

bvkJ.

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

Heft 9/12 · 43. (61.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Datenbank für
dicke Kinder

Fortbildung:

Bauchschmerzen

Berufsfragen:

Vorsorgen
an Schulen?

Magazin:

Beschneidung:
Was lehrt uns die
Medizingeschichte?

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

bvkJ.



© Firma V - Fotolia.com



Die Rolle der Ärzte im Diskurs über die Beschneidung – oder: was lehrt uns die Medizingeschichte?

S. 520

Inhalt 09 | 12

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

Forum

- 467 Vermischtes
- 468 **Kinder aus der Gewichtsbalance**
- 470 **Das Leser-Forum**
- 472 **Impfaufklärung für Migranten**
Regine Hauch
- 473 **Wenn die Zeit rast: ADHS-Kinder nehmen Zeit anders wahr**
- 474 **Office-Pädiatrie: Sepsis und Meningitis bei Säuglingen und Kleinkindern**
Karl Ernst von Mühlendahl
- 478 **Studie belegt Lücken in der Versorgung junger Schmerzpatienten**
- 478 **Eine Frage an Prof. Boris Zernikow**
Regine Hauch
- 480 Vermischtes
- 483 **Mein Baby ist gar nicht so krank**
Regine Hauch
- 484 Happy mit der Tasche
- 486 Vermischtes

Fortbildung

- 488 **Highlights aus Bad Orb: Bauchschmerzen, Harnwege und Niere**
Eberhard Kuwertz-Bröking, Annett Birgitta Kranz
- 494 **Highlights aus Bad Orb: Besonderheiten der Ernährung von Frühgeborenen nach Entlassung**
Frank Jochum, Antonia Nomayo
- 499 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Antonia K. Kienast
- 499 Impressum
- 502 **Consilium Infectiorum: Differenzierung zwischen Nahrungsmittelallergie auf Nüsse und oralem Allergiesyndrom**
Bodo Niggemann
- 504 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**

Berufsfragen

- 506 **Kindervorsorgen an den Schulen**
Christoph Kupferschmid
- 508 **Meine Meinung**
Christoph Kupferschmid
- 508 Wahlauf Ruf
- 510 **Vorsicht bei Branchenverzeichnissen und Adressbuchfirmen**
Kyrill Makoski
- 512 **Checklisten helfen, Fehler zu vermeiden**
Christian Tschauner, Hans Dieter Matthiessen
- 516 **Die Rechtslage nach dem Urteil des Landgerichts Köln zur Jungenbeschneidung**
Andreas Meschke
- 519 **Aus der Sprechstunde: Auskunftsanspruch getrennt lebender Eltern gegen den Pädiater**
Andreas Meschke

Magazin

- 520 **Die Rolle der Ärzte im Diskurs über die Beschneidung – oder: was lehrt uns die Medizingeschichte**
Robert Jütte
- 523 Praxistafel
- 524 Tagungen und Seminare
- 526 Paediatric-Termine
- 527 **Ich bin dann mal abgewickelt**
Uwe Goering
- 528 Fortbildungstermine BVKJ
- 530 Personalia
- 532 **Nachrichten der Industrie**
- 538 Wichtige Adressen des BVKJ

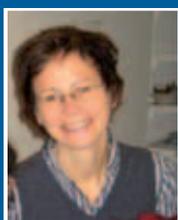
Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt in voller Auflage ein Supplement der Firma Milupa sowie als Teilbeilagen die Programmhefte Pädiatrie zum Anfassen Bamberg und Pädiatrie zum Anfassen Berlin bei.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Highlights aus Bad Orb ●●●

Bauchschmerzen, Harnwege und Niere



Dr. med. Eberhard
Kuwertz-Bröking

Dr. med. Annett
Birgitta Kranz

Erkrankungen der Niere und der Harnwege können Schmerzen im Bauchraum verursachen. Bei jüngeren Kindern finden sich eher diffuse, nicht eindeutig lokalisierbare Bauchschmerzen, bei älteren Kindern lokalisierbare Schmerzen.

Schmerzen entstehen bei Entzündung in den Harnwegen und in der Niere (Zystitis, Pyelonephritis, akute fokale bakterielle Nephritis, Nierenabszess), und bei Überdehnung der ableitenden Harnwege (z.B. bei Ureterabgangsstenose, Urolithiasis). In seltenen Fällen kann eine tubulointerstitielle Nephritis zu heftigen, von der Niere ausgehenden Schmerzen führen. Hereditäre Zystennieren führen im Kindesalter nur sehr selten zu Schmerzsymptomen.

Bauchschmerzen sind ein typisches Phänomen der chronischen Obstipation. Die funktionelle chronische Obstipation ist häufig begleitet von nephrologischen Komorbiditäten: einer funktionellen Blasendysfunktion (mit und ohne Harninkontinenz) und rezidivierenden Harnwegsinfektionen. Kinder mit Blasendysfunktion zeigen überdurchschnittlich häufig Stuhlentleerungsprobleme (mit/ohne Stuhlschmierer), die oft erst im diagnostischen Prozess erkannt werden.

Bauchschmerzen können in manchen Fällen im Zusammenhang mit Erkrankungen der Harnwege und der Nieren entstehen. Eine Zusammenfassung möglicher Erkrankungen findet sich in Tabelle 1. Die Schmerzsymptomatik ist gerade bei kleinen Patienten oft uncharakteristisch, und die Schmerzen sind nicht lokalisierbar.

Harnwegsinfektionen

Sie gehören zu den häufigsten bakteriellen Erkrankungen des Kindesalters. Während Harnwegsinfektionen bei Jungen meist nur im Säuglingsalter auftreten, er-

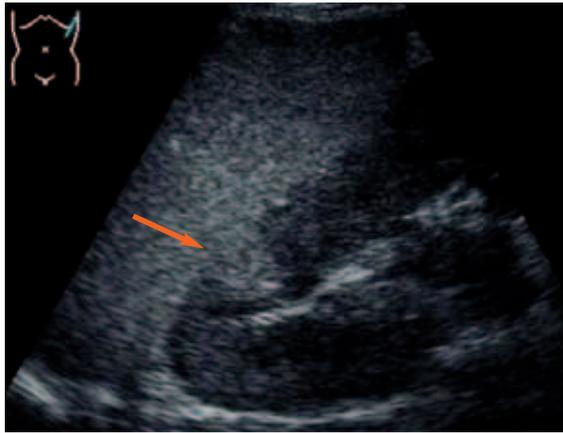
leiden bis zu 8% der Mädchen bis zur Pubertät mindestens eine symptomatische Harnwegsinfektion, bis zu 5% der Mädchen leiden an rezidivierenden **Blasentzündungen**. Unterbauchschmerzen, Abgeschlagenheit und allgemeine Schwäche, häufiger Harndrang, Brennen bei Miktion, sekundäre Harninkontinenz und Temperaturerhöhungen bis 38,5° sind typische Symptome.

Während die **akute Pyelonephritis** beim älteren Kind und beim Jugendlichen Schmerzen im Bereich der Flanke und/oder des Nierenlagers verursacht, sind bei Kleinkindern die Schmerzsymptome oft uncharakteristisch und äußern sich in diffusen Bauchschmerzen, hohem Fieber deutlich über 38,5°C und ausgeprägtem Krankheitsgefühl. Eine pathologische Leukozyturie und Bakteriurie, in der Blutuntersuchung eine Leukozytose und CRP-Erhöhung über 20 mg/l sind für die Diagnose einer Pyelonephritis zu fordern. Differenzialdiagnostisch ist eine akute Appendizitis, eine basale Pneumonie oder Pleuritis abzugrenzen. In seltenen Fällen kann eine **akute fokale bakterielle Nephritis (AFBN)** (eine seltene Variante einer interstitiellen bakteriellen Nephritis) oder ein **Nierenabszess** zu starken Bauch- und/oder Flankenschmerzen führen. Ein septisches Krankheitsbild mit hohem Fieber über mehrere Tage (gelegentlich trotz adäquater antibakterieller Therapie) und deutlich beeinträchtigtem Allgemeinbefinden ist typisch. Eine Pyurie und Bakteriurie sind nicht immer nachweisbar. Die Diagnose kann nur durch eine sorgfältige Ultraschalluntersuchung der Nieren gestellt werden. Typisch bei der AFBN sind fokale, zum Teil inhomogene Bezirke mit ver-

Infektionen der Harnwege und der Niere	Zystitis Pyelonephritis Akute fokale bakterielle Nephritis Nierenabszess
Harnabflussstörung	Ureteropelvine Stenose Harnabflussstörung bei Urolithiasis
Tubulo-Interstitielle Nephritis	Allergisch-hypersensitiv: z.B. Arzneimittel Viral: z.B. Hantavirusinfektion Autoimmun: TINU (tubulointerstitielles Nephritis- und Uveitis-Syndrom)
Zystennieren	ADPKD (Autosomal dominant polycystic kidney disease)
Obstipation	Assoziation mit funktioneller Blasendysfunktion und Harnwegsinfektionen, mit/ohne Harninkontinenz

Tab. 1: Bauchschmerzen in Zusammenhang mit Erkrankungen der Harnwege und der Nieren

Abb. 1: Akute fokale bakterielle Nephritis der linken Niere



änderter Echogenität (Abb. 1) und einem lokalen Perfusionsdefizit. Beim **Nierenabszess** finden sich echoarme bis echoreiche Raumforderungen (abhängig von dem Ausmaß der Eiterbildung).

Ureterabgangsstenose (ureteropelvine Stenose)

In den meisten Fällen wird heute eine ureteropelvine Stenose im Rahmen intrauteriner oder postpartaler Ultraschalluntersuchungen entdeckt. Die Harnwegsinfektion als primäres Symptom ist selten geworden. Eine Ureterabgangsstenose verursacht im Säuglings- und Kleinkindesalter nur extrem selten Schmerzen, im Kindergarten- und Schulalter jedoch werden Flanken- und Bauchschmerzen (zum Teil kolikartig) beobachtet. Schmerzen können in Abhängigkeit von der Trinkmenge und auch von der Art der Bewegung (Sport) auftreten. Zwei wesentliche Ursachen der Ureterabgangsstenose werden unterschieden: die intrinsische Stenose, charakterisiert durch strukturelle Wandveränderungen am pyeloureteralen Übergang und die extrinsische Stenose, verursacht durch akzessorische oder auch aberrierende Polgefäße, die den Harnleiter knapp unterhalb des Abgangs aus dem

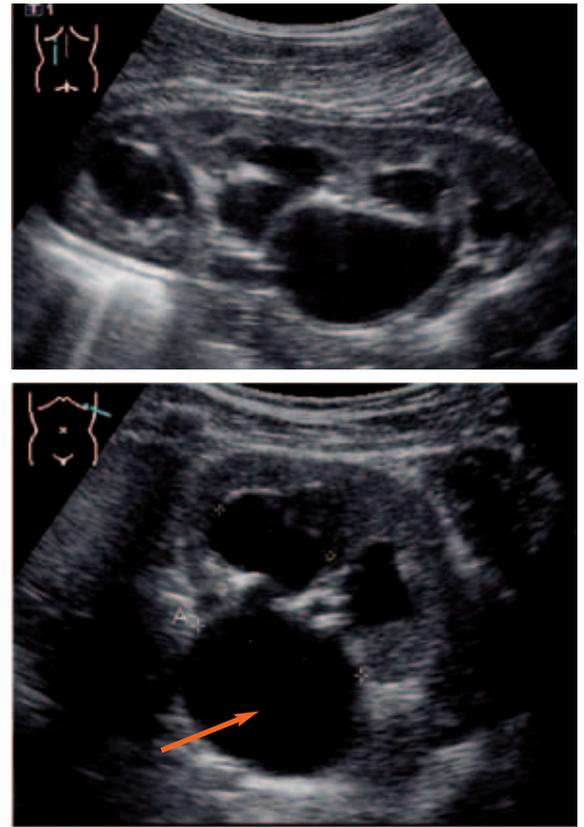
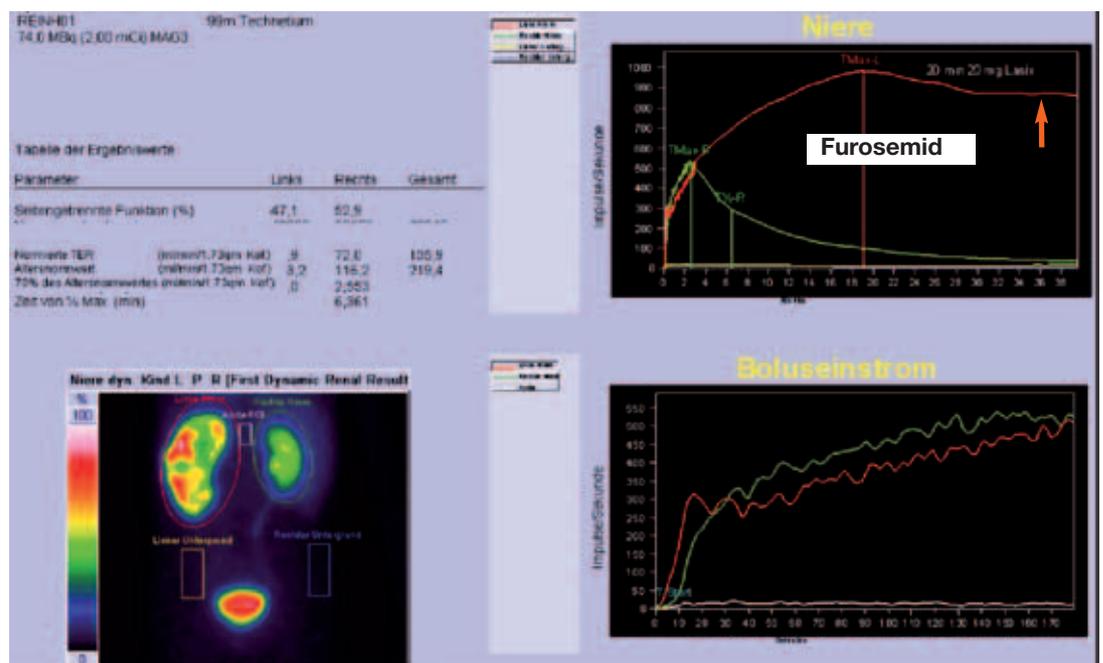


Abb. 2 und 3: Nierenbeckendilatation links, Harntransportstörung Stadium III bei einem 10-jährigen Kind mit kolikartigen Flanken- und Bauchschmerzen

Nierenbecken einengen. In der Routinesonographie kann die Dilatation sehr unterschiedliche Ausmaße haben, bei Flüssigkeitsbelastungen (z.B. Diuresesonographie mit Gabe von Furosemid) kann jedoch eine deutliche Zunahme der Aufweitung des NBKS beobachtet werden (Abb. 2 und 3). Bei der notwendigen nuklearmedizinischen

Abb. 4: Nierenfunktionsszintigraphie bei einem Kind mit kolikartigen Flanken- und Bauchschmerzen und Harntransportstörung III links: urodynamisch relevante Harnabflussstörung



nischen Diagnostik wird die seitentrennte Nierenfunktion bestimmt, zudem die Harnabflussverhältnisse bewertet. Bei betroffenen Kindern findet sich meist eine seitengleiche anteilige Nierenfunktion, der Nuklidabfluss zeigt typischerweise eine Tracerretention im Nierenbeckenkelchsystem auch nach Gabe von Furosemid (Abb. 4), gelegentlich aber auch einen akzeptablen Abfluss des Tracers. Intensität und Häufigkeit der Schmerzsymptomatik sind ein wichtiger Gradmesser für die Operationsindikation.

Urolithiasis

Eine Urolithiasis im Kindesalter ist selten, die Inzidenz liegt bei etwa 0,5 %. Junge Kinder zeigen uncharakteristische Symptome: diffuse Bauchmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Meteorismus. Bei älteren Kindern finden sich anfallsartige wellen- oder kolikartige Schmerzen, lokalisiert in den Flanken, ausstrahlend in den Unterbauch, in die Leistengegend oder den Genitalbereich und in den Oberschenkel. Übelkeit und Erbrechen sind Begleitsymptome. Harnsteine finden sich überwiegend im oberen Harntrakt (Abb. 5); Blasensteine (Abb. 6) und prävesikale Harnleitersteine sind sehr selten (Abb. 7).

Im Rahmen von Schmerzsymptomen kann eine Makrohämaturie auftreten; häufiger findet sich eine Mikro-

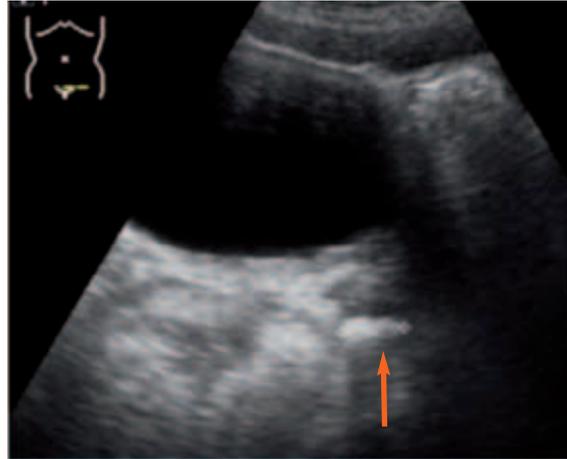


Abb. 7: Prävesikaler Harnleiterstein

hämaturie, die nicht persistieren muss. Bei Kleinkindern (jünger als 6 Jahre), finden sich gehäuft Infektionssteine (z.B. bei Proteus-Infektionen), erkennbar an einer Leukozyturie, Bakteriurie und meist auch Mikrohämaturie. Bei älteren Kindern sind kalziumhaltige Steine typisch. Hier lässt sich im Urin intermittierend oder auch persistierend eine Mikrohämaturie nachweisen. Steine, die größer als 2–3 mm sind, können mit Hilfe der Ultraschalluntersuchung entdeckt werden. Problematisch ist der Nachweis von Konkrementen im Bereich des Harnleiters vor allem prävesikal. Bei Nachweis von Harnsteinen sind eine sorgfältige Familienanamnese und eine metabolische Diagnostik zu empfehlen. Das Steinrezidivrisiko ist bei Kindern hoch!



Abb. 5: Urolithiasis in der rechten Niere (Calciumoxalatstein)

Zystennieren

Die autosomal dominante polyzystische Nierenerkrankung (ADPKD) ist mit einer Inzidenz von 1:500 bis 1:1000 eine der häufigsten vererbten Nierenerkrankungen. Kinder aus betroffenen Familien, die diese Erkrankung geerbt haben, können bereits im Säuglingsalter deutliche zystische Nierenveränderungen zeigen (Abb. 8). Schmerzsymptome, wie sie bei erwachsenen Patienten mit ADPKD beschrieben wurden, sind jedoch im Kindesalter sehr selten (Abb. 9). Bei Erwachsenen finden sich neben schmerzhaften Episoden im Bereich der Nierenlager mit Ausstrahlung in das Abdomen häufiger auch eine Hämaturie sowie Infektionen in den Zysten, Pyelonephritiden und eine Nephrolithiasis. Damit ist jedoch im Kindesalter nur sehr selten zu rechnen.

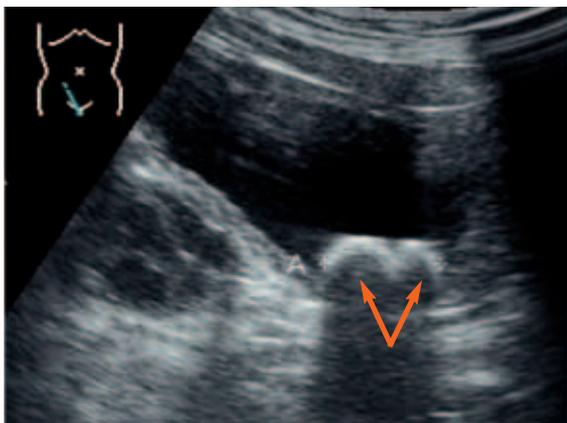


Abb. 6: Blasensteine (Infektsteine)

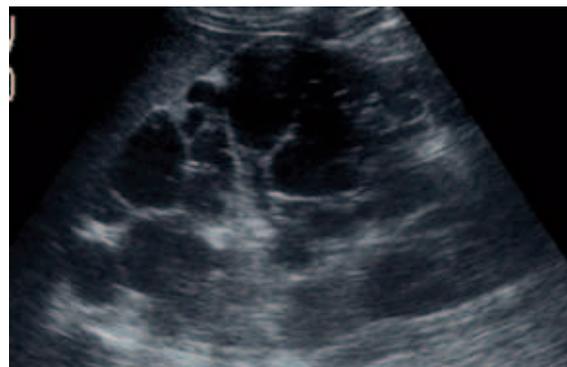
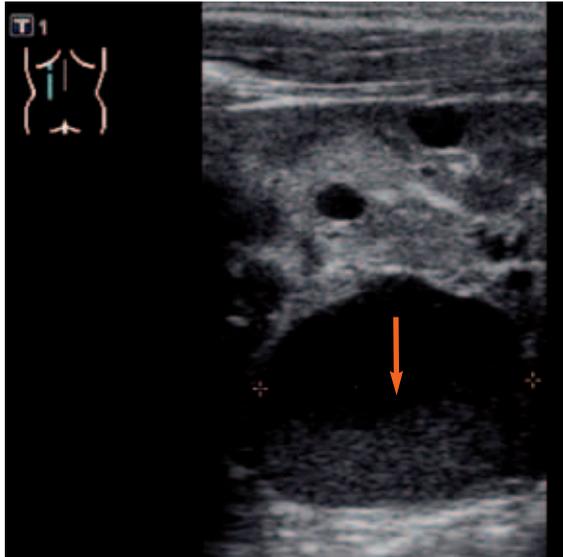


Abb. 8: Autosomal dominante polyzystische Nierendegeneration (ADPKD) bei einem 10-jährigen Jungen

Abb. 9:
ADPKD: 10-
jähriger
Junge mit
Bauchschmer-
zen und Ma-
krohämaturie
nach Sport
(große Zyste
mit Sediment
als Zeichen
einer Ein-
blutung)



Interstitielle Nephritis

Die akute interstitielle Nephritis ist eine seltene Ursache des akuten Nierenversagens im Kindesalter, verursacht vor allem durch Medikamente, Infektionen (z.B. Hantavirusinfektionen) und im Rahmen einer Autoimmunerkrankung (TINU-Syndrom). Es kommt zu einer mehr oder weniger ausgeprägten interstitiellen Entzündung mit Schwellung der Nieren, die dann zum Teil heftige Schmerzen, ausstrahlend in den Bauchraum, verursachen kann. Sonographisch findet man zum Teil deutlich vergrößerte Nieren mit angehobener Parenchymechogenität. Bei der arzneimittelinduzierten allergischen Reaktion bestehen gelegentlich Fieber und ein Hautausschlag. Urinbefunde sind oft uncharakteristisch; häufig kommt es zu einer Mikrohämaturie, einer diskreten Proteinurie (tubuläre Proteinurie) und auch Glukosurie (nicht obligat).

Bei der **Hantavirus-Infektion** können hohes Fieber, Übelkeit, Bauchschmerzen und Rückenschmerzen auftreten; die Schmerzsymptomatik kann erheblich sein. Im Urin imponieren typischerweise eine ausgeprägte Hämaturie (auch Makrohämaturie möglich), zudem eine Proteinurie, eine stabile Leukozyturie, gelegentlich auch eine Glukosurie. Eine passagere Thrombozytopenie im Rahmen des akuten Nierenversagens ist häufig. Die Schmerzsymptomatik wird verursacht durch die ausgeprägte Schwellung der Nieren und kann für mehrere Tage anhalten.

Beim **TINU-Syndrom** besteht zusätzlich eine Uveitis, nicht immer in zeitlichem Zusammenhang mit der interstitiellen Nephritis.

Obstipation, Harnwegsinfektion und Harninkontinenz

Die Obstipation ist bekanntermaßen eine häufige Ursache von intermittierenden Bauchschmerzen im Kindesalter. In den meisten Fällen liegt eine funktionelle Obstipation vor, charakterisiert durch zwei oder weniger Defäkationen auf der Toilette pro Woche, Haltemanöver und den Nachweis großer Stuhlmassen im Rektum.

Die chronische Obstipation (mit und ohne Stuhlinkontinenz, auch Einkoten) ist häufig assoziiert mit rezidivierenden Harnwegsinfektionen, funktioneller Blasen dysfunktion und Harninkontinenz. Mehrere Autoren haben den **Begriff „funktionelle Ausscheidungsstörungen“ für die Assoziation von Obstipation, Stuhlinkontinenz und Harninkontinenz geprägt.**

Das Risiko für Kinder mit einer funktionellen Ausscheidungsstörung, Harnwegsinfektionen zu entwickeln, liegt bei über 50 %. Es sind überwiegend Mädchen ab dem Alter von drei Jahren bis zur Pubertät betroffen. Pyelonephritiden sind selten, häufig finden sich rezidivierende symptomatische Blasenentzündungen, aber auch symptomarme Harnwegsinfektionen oder eine asymptomatischen Bakteriurie. Bei einer Cystitis imponieren im Urin eine Leukozyturie, Bakteriurie und häufig ein positiver Nitrittest, bei der asymptomatischen Bakteriurie Nitrit und eine signifikante Bakteriurie. Bakteriologisch lässt sich in den meisten Fällen *Escherichia coli* nachweisen. Bei häufigem Antibiotikagebrauch muss mit resistenten *E.coli*-Stämmen (Resistenzen gegen Trimethoprim, Cotrimoxazol, Amoxicillin, Amoxicillin/Clavulansäure und Cephalosporine der ersten Generation) gerechnet werden.

Neben den Harnwegsinfektionen findet sich häufig eine funktionelle Blasdysfunktion, hier vor allem das Phänomen des überaktiven Detrusors, häufiger auch eine Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination und eine Neigung zum Miktionsaufschub (mit und ohne Harninkontinenz). Mischformen dieser drei klassischen Formen der funktionellen Blasdysfunktion sind häufig.

Es wird postuliert, dass die Stuhlmassen im Rektum die Blase komprimieren, die funktionelle Blasenkapazität reduzieren und Detrusorkontraktionen provozieren.

Die chronische Obstipation wird häufig nicht wahrgenommen, wenn sie nicht mit Einkoten oder Stuhlschmierern assoziiert ist. Im diagnostischen Prozess ist es wichtig, die chronische Obstipation zu erkennen. Ein typischer Hinweis ist der Nachweis einer Rektumerweiterung und einer verdickten Harnblasenwand (Abb. 10).

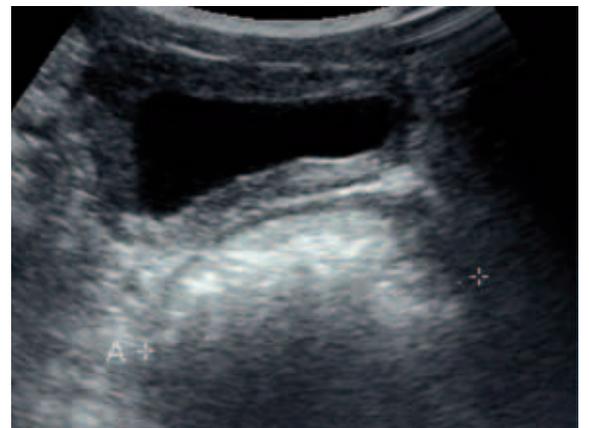


Abb. 10: Erweiterung des Enddarms bei Obstipation (5,5 cm), verdickte Harnblasenwand bei funktioneller Blasdysfunktion und Harninkontinenz (dyskoordinierte Miktion) bei einem 7-jährigen Jungen

Die Diagnostik umfasst einen standardisierten Fragebogen, ein Miktions- und Trinkprotokoll über zwei Tage und einen 14 Tage-Beobachtungskalender, in dem die Häufigkeit der Darm- und Blasenentleerung dokumentiert wird, zudem Episoden von Harninkontinenz, Stuhlschmierern und Einkoten.

Bei Nachweis einer chronischen Obstipation in Assoziation mit einer Blasendysfunktion sollte primär die Stuhlentleerungsstörung behandelt werden. Zuerst sollten die Stuhlmassen z.B. mit Klismata oder mit hochdosierter oraler Gabe von Makrogol entfernt werden, dann ist eine längerfristige stuhlerweichende Dauertherapie (bevorzugt mit Makrogol) erforderlich.

Bei Nachweis von Harnwegsinfektionen ist eine konsequente antibakterielle Prophylaxe (vorzugsweise mit Nitrofurantoin, 1 mg/kg am Abend unmittelbar vor dem Schlafengehen), empfehlenswert.

Bei allen Kindern mit funktionellen Ausscheidungsstörungen sind eine kind- und elterngerechte Aufklärung

und Beratung sinnvoll und notwendig. Regelmäßige „Toilettensitzungen“ und regelmäßige Blasenentleerungen sind anzustreben. Verhaltenstherapeutisch orientierte Maßnahmen sind sehr hilfreich (siehe auch www.kontinenzschulung.de).

Interessenkonflikt: Dr. Kuwertz-Bröking hat Vortragshonorare von den Firmen Apogepha, Pfizer und Norgine erhalten.

Dr. Kranz hat Vortragshonorare von der Firma Pfizer erhalten.

Korrekturadresse:

Dr. med. Eberhard Kuwertz-Bröking

Dr. med. Annett Birgitta Kranz

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Universitätsklinik Münster

Pädiatrische Nephrologie

Waldeyerstraße 22

48149 Münster

e-mail: broekin@uni-muenster.de

Red.: Christen

Highlights aus Bad Orb ● ● ●**Besonderheiten der Ernährung von Frühgeborenen nach Entlassung**

Priv.-Doz. Dr. med.
Frank Jochum
Dr. med. Antonia
Nomayo

Frühgeborene weisen eine unter verschiedenen Aspekten besondere Physiologie mit z.B. höherer Wachstumsgeschwindigkeit im Vergleich zu Reifgeborenen auf. Daraus resultiert unter anderem ein hoher Energie- und Nährstoffbedarf. Während der initialen stationären Behandlung wird insbesondere der hohe Energiebedarf oft nicht komplett gedeckt. Je nach dem Verlauf der stationären Behandlung können bei Frühgeborenen zum Zeitpunkt der primären Entlassung vereinfacht vier unterschiedliche Situationen im Bezug auf die Ernährung unterschieden werden. Hieraus lassen sich wiederum vier unterschiedliche Vorgehensweisen bezüglich der Ernährung der Frühgeborenen nach Entlassung ableiten.

Das praktische Vorgehen für die weitere Ernährung unter Berücksichtigung der vier „Standard-situationen“ wird hergeleitet und kritisch diskutiert.

Die frühe Ernährung von Neugeborenen beeinflusst nicht nur ihre kurzfristige Morbidität (wie z.B. die Infektionsinzidenz), sondern kann einen langfristigen und nachhaltigen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung nehmen (wie z.B. die Inzidenz des Metabolischen Syndroms / Adipositas oder auch die intellektuelle Entwicklung). Die Klinische Ernährung bildet darum – auch nach Abschluss der primären stationären Behandlung – das Fundament für eine gesunden Entwicklung. Steuerung und individuelle Anpassung der Ernährung sollte deshalb fest im Algorithmus der ambulanten Therapie verankert sein.

Frühgeburtlichkeit ist ein häufiges Ereignis. Etwa 10 % aller Neugeborenen kommen nach weniger als 37 vollendeten Schwangerschaftswochen zur Welt. Etwa 1 % aller Neugeborenen hat ein Geburtsgewicht von 1500 g oder weniger.

Bei unkomplizierter Schwangerschaft wird der physiologisch hohe Energie- und Nährstoffbedarf während des schnellen Wachstums in der Fetalperiode über die Plazenta gedeckt. Fällt das intrauterine „all inclusive Paket“ – bestehend aus „Vollpension“, „Zentralheizung“, „ECMO-Beatmung“ und „Hämodialyse“ – durch eine Frühgeburt aber plötzlich aus, so bedarf u.a. die Ernährung des Frühgeborenen besonderer Aufmerksamkeit.

Besonders bei den sehr oder extrem unreifen Frühgeborenen (VLBW / ELBW) mit sehr niedrigem (<1500 g) oder extrem niedrigen Geburtsgewicht (<1000 g) sind die Körperspeicher bei Geburt leer oder bestenfalls gering gefüllt. Darum besteht bei V- oder ELBW-Frühgeborenen eine besondere Abhängigkeit zwischen ihrem Bedarf an Energie- und Nährstoffen und der zeitnahen bedarfsgerechten Zufuhr, um einen klinisch relevanten Mangel zu vermeiden.

Die bedarfsgerechte, zeitnahe Energie- und Nährstoffzufuhr wird aber bei V(E)LBW-Frühgeborenen zusätzlich durch ihre besondere Physiologie (z.B. unreifer Gastrointestinaltrakt, limitierte metabolische Kapazität, hoher Energiebedarf) kompliziert.

Zusätzlich kann der Bedarf an Energie und Nährstoffen durch Elemente der Behandlung (z.B. Reduktion des Energiebedarfs durch Respiratortherapie) und / oder durch Komplikationen / Erkrankungen (wie erhöhte Atemarbeit bei Bronchopulmonaler Dysplasie (BPD) usw.) signifikant beeinflusst werden.

So besteht bei Frühgeborenen nicht nur ein höherer Energie- und Nährstoffbedarf pro Kilogramm Körpergewicht im Vergleich zu Reifgeborenen (dessen genaue Höhe individuell nur geschätzt werden kann), sondern auch die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Zufuhr ist schwierig (Unreife des Gastrointestinaltraktes / des Stoffwechsels usw.). Das führt nicht selten dazu, dass die Energie- und Substratzufuhr nicht in allen Behandlungsphasen zur Beibehaltung der physiologischen (intrauterinen) Wachstumsgeschwindigkeit ausreicht. So kann ein Wachstumsrückstand entstehen, obwohl das Frühgeborene zunächst für seine Reife eutroph geboren wurde.

Während durch Aufnahme einer höheren Trinkmenge von z.B. Muttermilch bei weniger unreifen „späten Frühgeborenen“ ihr Energie- und Nährstoffbedarf oft gedeckt werden kann, gelingt das bei extrem oder sehr unreifen Frühgeborenen in der Regel nicht. Das Flüssigkeits- bzw. Nahrungsvolumen, das zur Aufnahme der bedarfsgerechten Energie- und Substratzufuhr notwendig ist, wäre zu groß. Darum wird bei dieser besonders empfindlichen Gruppe die Nahrung im Bezug auf Ener-

Bedarfsgerechte Energie- und Nährstoffzufuhr nach Frühgeburtlichkeit wird oft nicht komplett erreicht. Wachstumsrückstand ist häufig.

gie- und Substratgehalt angereichert (Jochum 2005). Hierdurch kann eine an ihren hohen Bedarf angepasste Energie- und Ernährungssubstratzufuhr bei adäquatem Flüssigkeits- bzw. Nahrungsvolumen erreicht werden.

Gewährleistung einer bedarfsgerechten Zufuhr

Die Abschätzung des Energie- und Nährstoffbedarfes eines Frühgeborenen ist schwierig. Neben der Reife wird der individuelle Bedarf wie oben beschrieben von vielen Faktoren beeinflusst, die im Bezug auf ihre Wirkung z.T. schlecht quantifiziert werden können. Als Beispiel hierfür kann z.B. die individuelle körperliche Aktivität eines Frühgeborenen angegeben werden. Eine indirekte Kalorimetrie könnte hier helfen, ist aber bei Frühgeborenen mit Atemhilfe schwer durchzuführen und keine klinische Routineuntersuchung.

Im klinischen Alltag findet darum üblicherweise die Adjustierung der individuellen Energie- und Nährstoffzufuhr durch täglichen Vergleich der Körpergewichtsentwicklung mit intrauterinen Perzentiltabellen statt (Jochum 2005, Fusch 2009). Auch bei engmaschigem Monitoring und schneller Anpassung der jeweiligen Nahrungszufuhr können aus unterschiedlichen Gründen (z.B. Erkrankungen) Abweichungen vom idealen Gewichtsverlauf während der (langen) stationären Therapiephase entstehen oder zum Zeitpunkt der Frühgeburt bereits vorliegen (hypotrophe Frühgeborene).

Definition von vier Standardsituationen des Ernährungszustands von Frühgeborenen bei primärer Entlassung

In der Regel kann die primäre stationäre Therapie auch bei sehr oder extrem unreifen Frühgeborenen bei einer Reife von rechnerisch 34–40 „Gestationswochen“ beendet werden. Um die Anforderungen an die Ernährung von Frühgeborenen nach der stationären Behandlungsphase besser strukturieren zu können, werden zur Vereinfachung des Vorgehens vier Standardsituationen definiert und unterschieden:

Situation I:	Perzentilengerechte Entwicklung / Körperspeicher* gefüllt
Situation II:	Perzentilengerechte Entwicklung / Körperspeicher* leer
Situation III:	Aufholwachstum notwendig
Situation IV:	Wachstum zu schnell

* Vgl. Text unten

Tab. 1: Vier Standardernährungssituationen bei Entlassung von Frühgeborenen aus der primären stationären Behandlung

Jede der in Tabelle 1 beschriebenen Standardsituationen bedingt ein anderes Vorgehen im Bezug auf die Ernährung nach Entlassung:

Praktische Aspekte der Ernährung von Frühgeborenen nach Zuordnung zu einer der vier „Standardsituationen“

Standardsituation I:

Perzentilengerechte Entwicklung/Körperspeicher gefüllt

Besteht zur Entlassung kein Anhalt für Aufholwachstum oder leere Körperspeicher (vgl. hierzu „Standardsituation“ II; unten), so können diese Frühgeborenen nach Entlassung wie Reifgeborene ernährt werden. Auch die Vitamin D Supplementation kann von 1000 IE auf 500 IE – wie bei Reifgeborenen – reduziert werden. Grundlage für die Beratung der Eltern können die üblichen Ernährungsempfehlungen für Reifgeborene sein.

Dieses Vorgehen ist möglich, da zur Entlassung – entsprechend einer rechnerischen Reife von 35–40 Gestationswochen – Wachstumsgeschwindigkeit und Physiologie jener von termingeborenen Säuglingen weitgehend entsprechen. Ein geringfügig höherer Energiebedarf kann mit dieser Reife (35–40 Gestationswochen) oft durch eine höhere Trinkmenge ausgeglichen werden.

Ein Unterschied zu Reifgeborenen kann bei Frühgeborenen mit dem **Zeitpunkt der Einführung von Beikost** (unabhängig von der Klassifizierung nach dem hier beschriebenen Modell) gemacht werden. Während Impfungen bei Frühgeborenen nach dem chronologischen Alter erfolgen sollen, die psychomotorische Entwicklung aber dem errechneten Geburtstermin folgt, kann die Einführung von Beikost zwischen diesen beiden Eckpunkten erfolgen. Als Argumente für die Einführung von Beikost vor dem vollendeten 4. Lebensmonat (nach korrigiertem Alter) werden die frühere Gewöhnung des Gastrointestinaltraktes an Nahrung und das gelegentlich beobachtete frühere Interesse der Frühgeborenen an Familienkost genannt. Das „Einfordern“ von Beikost durch das Frühgeborene wird dabei oft als Voraussetzung postuliert. Evidenzbasierte Daten zu diesem Vorgehen liegen aber nicht vor.

Standardsituation II:

Perzentilengerechte Entwicklung/Körperspeicher leer

Die Ernährung kann grundsätzlich auch bei einem Frühgeborenen mit der hier angenommenen Ernährungssituation wie bei einem Reifgeborenen (analog Szenario I, oben) erfolgen. Zum Füllen der leeren Körperspeicher erscheint aber eine spezifische Supplementation sinnvoll. Typischerweise sind bei sehr unreifen Frühgeborenen die Körperspeicher für die unten beschriebenen Ernährungssubstrate betroffen:

– **Eisen (Fe):** Monitoring der Fe-Speicher durch: Transferrinsättigung oder Ferritinspiegel; Vorliegen einer Anämie,

– **Kalzium(Ca)/Phosphat(P)-Haushalt (Knochenmineralisation):** Monitoring der Knochenmineralisation durch: Alkalische Phosphatase. Ca/P-Supplementation z.B. bei AP >400 IU bei Entlassung.

– **Vitamine:** Ein Monitoring der Vitaminspeicher ist bestenfalls eingeschränkt ohne Vitaminspiegelbestimmung möglich. Hinweise können für die **wasserlös-**

Zur Vereinfachung der ambulanten Ernährung von Frühgeborenen können 4 Standardsituationen unterschieden werden – vgl. Tab. 1.

lichen Vitamine aber z.B. aus dem Differenzialblutbild gewonnen werden (Megaloblastäre Anämie bei Vitamin B12 Mangel).

Eine niedrige Aktivität der Vit. K abhängigen Gerinnungsfaktoren können einen indirekten (groben) Hinweis auf die Reserven an **fettlöslichen** Vitaminen geben. Wird ein Vitaminmangel parallel zu Mangel anderer Ernährungssubstrate vermutet, so sollte auch die Weiterführung der Vitamin D Supplementation mit 1000 IE erwogen werden.

Dauer der Supplementation: Üblicherweise sollten die oben beschriebenen Supplemente unter der beschriebenen Konstellation bis zur Vollendung des 3. korrigierten Lebensmonates weiter verabreicht werden. Mit Hilfe einer weiteren Laborkontrolle (vgl. unten) können im Zweifel Hinweise gewonnen werden, ob einzelne Substrate für einen individuell festzulegenden Zeitraum länger supplementiert werden sollten.

Bei Entlassung von sehr unreifen Frühgeborenen aus der primären stationären Behandlung ist es für die ambulante Therapieführung, aber auch für das Entlassungsprozedere/-gespräch hilfreich, die unten beschriebenen Laborparameter – auch zur Beurteilung der Körperspeicher – zu bestimmen und den Entlassungsunterlagen beizufügen:

Hilfreiche Laborwerte zur Beurteilung der Körperspeicher: Blutbild, Differenzialblutbild, Retikulozyten, geschleudeter Hämatokrit, Ferritin (oder Transferrinsättigung aus Transferrin- und Fe-Spiegel) und Alkalische Phosphatase.

Die oben aufgeführten Laborwerte lassen sich üblicherweise aus einem geringem Blutvolumen bestimmen.

Standardsituation III: Aufholwachstum notwendig

Besteht auch nach Beendigung der primären stationären Therapie Aufholwachstum, so ist von einem weiter bestehenden erhöhten Energie- und Nährstoffbedarf auszugehen. Neben der Supplementation der in „Standardsituation II“ beschriebenen kritischen Substrate (Eisen, Kalzium/Phosphat und Vitamine) ist – um Aufholwachstum zu gewährleisten – auch eine zusätzliche Energiesupplementation erforderlich. Hierzu bieten sich zwei verschiedene grundsätzliche Möglichkeiten:

Grundsätzliche Möglichkeiten der Energiesupplementation

- a) Anreicherung der Muttermilch / Formula oder
- b) Verwendung von Formula mit einem erhöhten Energiegehalt (wie z.B. spezieller „Post Discharge Formula“ für Frühgeborene (wenn nicht gestillt wird)).
- a) Anreicherung der Muttermilch / Formula

Die Anreicherung von Muttermilch (z.B. von jeder zweiten Mahlzeit) kann durch Weiterführen der Supplementation mit einem der beiden auf dem Markt verfügbaren „Frauenmilch Supplemente“ erfolgen. Hierzu muss zumindest ein Teil der Frauenmilch abgepumpt und dann angereichert per Flasche gefüttert werden. Nachteil: Die Übernahme der Kosten für das Supplement

durch eine Krankenkasse (lt. Sozialgesetzbuch V) kann sich schwierig gestalten. Die Eltern müssen in Bezug auf die Kosten oft zunächst in Vorleistung gehen.

Eine kostengünstige und hochwertige Energiesupplementation ist mit preisgünstigem Rapsöl möglich. Rapsöl gilt aufgrund seines hohen Gehalts an langkettigen mehrfach ungesättigten Fettsäuren als ernährungsphysiologisch wertvoll. Nachteil ist die nicht vorhandene Mischfähigkeit mit wässrigen Lösungen.

Unabhängig vom verwendeten Supplement kann die notwendige Dosis durch Monitoring des Körpergewichtsverlaufes im Vergleich zu geeigneten Perzentiltabellen abgeschätzt werden.

Es gibt verschiedene weitere Produkte, die zur Supplementation verwendet werden (Jochum 2005).

b) Verwendung von „Post Discharge Formula“

Es sind mehrere Nahrungen mit einem im Vergleich zur Muttermilch höheren Energiegehalt auf dem Markt verfügbar. Diese können bei nicht gestillten Säuglingen bei der Notwendigkeit für Aufholwachstum eingesetzt werden. Ob der höhere Energiegehalt pro Volumen zur Erzielung der gewünschten individuellen Wachstumsgeschwindigkeit ausreichend ist, kann am Verlauf der Gewichtszunahme in Bezug auf geeignete Perzentiltabellen geprüft werden. Ggf. ist eine zusätzliche Supplementation notwendig, die dann unter Berücksichtigung der Zusammensetzung analog dem Vorgehen bei Muttermilch erfolgen kann (vgl. oben).

Zusätzlich zur Energiesupplementation ist die unter „Standardsituation II“ beschriebene Substratsupplementation durch zu führen.

Die Dauer der Energieanreicherung richtet sich nach der Dauer des Aufholwachstums. Spätestens bei einer Gewichtsentwicklung oberhalb des Verlaufes geeigneter Gewichtsperzentilen (vgl. auch Standardsituation IV, unten) ist die Energieanreicherung zu reduzieren oder zu beenden.

Standardsituation IV: Gewichtszunahme zu schnell

Wie oben beschrieben ist auch eine Gewichtszunahme, die zum Kreuzen der Perzentilen nach oben führt – insbesondere wegen der langfristigen negativen gesundheitlichen Auswirkungen (Food Programming; Metabolisches Syndrom / Adipositas) –, zu vermeiden.

Am häufigsten wird dieses Problem bei Formula gefütterten Säuglingen beobachtet, bei denen es zu einer übermäßigen Nahrungsaufnahme kommt, wenn die Eltern versuchen jeweils die Flasche noch mit Geduld „leer zu füttern“ – auch wenn der Säugling vorher bereits aufgehört hat, regelmäßig zu saugen. Auch eine über dem Bedarf liegende Supplementation kann zu einer übermäßigen Gewichtszunahme führen.

Diskussion

„Genetisch determinierte Perzentile“: Die vereinfachende Einteilung der Frühgeborenen in eine von vier „Standardsituationen“ nach ihrem Ernährungsstatus erleichtert die poststationäre Ernährungsplanung – wirft aber gleichzeitig neue Fragen auf:

Auch bei Frühgeborenen mit Aufholwachstum richtet sich Dauer und Ausmaß einer Nahrungssupplementierung nach dem Wachstumsverlauf.

Energieanreicherung der Nahrung ist sowohl bei Muttermilch als auch bei Formulaernährung möglich.

Individuelle Anpassung der Energie- und Nährstoffzufuhr bei Frühgeborenen kann helfen, die kurz- und langfristige Morbidität zu senken.

Ein Problem bei dem oben beschriebenen Vorgehen ergibt sich daraus, dass die genetisch determinierten Perzentilen bei Geburt nicht eindeutig zu erkennen sind und darum zunächst unklar ist, ob es sich um ein hypo-, eu- oder hypertrophes Frühgeborenes handelt, bzw. ob Aufholwachstum besteht. Die ESPGHAN empfiehlt als Ausweg aus dieser Situation, Aufholwachstum bei allen Frühgeborenen anzunehmen, die mit einem Körpergewicht kleiner der 10. Gewichts-Perzentile für das entsprechende Gestationsalter geboren werden (Koletzko 2005). Nachteil dieses Vorgehens ist, dass dabei 10% der Frühgeborenen supplementiert werden, ohne dass diese ein Aufholwachstum zeigen müssen (jene 10% der Frühgeborenen, die physiologischerweise mit einem Körpergewicht unter der 10. Perzentile geboren werden).

Qualitatives Wachstum: Im Weiteren ist zusätzlich zum beschriebenen Vorgehen darauf zu achten, dass nicht nur eine adäquate Gewichtszunahme, sondern ein ausreichendes qualitatives Wachstum erfolgt. Da eine Messung der Körperkomposition (z.B. durch Dual Energy X-Ray Absorptiometry [DEXA]) üblicherweise nicht als klinische Routine zur Verfügung steht, müssen neben dem Körpergewicht auch die Längen- und Kopfumfangsentwicklungen gemessen und mit geeigneten Perzentilkurven verglichen werden. Die Ergebnisse dieser Messungen sollten – wie bei den kinder- und jugendmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen – zusätzlich in die jeweilige Beurteilung des Ernährungsstatus einfließen. Findet keine harmonisierte Entwicklung zwischen Körpergewicht, Körperlänge und Kopfumfang statt, so kann – unter anderem – ein selektiver Substratmangel (z.B. Zinkmangel) Ursache sein.

Individuelle Anpassung der Ernährung: Unabhängig von der Vereinfachung des Vorgehens mit der vorgenommenen Einteilung in vier „Standardsituationen“

muss der Erfolg des jeweiligen Ernährungsregimes verfolgt und ggf. an die individuellen Bedürfnisse des Frühgeborenen angepasst werden. So kann ein perzentilenparallel entwickeltes Frühgeborenes – das nach Definition in Standardsituation I fällt – trotzdem eine Nahrungssupplementation benötigen, wenn es z.B. wegen einer BPD einen hohen Energieaufwand bei vermehrter Atemarbeit aufweist.

Auch wenn es zunächst aufwendig erscheint, so lohnt sich die bestmögliche Anpassung der Energie- und Nährstoffzufuhr an den individuellen Bedarf bei Frühgeborenen, besonders wenn die langfristigen Auswirkungen bedacht werden. Wird berücksichtigt, dass neben den bekannten kurzfristigen Effekten (Senkung der Morbidität; z.B. Infektionsraten) auch langfristige, nachhaltige Wirkungen, die lebenslang begleiten, erzielt werden können (Senkung der Inzidenz von Adipositas, metabolischem Syndrom, Typ II Diabetes usw.), so erscheint der Aufwand zur Verordnung einer angepassten diätetischen Therapie in der Säuglingszeit im Vergleich zum Nutzen eher gering und langfristig als gutes Investment in die Gesundheit der behandelten Neugeborenen.

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass sie industriefinanzierte Auftragsforschung auch zur Ernährung von Frühgeborenen durchführen und durchgeführt haben.

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. Frank Jochum
Ev. Waldkrankenhaus Spandau
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Institut für Ernährungsforschung
Stadtrandstr. 555
13589 Berlin
Tel.: 030 3702-1022

Red.: Christen

Welche Diagnose wird gestellt?

Antonia K. Kienast

Anamnese

5 Tage altes, reifes, männliches Neugeborenes. Bereits bei der U2 am 3. Lebenstag fiel ein erbsgroßer Tumor im Bereich des Mundbodens auf. Geburtsmodus spontan und komplikationslos, postpartale Adaptation unauffällig, Trinkverhalten gut, Geburtsgewicht war am 6. Lebenstag überschritten.

Untersuchungsbefund

Rechts lateral des Zungenbändchens gelegener ca. 1 cm großer, mäßig prallelastischer Tumor, hautfarben bis serös (Abb. 1, 2). Sonst unauffälliges, männliches 6 Tage altes Neugeborenes in gutem Allgemein- und Ernährungszustand mit kräftigem und unbeeinträchtigtem Saugreflex.



Abb. 1: Sublinguale Blase bei einem Neugeborenen



Abb. 2: Nahaufnahme

Welche Diagnose wird gestellt?

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer, Tel. (030) 28047510, Fax (0221) 683204, stephan.esser@uminfo.de; 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 „Nachrichten aus der Industrie“ sowie die „Industrie- und Tagungsberichte“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“ (V.i.S.d.P. Christiane Kermel, Max Schmidt-Römhild KG, Lübeck).

Druckauflage 12.650

lt. IVW II/2012

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



LA-MED

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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 45 vom 1. Oktober 2011

Bezugpreis: 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.

© 2012. 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: Mukozele (Ranula)

Die Mukozele oder Schleimzyste stellt einen Oberbegriff für Veränderungen der kleinen Schleimdrüsen dar, die meist durch Trauma oder Obstruktion entstehen. Eine besondere Form der Schleimretentionszyste oder des Schleimspeichelgranuloms ist die Ranula (=Kehlblase des Frosches). Sie ist am Mundboden, lateral des Zungenbändchens lokalisiert und entwickelt sich aus den Ausführungsgängen der Glandulae sublinguales, der Glandula submandibularis oder aus den kleinen akzessorischen Speicheldrüsen des Mundbodens. Es handelt sich um eine schleimgefüllte, zystische Struktur; ihr Durchmesser beträgt meist 1–2 cm, sie kann aber auf bis zu 3 cm anwachsen, so dass dann das Trink- und ggf. Sprechverhalten eingeschränkt sein kann. In der Regel handelt es sich um einen einseitigen Befund. In seltenen Fällen kann die Mukozele in den Mundboden oder durch den M. mylohyoideus in den Submandibularbereich bzw. bis in die Halsregion einwachsen. Ein Speichelstein kann ursächlich sein. Ebenso kann – wie im vorliegenden Fall – die Ranula angeboren sein. Die seltenen superfiziellen Mukozelen treten in Form einzelner oder multipler, 1–4 mm großer Bläschen mit klarem Inhalt auf, die retromolar an der Wangenschleimhaut oder am weichen Gaumen lokalisiert sind und eine Rezidivneigung besitzen. Ihre Bestandsdauer ist in der Regel aber mit 1 Tag kürzer. Nach Ruptur und gelegentlicher Ausbildung kleiner Erosionen und Ulzera kommt es zu einer spontanen Abheilung.

Differenzialdiagnosen

Mikro- oder makrozystische lymphatische Malformationen (syn. Lymphangiom oder zystisches Hygrom) können der tiefen Form der Ranula ähneln (1). Eine weitere Differenzialdiagnose stellt die Zungengrundstruma dar (2).

Eine chronische Sialadenitis kann zu einer einseitigen, selten auch beidseitigen Mundbodenschwellung führen. Eine weitere mögliche Differenzialdiagnose stellt die fokale epitheliale Hyperplasie (Morbus Heck) dar, die durch Humane Papilloma-Viren (HPV) verursacht wird. Es handelt sich dabei um kleinere, vorzugsweise auf der bukkalen Mukosa sowie an Oberlippe oder Zunge befindliche, nicht dolente, weiche, hautfarbene Papeln, die bevorzugt bei Afroamerikanern und Asiaten auftreten.

Diagnostik

In der Regel handelt es sich um eine klinische Diagnose; sollte eine Histologie angefertigt werden, zeigt sich im Falle der oberflächlichen Ranula ein randständig entzündlich verändertes Bin-

degewebe analog zu einem Schleimspeichelgranulom, ohne epitheliale Auskleidung. Die tiefe Form der Ranula ist von kuboidalem, hochprismatischem Epithel ausgekleidet. Häufig zeigen sich Übergangsformen.

Therapie und Prognose

In vielen Fällen kommt es zu einer spontanen Remission, so dass ein abwartendes Verhalten über mehrere Monate gerechtfertigt ist (3). Ist dies nicht der Fall, stellt die chirurgische Exzision, ggf. samt Exstirpation der Glandula sublingualis, die Therapie der Wahl dar (4). In Abwägung des operativen Risikos kann auch eine Marsupialisation erwogen werden, die jedoch mit etwa 25–66 Prozent Rezidivrisiko verbunden ist (5,6). Die häufigsten Komplikationen stellen das Rezidiv, die Läsion des Nervus lingualis, die Verletzung des Wharton-Ganges, Mundbodenhämatome sowie Wundinfektionen und -dehiszenzen dar.

Der Operationszeitpunkt kann, wenn ein komplikationsloser Verlauf besteht, flexibel gewählt werden. Komplikationen wie Trinkschwäche können bei starker Größenprogredienz auftreten und verlangen dann eine rasche operative Therapie. Im Falle unseres Patienten wurde eine operative Therapie bei maximaler Besorgtheit der Mutter nach Anraten und Ablehnung eines abwartenden Verhaltens empfohlen.

Literaturangaben

1. Osborne TE et al. Submandibular cystic hygroma resembling a plunging ranula in a neonate. Review and report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 71:16-20.
2. Sameer KS et al. Lingual thyroglossal duct cysts-a review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2012; 76: 165-8
3. Bernhard MK, Hückel D, Hamala D. Congenital ranula in a newborn. *HNO* 2007; 55: 388-91.
4. Harrison JD. Modern management and pathophysiology of ranula: literature review. *Head Neck* 2010; 32:1310-20.
5. Zhao YF et al. Clinical review of 580 ranulas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 98: 281-7
6. Mortellaro C et al. Sublingual ranula: a closer look to its surgical management. *J Craniofac Surg* 2008; 19: 286-90.

Dr. Antonia K. Kienast
Kinderarztpraxis Schwanenwik 29
22087 Hamburg

Red.: Höger

DGAAP

Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie

Die Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP e.V.) ist die wissenschaftliche Gesellschaft der ambulanten, allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin.

Ziel der Gesellschaft ist es, der ambulanten allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin als eigenständigem Fach in Forschung, Lehre und Praxis die ihr zukommende Bedeutung zu verschaffen.

Machen Sie mit!
Werden Sie Mitglied!
Informationen und Mitgliedsanträge auch unter www.dgaap.de

Differenzierung zwischen Nahrungsmittelallergie auf Nüsse und oralem Allergiesyndrom

**CONSILIUM
INFECTORIUM**

Prof. Dr. med.
Bodo Niggemann

Frage:

Bei einem 10 Jahre alten Jungen tritt nach Verzehr von Haselnuss, Walnuss und Erdnuss ein periorales Exanthem mit Juckreiz und Augenschwellung auf. RAST fast negativ: < 0,1–1,3 kU/l.

Gibt es eine beweisende Diagnostik zur Unterscheidung zwischen oralem Allergiesyndrom und einer Nussallergie?

Antwort:

Haselnüsse und Walnüsse gehören zu den Baumnüssen, Erdnüsse dagegen zu den Hülsenfrüchten. Trotzdem besteht eine partielle Kreuzallergie zwischen den beiden botanisch unterschiedlichen Gruppen in Bezug auf die IgE-Reaktivität. Es kann also sein, dass der Junge auf alle drei Nahrungsmittel reagiert.

Eine Symptomatik mit lokalem Exanthem (war es Urtikaria?) und Augenschwellungen ist zwar nicht typisch, kann aber vorkommen. Beim oralen Allergiesyndrom kommt es überwiegend zu Juckreiz im Lippen-, Mund- und Rachenraum und seltener an der äußeren Haut.

Die schwachen spezifischen IgE-Werte (welches Nahrungsmittel war denn negativ, welches positiv?) können trotzdem mit klinischen Symptomen einhergehen, da nur bei Betrachtung einer großen Population eine Dosis-Wirkungs-Beziehung besteht. Im Einzelfall können aber auch bei niedrigen Werten Reaktionen auftreten und andererseits bei sehr hohen Werten das Nahrungsmittel vertragen werden.

Eine Differenzierung zwischen einer primären, „echten“ Erdnuss- oder Baumnuss-Allergie und Pollen-asso-

ziiertem oralem Allergie-Syndrom (OAS) ist nicht sicher möglich. Ein kleiner anamnestischer Hinweis in Bezug auf Haselnuss ist die Frage nach der Verträglichkeit von „Nutella“: Kinder mit primärer Haselnussallergie vertragen „Nutella“ nicht, Kinder mit OAS meist schon.

Eine moderne Allergiediagnostik mittels Bestimmung der Komponenten hilft weiter, ist aber allein nicht beweisend. Für Haselnuss ist bei einer primären Allergie eher das Cor a 8 erhöht und das Cor a 1 normal, während bei OAS umgekehrt Cor a 1 erhöht ist (und natürlich das Birken-spezifische IgE) und das Cor a 8 normal. In Bezug auf die Erdnuss ist bei primärer Allergie das Ara h 2 erhöht, nicht aber das Ara h 8, während bei OAS das Ara 8 erhöht ist und das Ara h 2 nicht.

Lediglich orale Provokationen sind jedoch sicher in der Lage, den Grad der Gefährdung eines Kindes wirklich abzuschätzen. Dies sollte bei Baumnuss- und Erdnussallergien fast immer unter stationären Bedingungen durchgeführt werden. Lediglich bei sicherem Anhalt für ein OAS kann das entsprechende Nahrungsmittel vorsichtig und titriert auch zuhause verabreicht werden.

Zusammengefasst würde ich in Ihrem Fall – soweit noch nicht geschehen – das spezifische IgE gegen Birke und Lieschgras, gegen Haselnuss und Erdnuss sowie gegen die genannten vier Komponenten bestimmen und dann über die Notwendigkeit bzw. den Ort einer oralen Provokation entscheiden.

Prof. Dr. med. Bodo Niggemann
DRK-Kliniken Berlin
Zentrum für Pädiatrische Allergologie und Pneumologie
Spandauer Damm 130
14050 Berlin

Das „CONSILIUM INFECTORIUM“ ist ein Service im „KINDER- UND JUGENDARZT“, unterstützt von INFECTOPHARM. Kinder- und Jugendärzte sind eingeladen, Fragen aus allen Gebieten der Infektiologie an die Firma InfectoPharm, z. Hd. 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

Helicobacter pylori-Infektion und Carcinomrisiko

Carcinogenic bacterial pathogen *Helicobacter pylori* triggers DNA double-strand breaks and a DNA damage response in its host cells

Toller IM et al., *Proc Natl Acad Sci USA*, 6;108(36):14944-9, September 2011

Epidemiologische und experimentelle Daten lassen vermuten, dass bakterielle Virulenzfaktoren sowie genetische Wirtsfaktoren und Umgebungsfaktoren darüber entscheiden, ob sich eine durch *Helicobacter pylori* (Hp) induzierte Gastritis zu Magenkrebs entwickelt [1,2]. Besonders das Hp-Cytotoxin-assoziierte Gen (CaG) wird mit einem erhöhten Carcinomrisiko verbunden [3]. Zusätzlich scheinen aber weitere, bisher noch nicht hinreichend abgeklärte Wirkmechanismen, wie zum Beispiel proinflammatorische Zytokine, die Carcinomentstehung zu begünstigen [4]. Untersuchungen haben gezeigt, dass Hp-Bakterien aber auch einen direkten schädigenden Einfluss auf die Integrität und Stabilität des Wirtsgenoms ausüben können [5]. An Mäusen und an Zellkulturen von Magenmukosa konnte nachgewiesen werden, dass eine Hp-Infektion die Integrität und Stabilität der gastrischen Wirtszellen-DNA beeinträchtigen kann, indem die zur Restitution erforderlichen Zellreparatur-Mechanismen herunterreguliert werden [6]. Dabei wurde auch gezeigt, dass im Gegenzug eine Hp-Eradikation die Downregulation der Zellreparaturmechanismen wieder aufheben kann [7].

Toller et al. haben jetzt die Möglichkeit einer direkten DNA-Schädigung infizierter Magenschleimhautzellen untersucht [8]. Präkanzeröse Läsionen in Gewebeproben von Patienten konnten mit DNA-Doppelstrang-Brüchen (DSB) assoziiert werden. Dies wurde auch in Tiermodellen bestätigt. Die Autoren fanden bei ihren Untersuchungen, dass DSB in Epithelzellen der Magenschleimhaut nach einer Infektion mit Hp Zeit- und Dosis-abhängig zunehmen. Die Fragmentierung der Wirts-DNA setzt einen direkten Kontakt mit den Wirtszellen voraus und ist unabhängig von den anderen bekannten Risikofaktoren. DSB sind die schwersten Ereignisse, die eine Zelle treffen können. Eine Repara-

tur des Schadens ist für die Integrität der Zelle und ihre Vitalität erforderlich. Die Induktion von DSB und eine fehlerhafte Reparatur sind nach Meinung der Autoren mit dem Malignitätsrisiko einer Hp-Infektion vereinbar, wie Untersuchungen in vivo und in vitro gezeigt haben. Eine andauernde Hp-Infektion führt zu einer Erschöpfung der Reparaturmechanismen und zu einer fehlerhaften und ineffektiven Reparatur des DSB. Die Induktion von DSB führt zu genetischer Instabilität und chromosomalen Veränderungen, die Kennzeichen eines Magencarcinoms sind. Eine wirksame DNA-Reparatur ist nach antibiotischer Eradikation der Erreger meist wieder möglich.

Kommentar

Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 50% der Weltbevölkerung mit *Helicobacter pylori* (Hp) infiziert ist, obwohl die Prävalenz in den westlichen Ländern abnimmt. Menschen scheinen für den Erreger das natürliche Reservoir zu sein [9,10]. Die Hp-Infektion wird im frühen Kindesalter (meist unter 10 Jahren) erworben und persistiert für den Rest des Lebens, wenn nicht antibiotisch therapiert wird [10]. Die meisten Betroffenen, besonders Kinder, zeigen trotz Infektion keine Symptome. Sollen die Erreger bereits bei Kindern eradiziert werden, auch wenn sie keine Symptome zeigen? Zwischen der Eradikation und dem Rückgang klinischer gastrointestinaler Symptome besteht bei Kindern keine gesicherte Verbindung [11]. Epidemiologische Daten assoziieren eine im Kindesalter erworbene *Helicobacter pylori*-Infektion mit einer chronischen Gastritis und dem späteren Entstehen eines gastrischen B-Lymphoms und Adenocarcinoms. Eine Selbst-Eradikation konnte bei einer einjährigen Beobachtungszeit nicht nachgewiesen werden [11]. Bei Kindern wird aufgrund der derzeit vorliegenden Daten eine Eradikationstherapie nur bei einer endoskopisch gesicherten aktiven Hp-Infektion (duodenale oder gastrische Ulcera, Lymphome, atrophische Gastritis) und bei gastrointestinalen Symptomen empfohlen [9]. Die bisherigen Untersuchungen lassen nicht den Schluss zu, dass Kinder mit dyspeptischen Symptomen oder wiederholten funktionellen Bauchbeschwerden und asymptomatisch infizierte Kinder aus mit Hp belasteten Familien von einer Therapie profitieren, was aber aufgrund fehlender Daten auch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Das Langzeitrisiko einer persistierenden Hp-Infektion mit chronischer Gastritis im Kindesalter konnte bisher noch nicht befriedigend erfasst werden. Seit kurzem wird auch die Rolle einer Hp-Infektion bei anderen Erkrankungen, wie dem gastro-ösophagealen Reflux, der Eisenmangel-Anämie und der idiopathischen Thrombozytopenie diskutiert [12]. Möglicherweise führt die chronische Infektion über Jahrzehnte damit auch zu einer Immunantwort anderer Organe.

Die Ergebnisse von Toller et al. lassen jedenfalls aufhorchen, da sie einen weiteren, neuen Beweis für die Kanzerogenität der Erreger liefern. Weitere epidemiologische Studien an Kindern können Informationen über die Risiken des Hp-Befalls liefern. Es ist nicht auszuschließen, dass zukünftige Untersuchungen nahelegen, jeglichen Hp-Befall bereits im Kindesalter zu behandeln, um das auf das etwa 2-3fach erhöhte carcinogene Langzeitrisiko und vielleicht auch das Risiko möglicher auto-immunologischer Erkrankungen zu mindern, wenn nicht sogar auszuschließen [13].

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

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

Ansprechen auf Betasympathomimetika bei viraler Asthmaexazerbation

Symptomatic Viral Infection is Associated with Impaired Response to Treatment in Children with Acute Asthma

Rueter K, Bizzintino J, Martin AC et al. *J Pediatr* 160;82-87, Januar 2012

Rasch wirksame Betamimetika sind in allen Leitlinien die Akuttherapie einer Exazerbation bei bekanntem Asthma. Eine Gruppe in Pearth (Australien) ging der Frage nach, ob ein akuter viraler Luftwegsinfekt die Effektivität von Betamimetika negativ beeinträchtigt. Hierzu wurden 218 Kinder im mittleren Alter von 6,6 (2–17) Jahren mit akuter Asthmaepisode leitlinienkonform mit Salbutamol-Inhalationen über Spacer alle 20 Minuten in der ersten Stunde sowie oral Prednisolon 1 mg/kg behandelt und erhielten zusätzliche Sauerstoffapplikation bei Sauerstoffsättigungswerten unter 94%. Untersucht wurden Symptomindex und Asthmaschweregrad-Score, und die weiteren Betamimetika-Inhalationen wurden nach klinischen Kriterien verordnet und registriert. Parallel wurde Nasopharynxsekret auf Viren mittels PCR und Immunfluoreszenz untersucht. Das Ansprechen der untersuchten Parameter auf die Therapie wurde nach 6, 12 und 24 Stunden überprüft.

168 der 218 Kindern hatten Symptome eines viralen Luftwegsinfektes, in dieser Gruppe waren Betamimetika häufiger nach

6 Stunden ($p=0.010$), nach 12 Stunden ($p=0.002$) und nach 24 Stunden ($p=0.0005$) im Vergleich zu den 50 Kindern ohne akute Virusinfektsymptome verabreicht worden. In 61.4% der Fälle mit einem Virusnachweis wurden Rhinoviren gefunden, und unter den Kindern mit einem virusbedingten Luftwegsinfekt war besonders bei den mit Rhinovirus infizierten Kindern das Ansprechen auf Betamimetika zum Zeitpunkt von 6 Stunden unbefriedigend ($p=0.032$). Kein Unterschied wurde gefunden in der Schwere des Asthmas und dem Sauerstoffbedarf.

Kommentar

Es ist seit längerem bekannt, dass Virusinfektionen Asthmaepisoden triggern können und besonders sind hier Rhinovirus-Infektionen zu nennen. Es ist auch klinische Erfahrung, dass Betamimetika bei virusinduzierten Asthmaepisoden oft schlechter wirken als durch Allergenexposition induzierte Episoden, wie z. B. beim Birkenpollenasthma. Möglicherweise verhindert das vermehrte Bronchialsekret im Rahmen eines Virusinfektes (Hypersekretion) den Zugang der Betamimetika zu den Rezeptoren in den Bronchien. Bei jungen Kindern und Säuglingen wissen wir, dass die Obstruktion häufig gar nicht überwiegend durch eine Bronchialmuskulaturkontraktion, sondern durch Hypersekretion und Dyskrinie ausgelöst wird, hier sind Betamimetika verständlicherweise auch wenig effektiv.

Zu diskutieren an dieser Studie wäre auch die Frage, ob bei allen Patienten eine Steroidtherapie notwendig war. Insbesondere bei virusinduzierter Obstruktion konnte gezeigt werden, dass systemische Steroide oft nicht effektiv sind.

(Frank Riedel, Hamburg)

Kindervorsorgen an den Schulen

Ein Gedankenspiel des Gesundheitsministers

Das Thema schließt sich scheinbar nahtlos an den 42. Jahrestag der Kinder- und Jugendärzte in Berlin im Juni 2012 an. Dort bekundete Staatssekretärin Ulrike Flach vom Gesundheitsministerium, dass die Vorsorgelücke zwischen fünf und 13 Jahren geschlossen werden solle. Jetzt trat ihr Minister Bahr mit dem Gedankenspiel an die Presse, dass dies durch Untersuchungen in den Schulen geschehen solle. Bahr sagte, dass die sehr guten Erfahrungen bei den Vorbeugeuntersuchungen zur Zahngesundheit von Schulkindern Anlass seien, auch weitere Vorbeugeuntersuchungen in Schulen zu prüfen. Allgemeinmediziner sollen dort Hör- und Sehtest machen und auch Übergewicht und Verhaltensstörungen erkennen.

BVKJ-Präsident, Dr. Wolfram Hartmann, bezweifelt, dass ein solches Vorsorgeprogramm Evidenz basiert ist. Wie in Berlin verweist er darauf, dass der BVKJ ein komplettes Vorsorgekonzept entwickelt hat, es schließt mit der U10 und U11 das frühe Schulalter ein. Ein wesentliches Element wirksamer Präventionsstrategien ist die Beziehung. „Es ist klar, dass diese umfangreichen Untersuchungen mit ih-

rem Schwerpunkt auf primärer Prävention nicht im Rahmen von Reihenuntersuchungen in Schulen, womöglich noch ohne die Anwesenheit eines Elternteiles, durchgeführt werden können, sondern nur individuell und qualifiziert in den Praxen,“ schrieb Hartmann dem Minister. Er kann sich alleine wegen der zeitlichen Belastung nicht vorstellen, dass Kinder- und Jugendärzte während ihrer Sprechzeiten an die Schulen gehen.

Im Netzwerk ohne Vergütung

Hartmann verweist auch darauf, dass Kinder- und Jugendärzte schon heute ohne jede Vergütung viel Zeit in Netzwerken zum Schutz oder zur Förderung von Kindern und Jugendlichen verbringen. Hierzu zählen die runden Tische und die Hilfeplangespräche.

Selbstverständlich begrüßt der Präsident jede Initiative zu mehr Gesundheitsvorsorge im Schulalter. Der BVKJ hat oft auf die Misere im kinder- und Jugendmedizinischen Dienst des ÖGD hingewiesen. Er könne viele Aufgaben, die er früher gut und qualifiziert in den Schulen und Kindergärten übernommen habe, nicht mehr wahrnehmen.

Der BVKJ-Präsident forderte den Minister auf, ein gemeinsames Konzept zu erarbeiten, wie mehr Gesundheitsförderung an Schulen und Kindergärten verwirklicht werden könnte.

In seiner Antwort verweist Minister Bahr darauf, dass er mit der Prävention auch jene Familien erreichen wolle, die an den Vorsorgeangeboten nicht teilnehmen. Die Lebenswelt Schule möchte er nutzen, um insbesondere Kinder aus sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten zu erreichen. Die Präventionsstrategien des BVKJ würden in den Überlegungen des Ministeriums durchaus eine Rolle spielen.

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen hat den Vorstoß des Ministers für Vorsorgen an den Schulen begrüßt. Damit käme die öffentliche Hand ihrer Verpflichtung, im Rahmen der Prävention einen eigenen Anteil zu leisten nach, sagte GKV-Verbandsprecher Florian Lanz. Dass Krankheitsprävention eine Steuer finanzierte Aufgabe sein könnte, ist für die GKV sicher ein faszinierender Gedanke.

Christoph Kupferschmid
Ch.Kupferschmid@t-online.de



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Berlin

Gemäß der Wahlordnung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. findet vom **13.11.–04.12.2012** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **04.12.2012** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Klemens Senger – Landesverbandsvorsitzender

Meine Meinung

Mehr als ein Loch im Backenzahn



Dr. Christoph
Kupferschmid

Um den Bodymaßindex von Kindern zu bestimmen oder ihre Seh- und Hörfähigkeit, dafür braucht es keine Ärzte. Auch nicht um ein Loch in einem Zahn erkennen. Das können medizinische Fachangestellte oder Prophylaxehelferinnen genau so gut. Um aber gute Kindervorsorgen zu machen und Eltern anzuleiten, braucht man aus- und weitergebildete Pädiaterinnen und Pädiater. Sie kennen die Kinder und ihre Familien oft schon lange Zeit. Besonders effektiv ist die Vorsorge, wenn sie nach einem strukturierten Programm erfolgt. Die Kinder- und Jugendärzte in Deutschland verfügen durch die Arbeit des Präventionsausschusses im BVKJ über solche Programme für das Schulalter. Innerhalb der Strukturverträge kommen sie einigen Kindern zugute.

Man versteht nicht, weshalb der Gesundheitsminister das Rad mit Vorsorgeuntersuchungen in Schulen noch einmal erfinden möchte, wo die Züge doch längstens Rollen. Allerdings sind die Wagen U9 und U10 überwiegend noch auf dem Abstellgleis des gemeinsamen Bundesausschuss (g-ba), weil die Krankenkassen ihre Bremsklötze dort nicht wegbekommen. Die Kassen freuen sich jetzt darüber, dass der Bundesgesundheitsminister anbietet, ihnen einen Teil ihrer Aufgaben in der Kinderprävention zu bezahlen. So bleiben die Rücklagepolster gut gefüllt, von denen bislang niemand weiß, wofür sie eigentlich gut sein sollen. 70 Millionen aus den über 10 Milliarden, die sie im Moment angesammelt haben, würden genügen, um diese beide Vorsorgen pro Jahr für alle Kinder in Deutschland zu finanzieren, das sind gerade sieben Promille. Offenbar ist insbesondere jenen Kassen, die nicht an Strukturverträgen teilnehmen, die Qualität

der Vorsorgen doch nicht so wichtig, wie sie im g-ba immer betonen. Denn Kindervorsorgen durch Allgemeinmediziner an Schulen sind wesentlich eher Alibiveranstaltungen als ein ernstzunehmender Beitrag, die psychische, körperliche und soziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu schützen und zu erhalten. Primäre Prävention und fundierte Beratung finden hierbei keinesfalls statt.

Natürlich sind die Schulen ein zentraler Ort, in dem Gesundheitsbewusstsein vermittelt werden könnte. Das käme vor allem den zukünftigen Kindern der jetzigen Schüler zugute. Natürlich hätte der öffentliche Gesundheitsdienst hierbei eine wichtige Aufgabe, wenn er nicht bis zur Unkenntlichkeit geschrumpft worden wäre. Das hat aber mit der Präventionsverpflichtung nach dem fünften Sozialgesetzbuch nichts zu tun.

Minister Bahr hat offenbar noch nicht verstanden, wo die Gründe für Sprachstörungen, Verhaltensstörungen und die neuen Morbiditäten bei Kindern zu suchen sind. Er weiß zu wenig darüber, wie komplex und zeitaufwändig die Diagnostik und Beratung in diesem Themenfeld sind. Es handelt sich nicht um einen Loch im Backenzahn. Wenn man wirklich will, dass die Gemeinschaft über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wacht, darf man dieses Wächteramt nicht mit minderer Qualität wahrnehmen. Wenn man wirklich will, dass alle Kinder und Jugendliche zu allen Vorsorgeuntersuchungen gebracht werden, muss man dies auch verbindlich fordern und fördern. Eine Gelegenheit hierzu wäre das immer wieder aufgeschobene Vorsorgegesetz.

Christoph Kupferschmid

Zentraler Vertretungsnachweis des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine
Vertretung

einen
Weiterbildungsassistenten

einen
Nachfolger

einen
Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

dann wenden Sie sich bitte an die

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.,
Frau Gabriele Geße, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. (02 21) 6 89 09 23, Tfx. 02 21 / 68 32 04
E-Mail: gabriele.gesse@uminfo.de

Vorsicht bei Branchenverzeichnissen und Adressbuchfirmen



Dr. Kyrill Makoski

Gerade für Ärzte und Freiberufler gehören aussagefähige Präsentationen in Verzeichnismedien, also Branchen- und Telefonbüchern, Stadtadressbüchern sowie ähnlichen Verzeichnissen zu den unverzichtbaren Grundinformationen für bestehende und künftige Patienten. Neben den etablierten Verzeichnis-Anbietern gibt es allerdings auch eine Reihe von weniger seriösen Unternehmungen, die mit der Attraktivität dieser Mediengattung das schnelle Geld machen wollen.

Diese versenden per Mail, Fax oder auch Brief Angebote für Eintragungen in Internet-Verzeichnissen, die auf den ersten Blick Rechnungen oder auch Korrekturabzügen bekannter Verzeichnisse ähneln. Erst bei genauem Studium des Kleingedruckten wird ersichtlich, dass es sich hier um meist überbeuerte Angebote für Eintragungen in unbekanntem und damit kaum genutzten Pseudo-Verzeichnissen handelt.

Die Formulare für den Abdruck in den Verzeichnissen ähneln sehr den handelsüblichen Korrekturabzügen. Eine Rücksendung des Formulars, ohne einen kostenpflichtigen Vertrag abzuschließen, ist in der Gestaltung praktisch unmöglich. Die Preise variieren zwischen 700,00 und 1.200,00 € pro Jahr. Viele der Anbieter sitzen im Ausland. Sie spekulieren dabei darauf, dass das Formular vom Praxispersonal im üblichen Geschäftsgang ausgefüllt und dann dem Arzt nur zur Unterschrift vorgelegt wird, ohne dass eine vertiefte Prüfung stattfindet. Das böse Erwachen gibt es erst mehrere Wochen später, wenn die Rechnung eintrifft – und dann hoffentlich nicht bezahlt wird.

Die Anbieter verweisen meist darauf, dass die von ihm kulanterweise gewährte zweiwöchige Widerrufsfrist ja schon längst abgelaufen sei und deswegen nunmehr die Vergütung fällig werde. Für den Fall der Nichtzahlung wird damit gedroht, die Forderung entsprechend geltend zu machen. Aus der hiesigen Prozesspraxis sind jedoch keine Fälle bekannt, in denen diese Drohung tatsächlich umgesetzt wurde. Allerdings scheint es genügend Fälle zu geben, in denen jedenfalls die Forderungen durchgesetzt wurden gegenüber nicht anwaltlich vertretenen Personen. Daher sollte das Problem nicht auf die leichte Schulter genommen werden, sondern spätestens nach Eingang der Rechnung kompetenter anwaltlicher Rat gesucht werden.

Rechtliche Einwände

Zunächst ist hier schon fraglich, ob überhaupt ein entgeltlicher Inseratvertrag zustande gekommen ist. Denn mit der Unterschrift auf dem Formular soll in aller Regel kein Vertrag geschlossen werden, sondern die Richtigkeit der entsprechenden Daten bestätigt werden. Schon daran könnte der Anspruch des Anbieters scheitern.

Des Weiteren dürfte die Annahme des Vertragsangebotes jedenfalls anfechtbar sein, und zwar sowohl wegen eines Erklärungsirrtums (ein Inseratvertrag wollte man gar nicht schließen) als auch wegen arglistiger Täu-

schung. Denn die verwendeten Formulare sind gerade darauf angelegt, bei flüchtiger Betrachtung wie ein Hinweis auf eine bereits bekannte Geschäftsbeziehung zu wirken. Erst bei genauerem Hinsehen wird deutlich, dass hier ein neuer Vertrag abgeschlossen werden soll. Voraussetzung für die Anfechtung ist jedoch, dass diese unverzüglich erklärt wird, d.h. sobald man erkennt, dass hier ein Problemfall vorliegt. Die Frist hierfür beträgt regelmäßig vierzehn Tage.

Daneben ist auch fraglich, ob der geforderte „Marketing-Beitrag“ hier nicht deutlich überhöht ist. Denn für den Betrieb eines Internetservers fallen nur relativ geringe Kosten an, die entsprechenden Internetzeiten werden nicht weiter beworben und haben auch nur eine geringe Reichweite, so dass die geforderten Beträge dazu führen könnten, dass die Verträge wegen Wuchers ebenfalls nichtig sind. Rechtsprechung hierzu liegt – soweit ersichtlich – noch nicht vor.

Aktuelle Rechtsprechung

Die Werbeformulare verschiedener Anbieter haben schon diverse Gerichte beschäftigt. Herauszuheben sind zwei obergerichtliche Urteile aus der jüngsten Zeit.

Das **Oberlandesgericht Düsseldorf** hat mit Urteil vom 14. Februar 2012 (I-20 U 100/11) den Unterlassungsanspruch eines Verbraucherverbandes gegen einen Adressbuchverlag bestätigt. In dem Angebotsschreiben sei regelmäßig der zu zahlende Preis nicht klar erkennbar (da nur ein monatlicher Betrag angegeben sei). Zudem würden viele Schreiben zu Unrecht den Eindruck erwecken, dass es hier um die Gebühr für die Eintragung in einem „amtlichen oder quasi-amtlichen Register“ gehe, was ebenfalls nicht der Fall sei. Auch werde der Angebotscharakter deutlich verschleiert. In dem Urteil heißt es zur Verschleierung unter anderem:

„Seinem sachlichen Gehalt nach ist das angegriffene Schreiben privatwirtschaftliche Werbung der Beklagten zu 1. bei Gewerbetreibenden und Freiberuflern, sich gegen Entgelt erstmals in ihr Internet-Branchenverzeich-

nis eintragen zu lassen. Es enthält in der Gestalt eines teilweise bereits mit den Daten des Adressaten ausgefüllten Formulars ein Angebot der Beklagten zu 1., das der jeweilige Adressat durch Ausfüllen und Rücksenden annehmen kann. Dieser Gehalt, der sich bei aufmerksamer Lektüre von Vorder- und Rückseite des Papiers durchaus erschließt, wird dadurch verschleiert, dass nicht, wie der Verkehr es bei Werbung erwartet, der Gegenstand der angebotenen Erzeugnisse und sein Preis sowie der privatwirtschaftliche Anbieter werblich, ja reklamehaft herausgestellt werden und im Anschluss daran eine Bestellmöglichkeit für das angepriesene Produkt geboten wird, sondern dass sich die mageren Angaben zur privatwirtschaftlichen Natur des Anbieters, der angebotenen Leistung und zu ihrem Preis erst kleingedruckt auf der Vorderseite und in den „AGB“ der Rückseite finden. Beherrscht wird das Schreiben durch die Überschrift der Vorderseite mit dem auf amtliche Tätigkeit hindeutenden Namen „G.-Z.“ und der ebenso klingenden Erläuterung „Erfassung gewerblicher Einträge“. Diese Begriffe rufen nicht die Vorstellung des Betriebs eines von vielen privaten Internet-Branchenverzeichnisses [hervor]. Die Befriedigung des Allgemeininteresses, Informationen über Gewerbebetriebe von einer einzigen Stelle zu erhalten, werden die angesprochenen Verkehrskreisen nach ihren Erfahrungen mit Verzeichnissen wie dem Gewerberegister, Handelsregister oder dem Grundbuch am ehesten von einer öffentlichen Einrichtung erwarten. Wenn es um eine Erstbestellung bei einem privaten Anbieter geht, gibt es im Übrigen nichts zu „erfassen“. Die Zuordnung eines Vorgangs zu einer „Abteilung: Eintragung/Registrierung“, wie sie rechts oben im Formular vorgenommen wird, ist ihrerseits eher bei Verwaltungen zu erwarten. Des Weiteren liegt bei privater Werbung um eine Erstbestellung auch nicht die links oben im Formular durch Unterstreichung hervorgehobene Aufforderung nahe, „fehlende oder fehlerhafte Daten“ zu „ergänzen oder zu korrigieren“. In privater Werbung um Aufträge ist man erst recht nicht auf ein Insistieren gefasst, wie es sich im beanstandeten Formular links unten findet, durch ein Kästchen und größere Schrift hervorgehoben: „Die Daten ... nochmals auf ihre Richtigkeit kontrollieren – Bitte mit Ihrer Unterschrift bestätigen –“. Die Worte „bei Annahme des Angebots“ mögen überlesen werden. Die die linke Spalte abschließende Angabe „Rückantwort gebührenfrei per Fax bis 18.06.10 an ...“ ist mit dem Hinweis auf die Gebührenfreiheit eines Faxes und der Fristsetzung für die Aufnahme in eine Internetverzeichnis sinnlos, verwendet mit den Wörtern „Gebühren“ und „Fristsetzung“ aber wiederum Begriffe aus dem Bereich der Verwaltung.“

Ebenso hat sich der **Bundesgerichtshof** (Urteil vom 30.6.2011 – III ZR 157/10, NJW 2012, 1449) mit dem Problem befasst. Der Leitsatz des Urteils lautet:

„Ein formularmäßig aufgemachtes Angebotsschreiben für einen Eintrag in ein Branchenverzeichnis, das nach seiner Gestaltung und seinem Inhalt darauf angelegt ist, bei einem flüchtigen Leser den Eindruck hervorzurufen, mit der Unterzeichnung und Rücksendung des Schreibens werde lediglich eine Aktualisierung von Eintra-

gungsdaten im Rahmen eines bereits bestehenden Vertragsverhältnisses vorgenommen, verstößt gegen das Verschleiervorbot des § 4 Nr. 3 UWG sowie gegen das Irreführungsvorbot des § 5 I UWG.“

Zwar sind diese Entscheidungen nur in wettbewerbsrechtlichen Verfahren ergangen. Allerdings sind die darin enthaltenen Aspekte durchaus auch anzuführen zugunsten der einzelnen Betroffenen. Denn wenn hier eine wettbewerbswidrige Verschleierung vorliegt, liegt zumindest die Annahme nahe, dass hierdurch auch ein Irrtum hervorgerufen wurde. Dieser Irrtum berechtigt wiederum zur Anfechtung.

Hinweis für die Praxis

Die wichtigste Aufgabe für den Arzt ist es, sein Personal zu sensibilisieren. Wenn eine derartige Anfrage in der Praxis eintrifft, sollten diese nicht von den MFA ohne weiteres Nachdenken bearbeitet werden. Vielmehr sollte kritisch gefragt werden, ob mit dem Branchenverzeichnis Geschäftsbeziehungen bestehen. Ggf. sollte zumindest ein Warnhinweis angebracht werden.

Wenn doch einmal ein derartiges Formular durch die Kontrollen durchgerutscht ist und zurückgesandt wurde, gilt es jedenfalls nach Erhalt der entsprechenden Rechnung schnell zu reagieren. Hier sollte umgehend die Anfechtung erklärt werden. Gleichzeitig sollte vermieden werden, die Rechnung sofort zu bezahlen. Auch insoweit sollte die eigene Buchhaltung sensibilisiert werden. Denn wenn das Geld einmal überwiesen wurde, wird es praktisch unmöglich, es zurückzuholen. Wer jedoch nicht zahlt, muss sich darauf einstellen, dass regelmäßig und auch in kürzeren Abständen Inkasso- und Zahlungsaufforderungen der Gegenseite eintreffen. Dies gilt unabhängig davon, ob hier ein anwaltlicher Vertreter eingeschaltet wurde oder nicht. Dabei wird der Anbieter auf Urteile verweisen, die zu seinen Gunsten ergangen sind. Wie der den Urteilen zugrunde liegende Sachverhalt aussah, kann naturgemäß aus der Ferne nicht beurteilt werden. Jedoch ist bei vielen Urteilen festzustellen, dass diese immer nur knapp unter der Berufungssumme bleiben und deswegen eine Kontrolle durch höhere Instanzen verschlossen sind. Für diesen Fall gibt es jedoch adäquate juristische Gegenstrategien.

Zugleich sollte hier auch rechtliche Beratung gesucht werden. Dies verschafft eine gewisse Sicherheit und sorgt auch dafür, dass formelle Fehler vermieden werden.

Die Vielzahl schwarzer Schafe führt dazu, dass es schwierig wird, die seriösen Anbieter zu erkennen. Viele sind z.B. Mitglied im Verband Deutscher Auskunfts- und Verzeichnismedien e.V. (VDAV), der ausdrücklich vor unseriösen Unternehmen warnt. Seriöse Anbieter verwenden keine bestätigungsähnlichen Angebotsformulare. Vielmehr wird dort zwischen der Erstwerbung und der entsprechenden Bestätigung für den Eintrag unterschieden. Regelmäßig haben sie keinen Geschäftssitz im Ausland.

Ansonsten sollte sich der Arzt von seinem „Bauchgefühl“ leiten lassen. Auch die Hektik im Praxisalltag sollte nicht dazu verführen, in wirtschaftlichen Fragen sämtliche Vorsicht über Bord zu werfen.

Red.: ReH

Dr. Kyrill Makoski, LL.M. Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht, Möller und Partner
Der Autor ist Justiziar des BVKJ

Hüftsonografie bei Säuglingen: Analyse offenbart erhebliche Wissensdefizite bei Untersuchern

Checklisten helfen, Fehler zu vermeiden

Grundsätzlich hat die Einführung des frühen allgemeinen sonografischen Hüftscreenings in Deutschland, Österreich und der Schweiz einen großen Fortschritt in der Frühbehandlung von Hüftreifeungsstörungen gebracht (1,2,3). Leider scheint sich jetzt aber ein gegenläufiger Trend einzuschleichen. Wir beobachten eine Zunahme von Schlichtungs- und Regressfällen. Operationsbedürftige Spätfälle werden wieder häufiger und es besteht ein erschreckendes Defizit an Kenntnissen und Fertigkeiten bei vielen Teilnehmern an Sonografie-Refresherkursen (d.h. alle praktizierten aktiv die Hüftsonografie). So konnten dort lediglich 21% der Absolventen vier Hüftsonogramme fehlerlos beurteilen! Diese unbefriedigende Situation spiegelt sich auch nach Einführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zum 01.04.2005 in einer ungewöhnlich hohen Rate an Widerrufen der Abrechnungsgenehmigung bei den Qualitätssicherungs (QS)-Kommissionen der Kassenärztlicher Vereinigungen (KVen) wider.

Beim Vergleich verschiedener KVen unterschieden sich die Prüfergebnisse stark (Tab. 1). Dies muss als Ausdruck einer höchst unterschiedlichen Prüfpraxis der Sonografiekommissionen trotz eindeutiger KBV-Vorlage gewertet werden. Die Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen haben in der völlig überarbeiteten QS-Vereinbarung „Säuglingshüfte“ größten Wert auf die Vergleichbarkeit der Prüfergebnisse gelegt.

Methodische Fehleranalyse

Die systematische Analyse der Regress- und Schlichtungsfälle sowie die Auswertung der Eingangstests bei Refresherkursen offenbarte eine Reihe immer wiederkehrender „klassischer“ Fehler und Fallstricke: Meist handelt es sich um die Missachtung grundsätzlicher methodischer Regeln und der Checklisten. Die schwerwiegendsten Fehler werden am Anfang des diagnostischen Algorithmus gemacht und nicht bei der Winkelmessung, die methodisch gesehen erst am Ende steht.

Fehler in absteigender Priorität und Häufigkeit:

- Insuffiziente Lagerung und Abtasttechnik (z. B. fehlende Lagerungsschale und/oder Schallkopfführung)

- keine oder unvollständige anatomische Identifizierung (s. Checkliste 1)
- fehlende Brauchbarkeitsprüfung und Kippfehlercheck (s. Checkliste 2)

Danach folgen mit großem Abstand:

- inadäquate Messtechnik mit nicht plausiblen Alpha- und Betawinkeln
- fehlende Plausibilitätsprüfung (inkonsistente Befunde von Deskription und Messwerten)
- nicht phasengerechte therapeutische Konsequenzen.

Bei 13% der operierten Säuglingshüften stand am Anfang eine Fehldiagnose. Beispielsweise wurde bei der U3 ein 2c-Gelenk falsch als Typ 1 eingeschätzt und erst zu spät definitiv luxiert wieder vorgestellt. Mit gutem Grund bezeichnet Graf die Hüftsonografie als „finale“ Untersuchung: ein diagnostischer Fehler lässt sich später oft nicht wiedergutmachen, weil die Pathomorphologie unbemerkt fortschreiten konnte und das kurze Zeitfenster für eine restitutio ad integrum längst geschlossen ist.

Gegenstrategien

Unbedingt anzustreben ist die standardisierte Durchführung der Hüftsonografie: Diese beginnt mit der Lagerung und

Abtasttechnik und endet mit einer adäquaten, phasengerechten Therapie sowie ausreichend langen Verlaufskontrollen biomechanisch behandelter Hüftgelenke.

Die standardisierte Hüftsonografie erfordert ein systematisiertes Vorgehen nach Checklisten (im Sinne des Risikomanagements). Graf hat als Orientierungshilfe neben seinem ausführlichen „Kompendium“ (4) einen gestrafften Ausbildungskatalog mit methodischen Mindeststandards publiziert (5), der als Referenz bei Ausbildungskursen nach DEGUM-Richtlinien dient oder zumindest dienen sollte.

Anhand der **Checkliste 1** arbeitet der Untersucher systematisch die sonoanatomischen Landmarken ab:

- 1 Knorpel-Knochen-Grenze
- 2 Hüftkopf
- 3 Umschlagfalte
- 4 Gelenkkapsel
- 5 Labrum
- 6 Knorpel
- 7 Knochen (5-7 = „Standardreihe“)
- 8 Konkavität-Konvexität („Erker-Umschlagpunkt“)

Dabei werden der Erker-Umschlagpunkt festgelegt und definitiv dezentrierte von zentrierten Hüftgelenken abgegrenzt.

abrechnende Ärzte GOP 01722 + 33051	KV Westfalen-Lippe		KV Nordrhein		KV Berlin		KV Schleswig-Holstein		KV Thüringen		KV Saarland		KV Brandenburg		KV Sachsen-Anhalt	
Fachärzte gesamt (N=)	683		755		225		207		132		127		124		123	
Bisherige Ergebnisse	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Anzahl durchgeführter Verfahren im Jahr 2007	279		261		60		145		50		80		12		62	
nicht sachgerechte Qualität: Widerruf der Genehmigung	122	43,7	10	3,8	7	11,7	9	6	0	0	2	2,5	0	0	1	1,6

Tab. 1: Ergebnistabelle einiger kassenärztlichen Vereinigungen 2007

Bei zentrierten Gelenken ist anschließend obligatorisch die Checkliste 2 „Brauchbarkeitsprüfung“ der Standardschnittebene abzuarbeiten:

- 1 Unterrand des Os ilium
- 2 Schnitt
- 3 Labrum

Mit der **Checkliste 2** werden (unbrauchbare) vordere und hintere Schnitte sowie gegebenenfalls Kippfehler identifiziert und eliminiert. Nach vollständiger und korrekter Abarbeitung beider Checklisten sind die essenziellen methodischen Schritte abgewickelt und damit für die Hüftgelenke des Säuglings fatale diagnostische Fehler vermieden worden.

Sonoanatomische „Rasterfahndung“

Alle weiteren Schritte im diagnostischen Algorithmus bauen auf einer korrekten anatomischen Identifizierung (Checkliste 1) und einer brauchbaren frontalen Standardschnittebene (Checkliste 2) auf: Es folgt eine beschreibende Befundung (Deskription) des vorläufigen Hüfttyps nach Graf (Typ 1-4) mithilfe einer definierten Terminologie von knöcherner Formgebung, knöchernem Erkerareal und knorpeligem Pfannendach. Anschließend wird der vorläufige deskriptive Befund mittels standardisierter Messtechnik des „Knochenwinkels“ Alpha und des „Knorpelwinkels“ Beta abgesichert bzw. verifiziert. Damit ist unter Einbeziehung des Lebensalters (Reifungskurve) und gegebenenfalls eines Stresstests eine Feintypisierung und der definitive Hüfttyp festgelegt. Dieser sollte nochmals durch eine Rückkoppelung auf seine Konsistenz mit der vorherigen Deskription überprüft werden (Plausibilitätsprüfung). Zutage tretende Widersprüche müssen aufgelöst werden. Der schrittweise eingrenzende diagnostische Algorithmus entspricht dem Prinzip der Rasterfahndung in der Kriminologie. Das diagnostische Endprodukt ist nicht ein bestimmter Alpha-Winkel, sondern ein Hüfttyp: Dadurch werden inhärente methodische Schwächen (Intra-/Interobserver-Varianz) kompensiert. Auch die sonografiegesteuerte Therapie ist nicht winkel-, sondern typenbezogen (Tab. 2).

Auch wenn statistisch nur bei circa 1% aller Neugeborenen mit einer schwerwiegenden Hüftreifungsstörung mit sonografischer Instabilität oder gar schon Dezentrierung zu rechnen ist, muss gerade diese „Negativauslese“ korrekt diagnostiziert



© 2012 Thinkstock

Ob die Hüftgelenke dieses Säuglings gesund sind, lässt sich per Ultraschall leicht feststellen – vorausgesetzt, der Untersucher beherrscht sein sonografisches Handwerk.

und ohne Zeitverzögerung einer phasengerechten biomechanischen Therapie (Tab. 2) zugeführt werden. Alle Hüftgelenke, die eine biomechanische Behandlung gemäß Tabelle 2 erhalten haben und erfolgreich bis zum Typ 1 ausbehandelt wurden, müssen bis zum Wachstumsende regelmäßig kontrolliert werden („Meilensteinröntgen“), um potenzielle sekundäre Verschlechterungen (sekundäre/endogene Dysplasien) herauszufiltern. Deren Häufigkeit liegt bei 10–30% der Therapiefälle.

Analyse der Entscheidungspraxis der QS-Kommissionen der KVen

Vor Einführung der „Prüfung der Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung von sonografischen Untersuchungen der Säuglingshüfte im B-Mode-Verfahren gemäß § 7a der Ultraschall-Vereinbarung“ zum 1. April 2005 haben die Mitglieder der QS-Kommission der KV Westfalen-Lippe (KVWL) in Anlehnung an die Vorgaben der KBV Kriterien zur Beurteilung der Bild- und Befunddokumentation erarbeitet. Diese wurden in Form eines Fehlerkatalogs tabellarisch den Qualitätsstufen I-III (regulär, eingeschränkt, unzureichend) zugeordnet.

Die ersten Ergebnisse zwischen April 2006 und August 2007 waren desaströs: Nur 6,2% der Ärzte konnten eine sachgerechte Qualität nachweisen. 93,8% wurden als nicht sachgerecht beurteilt. 85,7% hätten ihre Abrechnungsfähigkeit verloren. Alle Betroffenen waren aufgebracht, und suchten die Fehler vornehmlich in der „Realitätsferne“ und „Pedanterie“ der Kommissionsmitglieder. Die Fehleranalyse der KVWL zeigte neben Flüchtigkeiten und methodisch-technischen Fehlern erhebliche Kenntnismängel bei der anatomischen Identifizierung und der Brauchbarkeitsprüfung. Da viele systematische Fehler begangen wurden (die Häufigsten: Abbildungsverhältnis nicht 1,7:1, Ausstelllinie falsch angelegt, Brauchbarkeitskriterien nicht erfüllt etc.) hat die KV Informationsveranstaltungen durchgeführt. Durch eine wohlwollendere Bewertung der Messtechnik konnte der Abrechnungswiderruf auf 49,0% gesenkt werden. Gleichwohl ist die Beurteilung „nicht sachgerecht“ mit zurzeit 62% immer noch zu hoch.

Eine hervorragende Untersuchungsmethode kann nur dann flächendeckend erfolgreich sein, wenn alle Anwender sie fehlerfrei praktizieren. Die Frage nach der Ursache der schlechten Prüfergebnisse ist in der Historie zu finden. Die Ultraschall-Richtlinien aus den Jahren 1982 und 1987 sahen vor, dass die Kenntnisse in drei Kursen erworben werden mussten. Danach konnten Ärzte nach einem Kolloquium bei der KV Hüftsonographien abrechnen. Seit 1988 werden sonografische Untersuchungen Inhalt der Weiterbildung und werden im Zeugnis zur Facharztanerkennung attestiert. In den Facharztprüfungen zeigen sich häufig erhebliche Diskrepanzen zwischen den Chefarztzeugnissen und den tatsächlich vorhandenen Kenntnissen, falls Hüftsonographie bei Säuglingen überhaupt geprüft wird. Da an vielen Kliniken keine strukturierte Ausbildung mehr erfolgt oder nicht erfolgen kann, sollten die Kenntnisse in den Facharztprüfungen auch nur dann abgefragt werden, wenn ein Zertifikat über eine strukturierte Weiterbildung vorgelegt wird.

Pathomorphologische Phase	Hüfttyp nach Graf	biomechanisches Therapieprinzip
Dezentrierung	4, 3, D	Reposition
Instabilität	2c-instabil	(stabile!) Retention
Verknöcherungsverzögerung	2c-stabil, 2b, 2a-minus	(funktionelle) Nachreifung

Tab. 2: Endpunkt der sonografischen Rasterfahndung: der Hüfttyp

In der neuen QS-Vereinbarung ist bei bestimmten Bedingungen ein Fortbildungskurs (Refresherkurs) bindend vorgeschrieben. Die KV prüft zur Abrechnungsfähigkeit zusätzlich den Nachweis der vorgeschriebene Anzahl von 200 Kindern (also 400 Hüftgelenken). Ein derartiges Konzept wird derzeit in der Ärztekammer Westfalen-Lippe beraten. Nicht jeder zur Facharztprüfung zugelassene Kollege – wenn er z. B. in der Unfallchirurgie weiterarbeiten möchte – müsste dann die Sonografie der Säuglingshüfte nach Graf beherrschen und der Chefarzt würde nicht genötigt, ein Gefälligkeitszeugnis auszustellen.

Schlussfolgerungen

Die Analyse der Regressfälle und der operativ zu behandelnden Hüftgelenke sowie die Ergebnisse der Qualitätskommissionen der KVen bestätigen die Notwendigkeit der strukturierten Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten in einem strukturierten Ausbildungssystem (Grund-, Aufbau- und Abschlusskurs) sowie die Sinnhaftigkeit einer regelmäßigen Rezertifizierung (Refresherkurse). Das Curriculum dieser Kurse wird durch den Ausbildungskatalog nach Graf (2009) strukturiert, der einen Mindeststandard darstellt. Sämtliche Details sind in der jeweils aktuellsten Auflage des Graf-Kompodiums nachlesbar.

Die Kenntnis der Literatur kann allerdings die Teilnahme an einem struk-

turierten Kurssystem nicht ersetzen, sondern lediglich ergänzen. Gleichbedeutend ist in der Ultraschallvereinbarung vom 31. Oktober 2008 der Erwerb der fachlichen Befähigung durch computergestützte Fortbildung in Verbindung mit Ultraschallkursen festgeschrieben. Ebenso sollte die technische Ausstattung (Lagerungsschale plus Schallkopfführung) dem State of the Art 2012 entsprechen. Eine unstrukturierte „Ausbildung am Krankenbett“ durch nicht speziell in der Hüftsonografie ausgebildete Kursleiter systematisiert Fehler und zerstört letztlich Hüftgelenke von Säuglingen.

Nach: ORTHOPÄDIE & RHEUMA 2012; 2: 43-47, Ausgabe 15 (2) 2012, mit freundlicher Genehmigung des Springer Verlages

Literatur bei den Verfassern

PD Dr. med. Christian Tschauner
Departmentleiter und I. Oberarzt
Abteilung für Orthopädie des LKH Stolzalpe
A-8852 Stolzalpe
E-Mail: christian.tschauner@lkh-stolzalpe.at

Dr. med. Hans Dieter Matthiessen
Facharzt für Orthopädie, Rheumatologie,
Kinderorthopädie, Chirotherapie,
Sportmedizin,
DEGUM-Seminarleiter
Möllenhoffstraße 4
44287 Dortmund
E-Mail: dieter@matthiessen.eu

Red.: Kup

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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

0211 / 758 488-14

für telefonische Beratungen zur Verfügung.

Stephan Eßer, Hauptgeschäftsführer

Die Rechtslage nach dem Urteil des Landgerichts Köln zur Jungenbeschneidung



Dr. Andreas
Meschke

Das Urteil des Landgerichts

Das Landgericht Köln hat am 7. Mai 2012 (Az.: 151 Ns 169/11) in einem Berufungsverfahren die Strafbarkeit der Zirkumzision erörtert. In dem zu entscheidenden Fall war ein vierjähriger Junge in einer Arztpraxis auf religiös motivierten Wunsch der muslimischen Eltern hin beschnitten worden; eine medizinische Notwendigkeit bestand nicht. Zwei Tage nach dem Eingriff erlitt das Kind starke Blutungen. Die Staatsanwaltschaft erhob daraufhin Anklage, und das Amtsgericht Köln (Strafrichter) entschied zunächst, dass der Eingriff zwar eine Körperverletzung, diese aber gerechtfertigt gewesen sei, weil sie sich „am Wohl des Kindes“ ausgerichtet und eine Einwilligung der Eltern vorgelegen habe.

Das Landgericht Köln verwarf zwar die Berufung der Staatsanwaltschaft und bestätigte damit den Freispruch. Allerdings kamen die Richter des Landgerichts zu einer anderen rechtlichen Würdigung. Sie entschieden, dass die Körperverletzung gemäß § 223 StGB „nicht durch die Einwilligung der Eltern gerechtfertigt sei, weil sie nicht dem Wohl des Kindes“ entsprochen habe. Das Recht der Eltern auf Religionsfreiheit und religiöse Kindererziehung (Art. 4 Abs. 1, 6 Abs. 2 GG) habe keinen Vorrang gegenüber dem Recht des Kindes auf Selbstbestimmung (Art. 2 Abs. 1 iVm Art. 1 Abs. 1 GG) und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG). Die Eltern müssten abwarten, ob sich ihr Kind später selbst für eine Beschneidung entscheide. Tatsächlich habe dieses Recht des Kindes auf Selbstbestimmung den Vorrang. Denn die Veränderung des Körpers des Kindes infolge der Beschneidung laufe seinem Interesse, später selbst über seine Religionszugehörigkeit entscheiden zu können, zuwider. Dass das Landgericht trotzdem zur Straffreiheit des Arztes gekommen ist, beruht auf § 17 StGB und dem sogenannten unver-

meidbaren Verbotsirrtum, in dem der Arzt sich befunden habe, weil er angenommen habe, dass die Beschneidung aus religiösen Gründen „rechtmäßig“ gewesen sei. Dieser Irrtum sei deswegen nicht zu vermeiden gewesen, weil im Tatzeitpunkt in Rechtsprechung und Literatur durchaus Uneinigkeit über die rechtliche Bewertung der religiös motivierten Beschneidung geherrscht habe (eine praktisch wohl vollständige Literaturübersicht findet man z.B. unter der Rubrik „Themen“ der Internetseite www.holmputzke.de). Manche Stimmen verneinten die Strafbarkeit insbesondere dann, wenn die Beschneidung auf einer Einwilligung der Sorgeberechtigten beruhte, ohne dass es letztlich auf die Motivation ankomme – das elterliche Sorgerecht gehe eben so weit –, und der Eingriff lege artis durchgeführt worden sei.

Zukünftiges ärztliches Verhalten

Es fragt sich, wie ein mit dem Thema konfrontierter Arzt sich verhalten soll. Bis auf Weiteres gibt es jedenfalls keine spezialgesetzlichen Vorgaben. Die Bundesregierung hat zwar angekündigt, das Thema der Jungenbeschneidung gesetzlich regeln zu wollen. Mit welchem Inhalt, ist bis auf Weiteres Spekulation. Presseberichten kann man entnehmen, dass es keine einfache Lösung geben wird. Das kann auch nicht verwundern, denn der Gesetzgeber muss erst einmal seinen Ausgangspunkt genau definieren. Er muss entscheiden: ist die Beschneidung grundsätzlich strafbar und soll es Ausnahmen davon geben? Oder ist die Beschneidung grundsätzlich zulässig und soll es davon (Strafbarkeits-)Ausnahmen geben? Eine politisch nicht einfache Entscheidung! Bis zu ihrer Lösung mag Folgendes als „Leitlinie“ für Ärzte gelten:

Wenn Eltern mit dem Beschneidungswunsch in die Praxis kommen

Dem Wunsch der Kindeseltern nach einer Beschneidung darf ein Arzt nur nachkommen, wenn diese medizinisch geboten ist. Andernfalls setzt man sich dem Vorwurf aus, aufgrund des in der Fachöffentlichkeit mittlerweile bekannten Urteils des Landgerichts Köln keinem unvermeidbaren Verbotsirrtum bei Begehung einer Körperverletzung zu unterliegen. Die Entscheidung des Landgerichts entfaltet zwar keine Bindungswirkung für andere Gerichte. Diese könnten sich aber dem Ausgangspunkt, dass die medizinisch nicht indizierte Beschneidung eine Körperverletzung ist, solange keine wirksame Einwilligung des Kindes/Jugendlichen selbst vorliege, sobald er diese Entscheidung treffen kann – kurz: die Elterneinwilligung reicht nicht –, anschließen.

Schon beschnittenes Kind: melden oder schweigen?

Ist ein Arzt verpflichtet, eine nach dem Urteil des Landgerichts Köln durchgeführte Beschneidung bei einer Behörde (z.B. Jugendamt zur Wahrung des künftigen Kindeswohls, Staatsanwaltschaft zur Strafverfolgung) zu melden?

Jegliche Meldeüberlegungen eines Arztes kollidieren zunächst mit der ärztlichen Schweigepflicht; deren Verletzung ist gemäß § 203 StGB ihrerseits strafbar. § 34 StGB ermöglicht über den sogenannten rechtfertigenden Notstand Durchbrechungen, wenn das Interesse an der Abwehr drohender Gefahren für Leib, Leben oder Gesundheit das Geheimhaltungsinteresse überwiegt. Bei einer bemerkten Beschneidung ist die Körperverletzung bereits geschehen. Die Beschneidung kann nicht rückgängig gemacht werden. Das Wohl des minderjährigen Patienten wird regelmäßig nicht mehr gefährdet

sein (es sei denn, es besteht – wie bei dem Urteil des Landgerichts Köln – ein akuter Fall von postoperativen Komplikationen). Somit überwiegt in diesem Fall die Schweigepflicht des Arztes gegenüber seinem Patien-

ten und er darf sich nicht an die zuständigen Stellen wenden, geschweige denn ist er dazu verpflichtet. Eventuelle psychische Probleme des Minderjährigen infolge der Beschneidung – so dieser Zusammen-

hang denn nachweisbar ist – führen je nach Art und Intensität in einen „Graubereich“ hinein; hier kommt es sehr auf den Einzelfall an.

Bald beschnittenes Kind: Polizei und Jugendamt anrufen?

Wenn die Eltern mit ihrem Sohn zum Arzt kommen und sich aus den Umständen ergibt, dass in absehbarer Zeit eine Beschneidung bei einem Jungen vorgenommen werden soll, liegt der Fall etwas anders, da dem Patienten die Beschneidung erst noch bevorsteht. Zwar dürfte der Arzt weder gesetzlich noch vertraglich dazu verpflichtet sein, solche zukünftigen „Taten“ zu melden, allerdings hat er die Möglichkeit sich in derartigen Fällen an die Polizei oder das Jugendamt zu wenden, da das Wohl des Kindes, insbesondere seine Gesundheit, gefährdet ist. Grundsätzlich kann man festhalten: Je gravierender die konkreten Verdachtsmomente einer bevorstehenden Beschneidung sind (z.B. positive Kenntnis eines bevorstehenden Urlaubs in einem Hochrisikoland), desto sicherer kann der betreffende Arzt die Daten an die Polizei oder das Jugendamt weitergeben. Seine Offenbarungsbefugnis (keine Offenbarungspflicht!) ergibt sich dann aus § 34 StGB.

Red: ReH

Eine ausführliche Stellungnahme der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin zur Beschneidung finden Sie unter www.dakj.de oder in PädInform.

Aus der Sprechstunde ● ● ●

Einmal im Monat haben BVKJ-Mitglieder Gelegenheit, sich in juristischen Fragen von den Düsseldorfer Fachanwälten für Medizinrecht der Anwaltskanzlei Möller und Partner beraten zu lassen. Möller und Partner arbeiten als Justitiare des BVKJ.

Wir veröffentlichen in loser Folge die interessantesten Fragen und Antworten aus der Telefonsprechstunde.

Auskunftsanspruch getrennt lebender Elternteile gegen den Pädiater – die Bedeutung des gemeinsamen Sorgerechts

Darf derjenige Elternteil, der den Arzt nicht zusammen mit dem Kind/Jugendlichen zum Zwecke der Behandlung aufgesucht hat, Auskunft dazu vom Arzt verlangen? Insbesondere wenn die Eltern in der Endphase einer Ehe getrennt leben oder noch nie verheiratet waren?

Bei Kindern oder Jugendlichen, die bei ihren verheirateten Eltern leben, haben beide Elternteile einen Auskunftsanspruch gegen den Arzt. Dieser basiert gerade auf dem gemeinsamen elterlichen Sorgerecht gemäß § 1629 BGB sowie dem Umstand, dass der Behandlungsvertrag von beiden Elternteilen als gesetzlichen Vertretern des Kindes abgeschlossen wird (§§ 1626, 1629 BGB). Gleiches gilt für nicht miteinander verheiratete Eltern, wenn ihnen die Sorge gemeinsam zusteht (§ 1626a Abs. 1 Nr. 1 BGB).

Wenn nun die Eltern getrennt leben und lediglich ein Elternteil mit dem Kind oder Jugendlichen zur Behandlung erscheint, stellt sich die Frage, ob der Arzt gegenüber dem anderen Elternteil auf dessen Anforderung hin zur Auskunftserteilung verpflichtet ist. Entscheidend ist dabei weiterhin das gemeinsame Sorgerecht. Besteht es, besteht auch der Auskunftsanspruch. Insoweit reduziert sich das Praxisproblem auf die Frage, wie der Arzt mit der Behauptung des gemeinsamen Sorgerechts durch den auskunftsbegehrenden Elternteil umzugehen hat. Wenn ihm dieses aufgrund von Äußerungen des Elternteils, dass die Behandlung

veranlasst hat, bekannt ist, kann er sich darauf verlassen. Wenn er jedoch nicht positiv von dem gemeinsamen Sorgerecht weiß, muss er es sich seitens des auskunftsbegehrenden Elternteils nachweisen lassen, wobei er selbst nicht zu Aktivitäten verpflichtet ist. Es reicht aus, den Elternteil in die Pflicht zu nehmen. Das Einfachste ist dabei sicherlich die Bestätigung durch den Elternteil, der dem Arzt bekannt ist. Weigert dieses sich oder kann aktuell nicht handeln, kommt die Vorlage des gerichtlichen Sorgerechtsbeschlusses in Betracht. Um der ärztlichen Dokumentationspflicht zu genügen, sollte eine Kopie zu den Patientenunterlagen genommen werden.

Sorgerecht spielt auch bei Behandlung eine Rolle

Das gemeinsame Sorgerecht spielt übrigens nicht nur bei Auskünften eine Rolle, sondern ist schon für das Vorliegen einer wirksamen Einwilligung in den ärztlichen (Heil-)Eingriff von Bedeutung. In diesem Zusammenhang kann der Arzt praktisch gezwungen sein, darauf zu bestehen, dass nicht nur der Elternteil, der das Kind oder den Jugendlichen begleitet, sondern auch der andere Elternteil involviert wird. Der Bundesgerichtshof hat hierzu eine Dreiteilung entwickelt (BGH, NJW 1988, 2946, 2947; bestätigt durch BGH, GesR 2010, 479,480 f.):

- In Routinefällen des Alltags (z.B.: die meisten Vorsorgeimpfungen, Behandlung leichter Erkrankungen usw.) kann der Arzt, solange ihm keine entgegenstehenden

Umstände bekannt sind, darauf vertrauen, dass der das Kind begleitende Elternteil aufgrund einer allgemeinen Funktionsaufteilung zwischen den Eltern ermächtigt ist, für den nicht erschienenen Teil mit zu handeln.

- Bei Eingriffen schwerer Art mit nicht unbedeutenden Risiken hat sich der Arzt durch entsprechende Fragen zu vergewissern, ob der erschienene Elternteil eine solche Ermächtigung hat und wie weit diese reicht. Der Arzt darf insoweit auf wahrheitsgemäße Antworten vertrauen, solange er nicht konkreten Anlass hat daran zu zweifeln.
- Ist die Behandlung mit besonders großen Risiken verbunden und sind zuvor schwierige und weitreichende Entscheidungen, unter Umständen auch über Behandlungsalternativen oder einen möglichen Behandlungsaufschub, zu treffen, kann der Arzt nicht ohne Weiteres von einer entsprechenden Ermächtigung ausgehen. Hier muss er das Gespräch mit beiden Elternteilen suchen oder sich von dem abwesenden Teil ausdrücklich versichern lassen, dass dieser auf Teilnahme am Aufklärungsgespräch verzichtet und dem anderen Elternteil freie Hand zur Einwilligungserklärung lässt.



Dr. Andreas Meschke

Caroline Wildenburg

Dr. Andreas Meschke

Caroline Wildenburg,
Rechtsreferendarin

Red.: ReH



Die Rolle der Ärzte im Diskurs über die Beschneidung – oder: was lehrt uns die Medizingeschichte?

Die Beschneidung der portugiesischen Juden, 1723

© akq-images



Prof. Dr. med.
Robert Jütte

1882 erstellten die Medizinalreferenten des Großherzoglichen Ministeriums in Baden ein Gutachten über die Beschneidung. Darin heißt es: „Die Beschneidung, eine religiös jüdische Handlung, auf welche der größte Wert gelegt wird, ist nebenbei [...] von nicht geringer sanitärer Bedeutung: sie verhütet offenbar Unreinlichkeit und Erkrankung der Eichel durch zersetzte Vorhautschmiere (Smegma), vermindert die Übertragung von Geschlechtskrankheiten, gilt als Erschwerung und deshalb Abschwächung des Lasters der Onanie und begegnet frühzeitig einem nicht selten vorkommenden Bildungsfehler (allzu große Enge der Vorhaut), dessen Beseitigung auch bei andern Knaben einen der Beschneidung ähnlichen chirurgischen Eingriff nötig macht.“ Auch heute noch finden wir eine ähnliche Argumentation im medizinischen Diskurs über die Beschneidung. So soll sie angeblich auch vor Ansteckung mit dem Aids-Virus schützen. Weg-

gefallen ist dagegen die früher stark verbreitete Ansicht, dass die Beschneidung Onanie verhindern könne. Heute ist die Masturbation kein Thema mehr für Ärzte, sondern wird lediglich in konservativen christlichen Kreisen, aber auch in der jüdischen Orthodoxie als Problem gesehen und als sündhaftes Verhalten gebrandmarkt.

Seit dem 19. Jahrhundert existieren zwei Beschneidungsdiskurse, zum Teil zeitlich versetzt, zum Teil aber auch gleichzeitig. In dem einen geht es darum, dass die Beseitigung der Vorhaut aus medizinischer Sicht von Vorteil ist, in dem anderen wird genau das Gegenteil behauptet.

Schauen wir uns zunächst das Argument an, die Beschneidung sei zwar im Judentum religiös motiviert, diese könne aber darüber hinaus auch als eine Form der medizinischen Prophylaxe gedeutet werden.

Die positive Einschätzung findet man erstmals bei dem antiken jüdi-

schen Schriftsteller Philo von Alexandria (20–10 v. bis 40–50 n. Chr.) belegt. Er führt folgende Gründe der Beschneidung an:

- 1) um brennende Schmerzen und Entzündungen, unter denen Unbeschnittene häufig leiden, zu verhüten;
- 2) um das Reinheitsgebot für das Priestergeschlecht einzuhalten, da sich unter der Vorhaut Schmutz ansammeln kann;
- 3) um dem männlichen Glied eine herzförmige Gestalt zu geben, da beide Körperteile (Herz und Penis) „Organe der Erkenntnis“ sind. Dazu muss man wissen, dass im Hebräischen das Wort für Beischlaf auch die Bedeutung „erkennen“ hat;
- 4) um die Ejakulation des Samens zu erleichtern und damit zur Einhaltung des biblischen Fruchtbarkeitsgebots beizutragen.

Ein weiteres Argument fügte im Mittelalter der große jüdische Gelehrte und Arzt Maimonides

Dienstvorschriften für Beschneider (1897)



© Bildarchiv Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung

(1135/38–1204) hinzu. Er vertrat die Ansicht, dass die Beschneidung auch zur Verhinderung von Missbrauch des Geschlechtstriebes eingeführt worden sei.

Mitte des 19. Jahrhunderts werden die gesundheitlichen Vorteile einer Beschneidung erstmals durch statistische Untersuchungen von Ärzten untermauert, wenngleich uns diese Statistiken aus heutiger Sicht methodisch eher problematisch erscheinen. Am einflussreichsten war sicherlich die Studie des englischen Arztes Jonathan Hutchinson, der 1854 an der Klientel des Londoner Metropolitan Free Hospital den statistischen Nachweis zu führen versuchte, dass die Beschneidung eine erfolgreiche prophylaktische Maßnahme gegen Ansteckung mit Syphilis sei. Später kamen weitere, durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheiten (z. B. Harnwegsinfektionen, Gebärmutterhalskrebs), die sich durch die Beschneidung angeblich verhindern lassen, hinzu. Besonders in den USA, aber auch in England überzeugte dieses Argument so sehr, dass bis noch vor wenigen Jahren die Beschneidung ein Standardeingriff in den Kinderkliniken war.

Fast gleichzeitig lief eine Debatte, in der (zumeist) von ärztlicher Seite auf die Gefährlichkeit der Beschneidung abgehoben wurde. Dabei galt

das Augenmerk insbesondere der Krankheitsübertragung. Statt Syphilis zu verhüten, führe die Beschneidung genau zum Gegenteil. Als besonders gefährlich sah man in diesem Zusammenhang die *Mezizah* an, das Ausaugen des Bluts aus der Wunde. Die Warnungen von ärztlicher Seite blieben nicht ungehört. In Frankreich wurde dieser Teil des Rituals bereits 1844 verboten. Bis Ende des 19. Jahrhunderts folgten auch die meisten deutschen Staaten. Dort, wo man den Brauch nicht abschaffte, sollte ein über den Penis geschobenes Glasröhrchen mit Filter die Übertragung von Krankheitskeimen durch den Beschneider verhindern. 1911 vermerkte Franz Kafka dazu in seinem Tagebuch anlässlich der *Brith Mila* (Beschneidung) seines Neffen in Prag, dass die traditionelle Beschneidung mit der *Mezizah* inzwischen zu einem Relikt des Ostjudentums geworden sei.

Eine ganz andere Gefahr als die Ansteckung und Verbreitung von Krankheitserregern sah dagegen Sigmund Freud in der Beschneidung. Seine Interpretation der *Brith Mila* als ein Akt der Kastration hat auch heute noch bei den Gegnern, die sich auf das Kindeswohl berufen und in der Beschneidung die Ursache für ein frühkindliches Trauma sehen, Gewicht. So deutet z.B. Franz Maciejewski Freuds Krankengeschichte des „Kleinen Hans“ nicht als Pferdephobie, die angeblich auf einen Kastrationskomplex verweist, sondern als Symptom einer traumatischen Verarbeitung der Beschneidung. Weiterhin betont Freud die Bedeutung der Beschneidung für den nichtjüdischen Mann: „Der Kastrationskomplex ist die tiefste unbewusste Wurzel des Antisemitismus, denn schon in der Kinderstube hört der Knabe, daß dem Juden etwas am Penis – er meint, ein Stück des Penis – abgeschnitten werde, und dies gibt ihm das Recht, den Juden zu verachten.“

In der Haskalah, der jüdischen Aufklärung, finden sich – was nicht sonderlich überrascht – im frühen 19. Jahrhundert die ersten kritischen jüdischen Stimmen zur Beschneidung. Bereits 1825 argumentierte

Philipp Wolfers (1796–1832), von Beruf praktischer Arzt und Geburtshelfer, dass die Beschneidung eine gefährliche Prozedur und der Aufsicht der „medizinischen policey“ zu unterstellen sei. Das war übrigens in der Berliner jüdischen Gemeinde schon 1819 der Fall. Bei der *Brith Mila* musste damals schon ein Arzt gegenwärtig sein. Von rabbinischer Seite vertrat der Reformler Samuel Holdheim (1806–1860) die Auffassung, dass die Beschneidung als ungesunder Brauch abzuschaffen sei. Wenige Jahre später sorgte ein Fall in einer bayerischen Kleinstadt (Hürben) für Schlagzeilen. Dort hatte sich ein jüdischer Arzt, Ignatz Landauer, geweigert, seinen Sohn beschneiden zu lassen. Er verlangte gleichwohl, dass sein Sohn in die Liste der Gemeindemitglieder eingetragen werde, was ihm der zuständige Rabbiner verweigerte. Landauer konnte sich nicht durchsetzen und zog nach Speyer. Er war damals übrigens nicht der einzige jüdische Vater, der das überkommene Ritual der Beschneidung für seine männlichen Nachkommen ablehnte.

Gleichzeitig gab es nicht wenige Ärzte und Rabbiner, die keinen Widerspruch zwischen Aufklärung und dem Festhalten an religiösen Bräuchen wie der *Brith Mila* sahen. Darunter befand sich auch Ludwig Philippson (1811–1889), der Herausgeber der „Allgemeinen Zeitung des Judentums“, wichtigstes Sprachrohr des liberalen Judentums im 19. Jahrhundert.

Um die Mitte des 19. Jahrhunderts reagierten die Obrigkeiten ganz unterschiedlich auf die anhaltende Debatte über die Risiken der Beschneidung. So erlaubte zum Beispiel die Stadt Dresden den vor Ort praktizierenden *Mohalim* (Beschneidern) trotz geringer medizinischer Kenntnisse weiterhin die Ausübung ihres Berufes, und zwar mit dem ausdrücklichen Hinweis auf die Religionsfreiheit. Vielerorts wurden aber die Beschneider unter die Aufsicht der Medizinalbehörden gestellt. Weiterhin wurde angeordnet, dass ein Arzt bei der Beschneidung anwesend sein musste. Gänzlich verboten wurde diese allerdings nicht – nicht

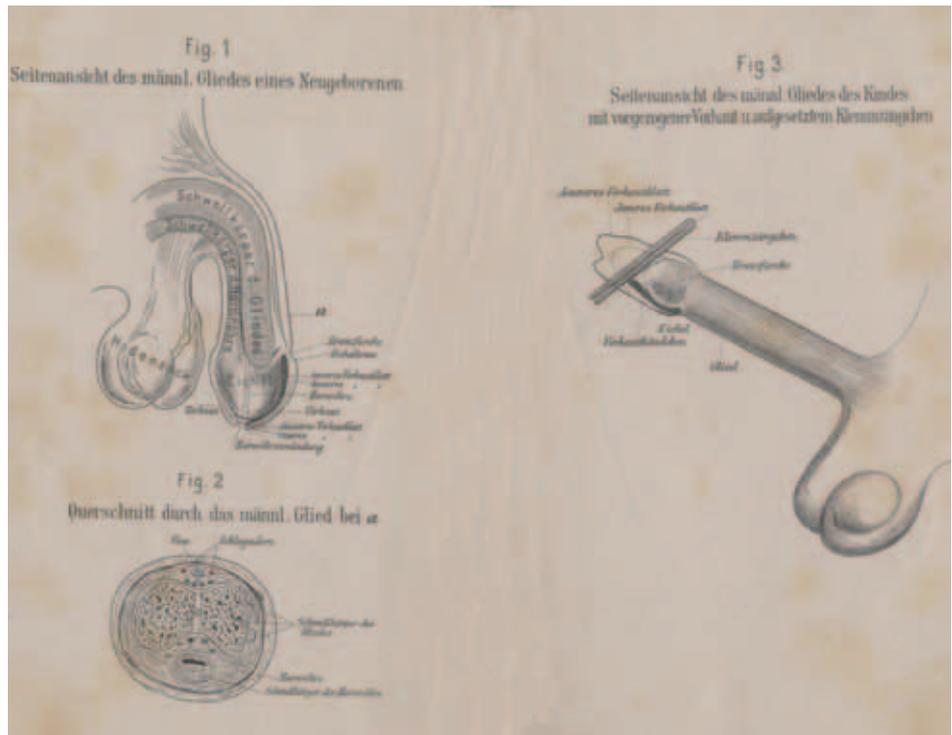
einmal im „Dritten Reich“, obgleich die nationalsozialistische Propaganda die Beschneidung als Beleg für die jüdische „Grausamkeit“ ansah.

Das Kölner Urteil hat jetzt erneut den Staat auf den Plan gerufen. Denn wir stehen vor einem Dilemma, das der jüdische Arzt Julius Jaffe bereits 1886 in seiner auch heute noch lesenswerten Schrift über die „Rituelle Circumcision“ wie folgt beschrieben hat: „Es ist unmöglich zu verlangen, dass ein Ritus, der durch Jahrtausende bestanden hat und eine unumstößliche Bedingung für die Aufnahme in die jüdische Religionsgemeinschaft bildet, aufgegeben werden soll. Wohl aber muss man auf der Forderung bestehen, dass derselbe so ausgeführt wird, dass weder Leben noch Gesundheit der Kinder dadurch gefährdet werde.“

Prof. Dr. Robert Jütte

Der Autor ist Leiter des Instituts für
Geschichte der Medizin der Robert
Bosch Stiftung in Stuttgart

Red.: ReH



© Bildarchiv Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung

Anleitung für Beschneider (1897)

● Tagungen und Seminare

September 2012

22. September 2012, Essen

Patientenorientierte Selbsterfahrung

Es können auch Teilnehmer eines zukünftigen Grundkurses ab Dezember 2012 teilnehmen.

Info: dr.kohns@t-online.de

Oktober 2012

5.–6. Oktober 2012, Osnabrück

Basiskompetenz Patiententrainer

Info: www.akademie-luftikurs.de

13. Oktober 2012, München

Seminar: Praxisrelevante Hämatologie im Kindesalter

Veranstalter: Dt. Akademie f. Entwicklungsförderung und Gesundheit des Kindes und Jugendlichen e.V.; Leitung: Prof. Dr. Stefan Eber, Dr. Roswitha Dickerhoff

Info: smayer@daer.de

13.–14. Oktober 2012, Wangen

Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer

Info: www.aabw.de

19.–20. Oktober 2012, Wörlitz

Kompaktkurs Pädiatrische Allergologie

Info: antje.nordwig@gmx.de

20.–21. Oktober 2012, Erlangen

Zertifizierung zum Neurodermitstrainer für Kinder und Jugendliche und deren Eltern, Block 1a Basiskompetenz

Info: www.hautklinik.uk-erlangen.de

November 2012

8.–10. November 2012, Augsburg

15. interdisziplinäres Symposium zur entwicklungs-fördernden und individuellen Betreuung von Frühgeborenen und ihren Eltern

Info: www.stillen.de

10.–11. November 2012, Wangen

Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer

Info: www.aabw.de

16.–17. November 2012, Osnabrück

Modul Asthmatrainer

Info: www.akademie-luftikurs.de

22.–25. November 2012, Heppenheim/Bergstraße
Theorieausbildung zum Asthmatrainer

Info: B.Ehret@online.de

24. November 2012, Essen

Patientenorientierte Selbsterfahrung

Es können auch Teilnehmer eines zukünftigen Grundkurses ab Dezember 2012 teilnehmen.

Info: dr.kohns@t-online.de

26.–29. November 2012, Osnabrück

DDG-Kurs „Kommunikation und patientenorientierte Gesprächsführung in der Diabetologie“

Info: www.akademie-luftikurs.de

30. November – 1. Dezember 2012, Osnabrück

Basiskompetenz Patiententrainer

Info: www.akademie-luftikurs.de

Dezember 2012

1.–2. Dezember 2012, München

Internationales und interdisziplinäres Symposium

Aktuelle Fragen der Sozialpädiatrie

Frühdagnostik und Frühtherapie auf dem Prüfstand

Info: www.theodor-hellbruegge-stiftung

7.–8. Dezember 2012, Osnabrück

Modul Neurodermitstrainer

Info: www.akademie-luftikurs.de

2013

Januar 2013

19.–20. Januar 2013, Erlangen

Zertifizierung zum Neurodermitstrainer für Kinder und Jugendliche und deren Eltern, Block 1b Fachkompetenz Neurodermitis

Info: www.hautklinik.uk-erlangen.de

Info: www.hautklinik.uk-erlangen.de

Februar 2013

2. Februar 2013, Essen

Patientenorientierte Selbsterfahrung

Für ehemalige Teilnehmer des Grundkurses „Psychosom. Grundversorgung“

Info: dr.kohns@t-online.de

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



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.



Termine 2012

Stand: 11.07.12, eb

Termin	Uhrzeit	Ort	Thema
12.09.2012	14:00–20:00 Uhr	Meinerzhagen	Block A
12.09.2012	09:45–17:00 Uhr	Stuttgart	Block C
15.09.2012	09:30–16:30 Uhr	Weimar	Block A
16.09.2012	09:00–15:30 Uhr	Weimar	Block B
06.10.2012	10:00–16:00 Uhr	Bremen	Block A
06.10.2012	09:00–16:00 Uhr	München	Block B
10.10.2012	13:30–19:30 Uhr	Hamburg	Block A
27.10.2012	10:00–14:30 Uhr	Berlin	Block A
03.11.2012	09:00–15:00 Uhr	Frankfurt	Block B
03.11.2012	10:00–17:00 Uhr	Hannover	Block D
Neu: 17.11.2012	09:00–16:00 Uhr	Mechernich	Block C
17.11.2012	09:00–15:00 Uhr	Homburg	Block D
24.11.2012	09:00–15:00 Uhr	Freiburg	Block C
voraussichtl. 27.10.2012	09:00–17:00 Uhr	Nürnberg	Block D
voraussichtl. Januar 2013	09:00–17:00 Uhr	Essen	Block A

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

Je Veranstaltung berechnen wir eine Gebühr von **25,- €** pro Teilnehmerin.
Eine Rechnung geht Ihnen mit der Bestätigung zu.

Wir danken den Firmen



und



für ihre freundliche Unterstützung!

Praxisstempel

Hiermit melde ich

Frau _____

zur Fortbildung „Paediatrice“

Ausbildung beendet im Jahr: _____

in _____ am _____ 2012

Für Rückfragen bin ich zu erreichen unter:

Block **A B C D** (bitte einkreisen) an.

Tel.: _____

Fax: _____

Datum _____

Unterschrift _____

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**

Ich bin dann mal abgewickelt

Vor ziemlich genau 33 Jahren habe ich meine Praxis in Pegnitz, einer Kleinstadt von rund 15.000 Einwohnern, als erster hiesiger Kinder- und Jugendarzt eröffnet. Die Aufnahme durch die Presse war positiv, willkommen war ich dem Frauenarzt und Geburtshelfer, der sich dringend die Betreuung seiner geburtshilflichen Abteilung durch einen Kinderarzt wünschte. Deutlich kühler war die Reaktion der Hausärzte, deren damaliger Sprecher mir erklärte, dass man jahrelang ohne Kinderarzt ausgekommen sei und auch jetzt keine Notwendigkeit für diese Ergänzung der Ärzteschaft sehe.

Die anfänglichen Startschwierigkeiten, Wirtschaftskrise mit Hochzins, zähes Ringen um Anerkennung und der andauernde Streit um die Behandlung der Kinder und Jugendlichen haben mich nicht umgebracht. Im Gegenteil, ich war und bleibe in Befürworter der kollegialen Zusammenarbeit mit den Hausärzten, was mir manchmal auch argwöhnische Blicke im Verband bescherte.

Vor über drei Jahren begann ich mich intensiv um eine Nachfolgeregelung zu kümmern. Die Praxisbörse des Berufsverbands, ein „Kopfgeldjäger“, das Internetforum der Arbeitsagentur, persönliche Kontakte nach Tschechien, Polen und Griechenland, die KV, es gab keine Bewerbung für meinen Arztsitz. So habe ich mich im Januar diesen Jahres entschlossen, die Praxis im April einfach zu schließen.

Im März geschah das schier Unglaubliche: Es gab eine Interessentin aus Bayreuth für meine Praxis, die am Ort eine Filialpraxis einrichten wollte. Nach vielen Vorgesprächen hatten wir eine Lösung, die wir gerne praktiziert hätten: Die Filialpraxis würde als Praxisgemeinschaft mit einer großen Allgemeinarztpraxis betrieben. Die Betreuung der geburtshilflichen Abteilung würde weiterhin kontinuierlich fortgeführt. Ich würde über einen längeren Zeitraum in Teilzeit, mitarbeiten. So wäre der Arztsitz für einen Kinder- und Jugendarzt im Mittelzentrum Pegnitz erhalten geblieben, denn in einem Gebiet zwischen Bay-



reuth, Bamberg, Forchheim, Erlangen, Nürnberg, Lauf, Hersbruck, Weiden und Tirschenreuth war ich bisher der einzige unserer Fachrichtung.

Gescheitert ist unser Projekt am Bereitschaftsdienst. Die Dienstgruppe war mehrheitlich nicht bereit, die Kollegin vom allgemeinen Bereitschaftsdienst zugunsten des fachärztlichen Dienstes in Bayreuth zu befreien. Schweren Herzens haben wir deshalb die Zulassung für die Stadt Bayreuth beantragt und bekommen. So sieht die Realität der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den ländlich

strukturierten Gebieten aus und ich fürchte, in der Zukunft bin ich kein Einzelfall. Nicht Wenige in ähnlicher Situation werden sagen müssen: „Ich bin dann mal abgewickelt.“

Dr. med. Uwe Goering
Kinder- und Jugendarzt, Allergologie
Böheimstein 4
91257 Pegnitz

Red.: Kup

Fortbildungstermine des BVKJ

September 2012

19. September 2012

Fortbildungsveranstaltung zu den Selektivverträgen für Ärzte und MFA

des bvkj e.V., in Weimar

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

Veranstaltungsflyer und Anmeldeformular finden sie in PädInform oder auf der Homepage <http://kongress.bvkJ.de>

26. September 2012

Fortbildungsveranstaltung zu den Selektivverträgen für Ärzte und MFA

des bvkj e.V., in Köln

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

Veranstaltungsflyer und Anmeldeformular finden sie in PädInform oder auf der Homepage <http://kongress.bvkJ.de>

Oktober 2012

6.–7. Oktober 2012

Praxisabgabeseminar

des bvkj e.V., Friedewald

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-11, Fax: 0221/683204

13.–17. Oktober 2012

40. Herbst-Seminar-Kongress

„*Neue Leitlinien in der Kinder- und Jugendmedizin – was ist relevant*“

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

November 2012

7. November 2012

Fortbildungsveranstaltung zu den Selektivverträgen für Ärzte und MFA

des bvkj e.V., in Leipzig

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

Veranstaltungsflyer und Anmeldeformular finden sie in PädInform oder auf der Homepage <http://kongress.bvkJ.de>

21. November 2012

Fortbildungsveranstaltung zu den Selektivverträgen für Ärzte und MFA

des bvkj e.V., in Hamburg

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

Veranstaltungsflyer und Anmeldeformular finden sie in PädInform oder auf der Homepage <http://kongress.bvkJ.de>

24. November 2012

Pädiatrie zum Anfassen des LV Berlin in Berlin

Auskunft: Dr. med. Burkhard Ruppert, Tel. 030-40397255 ①

24.–25. November 2012

Orientierungskongress des BVKJ: „Endlich Facharzt/-ärztin – und danach?“

in Frankfurt am Main

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-11, Fax: 0221/683204

2013

März 2013

1.–3. März 2013

19. Kongress für Jugendmedizin

des bvkj e.V., in Weimar

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

16. März 2013

22. Pädiatrie zum Anfassen

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

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

April 2013

20. April 2013

26. Pädiatrie zum Anfassen

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

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

27.–28. April 2013

11. Pädiatrie à la carte des LV Westfalen-Lippe

des bvkj e.V., in Bielefeld

Auskunft: Dr. med. Marcus Heidemann, Dr. med. Uwe Büsching, Bielefeld, Tel. 0521/82002, Fax 0521/83201 ④

Mai 2013

24.–25. Mai 2013

23. Pädiatrie zum Anfassen

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

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

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

Wir gratulieren zum Geburtstag im Oktober 2012

65. Geburtstag

Herrn Dr. med. Rudolf *Lepler*, Hamburg, am 01.10.

Frau Dipl.-Med. Ursula *Lippmann*, Leipzig, am 01.10.

Frau Dr. med. Christel *Drückler*, Erfurt, am 05.10.

Frau Dr. med. Helga *Wagner*, Freiburg, am 05.10.

Frau Dr. med. Angela *Illing*, Berlin, am 13.10.

Frau Dipl.-Med. Renate *Junghof*, Chemnitz, am 14.10.

Herrn Dr. med. Karl-Josef *Eßer*, Düren, am 18.10.

Herrn Dr. med. Gerhard *Mühe*, Nußloch, am 18.10.

Herrn Dr. med. Rainer *Schulz-Ammann*, Backnang, am 21.10.

Herrn Dr. med. Bernhard *Fassnacht*, Heilbronn, am 29.10.

Herrn Dr. med. Hans-P. *Loch*, Wolfenbüttel, am 29.10.

Herrn Dr. med. Frank *Schulze*, Berlin, am 30.10.

70. Geburtstag

Frau Dr. med. Lydia *Kunze*, Prüm, am 01.10.

Herrn Dr. med. Armin *Glauss*, Wiesbaden, am 03.10.

Frau Dr. med. Elke *Sell*, Greifswald, am 04.10.

Herrn Dr. med. Jacob B. *Minah*, Steinheim, am 05.10.

Herrn Prof. Dr. med. Hermann *Schulte-Wissermann*, Krefeld, am 06.10.

Frau Dr. med. Renate *Fetzer*, Leipzig, am 07.10.

Herrn Dr. med. Munkid *El-Faddagh*, Merzhausen, am 09.10.

Frau Dr. med. Christel *Hofmann*, Berlin, am 09.10.

Frau Dr. med. Karin *Lucas*, Leipzig, am 14.10.

Herrn Dr. med. Peter *Schneider*, Königsbrunn, am 19.10.

Frau Gabriela *Wegner*, Rostock, am 20.10.

Frau Dr. med. Gertraud *Vocke*, Tuttendorf, am 22.10.

Frau Dr. med. Berta *Simon*, Zwiesel, am 24.10.

Herrn Dr. med. Michael *Huppke*, Oldenburg, am 26.10.

Herrn OMR Dr. med. Manfred *Papmeyer*, Lützen/OT. Muschwitz, am 26.10.

Herrn Hassan *Chenitir*, Berlin, am 27.10.
Frau Dr. med. Inge *Pick*, Zwickau, am 27.10.

Herrn Dr. med. Heiner *Reploh*, Bad Tölz, am 29.10.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Ingrid *Peuker*, Erkrath, am 08.10.

Frau Helga *Maczat*, Nürnberg, am 13.10.

Herrn Dr. med. Peter *Jordan*, Jardin del Mar - Vina del Mar, am 14.10.

Herrn Dr. med. Fritz *Engelhardt*, Nürnberg, am 16.10.

Herrn MR Dr. med. Manfred *Haase*, Döbeln, am 19.10.

Herrn Dr. med. Josef *Pelster*, Siegen, am 22.10.

Frau Dr. med. Ursula *Goecke*, Münster, am 23.10.

Frau MR Dr. med. Ingrid *Bauer*, Klingenthal, am 29.10.

80. Geburtstag

Herrn Dr. med. M. Djamil *Hereitani*, Hamm, am 05.10.

Frau Dr. med. Christa *Hochmiller*, Leutkirch, am 11.10.

Frau MR Dr. med. Edith *Bartsch*, Schwerin, am 15.10.

Frau Dr. med. Irene *Banach*, Recklinghausen, am 23.10.

Frau Dr. med. Eleonore *Rogowsky*, Düsseldorf, am 24.10.

81. Geburtstag

Frau Dr. med. Eva *Elsner*, Zepernick, am 16.10.

Herrn Prof. Dr. med. Jürgen *Natzschka*, Hannover, am 18.10.

Frau Ute *Brell*, Berlin, am 23.10.

Herrn Dr. med. Heinrich *Mattern*, Göppingen, am 24.10.

82. Geburtstag

Frau Dr. med. Bärbel *Rickhey*, Gelsenkirchen, am 06.10.

Herrn Dr. med. Harald *Schraps*, München, am 20.10.

Frau Dr. med. Irmela *Otto*, Hamburg, am 25.10.

83. Geburtstag

Herrn Dr. med. Peter *Hansen*, Kassel, am 16.10.

Frau Dr. med. Ingeborg *Fuchs*, Würzburg, am 27.10.

84. Geburtstag

Herrn Dr. med. Heinrich *Brückner*, Frankfurt/Oder, am 20.10.

85. Geburtstag

Frau Sabina *Jankowska-Wozniak*, Marl, am 26.10.

86. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. Dr. Hans Werner *Rotthauwe*, Alfter, am 16.10.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Karola *Schulze*, Ebersberg, am 09.10.

Herrn Dr. med. Joseph *Diefenthal*, Köln, am 17.10.

Frau Med.-Dir. Dr. med. a. D. Ursula *Meyer*, Mönchengladbach, am 22.10.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Klara *Reichenbach*, Offenburg, am 14.10.

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Hilde *Kimpen*, Lahnstein, am 30.10.

92. Geburtstag

Frau Dr. med. Barbara *Lindscheid*, Hattingen, am 02.10.

Frau Dr. med. Barbara *Christ*, Lippstadt, am 10.10.

Frau Dr. med. Margot *Zimmermann*, Coburg, am 18.10.

93. Geburtstag

Frau Dr. med. Eleonore *Gefßner*, Lörrach, am 02.10.

Herrn Prof. Dr. med. Theodor *Hellbrügge*, München, am 23.10.

Herrn Dr. med. Horst *Prenzel*, Hamburg, am 30.10.

94. Geburtstag

Herrn Dr. med. Arthur *Kaiser*, Hirschberg, am 02.10.

Herrn Dr. med. Rudolf *Schulz*, Vlotho, am 08.10.

98. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hans H. *Berthold*, Bayreuth, am 22.10.

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Hans-Joachim *Andrée*, Celle

Frau Dr. med. Krystyna *Graef*, Frankfurt

Herrn Roland *Konrad*, Bremerhaven

Herrn Dr. med. Karl-Justus *Weihe*, Kamp-Linfort

Herrn Dr. med. Hans-Joachim *Weiß*, Oberdorla

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Ausland

Frau Dr. med. Meike *Günther*

Landesverband Baden-Württemberg

Frau Corinna *Fingerle*

Frau Heidrun *Braun*

Frau Dr. med. Stefanie *Rankl*

Herrn Robin *Stier*

Landesverband Bayern

Herrn Dr. med. Raphael *Sturm*

Herrn Dr. med. Malte *Bräutigam*

Herrn Manuel *Petsch*

Frau Dr. med. Barbara *Paul-Klein*

Frau Dr. med. Christina *von Bredow*

Herrn Dr. med. Matthias *Grimberg*

Frau Eva *Bauernschmitt*

Landesverband Berlin

Frau Dr. med. Stephanie *Huppmann*

Frau Michaela *Behrends*

Frau Grit *Heise*

Landesverband Brandenburg

Frau Dr. med. Ina *Metag*

Landesverband Hamburg

Herrn Dr. med. Mario *Bauer*

Frau Dr. med. Alexandra *Dietrich*

Frau Dr. med. Sonja *Gudowius*

Landesverband Hessen

Herrn Dr. med. Carsten *Friedrich*

Frau Dr. med. Heike *Blair*

Frau Dr. med. Alexandra *Kern*

Frau Annette *Münch*

Frau Julia *Giess*

Herrn Dr. med. Miguel *Gascón*

Landesverband

Mecklenburg-Vorpommern

Frau Vera *Schwarz*

Landesverband Niedersachsen

Frau Stefanie *Ruwisch*

Herrn PD Dr. med. Matthias *Sigler*

Herrn Dr. med. Sasan *Gordanshekan*

Landesverband Nordrhein

Frau Dr. med. Jutta *Wetter*

Frau Dr. med. Letizia *Puzzo*

Frau Dr. med. Antje *Werthmann*

Frau Dr. med. (RK) Marina *Klyucheva*

Herrn Dr. med. Klaus *Bienemann*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Frau Dr. med. Simone *Wedel*

Frau Saskia *Lotz*

Landesverband Sachsen

Frau Cathleen *Rößner*

Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Nicole *Kaiser*

Frau Susanne *Kretschmann*

Monovalent oder quadrivalent – Meningokokken-Impfung: Die aktuellen STIKO-Empfehlungen

Für die jüngere Generation der Kinder- und Jugendärzte ist es selbstverständlich, dass heute Impfstoffe gegen Infektionskrankheiten zur Verfügung stehen, die noch vor wenigen Jahrzehnten Angst und Schrecken verbreitet haben. Um diese Impfstoffe auch treffsicher einzusetzen, gilt es, die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch Institut (www.rki.de) zu beachten. Diese werden laufend aktualisiert, unter Berücksichtigung der epidemiologischen Situation und der Neu- und Weiterentwicklung von Impfstoffen.

So standen bislang in Deutschland nur monovalente konjugierte Meningokokken-C (MenC)-Impfstoffe zur Verfügung, die seitens der STIKO seit 2006 für alle Kinder im zweiten Lebensjahr empfohlen werden. Ausdrücklich wird in den STIKO-Empfehlungen darauf hingewiesen, eine fehlende MenC-Impfung bis zum 18. Geburtstag nachzuholen. Seit 2012 sind in Deutschland auch quadrivalente konjugierte Meningokokken-Impfstoffe für Kleinkinder erhältlich, wobei sich die STIKO in ihren aktualisierten Empfehlungen (Epidemiologisches Bulletin 30/2012) klar dafür ausspricht, diese nur in besonderen Fällen anzuwenden.

Monovalent für Grundimmunisierung

Die Empfehlungen im Detail: Die Meningokokken-Impfung mit quadrivalentem Konjugatimpfstoff (Serogruppen A, C, W₁₃₅, Y) ist einerseits eine Indikationsimpfung für bestimmte Risikogruppen wie zum Beispiel Personen mit Asplenie oder Immundefekten. Zum anderen sollen quadrivalente konjugierte Meningokokken-Impfstoffe in der Reisemedizin eingesetzt werden. Für die allgemeine Grundimmunisierung von Kleinkindern in Deutschland sowie für die Nachholimpfung für alle Altersgruppen bis zum 18. Geburtstag wird weiterhin der konjugierte monovalente MenC-Impfstoff empfohlen, eine Empfehlung, die angesichts der epidemiologischen Situation in Deutschland wenig überraschend ist. Denn die Serogruppen A, W₁₃₅ und Y spielen in Deutschland selbst eine untergeordnete Rolle (RKI, survstat, Stand 09.05.2012).

Nachbarn erfolgreich gegen MenC

Die MenC-Impfung wird als monovalente Standardimpfung auch in Nachbarländern äußerst erfolgreich eingesetzt. So führten die Niederlande nach einer deutlichen Zunahme der MenC-Fälle 2002 eine landesweite Impfkampagne ein: Die konjugierte MenC-Impfung im Alter von 14 Monaten wurde in das Routineimpfschema aufgenommen, begleitet von einer gut organisierten Impfkampagne für Ein- bis 18-Jährige. Bereits 2003 kam es zu einer deutlichen Reduktion der MenC-Inzidenz, die bis heute anhält. Als Impfstoff wurde und wird in den Niederlanden ausschließlich der Tetanustoxoid-konjugierte Impfstoff MenC-TT (NeisVac-C, Baxter) verabreicht. Es wurde kein einziger Fall eines Impfdurchbruchs bei immunkompetenten Impflingen beobachtet (Kaaijk P et al., BMC Infectious Disease 2012;12-35). Ähnliche Erfahrungen wurden im belgischen Landesteil Flandern gemacht. Auch dort wurde 2002 eine Impfkampagne mit Nachholimpfung implementiert und ausschließlich der konjugierte Impfstoff MenC-TT verimpft. Der wissenschaftlichen Auswertung zufolge (Top G, Paeps A. Board Nr. 674 FRI, ESPID 2012) kam es zu einer raschen Verringerung der MenC-Inzidenz und zum Aufbau einer Herdenimmunität. Ein Impfdurchbruch wurde nicht beobachtet.

Das flächendeckende Impfprogramm im Vereinigten Königreich (UK) reicht sogar bis 1999 zurück. Damals wurde eine konjugierte MenC-Impfung bereits im Säuglingsalter eingeführt, gleichzeitig eine konsequente Nachholprogramm für Kinder zwi-

schen zwölf Monaten und 18 Jahren, später bis 25 Jahre organisiert.

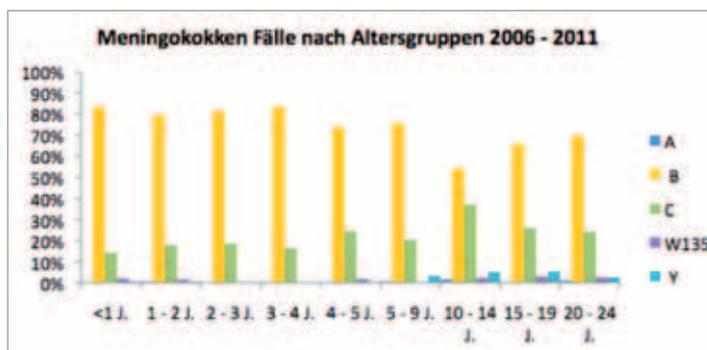
UK: Neue Wege im Impfschema

Um den dichten Impfkalender im Säuglingsalter zu entlasten, beschreiten die Briten nun neue Wege: Sie untersuchten ein Schema, bei dem nur eine einzige Impfung im Säuglingsalter verabreicht wird (bisher zwei), gefolgt von einer Auffrischung im Alter von zwölf Monaten, und bestimmten die Immunogenität der beiden MenC-Impfstoffe MenC-TT (NeisVac-C, Baxter) und Men C-CRM₁₉₇ (Novartis) (Findlow et al., 2012;31:616-22). Diese hatten sich in einer vorangegangenen Studie (Southern J et al., Clinical Vaccine Immunology Feb 2009; 194-199) als besonders immunogen nach der ersten Impfung im Säuglingsalter erwiesen (SBA-Titer > = 1:8: MenC-TT Baxter: 97%; MenC-CRM₁₉₇ Novartis: 80%). Die Studie über das adaptierte Schema bestätigt, dass eine einzige Impfung mit MenC-TT Baxter oder MenC-CRM₁₉₇ Novartis im Säuglingsalter gefolgt von einer Booster Impfung im Alter von 12 Monaten einen vergleichbaren Schutz bietet wie das ursprüngliche Schema.

Um die Herdenimmunität zu wahren, wird in UK in Zukunft außerdem eine Auffrischungsimpfung im Teenageralter eingeführt. Das britische Impfkomitee JCVI (Joint Committee on Vaccination and Immunisation) empfiehlt eine solche Auffrischung mit einem monovalenten MenC-Impfstoff (JCVI-Statement vom 29. 01. 2012). Die Begründung der Experten: Aus epidemiologischen Untersuchungen sei bekannt, dass der ohnehin kleine Anteil invasiver Meningokokken-Infektionen mit der Serogruppe Y vor allem über 45-Jährige betreffe und die Serogruppen A und W₁₃₅ in UK kaum auftreten.

Fazit: In Deutschland wird aufgrund der epidemiologischen Situation empfohlen, allen Kindern im 2. Lebensjahr eine Dosis monovalenten MenC-Impfstoff zu verabreichen. Nur in speziellen Fällen (Indikation, Reiseimpfung) sollten quadrivalente Impfstoffe zum Einsatz kommen.

Nach Informationen von Baxter GmbH



Quelle:
erstellt nach RKI,
survstat, Stand
9.5.2012

Plädoyer für moderne Basistherapie

Strategischer Eckpfeiler der Neurodermitis-Behandlung

Die Bedeutung der Basistherapie als essentieller Bestandteil der Neurodermitisbehandlung und die Anforderungen an moderne Zubereitungen waren Thema einer Bestandsaufnahme von Experten im Rahmen der 23. Dermatologischen Fortbildungswoche München (1).

Wissenschaftliche Erkenntnisse über die Ursachen der Neurodermitis belegen, dass für das Auslösen und die Unterhaltung des Krankheitsbildes eine Störung der Barrierefunktion der Haut eine entscheidende Rolle spielt. In Expertenkreisen, so Dr. Hans Reinhardt (GlaxoSmithKline, München) einleitend, herrsche Einigkeit darüber, dass eine effiziente Basistherapie fester Bestandteil des therapeutischen Managements der Neurodermitis sein müsse. Dem sei – insbesondere bei Kindern – auch aus galenischer Sicht Rechnung zu tragen.

Polygendeterminierte Erkrankung ohne einheitliche Entität

Unstrittig ist heute nach den Ausführungen von Prof. Dr. Johannes Wohlrab (Universität Halle), dass verschiedene Faktoren wie z.B. Filaggrin-Mutationen, Transglutaminasedefekte sowie Zytokin-Aktivitäten bei der Neurodermitisentstehung eine Rolle spielen. Eine Vielzahl struktureller und molekularer Gegebenheiten beeinflussen die physikalischen, chemischen und immunologischen Funktionen der Hautbarriere. Die Kenntnis darüber ermögliche es heute jedoch, gut abgestimmte Substitutionsmaßnahmen zu ergreifen.

Das Krankheitsbild, so Prof. Wohlrab, habe zwar keine einheitliche Entität, eine geeignete Basistherapie sei jedoch für einen nachhaltigen positiven klinischen Verlauf bei nahezu allen Neurodermitis-Patienten von ausschlaggebender Bedeutung.

Die Vermeidung von individuell unterschiedlich gearteten und gewichteten Triglyceriden und die

geeignete Basistherapie sind essentielle Bestandteile der Behandlung von Neurodermitispatienten.

Basistherapie insbesondere in der chronischen Phase

Während in der Akutphase die entzündliche und häufig auch antimikrobielle Behandlung im Vordergrund steht, kommt in der chronischen Phase den basistherapeutischen Aspekten eine besondere Bedeutung zu. Das Gesamtkonzept der Basistherapie beinhaltet laut Prof. Wohlrab eine „Reparatur“ und Protektion der physikalischen Barriere, eine Keimreduktion mit Antiseptika, eine Antigen-Dilution über Waschmechanismen und eine Reduktion des Juckreizes.

Prof. Wohlrab betonte, dass es eine starke Interaktion zwischen Basistherapie und nachhaltiger Reduktion von entzündlichen Phänomenen gibt. Deshalb hätten Reparatur und Schutz der physikalischen Barriere auch Einfluss auf die Reduzierung entzündlicher Aktivitäten.

Ausgewogene Kombination aus Lipiden, Wasser und Feuchthaltefaktoren

Für eine erfolgreiche Basistherapie ist es laut Prof. Wohlrab wichtig, bipolare, membranbildende Lipide (z.B. Lecithine, Ceramide) in ausgewogener Kombination mit konventionellen lipophilen Molekülen (z.B. Cholesterol, Triglyceride) sowie insbesondere mit Wasser und Feuchthaltefaktoren (z.B. Glycerin) zu verwenden. Wasserfreie Systeme (z.B. Salben) führten zu einer äußeren Okklusion und seien für eine Langzeitanwendung eher nicht geeignet. Neben dieser Kombination aus Lipiden, Wasser und Feuchthaltefaktoren sei auch der richtige Umgang mit Emulgatoren absolute Voraussetzung für einen effizienten Schutz der Haut-Lipid-Barriere. Herkömmliche Emulgatoren können im Stratum corneum mit den physiologischen, bipolaren, membranbildenden Li-

piden interagieren und es besteht die Gefahr eines negativen klinischen Effektes. Deshalb empfahl Prof. Wohlrab die Verwendung von lamellar strukturierten Membranlipiden, die sich leicht in das physiologische System der Haut-Lipid-Barriere integrieren und den Wassergehalt der Haut steigern. Beispielhaft nannte er das sogenannte DMS®-System (Derma Membran Struktur, auf welcher das Physiogel® Pflegesortiment von GlaxoSmithKline Consumer Healthcare basiert), das einzige galenische System, mit dem derzeit dieses Prinzip im Sinne einer vorteilhaften Barriestärkung erfolgreich umgesetzt sei.

Antipruriginöse Therapie

Die Juckreizstillung ist von großer Bedeutung für die Lebensqualität der Patienten. Auf Grund der guten Datenlage und aussagekräftigen Studien empfahl Prof. Wohlrab zur Juckreizstillung im Rahmen der Basistherapie den Einsatz von topischen Cannabinoidagonisten, z.B. PEA (Palmitoylethanolamin), das Cannabinoidrezeptoren von marklosen C-Fasern und von Mastzellen aktiviert und so die Pruritusperzeption verhindert bzw. reduziert (PEA ist z.B. in den Physiogel® A.I. Produkten enthalten). Lokalanästhetika hingegen seien für den breiten Einsatz eher kritisch zu sehen und andere Ansätze wie die Applikation von Gerbstoffen, Capsaicin und Menthol hätten sich in der Praxis nicht durchgesetzt.

Emulgatorfreie Systeme vorteilhaft

Der Pharmazeut und Galenik-Fachmann Prof. Dr. Rolf Daniels (Universität Tübingen) betonte, dass nach neuem wissenschaftlichem Erkenntnisstand zur Pflege trockener Haut grundsätzlich unterschiedliche Formulierungstypen geeignet seien. Allerdings könnten, so Prof. Daniels, Produkte mit konventionellen, hydrophilen Emulgatoren insbesondere bei



Prof. Dr. Johannes Wohlrab

„Eine gute, professionell und solide konzipierte Basistherapie ist obligatorischer Bestandteil der optimierten Versorgung von Neurodermitispatienten.“

atopischer Haut die Permeabilität der Hautbarriere zusätzlich erhöhen und dadurch die Funktion negativ beeinflussen. Alternative Formulierungskonzepte wie Polymer-stabilisierte Emulsionen oder Pickering-Emulsionen mit Feststoffen seien z.B. auf Grund des begrenzten Emulgiervermögens oder schlechter kosmetischer Akzeptanz nur begrenzt verwendbar.



Prof. Dr. Rolf Daniels

„Mit Hilfe der DMS® können wir gezielt fehlende Lipide in der Hautbarriere substituieren und so die Lipid-Barriere stärken.“

Wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Erfahrungen belegen laut Prof. Daniels den Vorteil la-

mellarer Systeme auf Basis von hydriertem Phosphatidylcholin (DMS® – Derma Membran Struktur). Diese lamellaren Systeme können fehlende Bausteine in der natürlichen Haut-Lipid-Barriere substituieren. Während konventionelle Emulgatorsysteme eine ungehinderte Penetration der Lipide in tiefere Hautschichten bewirken, wo sie ihre gewünschte Wirkung verlieren, reichern sich lamellare Strukturen exakt im Bereich der Haut-Lipid-Barriere an, wo sie eine Stabilisierung der Barrierefunktion ermöglichen (2).

Fazit

Die Referenten sehen es als erwiesen an, dass eine konsequente und in den wichtigsten Belangen auf die Haut-Lipid-Barriere abgestimmte Basistherapie essentiell ist zur nachhaltig günstigen Beeinflussung

der klinischen Symptome der Neurodermitis. Frühzeitig, d.h. bereits im Babyalter konsequent angewendet, könne der sogenannte „atopische Marsch“ im klinischen Verlauf entscheidend unterbunden werden.

Dieser Artikel ist mit freundlicher Unterstützung von GlaxoSmithKline Consumer Healthcare entstanden. hm

(1) Mittagseminar „Moderne Basistherapie der Neurodermitis“, 23. Fortbildungswoche für praktische Dermatologie und Venerologie in München, GlaxoSmithKline, Geschäftsbereich Stiefel Dermatologie

(2) Wohlrab J, et al. Interaction of epicutaneously applied lipids with stratum corneum depends on the presence of either emulsifiers or hydrogenated phosphatidylcholine. *Skin Pharmacol Physiol.* 2010;23:298-305.

Elternbroschüre gibt Tipps

Sehr trockene Babyhaut richtig pflegen

Nicht alle Babys haben eine makellos zarte Haut. Im Gegenteil: Babyhaut ist oftmals sehr trocken und neigt zu Rötungen. So mancher Säugling plagt sich mit rissigen oder schuppigen Hautpartien, die unerträglich jucken können. Welche Pflege diese problematische Babyhaut braucht, vermittelt eine Broschüre der Deutschen Haut- und Allergiehilfe e.V. Der kostenlose Ratgeber richtet sich an Eltern und kann im Wartezimmer ausgelegt werden.

Praktisch alle Säuglinge neigen zu einer trockenen Haut, weil die schützende Hautbarriere in den ersten Lebensmonaten noch nicht vollständig entwickelt ist. Das ist ganz normal und belastet die meisten Babys nicht, sofern eine sanfte Pflege ihre Haut bei Bedarf unterstützt, wie etwa nach dem Baden oder Babyschwimmen. Problematisch wird es, wenn die Haut so trocken ist, dass sie leicht einreißt, wund wird und schuppt. Die betroffenen Säuglinge fühlen sich nicht wohl in ihrer Haut und leiden oftmals unter einem starken Juckreiz. Häufig beginnt so eine Neurodermitiskarriere, vor allem bei Kindern, die durch Allergien in der Familie erblich vorbelastet sind. „Die tägliche Hautpflege ist bei Babys mit Allergieneigung von besonderer Bedeutung“, erklärt Erhard Hackler, Vorstand der Deutschen Haut- und Allergiehilfe e.V. in Bonn. „Eine geeignete Pflege kann den Reifungsprozess der Hautbarriere günstig beeinflussen und die Haut widerstandsfähiger gegen äußere Belastungen machen. Falsche Pflege birgt hingegen die Gefahr, Hautreizungen zu provozieren oder sogar Allergien auszulösen.“

Für die Pflege der problematischen Babyhaut gilt daher das Motto: So mild und pur wie möglich. „Pflanzliche Öle, die den Fett-Feuchtigkeitshaushalt ins Lot bringen und etwas zum Beruhigen der rissigen, entzündeten Haut - mehr brauchen Pflegeprodukte für die Aller kleinsten nicht“, sagt Hackler. Geeignet ist bei-

spielsweise Sheabutter, die aus den Nüssen des afrikanischen Karitébaums gewonnen wird und besonders hautfreundliche Fettsäuren enthält. Auch Panthenol wird häufig verwendet, weil es auf sanfte Weise Entzündungen hemmt und Hautrissen entgegen wirkt. Tabu ist hingegen alles, was die empfindliche Babyhaut reizen oder sogar Allergien auslösen könnte. Daher sollte die Pflege möglichst keine ätherischen Öle, Paraffine, Konservierungsmittel und Farbstoffe enthalten. Duftstoffe sollten frei von allergieverdächtigen Substanzen sein.

Als Serviceangebot für Eltern hat die Deutsche Haut- und Allergiehilfe e.V. die Broschüre „Babys Haut gesund pflegen“ herausgegeben. Diese erläutert auf leicht verständliche Weise die Besonderheiten der Babyhaut und gibt praktische Tipps zur Reinigung und Pflege vom Gesicht bis zur empfindlichen Windelregion. Ein Kapitel widmet sich der stark trockenen und neurodermitiskranken Babyhaut. Darüber hinaus werden typische Hautprobleme bei Säuglingen wie beispielsweise Storchenbiss oder Milchschorf angesprochen. Die Broschüre ist kostenfrei auf dem Postweg oder im Internet erhältlich. Ärzte können zur gezielten Weitergabe oder zum Auslegen im Wartezimmer auch mehrere Exemplare bestellen: Deutsche Haut- und Allergiehilfe e.V. (DHA), Heilsbachstraße 32, 53123 Bonn, www.dha-hautpflege.de.

ISPPD 2012: Phase-III-Studie mit Prevenar13®

Immunogenität bei älteren Kindern und Jugendlichen bestätigt

Der 13-valente Pneumokokken-Konjugatimpfstoff (PCV13 / Prevenar13®) zeigt sich auch bei Kindern und Jugendlichen im Alter von fünf bis 17 Jahren als immunogen. Dies ist das Ergebnis einer aktuellen Phase-III-Studie, die Pfizer kürzlich auf dem achten ISPPD (*International Symposium on Pneumococci and Pneumococcal Diseases*) in Iguacu Falls, Brasilien, vorstellte.¹ In der Studie wurden alle Endpunkte zur Immunogenität und zum Sicherheitsprofil erreicht. Diese Daten werden die geplanten Anträge zur Zulassungserweiterung des Anwendungsbereiches von PCV13 in den Vereinigten Staaten, der Europäischen Union sowie in anderen Ländern weltweit unterstützen.

An der offenen Phase-III-Studie zur Immunogenität und Sicherheit nahmen 598 gesunde Kinder teil. Darunter waren Kinder im Alter von fünf bis zehn Jahren, die zuvor zur Prävention invasiver Pneumokokken-Erkrankungen mit dem 7-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff (PCV7 / Prevenar®) geimpft worden waren sowie Impfstoff-naïve Kinder und Jugendliche im Alter von zehn bis 17 Jahren.

Ältere Kinder sollen von PCV13 profitieren können

„Als weltweit eines der führenden Unternehmen in der Prävention von Pneumokokken-Erkrankungen freuen wir uns, wenn wir den Anwendungsbereich von PCV13 erweitern können, so dass zusätzliche Altersgruppen von dem Impfschutz profitieren werden“, sagte Priv.-Doz. Dr. Peter-Andreas Löschmann, Medizinischer Leiter der Geschäftseinheit Specialty Care. „Pneumokokken-Erkrankungen treten zwar am häufigsten bei jüngeren Kindern auf, doch auch ältere Kinder und Jugendliche mit bestimmten Vorerkrankungen haben ein erhöhtes Risiko an Pneumokokken zu erkranken.“

Das primäre Ziel der Phase-III-Studie war die Bestimmung der von PCV13 induzierten Immunantworten, die in jeder Altersgruppe der Studienpopulation einen Monat nach der Impfung gemessen wurden. Um das Sicherheitsprofil von PCV13 zu evaluieren, wurden die Inzidenzraten von lokalen Reaktionen sowie von systemischen und unerwünschten Ereignissen dokumentiert. Die häufigsten unerwünschten Ereignisse waren Husten, Kopfschmerzen, Erbrechen, Fieber, Halsschmerzen, Influenza und Sinusitis.

Kinder mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung benötigen besonderen Schutz

PCV13 deckt, zusätzlich zu den ursprünglich in PCV7 enthaltenen, die Serotypen 1, 3, 5, 6A, 7F und 19A ab. Die Serotypen 7F und 19A sind von besonderer Bedeutung, weil sie einen beträchtlichen Anteil der Pneumokokken-Erkrankungen verursachen.² Damit ist PCV13 der Pneumokokken-Konjugatimpfstoff mit der derzeit breitesten Serotypenabdeckung.

Der 13-valente Impfstoff PCV13 ist in Deutschland zurzeit für Säuglinge und Kinder im Alter von sechs Wochen bis fünf Jahren zugelassen.³ Zur Grundimmunisierung wird PCV13 im Alter von zwei, drei und vier Monaten geimpft und zwischen dem 11. und 14. Monat geboostert. Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) empfiehlt eine 2 zusätzliche Impfung mit dem 13-valenten Impfstoff für Kinder im Alter von zwei bis fünf Jahren mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer Grundkrankheit, wenn sie ungeimpft sind oder in den beiden ersten Lebensjahren ausschließlich mit PCV7 geimpft wurden. Aber auch Kinder, die mit einem 10-valenten Impfstoff in den ersten beiden Lebensjahren geimpft wurden, können einen Nutzen von der zusätzlichen Impfung mit dem 13-valenten Impfstoff haben.⁴

Für Kinder mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung können Infektionskrankheiten wie die Pneumokokken-Infektionen gefährlicher sein als für gesunde Kinder. Deshalb benötigen sie einen besonderen Schutz, der in Zusammenhang mit Pneumokokken-Infektionen durch die Impfprävention ermöglicht werden

kann. Die STIKO sieht die erhöhte gesundheitliche Gefährdung der Kinder in zwei Bereichen: Zum einen können angeborene oder erworbene Immundefekte, darunter beispielsweise die Asplenie, Krankheiten blutbildender Organe, neoplastische Krankheiten sowie die Transplantation von z.B. Knochenmark oder Organen ein erhöhtes Risiko bewirken. Zum anderen können chronische Erkrankungen, wie z.B. Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krankheiten der Atmungsorgane, Nierenkrankheiten, Diabetes mellitus oder andere Stoffwechselerkrankungen, das Risiko von Infektionen erhöhen.⁵

Seit Oktober 2011 ist PCV13 in Europa für die aktive Immunisierung von Erwachsenen ab 50 Jahren zur Prävention invasiver Pneumokokken-Erkrankungen zugelassen. Diese Entscheidung stützt sich auf Auswertungen von Daten zur klinischen Immunogenität und Sicherheit von mehr als 6.000 Erwachsenen ab 50 Jahren.⁶ Die STIKO hat keine Empfehlung für Prevenar13 zur Anwendung bei Erwachsenen ausgesprochen⁷, wohingegen die Sächsische Impfkommission Prevenar13 im Januar 2012 in ihre Empfehlung aufgenommen hat.⁸

Wichtige Sicherheitsangaben zu Prevenar13®

- Eine eventuelle Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe von Prevenar13® oder einen Diphtherietoxoidhaltigen Impfstoff stellt eine Kontraindikation dar.
- Kinder und Erwachsene mit geschwächtem Immunsystem (z. B. bei HIV-Infektionen, Leukämie) können eine reduzierte Immunantwort aufweisen. Bei

manchen frühgeborenen Säuglingen wurde eine vorübergehende Atempause nach der Impfung beobachtet.

- Zu den am häufigsten berichteten schweren unerwünschten Nebenwirkungen bei Kindern zählten Bronchiolitis (0,9%), Gastroenteritis (0,9%) sowie Lungenentzündung (0,9%). Bei Säuglingen und Kleinkindern waren die häufigsten Nebenwirkungen Berührungsempfindlichkeit, Rötung oder Schwellung an der Injektionsstelle, Reizbarkeit, Appetitmangel, vermindertes oder gesteigertes Schlafbedürfnis und Fieber.

- Bei Erwachsenen waren häufige Nebenwirkungen Schmerzen, Rötung oder Schwellung an der Injektionsstelle, eingeschränkte Bewegungsfähigkeit des Armes, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Gelenkschmerzen, Appetitmangel, Schüttelfrost oder Ausschlag. Bei Erwachsenen waren die Immunantworten auf Prevenar13® reduziert, wenn es zusammen mit der saisonalen Grippeimpfung verabreicht wurde.

Literatur:

- 1 ISPPD 2012. Late-breaker poster #881
- 2 Van der Linden et al. ICAAC 2011, Poster G3-775

- 3 Fachinformation Prevenar13® Injektionssuspension. Oktober 2011
- 4 Robert Koch-Institut 2010. Epi Bull Nr. 33
- 5 Robert Koch-Institut 2011. Epi Bull Nr. 30
- 6 Fachinformation Prevenar13, Stand: Oktober 2011
- 7 http://www.rki.de/cln_153/nn_1270420/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2012/07/Art_01.html (Stand: 30.03.2012)
- 8 <http://www.slaek.de/60infos/infosarzt/36impfen/pdf/e1.pdf> (Stand: 23.03.2012)

Nach Informationen von
Pfizer Deutschland GmbH, Berlin

Workshop zum Einsatz von Textilien beim Management des atopischen Ekzems

Ungeeignete Kleidung kann eine Neurodermitis verschlimmern, die richtige Kleidung zur Linderung beitragen. Spezialtextilien werden beim Management des atopischen Ekzems therapeutisch eingesetzt, aufgrund der hohen Kosten vor allem bei schweren Fällen.

Am 16./17. März 2012 fand im Rahmen der 9. Gemeinsamen Jahrestagung der AGAS und AGNES in Dresden ein Workshop statt, in dem rund 20 interessierte Fachkräfte eigene Erfahrungen austauschten und unter der Anleitung von Dr. Lars Lange vom Marien-Hospital aus Bonn Lösungen für die häufigsten Fragestellungen diskutierten.

Besonders die Produktvielfalt stellt Ärzte und medizinische Fachangestellte immer wieder vor Herausforderungen. Als Basismaterialien stehen Baumwolle, Mikrofaser oder Seide zur Verfügung. Sie unterscheiden sich in Faserlänge (Anschmiegsamkeit des Gewebes) und Feuchtigkeitseinfang (Regulation der Körpertemperatur). Bestimmte Mikrofaser und Seide erreichen hier Bestwerte.

Patienten mit Neurodermitis weisen eine erhöhte Bakterienlast auf der Haut auf. Dagegen richten sich antiseptische Wirkstoffe wie Silber oder quartäre Ammoniumsalze (AEM 5772/5), die in das Gewebe eingearbeitet sind. AEM5772/5 ist ein seit Jahrzehnten z.B. in Sterilium® erfolgreich eingesetzter Wirkstoff. Er kann dank neuer Technologie fest an bestimmte Gewebe gebunden werden und

steht so jetzt auch für Neurodermitis-Spezialtextilien zur Verfügung. Die antiseptische Wirkung ist sowohl für Silber als auch AEM 5772/5 durch viele Studien belegt. Dr. Lange wies jedoch darauf hin, dass zu klinischer Wirksamkeit und Verträglichkeit bei Neurodermitis nur für zwei Produkte kontrollierte Studien vorliegen: Podycare®-Silbertextilien und DermaSilk für Neuroderm®-Seidentextilien. Für beide konnte eine Reduktion der S. aureus-Kolonisation nachgewiesen werden, Juckreiz und Ekzemscores wurden deutlich verringert. Auch die sehr gute Verträglichkeit wurde im Beobachtungszeitraum bestätigt. Sicherheitsbedenken bestehen vor allem hinsichtlich einer möglichen Resorption von Silber. Während bei einem Studienteilnehmer nach dem Tragen von Podycare® eine nachweisbare Menge Silber im Urin detektiert werden konnte, ist der antiseptische Wirkstoff AEM 5772/5 hingegen fest an das Seidengewebe gebunden und wird nicht resorbiert oder herausgewaschen.

Im Zuge eines Fühltests berichteten die Teilnehmer, dass die Auswahl von vielen Faktoren abhängt: „Ich verwende DermaSilk für Neuroderm® besonders gerne im Sommer, da das Gewebe so leicht und kühlend ist!“, so eine Teilnehmerin. „Bei Silbertextilien muss vor allem darauf geachtet werden, dass ein Produkt mit genügendem Silberanteil verwendet wird!“, so eine weitere Meldung. Auch sozio-ökonomische Aspekte spielen eine wichtige Rolle,

da die Spezialtextilien teilweise recht kostspielig sind und die Kostenübernahme durch die Krankenkassