01723 abgerechnet werden. Die BARMER-GEK wird das sicher prüfen. Erfahrungen aus dem pädiatriezentrierten Vertrag in Bayern zeigen, dass hier der Schritt zum Betrugsvorwurf sehr nahe ist.

### Aussichten

Sowohl in Gesprächen mit anderen Fachgruppen als auch bei Gesprächen mit Vertretern von Ärztenetzen, die selbst in Vertragsverhandlungen mit der BARMER-GEK stehen, wird unser Vertrag als richtungsweisend angesehen und neidisch betrachtet.

Ich hoffe, dass durch diesen Vertrag auf lange Sicht auch bei anderen Krankenkassen die Bezahlung der Vor-

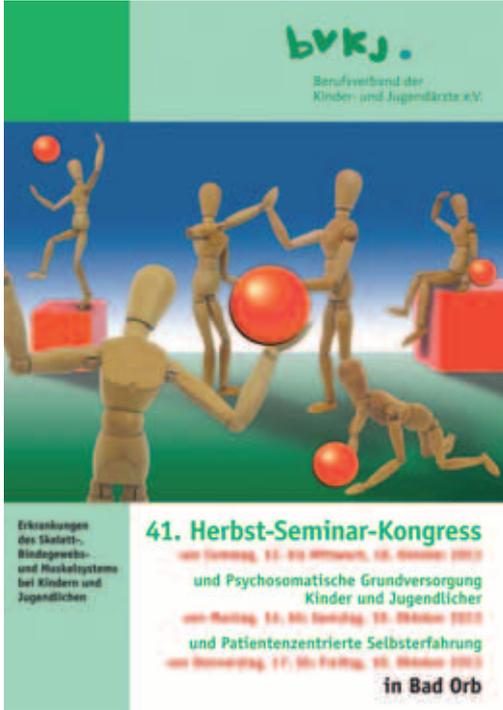
sorgen besser wird. Es ist leider hier, wie auch im KV-System so, dass man in Vorleistung gehen muss und dass das Geld häufig der Leistung folgt, aber nicht in dem Maße, wie wir uns das vorstellen.

Es wird jetzt bei diesem Vertrag zu einer Abstimmung mit den Füßen kommen und wir werden sehen müssen, wie viele Praxen am Vertrag teilnehmen und wie viele nicht. Dazu brauchen wir keine Befragung. Bereits im alten Vertrag sind offensichtlich nur ca. 30% der möglichen Patienten eingeschrieben. Keine Praxis und kein Patient wird gezwungen teilzunehmen.

Man muss aber berücksichtigen, dass die Teilnahme am Vertrag von der BARMER-GEK und von anderen Krankenkassen sehr genau beobachtet werden wird, und dass diese dann Schlüsse daraus ziehen, ob weitere Verträge mit Pädiatern abgeschlossen werden sollen. Verträge mit zu geringen Teilnahmequoten werden gekündigt. Ich empfehle daher allen Praxen, über die eigenen Schatten zu springen und auch diesen Vertrag zu „leben“. Verbesserungsvorschläge und berechtigte Kritikpunkte sind herzlich willkommen.

Dr. Roland Ulmer, Lauf  
Sprecher des BVKJ-Honorarausschuss  
praxis@kinderaerzte-lauf.de

Red.: Kup



## 41. Herbst-Seminar-Kongress

### 12. bis 16. Oktober 2013

NEU

S 21 **Paed.Plus**

**Hochwertige Standards bei den neuen Vorsorgeuntersuchungen**

Semindauer: 1 x 90 Minuten

Seminarzeit: Sonntag, 13.10.2013, 09:00 – 10:30 Uhr

Referent: Dr. Hermann Josef Kahl, Düsseldorf

Teilnehmergebühr: 40,- € für Mitglieder / 60,- € für Nichtmitglieder

**Nebenstehend erhalten Sie evtl. benötigtes Hotelanmeldeformular, welches versehentlich nicht ins Programmheft eingeklebt wurde.**

# 41 Herbst- Seminar-Kongress

12. bis 16. Oktober 2013 in Bad Orb

Bad Orb Marketing GmbH  
– Abt. Zimmervermittlung –  
Kurparkstraße 2  
63619 Bad Orb

Fax: 0 60 52/83 39

(Bitte in Blockschrift ausfüllen und an die Bad Orb Marketing GmbH faxen.)

## HOTEL-ANMELDUNG

Titel:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Hiermit buche ich verbindlich:

vom (Tag der Anreise)

bis (Tag der Abreise)

**DZ** mit Bad/Dusche/WC

**EZ** mit Bad/Dusche/WC

Preisklasse

Preisklasse €	Doppelzimmer mit Bad/Dusche/WC	Einzelzimmer mit Bad/Dusche/WC
A Hotel an der Therme*	170,-	98,-
B Hotels	96,- bis 130,-	48,- bis 65,-
C Hotels und Pensionen	70,- bis 96,-	35,- bis 48,-
D Pensionen / Privatunterkünfte	44,- bis 70,-	22,- bis 35,-
Die Preise verstehen sich pro Nacht inkl. Frühstück, Bedienung und Mehrwertsteuer.		

\* Der Preis beinhaltet eine 2-stündige Thermennutzung. Das Hotel an der Therme ist für Übernachtungen ab 13.10.13 buchbar. Bei bis zu 3 Übernachtungen kann ein Kurzübernachtungszuschlag erhoben werden.

### Zur Beachtung:

1. Es gelten die Gastaufnahmebedingungen für Beherbergungsleistungen und die darin enthaltenen Stornierungsbedingungen, die Ihnen mit der Buchung übersandt werden.
2. Der Gast ist verpflichtet, den Beherbergungsbetrieb rechtzeitig zu benachrichtigen, falls er am Ankunftstag später als 18.00 Uhr das Zimmer belegt.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

## Zweierlei Strafmaß bei Genitalverstümmelung

In seiner letzten Sitzung vor den Parlamentsferien hat der deutsche Bundestag die Strafbarkeit einer Genitalverstümmelung von Mädchen und Frauen neu definiert. Bislang galt diese nur als gefährliche in Ausnahmefällen als schwere Körperverletzung. Jetzt wurde ein eigener Straftatbestand geschaffen. Die maximale Strafe beträgt 15 Jahre Haft. Bundesjustizministerin, Sabine Leutheusser Schnarrenberger, rechtfertigt diese hohe Strafe damit, dass die Genitalverstümmelung „ein schwerwiegender Eingriff in die körperliche Unversehrtheit“ sei.

Der Frauen- und Mädchenrechtorganisation TERRE DES FEMMES geht diese Strafrechtsreform nicht weit genug. Sie hat ein Strafmaß von mindestens zwei Jahren empfohlen und sich dafür eingesetzt, weibliche Genitalverstümmelung in den Katalog der Auslandstaten aufzunehmen. Nur so können im Ausland durchgeführte Genitalverstümmelungen aller in Deutschland lebender Mädchen strafrechtlich verfolgt werden. TERRE DES FEMMES setzt sich für einen Nationalen Aktionsplan zum Schutz der über 6.000 gefährdeten Mädchen ein. Dazu gehöre eine Meldepflicht für Ärzte und Ärztinnen, wenn sie feststellen, dass ein Mädchen bereits beschnitten ist. Jüngere Schwestern und Cousinen seien stark gefährdet und müssten geschützt werden.

Strafbar nach dem neuen § 226a sind nicht nur die schweren Formen der weiblichen Genitalverstümmelungen, sondern „sämtliche Veränderungen der weiblichen Genitalien“, wie es im Begründungstext steht. Also auch die teilweise Beschneidung oder das Einschneiden der Klitorisvorhaut. Das ist sehr bemerkenswert, weil es

ausdrücklich keine Straftat ist, wenn einem kleinen Jungen die Vorhaut abgeschnitten wird. Die Beschneidung der Jungen wurde im Dezember 2012 sogar mit dem neuen Sorgerechtsparagrafen 1631d im Bürgerlichen Gesetzbuch legalisiert.

Der Regensburger Strafrechtsprofessor Toni Walter schreibt dazu in der Zeit am 4. Juli 2013, dass damit der neue § 226a gegen einen zentralen Satz des Grundgesetzes verstoße, dass niemand wegen seines Geschlechtes benachteiligt oder bevorzugt werden darf (Art. 3). Es kann aus medizinischer Sicht keinen Zweifel daran geben, dass die Entfernung der Vorhaut der Jungen ein vergleichbar schädigender Eingriff ist wie beispielsweise ein Einschnitt in die Klitorisvorhaut der Mädchen oder deren teilweise Entfernung. Walter weist auf die Verbrämung und Verharmlosung hin, wenn jede Form der Beschneidung von Mädchen „Verstümmelung“ genannt wird, es bei Jungen aber „Beschneidung“ heißt. Das eine betrachten wir dann zu recht als strafbare Barbarei, über das andere können die Eltern verfügen. Walter vermutet, dass das Bundesverfassungsgericht den neuen Paragraphen im Strafgesetzbuch nicht durchgehen lassen wird. Allerdings muss es zuerst hierzu angerufen werden. Bei der Legalisierung der Jungenbeschneidung haben wir erlebt, dass das Quorum für eine Organklage aus dem Bundestag heraus hierfür nicht erreicht wird. Allerdings, so Walter, „müssen wir überlegen, wie viele Botschaften dieser Art wir Männern und Jungen noch zumuten möchten“.

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

### Archaisch und tödlich

#### Junge Männer nach Beschneidung in Südafrika tot oder verstümmelt

Bereits im Mai 2013 sind nach einem Initiations- und Beschneidungsritual in Südafrika 34 Jungen gestorben. Manche Kliniken hatten Personal aufgestockt, um die vielen Verletzten zu behandeln. Jetzt melden die Agenturen 30 weitere Todesfälle. 300 neue Verletzte mussten in Krankenhäuser gebracht werden. Zur Initiation werden die Jugendlichen der Volksgruppen Xhosa, Sotho und Ndebele in abgeschiedener Wildnis von Männern unterrichtet und auch beschnitten. Das ist jahrhundertalter Stammesbrauch. Bei einem Teil der Überlebenden seien die Geschlechtsteile schwer verletzt, bei manchen amputiert. Die südafrikanische Regierung denkt derzeit nicht darüber nach, die lebensgefährlichen Initiationsriten in Frage zu stellen. Sie fordert, die Beschneider medizinisch zu schulen, um größten Schaden zu vermeiden. Was hat das mit Deutschland zu tun? Das jüngste Ereignis von reihenweiser und organisierter Genitalverstümmelung dieser afrikanischen Jugendlichen geschah zur selben Zeit, als der Deutsche Bundestag versäumt hat, auch die Beschneidung von Jungen als eine Genitalverstümmelung zu bezeichnen. So wird von Deutschland kein Signal ausgehen können, nach den barbarischen Riten an Mädchen auch jene an Jungen zu bannen.

Ch. Kupferschmid

### Ausschreibung „Preis Jugendmedizin“

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. vergibt in Zusammenarbeit mit der Firma Galderma Laboratorium GmbH für hervorragende Leistungen auf dem Gebiet der Betreuung von Jugendlichen den „Preis Jugendmedizin“ für das Jahr 2014. Er ist mit 5.000,- € dotiert und wird an Gruppen, Institutionen und Persönlichkeiten verliehen.

Der Preis soll Personen, Arbeitsgruppen oder nicht staatlichen Institutionen, Initiativen oder Vereinen zuerkannt werden, die sich um die Betreuung Jugendlicher verdient gemacht haben. Da – dem ganzheitlichen Ansatz des BVKJ e.V. entsprechend – eine Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendärzte mit anderen, sich um die Belange der Jugendlichen bemühenden Instanzen, nicht nur sinnvoll, sondern unbedingt notwendig ist, sollte der Preis möglichst an nicht medizinische Institutionen und Initiativen vergeben werden. Dies soll das große Interesse an einer solchen Zusammenarbeit dokumentieren.

Vorschläge für diesen Preis sind **bis zum 10.09.2013** zu richten an den:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V., – Kennwort „Preis Jugendmedizin“ –, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

## Weiterbildung in der Pädiatrie

# Es muss einen ambulanten Pflichtteil geben!

Seit den neunziger Jahren ist das Thema ambulante Pflichtweiterbildung ein Dauerbrenner auf Deutschen Ärztetagen – leider bisher mit wenig konkreten Ergebnissen. Bereits heute kann man zwar variable Teile der Facharztweiterbildung in einigen Fächern auch in der ambulanten Versorgung erbringen, es mangelt jedoch – mit Ausnahme im Bereich der Allgemeinmedizin – an Finanzierungsregelungen für die Praxen der Weiterbildungsbefugten. Über die Notwendigkeit ambulanter Weiterbildung in den Patienten nahen Fächern gibt es keinen ernsthaften Dissens zwischen den Sektoren. Man streitet man sich aber innerärztlich über die Finanzierung und die Frage, ob ein Teil der Weiterbildung tatsächlich verpflichtend in einer Arztpraxis geleistet werden muss. In dieser Diskussion verlaufen die Frontlinien nicht nur zwischen Klinik und Niedergelassenen, sondern auch innerhalb der Versorgungsbereiche stationär und ambulant.



Dr. Thomas  
Fischbach

Der diesjährige 116. Deutsche Ärztetag in Hannover hat das Streitthema „ambulante Pflichtweiterbildung“ auf der Agenda ganz nach vorne gesetzt. Am Vortag des Ärztetages hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit einem einstimmigen Votum ihrer Vertreterversammlung einen Antrag auf den Weg gebracht, einen verbindlichen ambulanten Weiterbildungsabschnitts in Patienten nahen Fachgebieten zu schaffen. Die Delegierten der KBV-Vertreterversammlung fanden in der geltenden Weiterbildungsordnung Inhalte, die in der klinischen Ausbildung nicht oder nicht ausreichend vermittelt werden können. Beispielhaft wurde der Präventionsbereich (Früherkennungsuntersuchungen und Impfwesen) in der Kinder- und Jugendmedizin genannt, aber auch Weiterbildungsinhalte im Bereich der konservativen Augenheilkunde oder der Orthopädie.

### Klinikärzte wehren sich gegen Pflicht und Lohndumping

Der KV-Antrag forderte, dass die Weiterbildungsassistenten (WBA) in der Arztpraxis, eine entsprechende Vergütung wie in der Klinik erhalten müssen. Diese Mittel hierzu müssten aus dem Gesundheitsfonds aufgebracht werden. Wer jetzt angenommen hatte, dass sich der Ärztetag den in sich schlüssigen KBV-Antrag zu eigen machen und einen entsprechenden Beschluss an Krankenkassen und Bundesgesundheitsministerium adressieren würde, sah sich kurz nach der Vorstellung des Antrages durch den KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas Köhler, getäuscht. Der stellvertretende Vorsitzende des Marburger Bundes (MB), Dr. Andreas Botzlar, attackierte in der nachfolgenden Aussprache Dr. Köhler ohne Not in einer Art und Weise, die dem höchsten Vertretungsgremium der Deutschen Ärzteschaft absolut unwürdig war. Dies heizte die Stimmung erheblich auf, was einer schnellen Einigung im Wege stand. Kernkritikpunkte waren die ge-

forderte Pflicht zu einer ambulanten Weiterbildung, der Status der Weiterbildungsassistenten, ihre Vergütung sowie die Finanzierung der Weiterbildungsstätten. Botzlar forderte namens des MB arbeitsvertragliche Regelungen für Weiterbildungsassistenten durch eine Tarifgemeinschaft zwischen MB einerseits und KBV andererseits. Es müsse sichergestellt werden, dass der WBA in der jeweiligen Arztpraxis analog zum Krankenhaus für seine Arbeitsleistung adäquat und nachvollziehbar entlohnt werde.

Auch die KBV wandte sich gegen ein Vergütungsdumping für Weiterbildungsassistenten und plädierte daher für eine klare und verbindliche Regelung. Köhler stellte jedoch klar, dass die KBV zum einen aus rechtlichen Gründen nicht als Tarifpartner auftreten könne. Zum anderen würde eine klassische Tarifpartnerschaft unter Beteiligung des Marburger Bundes von der Vertragsärzteschaft mehrheitlich nicht gewünscht. Könnten Weiterbildungsassistenten wie in Kliniken weitgehend eigenständig Patientenversorgung betreiben, wäre im übrigen der in den Arztpraxen geltende Facharztstatus gefährdet und analog zum Krankenhaus nur noch der Facharztstandard gegeben.

### Fachgruppen sollen Inhalte differenzieren

Weitere Redner wollten den angehenden Fachärztinnen und -ärzten keine Verpflichtung zur Ableistung eines Weiterbildungsabschnitts in der ambulanten Patientenversorgung zumuten, hatten allerdings gegen eine Verpflichtung zur klinischen Weiterbildung nichts einzuwenden. So ging es über zwei Tage hoch her in Hannover und etliche vertrauliche Runden waren erforderlich, um doch noch einen Konsens zwischen allen Beteiligten zu finden. Der Hartmannbund, der Deutsche Hausärzteverband und der Bund der Internisten wollten das Thema an den Vorstand der Bundesärztekammer verwei-

sen. Die Mehrheit der Ärztetagsdelegierten hat ein solches Vorgehen jedoch als Beerdigung erster Klasse empfunden, was der Bedeutung des Antrags nicht angemessen gewesen wäre. Der letztlich gefundene Kompromiss unterscheidet klar zwischen Weiterbildungsinhalten, die nur im Krankenhaus, nur in der Arztpraxis oder sowohl hier als auch dort vermittelt werden können und jeweils dort abgeleistet werden müssen. Die entsprechenden Inhalte müssen von den Berufsverbänden und wissenschaftlichen Gesellschaften der jeweiligen Fachgruppen in der nächsten Zeit erarbeitet werden. Des Weiteren soll der Weiterzubildende in der Wahl seiner Weiterbildungsstätte wie bisher frei sein.

Um eine effiziente sektorenübergreifende Weiterbildung zu garantieren, sollen bei den jeweiligen Landesärztekammern „Organisationsstellen ambulante Weiterbildung“ aufgebaut werden, die sowohl für die vollständige Vermittlung ambulanter Weiterbildungsinhalte als auch für einen reibungslosen Übergang zwischen den Weiter-

bildungsstätten in Klinik wie Praxis Verantwortung tragen sollen. Zudem wurde vereinbart, dass der Weiterzubildende in der ambulanten Weiterbildungsstätte ein der klinischen Vergütung analoges Gehalt erhalten muss. Hierzu soll zwischen den Beteiligten ein Vertrag abgeschlossen werden. Die Weiterbildungsstätte selbst soll für ihren über die Vergütung des Weiterbildungsassistenten hinausgehenden Aufwand mit einem Zuschlag zum Orientierungspunktwert entlohnt werden. Die Mittel für die Vergütung sollen dauerhaft aus dem Gesundheitsfond zur Verfügung gestellt werden.

Nach dieser schweren Geburt ist das BMG am Zuge, damit die Beschlüsse des 116. Ärztetages Wirklichkeit werden können. Vor der Bundestagswahl im September dieses Jahres wird dies jedoch kaum der Fall sein.

Dr. Thomas Fischbach, Solingen  
fischbach@kinderaerzte-solingen.de

Red.: Kup

## Präventionsgesetz – nächster Schritt geschafft

In seiner letzten Sitzung vor der Sommerpause hat der Deutsche Bundestag das lange erwartete Präventionsgesetz verabschiedet. Das Gesetz soll am 20.9.2013, zwei Tage vor der Bundestagswahl im Bundesrat beraten werden. Die Opposition hat gegen das Gesetz gestimmt, weil es ihr nicht weit genug geht. Daher ist es wahrscheinlich, dass der Bundesrat den Vermittlungsausschuss anrufen wird und das Gesetz somit nicht mehr in dieser Legislaturperiode verabschiedet wird.

Wie bereits berichtet wird im neuen Präventionsgesetz das Alter für Kinderfrüherkennungen auf den 10. Geburtstag heraufgesetzt. Danach bleibt die J1 als einzige Vorsorge. Die neuen Vorsorgen U10 und U11 könnten jedoch vom Gemeinsamen Bundesausschuss für alle Kinder verbindlich beschlossen werden. In seiner Begründung verweist der Gesetzgeber zumindest auf eine im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellte wissenschaftliche Expertise, die eine zusätzliche U-Untersuchung für Kinder im Alter von neun Jahren empfiehlt. Für deren flächendeckende Einführung erwartet er „Mehraufwendungen im niedrigen einstelligen Millionenbereich“. Wenn allerdings eine Untersuchung mit 50 € honoriert würde, müssten die Kassen bei einer Jahrgangsstärke von 680.000 Kindern 34 Millionen Euro hierfür rechnen.

Die Vorsorgeuntersuchungen sollen auch eine Präventionsempfehlung umfas-

sen, sofern dies medizinisch angezeigt ist. Bei Kindern sind es die Bereiche „gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“. Wenn Ärzte einen Bedarf für Präventionsleistungen in diesem Bereich feststellen, stellen sie hierfür eine Bescheinigung aus. Diese schränkt insofern den Ermessensspielraum der Krankenkassen für ihre Entscheidung ein, ob sie im Einzelfall Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention übernimmt oder nicht. Allerdings wird es den Kassen überlassen bleiben, diese Leistungen auszugestalten. Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) fürchtet, dass hierzu standardisierte punktuelle Angebote vorgehalten werden, die nicht nachhaltig sind. Sie verweist darauf, dass manche Familien mit schwierigen Rahmenbedingungen eine intensive Begleitung benötigen, die auch einen Hausbesuch durch medizinisches (aber nicht-ärztliches) Personal, ermöglichen sollte.

Neu im Gesetz ist der „Lebenswelt-Ansatz“. Gesundheitsfördernde Maßnahmen können demnach auch in Kindertagesstätten, Kindergärten und Schulen erbracht werden. Für Leistungen der Primärprävention (Ernährung, Bewegung, Unfallprävention) in diesen Bereichen soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) 35 Millionen Euro jährlich erhalten. Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin hätte es als optimal angesehen, wenn Gesundheitsförderung in den normalen Alltag der Tageseinrichtungen für Kleinkinder und in den Rahmenplänen der Schule integriert wäre. Sie hat an die BzgA appelliert, bei der Durchführung der Maßnahmen die jeweiligen Kinder- und Jugendärzte vor Ort, vor allem den Öffentlichen Kinder- und Jugendärztlichen Gesundheitsdienst, einzu beziehen.

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



## „Was soll die Mutter dem Kindelein geben?“ Säuglingsernährung um 1800

Ausschnitt aus Jan Steen „Die fette Küche“, © [http://www.bbf.dipf.de/cgi-opac/bil.pl?t-direct=x&f\\_IDN=b0091304hild](http://www.bbf.dipf.de/cgi-opac/bil.pl?t-direct=x&f_IDN=b0091304hild)

Die Frage der Säuglingsernährung war für Ärzte des 18. und frühen 19. Jahrhunderts kein neues Thema, allerdings erhielt sie eine neue Gewichtung. Im Zentrum stand die hohe Kindersterblichkeit. Nach Angabe Christoph Wilhelm Hufelands vollendete selbst in Städten, wo ausreichend Ärzte vorhanden seien, nur die Hälfte der Neugeborenen ihr drittes Lebensjahr; die größte Sterblichkeit betreffe das erste und zweite Lebensjahr. Unter aufklärungsmedizinischen Vorzeichen setzten hier die Mediziner an, über den Kreis des Fachpublikums hinaus gezielt die Bevölkerung anzusprechen und für gesundheitsorientiertes Verhalten zu sensibilisieren. Ihre Ambitionen verbanden sich mit dem staatlichen Interesse einer positiven demographischen Entwicklung.



Prof. Dr. Irmtraut  
Sahmland

### Selbststillen das erste Gebot

Massiv wurde das Selbststillen propagiert und vor allem damit begründet, die Natur verlange es und es sei die Mutterpflicht. Die Kampagne für das Selbststillen ordnete sich tatsächlich auch in die zeitgenössische Kulturkritik ein, die einer überzogenen Kultiviertheit den Spiegel vorhielt und mit Rousseau anmahnte, die natürlichen Grundlagen nicht zu missachten.

Die Ärzte betonten, Stillen sei das Beste für das Kind und für die Mutter. Der Wöchnerin erspare das Stillen zahlreiche Krankheiten, indem es die Lochialblutung und den Rückbildungsprozess post partum beför-

dere. Wenn die sich bildende Milch nicht abgenommen werde, drohten dagegen weitere Komplikationen. Johann Peter Frank stellte in seinem umfassenden sechsbändigen „System einer vollständigen medizinischen Polizey“ (1779-1819) fest: *„daß eine Mutter, welche die Milch aus ihren Brüsten nicht durch den natürlichen Weg der Säugung beförderet, einem Heere von Ungemachen und oft tödtlichen Krankheiten ausgesetzt sey, wovon eine stillende Frau sehr selten etwas weis, und daß die Sterblichkeit des weiblichen Geschlechts, durch das Unterlassen des Selbststillens, im Wochenbette gar sehr vermehret werde.“* Für den Säugling sei die Mut-

termilch die einzig adäquate Nahrung, die vom kindlichen Organismus besser als jede andere verdaut und verwertet werden könne.

Spezielle ernährungsphysiologische Erkenntnisse standen dabei noch nicht im Vordergrund. Der Wert der Muttermilch für den Säugling lag nicht in ihrer spezifischen Zusammensetzung, sondern er ergab sich aus dem ganz unmittelbaren Verhältnis zwischen Mutter und Kind: *„Welche Milch kann ihnen [den Säften des Kindes] aber wohl näher kommen, als die von einem Blut entstanden, dadurch das Kind ganzer neun Monate erhalten worden, und welche also das Blut des Kindes selbst*

Aus Lorenz  
Heister,  
Chirurgie,  
Nürnberg  
1719



ist.“ Der Arzt und Naturforscher Johann Gottlob Krüger erklärte mit dieser Aussage das Stillen zur optimalen Säuglingsernährung, weil es die nachgeburtliche Fortsetzung der Versorgung durch den mütterlichen Organismus ist. Galt das Colostrum lange Zeit als schädlich, so plädierte man inzwischen dafür, es dem Säugling nicht länger vorzuenthalten, sei es doch besonders geeignet, das Meconium zu entfernen. Um ausreichend Milch zu haben, wurde der Mutter empfohlen, jeden Vormittag ein Glas frisches Wasser zu trinken. Weitere Verhaltensvorschriften besagten, die Mutter solle sich vor Affekten hüten, sie solle das Kind keineswegs nach einem Schrecken oder Ärger, aber auch nicht unmittelbar nach dem Essen anlegen. Sie selbst sollte auf gut verdauliche Kost achten und Hülsenfrüchte, stark gewürzte, saure oder sehr fette Speisen meiden.

### Wasser, Kuhmilch und Hafer- schleim gegen Stillprobleme

Seitens des Neugeborenen wie auch der Mutter konnten Schwierigkeiten vorliegen, die das Stillen zu vereiteln drohten. Ein zu weit zur

Zungenspitze reichendes oder zu kurzes Zungenband oder gar ein Lippen- oder/und Gaumendefekt (Hassenscharte, Wolfsrachen) erlaubten dem Kind nicht zu saugen. Beides musste durch Lösen des Zungenbandes oder Adaptierung bzw. Abdeckung der Verschlussdefekte chirurgisch behandelt werden. Ein nicht ausgereiftes Kind war womöglich zu schwach zu saugen, ebenso ein kranker Säugling. In diesen Fällen riet der Arzt und Geburtshelfer Johann David Busch in seinem Hebammenlehrbuch von 1801, die Kinder mit Wasser und Kuhmilch oder auch mit Haferschleim so lange zu füttern, bis sie in der Lage seien, die Muttermilch aufzunehmen.

Stillproblemen seitens der Mutter war bereits während der Schwangerschaft etwa durch geeignete Kleidung vorzubeugen, damit die Gestalt der Brustwarzen das Säugen ermöglichte. Schoss die Milch nicht oder verspätet ein, sollte das Kind zunächst mit Wasser und Kuhmilch ernährt oder bei einer anderen stillenden Mutter angelegt werden. Wunde Brustwarzen waren kein Hinderungsgrund zu stillen: Durch Aufsatz eines Wendelstädtischen Brustsaugers, eines mit kleinen Löchern versehenen Hütchens, sollte das Kind indirekt die Milch ziehen.

Die Stilldauer wurde mit sechs bis neun Monaten, maximal einem Jahr angegeben. Die erste Zahnung markierte eine deutliche Zäsur, denn nun verlange das Kind auch andere Nahrung. Eine erneute Schwangerschaft galt als Grund, den Säugling vorzeitig zu entwöhnen. In diesen sicher seltenen Fällen bestand die Besorgnis, die Mutter könne nicht zwei Kinder gleichzeitig ausreichend ernähren.

### Beikost und Ersatznahrung

Zur Überbrückung passagerer Stillprobleme und als Ergänzung zur Muttermilch musste Fremdnahrung verabreicht werden. Außerdem stellten systemisch-chronische Erkrankungen der Mutter Kontraindikationen für das Stillen dar. „*Kränkliche, sehr schwache Mütter, fallsüchtige, schwind süchtige, venerische, oder die schlechte Säfte haben, an Blutspeien leiden, dürfen nicht stillen*“, so fasste Christian August Struve (1767-1807) in seiner „Hebammen-Tafel“ (1797) kurz zusammen. In all diesen Fällen war die Ernährung des Kindes auf anderer Basis zu sichern. Der Einsatz von Ziegen-, Esels- und Kuhmilch war international und regional sehr verschieden. Das Tier musste gesund sein und beständig gleiche Futtermittel erhalten.



© Marburger Schriften zur Medizingeschichte, Bd. 41, S. 141, 2000

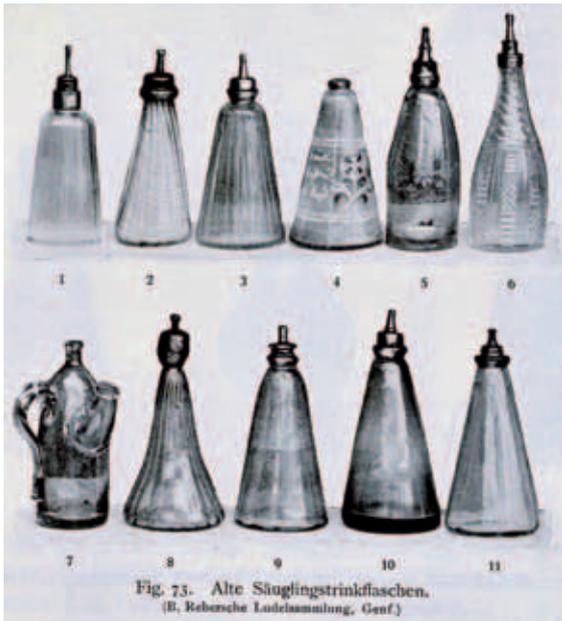


Fig. 75. Alte Säuglingstrinkflaschen.  
(B. Rebersche Ladelammlung, Genf.)

**Aus Hermann Brüning, Geschichte der Methodik der künstlichen Säuglingsernährung, S. 113, Stuttgart, 1908**

### Saugen am Tierereuter

In manchen Gegenden war es üblich, Säuglinge und Kleinkinder wie Romulus und Remus am Tierereuter saugen zu lassen. Dies hatte nach Auffassung mancher Ärzte den Vorteil, dass die Milch nicht der Luft ausgesetzt wurde und ihr „Lebensgeist“ sich nicht verflüchtigte. In allen anderen Fällen der Aufzucht mit Tiermilch gab es die Auseinandersetzung um die Manipulation der Milch und das Problem der Applikationsweise. War man geteilter Meinung darüber, ob die Milch roh oder abgekocht verabreicht werden sollte, so war ihre Verdünnung unstrittig, sei es durch Zugabe von Wasser oder Fleischbrühe. Ein Vorschlag lautete, Ziegen- oder Kuhmilch mit Malzwasser aus gerösteter Gerste, also mit Kaffeesurrogat, zu versetzen, oder dünne Molke, leicht gesüßt, mit einem Ei abgeklärt zu geben.

Wie sollte aber diese Ersatzmilch verabreicht werden?

Der Göttinger Geburtshelfer Johann Friedrich Oslander d. J. (1787-1855) führte dazu aus: „Das Kind hat das lebhafteste Bedürfnis zu saugen von der Natur erhalten; nichts beruhigt es so sehr, als die Befriedigung dieses Bedürfnisses; daher der Löffel oder die Tasse oder das sog. Schiffchen der Wiener, womit man die Milch eingibt, ihm durchaus keinen Ersatz für die Brustwarze gewährt, wohl aber ein längliches Stück Badeschwamm, wel-

ches mit dünner Leinwand überzogen in der Mündung eines eau de Cologne Glases befestigt ist.“ Es galt demnach, die flüssige Nahrung in Behältnisse einzufüllen, die den Saugreflex berücksichtigten. Dies konnte ein Kuhhorn sein, dessen abgesägte Spitze mit einer Zitze überzogen wurde oder auch metallene oder gläserne Flaschen mit einer Saugvorrichtung. Doch alle noch zu kunstvoll verzierte Vorläufer der modernen Babyflasche bargen ein gravierendes Problem: Sie konnten nur schwer gereinigt werden, die Besiedlung mit pathogenen Keimen war nicht zu vermeiden. Den unzureichenden Hygienestandards dürfte ein großer Teil der Verdauungsprobleme der Säuglinge geschuldet sein, denen diese oftmals erlagen.

Ganz offenbar hatten Stillkinder die besten Aussichten, die ersten zwei Lebensjahre zu überstehen. Die Ärzte zogen gleichwohl nicht den Vergleich zu den Flaschenkindern, sondern konzentrierten sich auf die Ablehnung der „Lohnammen“.

### Keine Ammenmilch!

Die Stillpropaganda kam einer Kampfansage gegen das Ammenwesen gleich. Dessen tatsächliche Verbreitung ist schwer einzuschätzen. Vorzugsweise Frauen in den gehobenen Gesellschaftsschichten und wohl auch im Stadtbürgertum gaben den Säugling in fremde Hände, sei es aus Bequemlichkeit, aus Eitelkeit oder auch, um ihren Ehepflichten desto eher nachkommen zu können, wurde doch während der Stillphase sexuelle Enthaltensamkeit angeraten. Die Ärzte wandten sich gegen diese Modeerscheinung, die womöglich auch in der übrigen Bevölkerung Platz greifen könnte. Entweder wurden die Ammen in den Haushalt geholt oder die Kinder zu ihnen aufs Land verschickt. Frauen, die sich als Amme verdingten, um sich ein Zubrot zu verdienen, gehörten der unteren Bevölkerungsschicht an, und auf sie wurden allerlei Vorurteile projiziert: „Da die mehrsten Personen, welche im gemeinen Wesen als Säugammen dienen, verunglückte Dirnen sind, welche bey dem Fehler, wodurch sie zu Ammen vorbereitet wur-

den, sich schwerlich so viel Zeit genommen haben, den Grad der Ansteckung ihres Verführers genau zu untersuchen; und da dergleichen Weibseute selten so ehrlich sind, eine solchergestalt anerbte Krankheit so leicht einzugestehen; so kann man sich leicht vorstellen, wie viele Kinder in einer großen Stadt von ihren Ammen mit venerischen Uebeln angesteckt werden, und darüber zugrundegehen müssen“; so Johann Peter Franks recht generalisierende Feststellung.

Zugleich jedoch waren Ammen eine Realität und etwa für die Versorgung der Findel- und Waisenkinder unverzichtbar. Die gesundheitspolitische Aufgabe sah Frank nun darin, hier reglementierend einzugreifen. Nach Pariser Vorbild schlug er eine Art Kontaktbörse vor, um Ammen nach umfassender ärztlicher Untersuchung an Familien zu vermitteln und eine engmaschige Kontrolle sicher zu stellen. Zugleich sahen Franks ambitionierte Pläne vor, dass Mütter nicht ohne ärztliches Attest in begründeten Fällen von der Pflicht, ihren Säugling zu stillen, entbunden werden sollten. Ob die Kindersterblichkeit auf diese Weise drastisch hätte gesenkt werden können, bleibt dahingestellt.

### Folgenahrung

Konnten die Kinder feste Nahrung aufnehmen, war diese kritische Phase überwunden. Über eine gesunde Folgenahrung waren sich die Ärzte freilich uneins. Oslander riet, konsistentere Speisen sollten am zweckmäßigsten in Gries, Nudeln, Weißbrot oder Reis, in mit Milch oder Fleischbrühe gekochter Grütze bestehen. Bei dem so häufig missbrauchten Zwiebackbrei aus gestoßenem Zwieback, Zucker und Wasser würden die Kinder jedoch selten gedeihen. Bernhard Christoph Faust gab in seinem „Gesundheitskatechismus“ (1794) dagegen an, dünne, nicht fette Breie aus Gries, zerriebenen Brotrinden oder Zwieback mit Wasser oder einem Teil Milch gekocht und oft frisch zubereitet, sei kleinen Kindern zuträglich. Er warnte vor zähen, fetten, schweren Speisen wie Pfann- und Eierkuchen, insbesondere vor Mehlbreien. Sie

seien unverdaulich und führten zur Verstopfung der Eingeweide; die Kinder bekämen dicke, harte Bäuche und zehrten aus. Struves „Noth- und Hülfstafel Von den Mitteln, Kinder gesund zu erhalten“ (1797) enthält folgende Rezeptur für eine gute Kinderspeise: „Zwiebak von dem feinsten Mehl, oder die Rinde von Semmel oder von weißen Brod wird gerieben und in Wasser gekocht. Der davon entstehende Brey wird öfters mittelst eines hölzernen Löffels umge-

rührt, und dann an einem kühlen Orte verwahrt“. Portionsweise aufgewärmt, mit etwas Zucker verrührt und mit frischer Kuhmilch verflüssigt, war der Brei zu verabreichen. Etwaige Reste durften nicht wieder aufgewärmt werden, weil sie sauer würden.

Mancherlei Ratschläge lassen sich finden, doch die Frage: „Was soll die Mutter dem Kindelein geben?“ – die übrigens einem katalanischen Wiegenlied entnommen ist –, war nicht

eindeutig zu beantworten. Einig waren sich die Ärzte immerhin darin, dass ein Kind regelmäßig seine Mahlzeiten bekommen solle und maßvoll ernährt werden müsse.

Literatur bei der Verfasserin

Prof. Dr. Irmtraut Sahmland

Die Autorin ist Medizinhistorikerin und Leiterin der Emil-von-Behring-Bibliothek. Arbeitsstelle für Geschichte der Medizin in Marburg.

E-Mail: [sahmland@staff.uni-marburg.de](mailto:sahmland@staff.uni-marburg.de)

Red: ReH

## Buchtipps

Martine Hoffmann, Elke Freudenberg, Gilles Michaux, Sven Gottschling

### »DOCH NICHT UNSER KIND ...«

**Unterstützung für Eltern krebskranker Kinder.**

Mit Geleitworten von Astrid Scharpantgen und Gerlind Bode. Zum Download: Hörspiele zur Entspannung für Kinder.



Verlag Schattauer 2013, Paperback, 178 Seiten mit Abbildungen, € 24,99, ISBN 978-3-7945-2891-2

Das kleine in luxemburgisch-deutscher Zusammenarbeit entstandene Büchlein ist ein Elternratgeber zur Bewältigung der Diagnose „Krebs im Kindesalter“, der sich daraus ergebenden veränderten Lebenssituation und nicht selten langwierigen und komplizierten Behandlungen. In ihrem Geleitwort zitiert die Luxemburgische Gesundheitsministerin Jean Piaget: „Kinder

denken nicht wie kleine Erwachsene, sie denken anders“. Mit diesem Ratgeber sollen die Kinder und ihre Familien durch umfassende Hintergrundinformation zu „mündigen Co-Therapeuten“ werden, die den Krankheits- und hoffentlich Genesungsverlauf mittragen und mitgestalten. Die vier Autoren stammen aus dem Bereich Pädiatrische Onkologie, Gesundheitspsychologie, Palliative Care und Psychoonkologie, gefördert wurde das Buch von dem Brustkrebsprojekt „Europa Donna Luxemburg“ und das luxemburgische Gesundheitsministerium. Nach einer zu Recht allgemein gehaltenen Einführung, in der der Sammelbegriff „Krebs“ und die Unterschiede von Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter zu Erwachsenen sowie die allgemein guten Behandlungschancen erläutert werden, folgt in verständlicher Form eine Erklärung der Therapiemöglichkeiten. Anhand von Kinderaussagen und mit vielen praktischen Tipps wird der Umgang mit der veränderten Lebenssituation in den verschiedenen Krankheitsphasen erläutert, mit dem Gefühlschaos, mit der Alltagsorganisation und mit der Einbeziehung von Geschwistern und der ganzen Familie. Die Themen Rezidive und Unheilbarkeit, Palliativsituation und Sterben mit den schwierigen Fragen eines altersentsprechenden Umgangs mit Aufklärung und Wegen aus der Sprachlosigkeit werden nicht ausgespart: „Nicht alles, was wahr ist, muss auch (sofort) gesagt werden, aber alles, was gesagt wird, muss wahr sein.“ Dem Thema „Entlastung und Entspannung“ ist unter der Prämisse, dass neben all dem Schweren

auch die positive Seite des Lebens erhalten bleiben soll, ein praktischer Teil des Buches mit vielen Ratschlägen und konkreten Entspannungstechniken gewidmet, wobei neben der progressiven Muskelrelaxation und dem autogenen Training den darin integrierten fantasievollen Entspannungsgeschichten eine besondere Bedeutung zukommt. Eine Besonderheit dieses Buches sind solche Entspannungs-Hörspielgeschichten, die über einen Link heruntergeladen werden können ([www.schattauer.de/Hoffmann-2891.html](http://www.schattauer.de/Hoffmann-2891.html)). Sie wurden von dem luxemburger Barden Pit Vinandy („Cyberpiper“) mit einem leichten Akzent besprochen und mit hypnotisierend wirkender elektronischer Musik („ambient grooves“) vertont. Sehr lebenspraktisch sind die abschließenden Hinweise auf institutionelle und soziale Unterstützungsmöglichkeiten, Literaturempfehlungen, Kontaktadressen sowie ein Glossar. Ein empfehlenswertes Buch, auch für Kinderärzte und Angehörige sozialer Berufe, die mit diesem Thema zu tun haben. Ob Eltern und Angehörige in der Auseinandersetzung mit der neuen Lebenswirklichkeit die wünschenswerte Zeit und Ruhe für die Lektüre haben, oder sich nehmen wollen, wird davon abhängen, wie es ihnen nahegelegt wird.

Dr. Stephan Heinrich Nolte  
35039 Marburg/Lahn  
[shnol@t-online.de](mailto:shnol@t-online.de)

Red.: ReH

Die aktuelle Terminliste für die „Paediatrice“ wird in *PädInform*, [www.praxisfieber.de](http://www.praxisfieber.de) sowie jeweils in den Ausgaben von „PRAXISfieber“ veröffentlicht. „PRAXISfieber“ wird durch Pfizer, Nestlé und die BergApotheke verteilt.



Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.



## Termine 2013

Stand: 24.06.13, eb

Termin	Uhrzeit	Ort	Thema
Samstag, 31. August 2013	10:00–17:00	Hannover	<b>Block B</b>
Mittwoch, 11. September 2013	09:30–17:00	Stuttgart	<b>Block E</b>
Samstag, 14. September 2013	09:30–15:30	Weimar	<b>Block C</b>
Sonntag, 15. September 2013	09:00–14:30	Weimar	<b>Block D</b>
Samstag, 21. September 2013	09:00–15:00	Frankfurt	<b>Block D</b>
Freitag, 27. September 2013	09:00–17:00	Essen	<b>Block B</b>
Samstag, 12. Oktober 2013	09:00–16:00	München	<b>Block D</b>
Samstag, 19. Oktober 2013	10:00–14:15	Berlin	<b>Block C</b>
Mittwoch, 23. Oktober 2013	13:00–19:30	Hamburg	<b>Block C</b>
Mittwoch, 6. November 2013	14:00–20:00	Meinerzhagen	<b>Block C</b>
Samstag, 9. November 2013	09:00–16:00	Mechernich	<b>Block E</b>
Samstag, 9. November 2013	09:00–16:30	Nürnberg	<b>Block B</b>
Samstag, 16. November 2013	10:00–16:00	Bremen	<b>Block D</b>
Samstag, 16. November 2013	09:00–15:00	Freiburg	<b>Block A</b>
Samstag, 23. November 2013	09:00–15:00	Homburg	<b>Block E</b>

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

Wir danken der Firma



für ihre freundliche Unterstützung!

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

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

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

# Die Welt der Kinder im Blick der Maler

## Antike Päderastie

Ganymed stammt aus dem Königsgeschlecht Trojas. Er wurde wegen seiner Schönheit in den Olymp entführt und war dort Mundschenk und Geliebter des Zeus. Der Raub erfolgte durch einen Adler, nach anderer Version durch Zeus selbst, der sich in einen Adler verwandelt hatte. Diese Geschichte wurde seit der Antike immer wieder gestaltet, wir finden sie auf griechischen Vasen, als Plastik, später auf römischen Wandbildern und auf Mosaiken der Fußböden. Dann wurde sie von Michelangelo und Correggio wieder aufgegriffen.

Die Päderastie war in der Antike nicht verpönt, man sah sie sogar unter einem erzieherischen Aspekt. Ein Pais, also ein Knabe zwischen 12 und 18 Jahren, wurde von einem erwachsenen Mann umworben. Er sollte von ihm als Mentor angeleitet und in die Erwachsenenwelt eingeführt werden.

Correggio zeigt uns einen hinreißend schönen Knaben, der über einer protoimpressionistisch gemalten Landschaft, getragen von einem Adler, gen Himmel schwebt. Obwohl Rembrandt bestimmte Kompositionselemente Corregios aufgreift, weicht er doch in der inhaltlichen Aussage krass von der Tradition der Ganymed-Darstellung ab.

Rembrandt lebte in einer Umbruchszeit. Die Republik der Vereinigten Niederlande hatte nach langwierigen kriegerischen Auseinandersetzungen mit den Spaniern die Unabhängigkeit errungen. Jetzt wurden traditionelle Werte einer kritischen Überprüfung unterworfen. Die neue holländische Kunst suchte in Opposition zu alten Auffassungs- und Darstellungsweisen einen eigenen Standpunkt. Andere Künstler wie Frans Hals und Adriaen Brouwer schlugen einen herausfordernden, parodierenden Ton an. So stellte Brouwer die Götter Griechenlands als wüste Trunkenbolde mit bäuerisch karikierten Gesichtern dar.

Rembrandt war der Sohn eines wohlhabenden Müllers und erwarb an der Lateinschule in Leiden eine gute humanistische Bildung. Er gestaltet die antiken Szenen mit Sorgfalt und Intensität der Beobachtung, wobei es ihm um inhaltliche Aspekte geht. Die antike Päderastie sieht er kritisch, daher malt er nicht einen Jüngling, der sich von der Umwerbung geschmeichelt fühlt, sondern einen entsetzten, schreienden Knaben, der in seiner Angst und Verzweiflung die Blase entleert.



Rembrandt, Die Entführung des Ganymed, 1635, Galerie Alte Meister Dresden

© akg-images

Mit seinen Hell-Dunkel-Kontrasten vermag er Spannung zu erzeugen. Er überzeugt uns dadurch, dass jede Gestalt, die er darstellt, Empfindungen und Gefühle ausdrückt.

Dr. Peter Scharfe  
Kinder- und Jugendarzt  
Wilhelm-Weitling-Str. 3  
01259 Dresden

Red.: Kup

## Curriculum



### Block A

- A1 Praxisführung:** Abrechnung, Praxismanagement, (auch EDV-gestützte) Kommunikation, GOÄ, EBM, Igel
- A2 Hör-, Sprach- und Sprechentwicklungsstörungen**
- A3 Die kindliche Entwicklung:** Vorsorge-U, Screening-teste

### Block B

- B1 Blickdiagnostik und pädiatrische Dermatologie:** Effloreszenzen, Exantheme, Pflege
- B2 Atopische Erkrankungen:** Allergien, Asthma, Neurodermitis
- B3 Frühgeborene**

### Block C

- C1 Pädiatrische Endokrinologie:** Diabetes, Schilddrüse, Wachstumshormon
- C2 Auffälligkeiten im Verhalten:** ADS, Enuresis, neurologische Störungen
- C3 Infektionskrankheiten und Impfungen**

### Block D

- D1 Jugendmedizin und J1** (einschl. Bulimie, Anorexie)
- D2 Notfälle und Sofortmaßnahmen**
- D3 Gewalt und Missbrauch; Sucht**

### Block E

- E1 Hygiene**
- E2 Ernährung und Ernährungsstörungen**
- E3 Telefonleitfaden für MFA**

## Sonstige Tagungen und Seminare

### September 2013

- 5.–7. September 2013, Basel  
**16. Basler Symposium für Kinderorthopädie**  
 Info: [www.baslerkinderorthopaedie.oeg](http://www.baslerkinderorthopaedie.oeg)
- 26.–28. September 2013, Jena  
**50. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e.V. (GPR) 2013**  
 Info: [www.gpr-jahrestagung.de](http://www.gpr-jahrestagung.de)
- 27.–28. September 2013, Aschau  
**Kompaktseminar Kinderorthopädie für Pädiater**  
 Info: [www.bz-aschau.de](http://www.bz-aschau.de)
- 27.–28. September 2013, Berlin  
**16. interdisziplinäres Symposium z. entwicklungsfördernden und individuellen Betreuung von Frühgeborenen und ihren Eltern**  
 Info: [stillen.de](http://stillen.de)
- 27.–28. September 2013, Berlin  
**16. interdisziplinäres Symposium z. entwicklungsfördernden und individuellen Betreuung von Frühgeborenen und ihren Eltern**  
 Info: [stillen.de](http://stillen.de)
- 27.–28. September 2013, Essen  
**Syndromtag 2013**  
 – FACE – das Gesicht als Schlüssel zur Syndromdiagnose  
 Info: [www.syndromtag.de](http://www.syndromtag.de)
- 27.–28. September 2013, Ludwigshafen  
**15. FASD Fachtagung**  
 Info: [www.fasd-deutschland.de](http://www.fasd-deutschland.de)
- 27.–28. September 2013, Osnabrück  
**Basiskompetenz Patiententrainer**  
 Info: [www.akademie-luftikurs.de](http://www.akademie-luftikurs.de)

### Oktober 2013

- 11.–12. Oktober 2013, Tübingen  
**27. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie und Pneumologie Süd (AGPAS)**  
 Info: [www.agpas.de](http://www.agpas.de) und [info@wurms-pr.de](mailto:info@wurms-pr.de)
12. Oktober 2013, Dortmund  
**Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf Abschluss-, Fortbildungs-, Refresherkurs**  
 Info: [dorothee-grosse@akademiedo.de](mailto:dorothee-grosse@akademiedo.de)
- 25.–26. Oktober 2013, Osnabrück  
**Modul Asthmatrainer**  
 Info: [www.akademie-luftikurs.de](http://www.akademie-luftikurs.de)
- 26.–27. Oktober 2013, Wangen  
**Aufbaumodul Asthmatrainer**  
 Info: [www.aabw.de](http://www.aabw.de)

### November 2013

- 12.–15. November 2013, Hamburg  
**Kompaktkurs Kinderorthopädie**  
 Info: [www.kinderorthopaedie.org](http://www.kinderorthopaedie.org)
- 14.–17. November 2013, Osnabrück  
**Modul Adipositrainer**  
 Info: [www.akademie-luftikurs.de](http://www.akademie-luftikurs.de)
- 18.–21. November 2013, Osnabrück  
**DDG-Kurse Kommunikation und patientenorientierte Gesprächsführung in der Diabetologie**  
 Info: [www.akademie-luftikurs.de](http://www.akademie-luftikurs.de)
- 22.–23. November 2013, Osnabrück  
**Modul Neurodermitistrainer**  
 Info: [www.akademie-luftikurs.de](http://www.akademie-luftikurs.de)
29. November 2013, München  
**Vorkonferenz Frühdiagnostik und Frühtherapie bei Autismus Spektrum Störungen**  
 Info: [www.theodor-hellbruegge-stiftung.de](http://www.theodor-hellbruegge-stiftung.de)
- 29.–30. November 2013, Osnabrück  
**Basiskompetenz Patiententrainer**  
 Info: [www.akademie-luftikurs.de](http://www.akademie-luftikurs.de)
30. November – 1. Dezember 2013, München  
**Symposium Kindliche Sozialisation, Soziale Integration und Inklusion**  
 Info: [www.theodor-hellbruegge-stiftung.de](http://www.theodor-hellbruegge-stiftung.de)

### 2014

### Januar 2014

25. Januar 2014, Dortmund  
**Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf – Grundkurs**  
 Info: [dorothee-grosse@akademiedo.de](mailto:dorothee-grosse@akademiedo.de)

### März 2014

1. März 2014, Dortmund  
**Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf – Aufbaukurs**  
 Info: [dorothee-grosse@akademiedo.de](mailto:dorothee-grosse@akademiedo.de)
- 14.–15. März 2014, Bonn  
**28. Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie**  
 Info: [www.kinderorthopaedie.org](http://www.kinderorthopaedie.org)

### November 2014

15. November 2014, Dortmund  
**Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf Abschluss-, Fortbildungs-, Refresherkurs**  
 Info: [dorothee-grosse@akademiedo.de](mailto:dorothee-grosse@akademiedo.de)

# Fortbildungstermine



## August 2013

31. August 2013

### Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkJ e.V., in Dresden

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

31. August – 1. September 2013

### Pädiatrie zum Anfassen

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

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

## September 2013

7. September 2013

### 16. Seminartagung des LV Hessen

des bvkJ e.V., in Bad Nauheim

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

18. September 2013

### Veranstaltungsreihe «Immer etwas Neues» des BVKJ e.V. in Bielefeld

Selektivverträge, Ernährung in den ersten 100 Tagen, Influenza bei Kindern, Neue Aspekte zum atopischen Ekzem – Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-11, Fax: 0221/683204 (bvkJ.buero@uminfo.de)

25. September 2013

### Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern

des bvkJ e.V., in Rostock

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

## Oktober 2013

12.–16. Oktober 2013

### 41. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkJ e.V., in Bad Orb

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

17.–18. Oktober 2013

### Patientenorientierte ärztliche Selbsterfahrung (10 bzw. 14 Stunden)

des bvkJ e.V., in Bad Orb

(für Teilnehmer des Grundkurses „Psychosomatische Grundversorgung“)

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

## November 2013

2. November 2013

### Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvkJ e.V., in Verden

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

6. November 2013

### Veranstaltungsreihe «Immer etwas Neues» des BVKJ e.V. in Stuttgart

Selektivverträge, Ernährung in den ersten 100 Tagen, Influenza bei Kindern, Neue Aspekte zum atopischen Ekzem – Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-11, Fax: 0221/683204 (bvkJ.buero@uminfo.de)

16.–17. November 2013

### 11. Pädiatrie zum Anfassen

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

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

29.–30. November 2013

### PRAXISABGABESEMINAR

und

30. November – 1. Dezember 2013

### 2. Orientierungskongress des BVKJ und der DGKJ

des bvkJ e.V., in Frankfurt

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

## 2014

### März 2014

7.–9. März 2014

### 20. Kongress für Jugendmedizin

des bvkJ e.V., in Weimar

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

13.–16. März 2014

### 11. Assistentenkongress

des bvkJ e.V., in Köln

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

### Juni 2014

13.–15. Juni 2014

### 44. Kinder- und Jugendärztetag 2014

Jahrestagung des bvkJ e.V., in Berlin

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

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

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

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

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



## Geburtstage im September 2013

### 65. Geburtstag

Frau Dr. med. Klaudia *Zerbin*, Rostock, am 04.09.

Herrn Dr. med. Wolfgang *Hamm*, Bad Säckingen, am 18.09.

Herrn Dr. med. Karlheinz *Staudacher*, Weingarten, am 20.09.

Herrn Diplom-Biologe Heinz Werner *Wallenstein*, Frechen, am 20.09.

Frau Dr. med. Almut *Rogall-Knebel*, Hamburg, am 21.09.

Frau Dr. med. Margarete *Mund*, Mannheim, am 23.09.

Herrn MD Dr. med. Hubertus *Grandel*, Regenstauf, am 24.09.

Herrn Dr. med. Bernd Dieter *Fenne*, Hildesheim, am 25.09.

Frau Dr. med. Marie-A. *von Wendt*, Erlangen, am 25.09.

Herrn Dr. med. Ulrich *Fegeler*, Berlin, am 26.09.

Frau Dipl.-Med. Hannelore *Sommer*, Zwickau, am 27.09.

Herrn Dipl.-Med. Peter *Ladstätter*, Neuenhaus, am 29.09.

Frau Dr. med. Regine *Staudt*, Passau, am 29.09.

Herrn Dr. med. Hans-Christoph *Sengespeik*, München, am 30.09.

### 70. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hartwig *Hußmann*, Hamburg, am 02.09.

Herrn Dr. med. Johannes *Zimmermann*, Wuppertal, am 03.09.

Frau Dipl.-Med. Maria *Huhn*, Dresden, am 06.09.

Frau Dr. med. Ursula *Lenk*, Schönfeld, am 06.09.

Frau Dr. med. Ingrid *Armbruster*, Mannheim, am 11.09.

Herrn Dr. med. Wolfdieter *Schiecke*, Eutin, am 11.09.

Frau Dr. med. Helena *Schweppe-Nickl*, Boldolz, am 13.09.

Herrn Horst *Lommatzsch*, Zwickau, am 14.09.

Herrn Dr. med. Kuang Yung *Tjhen*, Rottenburg, am 17.09.

Frau Dr. med. Barbara Ulberte *Schemmel*, Rostock, am 19.09.

Herrn Christian *Karwot*, Dortmund, am 20.09.

Frau Christiane *Rang*, Stotternheim, am 20.09.

Frau Dr. med. Bärbel *Theuerkorn*, Plettenberg, am 20.09.

Herrn Dr. med. Manfred *Stein*, Hamburg, am 22.09.

Herrn Hans Peter *Dix*, Immelborn, am 23.09.

Frau Dr. med. Brigitte *Weise*, München, am 23.09.

Frau Dr. med. Hildegard *Peus*, Essen, am 28.09.

Herrn Dr. med. Alois *Neudecker*, Mühldorf, am 29.09.

Herrn Dr. med. Jens *Tessmar*, Schriesheim, am 29.09.

Frau Dr. med. Jutta *Vogel*, Heidelberg, am 29.09.

### 75. Geburtstag

Frau Dr. med. Ingrid *Müller*, Rostock, am 01.09.

Herrn Dr. med. Georg *Walther*, Menden, am 04.09.

Herrn Dr. med. Heinz-Joachim *Hermes*, Magdeburg, am 09.09.

Frau Dr. med. Dorothea *Sack*, Kreuzlingen, am 11.09.

Herrn Prof. Dr. med. Karl *Bergmann*, Berlin, am 13.09.

Herrn Dr. med. Helmger *Schotola*, Kassel, am 18.09.

Herrn Dr. med. Wolfgang *Nienaber*, Telgte, am 21.09.

Herrn Dr. med. Siegfried *Kroll*, Mainz, am 22.09.

Herrn Dr. med. Gerald *Charlot*, Wuppertal, am 23.09.

### 80. Geburtstag

Herrn OMR Dr. med. Frank-Jörg *Gutsmuths*, Leipzig, am 08.09.

### 81. Geburtstag

Herrn Dr. med. Werner *Schneider*, Schwetzingen, am 11.09.

Herrn Dr. med. Hans-Martin *Metzger*, Pforzheim, am 19.09.

Herrn Med.Dir. Walter *Pösch*, Bremen, am 28.09.

### 82. Geburtstag

Herrn Dr. med. Manfred *Marz*, Augsburg, am 02.09.

Herrn Dr. med. Horst *Gebauer*, Bischofswerda, am 06.09.

Herrn Dr. med. Walter *Pössel*, Berlin, am 23.09.

Frau Dr. med. Anita *Kahlow*, Berlin, am 25.09.

### 84. Geburtstag

Herrn Dr. med. Jochem *Kaufmann*, Bamberg, am 04.09.

Frau Dr. med. Eva *Pflug*, Göppingen, am 05.09.

### 85. Geburtstag

Frau Dr. med. Annemarie *Haake*, Hannover, am 02.09.

### 86. Geburtstag

Frau Dr. med. Inge *Ritter*, Köln, am 16.09.

Herrn Dr. med. Siegfried *Adler*, Eberswalde, am 26.09.

### 87. Geburtstag

Frau Dr. med. Maria-Luise *Koch*, Hamburg, am 27.09.

Herrn Dr. med. Karlhorst *Bacus*, Mülheim, am 30.09.

### 88. Geburtstag

Herrn Dr. med. Herbert *Marx*, Lüdinghausen, am 18.09.

Herrn Dr. med. Eberhard *Kreikemeier*, Kronshagen, am 23.09.

### 90. Geburtstag

Herrn Dr. med. Gerhard *Ritscher*, Pfaffenhofen, am 10.09.

Herrn Dr. med. Friedrich *Bettecken*, Villingen-Schwenningen, am 13.09.

### 91. Geburtstag

Frau Dr. med. Rosa *Gottanka*, Neuburg, am 13.09.

Frau Dr. med. Susanne *Behrendt-Linke*, Berlin, am 25.09.

### 93. Geburtstag

Frau Dr. med. Marianne *Bothner*, Stuttgart, am 01.09.

Herrn Prof. Dr. med. Helmut *Karte*, Bad Dürkheim, am 04.09.

Frau Dr. med. Hildegard *Fuisting*, Borken, am 05.09.

### Wir trauern um:

Frau Dr. med. Isolde *Ebert*, Aalen

Frau Dr. med. Anna *Moesgen*, Bonn

Frau Dr. med. Gisela *Wengler*, Bad Kreuznach

Frau Dr. med. Erika *Wiedey*, Schwerte

## Als neue Mitglieder begrüßen wir



**Landesverband  
Baden-Württemberg**  
Herrn Dr. med. Jan *Maier*



**Landesverband  
Hamburg**  
Frau Dr. med. Elke *Hammer*



**Landesverband  
Schleswig-Holstein**  
Frau Dr. med. Kirsten  
*Bleckmann*  
Frau Dr. med. Christiane *Hansen*  
Herrn Prof. Dr. med. Felix *Riepe*



**Landesverband Bayern**  
Frau Dr. med. Maria *Timischl-  
Keller*



**Landesverband  
Niedersachsen**  
Frau Nadine *Jentsch*  
Herrn Michael *Langer*



**Landesverband Berlin**  
Frau Purnima *Das*  
Herrn Dr. med. Alfred *Freund*  
Herrn Dr. med. Gunnar *Hiesgen*



**Landesverband Nordrhein**  
Frau Mirena *Epmeier*  
Herrn Florian Johannes *Ott*



**Landesverband  
Thüringen**  
Frau Dr. med. Antje *Rosenhahn*



**Landesverband  
Brandenburg**  
Frau Dr. med. Petra *Hoffmann*  
Frau Dr. med. Siegrun *Mebus*



**Landesverband Sachsen**  
Frau Dr. med. Katharina *Heisch*  
Frau Kerstin *Prager*



**Landesverband  
Westfalen-Lippe**  
Frau Dr. med. Rinske  
*van Zijderveld*



## „Psychosomatische Grundversorgung für Kinder- und Jugendärzte“

Vom 22.-24. November 2013 und vom 24.-26. Januar 2014  
findet in Celle ein neuer Kurs statt



Gern erwarten wir Ihre Anmeldung auf nachfolgendem Coupon per Fax an: **0221 68909-78**

### Anmeldung

**Psychosomatische Grundversorgung Kinder und Jugendlicher**

**Vom 22.-24. Nov. 2013 und vom 24.-26. Jan. 2014 in Celle**

**jeweils Freitag 9 Uhr bis Sonntag 19 Uhr** (beide Module sind ausschließlich als Einheit zu buchen)

Hiermit melde mich verbindlich für die o. g. Fortbildung in Celle an.

Titel, Vor- und Nachname:	
Straße und Nr.:	
PLZ und Ort:	
Telefon/Telefax:	
E-Mail:	

Ich bin Mitglied im BVKJ

nicht Mitglied im BVKJ

nicht Mitglied im BVKJ, möchte aber beitreten

**Kostenbeitrag**

für Mitglieder im BVKJ

€ 985,-

für Nichtmitglieder (Teilnahme nur bei Verfügbarkeit möglich)

€ 1.100,-

Eine Stornierung ist nur bis 1 Woche vor Veranstaltungsbeginn und unter Nennung eines Ersatzkandidaten möglich. (Die Umbuchungsgebühr beträgt 20 % der Seminaregebühr) Danach sind die vollen Seminaregebühren zu zahlen.

Um die Durchführung des Seminars kostendeckend zu gewährleisten ist eine Mindestteilnehmerzahl nötig. Aus diesem Grunde behalten wir uns vor, ggfs. den Kurs bei zu geringer Nachfrage abzusagen (kostenfreie Rückgabefristen des Hotels werden dabei berücksichtigt).

.....  
Datum, Unterschrift/Stempel

# Neuer Sechsfach-Impfstoff in der Fertigspritze

**Der gebrauchsfertige Impfstoff vermittelt effektiven Schutz und vereinfacht das Impfmanagement**

Der neue Kombinationsimpfstoff Hexyon schützt vor Infektionen mit Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Hepatitis B, Poliomyelitis und Haemophilus influenzae Typ b. Kleinkinder und Säuglinge können im Alter von sechs Wochen bis zu 24 Monaten immunisiert werden.

Weltweit sterben Kinder an Krankheiten wie Tetanus oder Diphtherie, denen mittels Impfung leicht vorzubeugen ist. „Kleinkinder und Säuglinge sind hier besonders gefährdet und Ansteckungsmöglichkeiten sind immer gegeben“, betonte Prof. Markus A. Rose aus Frankfurt, „sei es durch Reisen oder Arbeitsaufenthalte im Ausland oder durch eingeschleppte Erreger.“ Der Pädiater berichtete von Eltern kleiner Kinder mit exotischen Reisezielen. Er forderte, an deren Verantwortung zu appellieren, bei der Reiseplanung auch an den gesundheitlichen Schutz der Kinder zu denken.

Doch selbst in Europa flackern verschiedene Krankheiten ohne Impfschutz rasch wieder auf. Rose verdeutlichte dies am Beispiel Kosovo: Einige Jahre nach dem Krieg, in dem alle Impfprogramme zum Erliegen kamen, ereignete sich ein massiver Polio-Ausbruch mit 139 Erkrankten und 16 Toten. „Wir müssen daher immer wieder kommunizieren, dass diese Krankheiten keinesfalls ausgerottet sind, sondern in der Mehrzahl der Länder weiterhin vorkommen“, erklärte Rose.

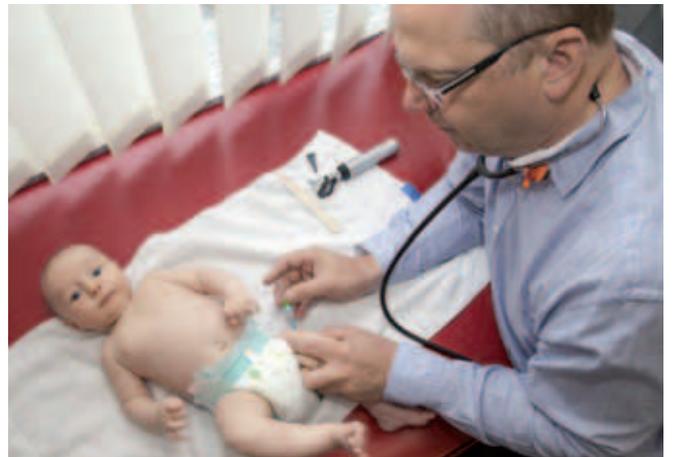
## Frühzeitig und kombiniert impfen

Eine möglichst frühzeitige Impfung schützt die Kinder vor Infektionen und wird beispielsweise von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfohlen. Sowohl die STIKO als auch die WHO befürworten zudem, für die frühkindlichen Routineimpfungen einen kombinierten Impfstoff einzusetzen. Die Vorteile der kombinierten Impfstoffe sind offensichtlich: Sie vermindern die Arztbesuche und verringern die Anzahl schmerzhafter Injektionen. Dadurch verbessern sie die Compliance und die Krankheitsprävention.

Seit 1. Juli 2013 steht dafür auch der pädiatrische Sechsfach-Impfstoff Hexyon zur Verfügung. Er dient zur Grundimmunisierung und zur Auffrischung gegen Infektionen mit Diphtherie (D), Pertussis (aP), Tetanus (T), Hepatitis B (HB), Poliomyelitis (IPV) und Haemophilus influenzae Typ b (Hib). Gemäß dem Impfkalendar der STIKO sollte die Grundimmunisierung im Alter von 2, 3 bzw. 4 Monaten erfolgen, die Auffrischung im Alter von 11 bis 14 Monaten. „Wir haben Kombinationsimpfstoffe, mit denen wir auf einer soliden Basis stehen und diese sollten wir nutzen“, bekräftigte Rose. Von Impfungen mit Einzelkomponenten, wie sie einzelne Kollegen noch immer praktizieren, riet er dringend ab.

## Gute Schutzwirkung bei vergleichbarer Sicherheit

Ob bereits im Säuglingsalter gegen Hepatitis B geimpft werden sollte, wird unter Pädiatern kontrovers diskutiert. Rose gab zu bedenken, dass aufgrund der hohen Virulenz kleinste Mengen an Blut zur Infektion ausreichen und früh infizierte Kinder zudem häufig eine chronische Infektion erleiden. „Daher ist es wichtig, einen gut wirksamen, potenten Impfstoff zu haben.“ Das speziell für Hexyon entwickelte Hepatitis-B-Antigen (HBsAg) wird in einem Hefe-Expressionssystem hergestellt. Geprüft wurde das Antigen im Vergleich zu existierenden Hepatitis-B-Impfstoffen im Rahmen von Standardprogrammen. „Gerade in Ländern mit hoher



**Er machte den Anfang: Das erste mit Hexyon® geimpfte Baby in Deutschland**

© Sanofi Pasteur MSD

Durchsuchungsrate zeigte der Impfstoff eine sehr gute Schutzwirkung“, berichtete der Referent. Die übrigen Antigenkomponenten entsprechen dem Fünffach-Impfstoff Pentavac.

Die Zulassung von Hexyon beruht auf einer breiten Datenbasis: In 12 internationalen Studien erhielten nahezu 5000 Kinder den Impfstoff zur Grundimmunisierung (n=3424) oder als Auffrischung (n=1511). Hexyon rief eine starke Immunantwort gegen alle enthaltenen Antigene (DTaP-IPV-HB-Hib) hervor und zeigte eine mit dem hexavalenten Kontrollimpfstoff vergleichbare Schutzwirkung.

Wie Rose betonte, kann Hexyon auch bei Kindern zur Auffrischung eingesetzt werden, die zur Grundimmunisierung einen anderen Sechsfach-Impfstoff oder einen Fünffach-Impfstoff plus monovalenten Hepatitis B-Impfstoff erhielten. „Mehrere Untersuchungen zeigten trotz unterschiedlicher Grundimmunisierungen absolut vergleichbare Immunantworten nach der Boosterung mit Hexyon“, berichtete der Pädiater. Wichtig sei zudem, dass Hexyon zeitgleich mit weiteren Impfstoffen verabreicht werden kann, etwa gegen Pneumokokken, Rotaviren oder Masern/ Mumps/Röteln (MMR).

Verglichen mit einem hexavalenten Kontrollimpfstoff traten unter Hexyon nahezu identische Nebenwirkungen auf. Am häufigsten wurde von Reizbarkeit, Weinen oder Schmerzen berichtet. „Der Anteil an Grad-3-Nebenwirkungen war jedoch vernachlässigbar gering“, erklärte der Referent.

## Einfacheres Impfmanagement

„Der neue Impfstoff passt sich perfekt in die tägliche Impfpraxis ein“, betonte Rose. Da die Fertigspritze alle Antigene (DTaP-IPV-HB-Hib) gebrauchsfertig enthält, sind deutlich weniger Arbeitsschritte und somit eine geringere Vorbereitungszeit erforderlich. Als großen praktischen Vorteil sieht der Pädiater, dass sich dadurch das Fehlerrisiko sowie die Verletzungsmöglichkeiten beim Personal deutlich verringern. Auch sinkt das Risiko, den Impfstoff zu kontaminieren.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Quelle: 14. Heidelberger Symposium am 14.-15. Juni 2013 in Frankfurt, veranstaltet von Sanofi Pasteur MSD, Leimen.

# Rotavirus-Impfung: Die STIKO hat entschieden

- Empfehlung zur Rotavirus-Standardimpfung von Säuglingen
- Viele Kassen erstatten bereits Impfkosten

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat entschieden: Sie empfiehlt seit Juli 2013 die Rotavirus-Impfung für alle Säuglinge.<sup>1</sup> Die Impfsreihe soll im Alter von 6 bis 12 Wochen begonnen werden und muss je nach Impfstoff spätestens bis zur vollendeten 24. bzw. 32. Lebenswoche abgeschlossen sein. Ziel dieser Impfprophylaxe ist die Reduzierung von Krankenhauseinweisungen betroffener Kinder unter fünf Jahren durch Rotavirusinfektionen.

## Die Schluckimpfung hilft

Seit 2006 sind zwei Lebendimpfstoffe gegen Rotaviren in Deutschland zugelassen. Beide Impfstoffe werden als Schluckimpfung gegeben, sind gut wirksam, schützen sicher vor Rotavirus-Infektionen und haben ein günstiges Nebenwirkungsprofil. Selbst das Invaginationsrisiko ist nach aktuellen Untersuchungen als äußerst gering einzustufen. Die Rotavirus-Schluckimpfstoffe sollen Säuglingen bereits ab einem Alter von 6 Wochen gegeben werden und müssen, je nach Impfstoff, zwei- bzw. dreimal verabreicht werden. Die vollständige Impfsreihe sollte so früh wie möglich, jedoch spätestens mit 24 bzw. 32 Wochen abgeschlossen sein.<sup>2</sup> Im Falle der Verabreichung des 2-Dosen-Impfstoffs kann die Impfsreihe bereits in der 10. Lebenswoche abgeschlossen werden. Besonders deutlich ist der Hinweis der STIKO, die Impfsreihe frühzeitig zu beginnen und rechtzeitig abzuschließen.<sup>1</sup>

## Zahlen sprechen für sich

Unter den Ein- und Zweijährigen erkranken nach den Meldedaten etwa 1.000 von 100.000 Kindern.\* Nach dem zweiten Lebensjahr ist es noch etwa die Hälfte. Kritisch ist vor allem die hohe Rate an erforderlichen Krankenhauseinweisungen: Fast fünf von zehn der unter 5-Jährigen, die an einer Rotavirus-Infektion erkranken, müssen stationär behandelt werden. Dass diese Zahl deutlich gesenkt werden kann, zeigte das Beispiel des Freistaates Sachsen, der in Eigeninitiative eine Rotavirus-Standardimpfung einführte und damit neun von zehn Krankenhausaufenthalten vermeiden konnte.<sup>3,4</sup>

## Wer zahlt für die Impfung?

Da die Impfung bisher nicht offiziell von der STIKO empfohlen wurde, gab es auch keine verpflichtende Kostenüber-



nahme durch die Krankenkassen. Viele Krankenkassen übernehmen bereits die Kosten im Rahmen von Satzungsleistungen, wie beispielsweise die Techniker Krankenkasse, die meisten AOKen, viele BKKen und IKKen oder die Barmer GEK. Betroffene Eltern bestätigten aber, dass sie die Kosten der Schluckimpfung auch gerne selbst übernommen hätten, da diese in keinem Verhältnis zu den Belastungen des Kindes und des Familienlebens stünden.<sup>5</sup> Der Gemeinsame Bundesausschuss hat nun drei Monate Zeit, also bis Oktober 2013, um über die STIKO-Empfehlung zu entscheiden. Danach kann die Impfung allgemeine Kassenleistung werden.

**Eine Liste der Kassen, die eine Impfung gegen Rotaviren übernehmen, finden Sie im Internet unter [www.gesundekind.de](http://www.gesundekind.de).**

Quellen:

1. Bundesgesundheitsblatt 2013 56:955-956, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

2. Fachinformation Rotarix® / Rotateq®

3. Robert Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin 03/2013

4. [www.slaek.de](http://www.slaek.de)

5. Borte et al. 25th Annual Meeting of the ESPID, Porto, Portugal, 2.-4. Mai 2007, Book of Abstracts, Abstracts number: 309

\* Zwar handelt es sich bei der Rotavirus-Infektion um eine meldepflichtige Krankheit, da die Ursache für Brechdurchfälle jedoch in der Regel nicht getestet wird, ist von einer erheblichen Untererfassung der Rotavirus-bedingten Krankheitsfälle auszugehen.

Nach Informationen von GlaxoSmithKline GmbH, München

# ADHS-Management: zielorientierte Behandlungsplanung für eine bessere Adhärenz

Gemeinsam vereinbarte Therapieziele und eine regelmäßige Überprüfung der Zielerreichung können dabei helfen, die Therapieadhärenz von ADHS-Patienten zu verbessern. Neue, von einem internationalen Expertenteam erarbeitete und von der Shire Deutschland GmbH zur Verfügung gestellte Materialien unterstützen Ärzte und Therapeuten bei einer zielorientierten Behandlungsplanung.

Das neu entwickelte Instrumentarium zur zielorientierten Behandlungsplanung umfasst fünf Frage- und Feedback-Bögen. Mit Hilfe der Bögen kann der Therapeut die konkreten Probleme, Bedürfnisse und Erwartungen des Patienten und seiner Bezugspersonen erfragen und gemeinsam mit allen Beteiligten Therapieziele festlegen. Aktuelle Studienergebnisse zufolge ist zu erwarten, dass eine gute Übereinkunft zwischen Arzt, Patient und Eltern bezüglich der Therapieziele die Adhärenz und damit auch das Behandlungsergebnis verbessert (1).

## Beeinträchtigungen im Fokus

Während die Diagnostik auf Symptome fokussiert, stellt die zielorientierte Behandlungsplanung die Beeinträchtigungen in den Mittelpunkt – denn die Betroffenen wünschen sich meist konkrete Veränderungen in der Familie, in der Schule oder in der Freizeit. „Die Therapieplanung muss auf die individuelle Situa-



Abb. 1: Ablauf und Instrumente einer zielorientierten Behandlungsplanung bei ADHS

tion ausgerichtet sein“, betont Dr. Frank W. Paulus, leitender Psychologe der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes, der das Instrumentarium mit entwickelt hat.

## Für mehr Zufriedenheit und Therapietreue

Die Bögen unterstützen das individuelle Vorgehen des Therapeuten, indem sie dabei helfen, den Gesprächsverlauf effektiver zu gestalten und die gemeinsam gesetzten Ziele stets im Blick zu behalten. Durch die Dokumentation der Fortschritte können sie die Behandlungsmotivation und die Therapieadhärenz bei den Betroffenen und deren Eltern fördern. „Die Therapie-

ziele werden verbindlicher im Alltag verankert. Und angesichts des Erfolgs und der höheren Patientenzufriedenheit macht die Arbeit auch dem Behandler mehr Spaß“, resümiert Paulus seine Erfahrung mit den neuen Materialien.

Die Mappe mit den Bögen zur zielorientierten Behandlungsplanung kann kostenfrei bei der Shire Deutschland GmbH angefordert werden:

[info.adhs.de@shire.com](mailto:info.adhs.de@shire.com)

(1) Fegert JM et al. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res 2011,11: 245–252.

Nach Informationen von Shire Deutschland GmbH, Berlin

Abb. 2: Dr. Frank W. Paulus, leitender Psychologe der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes

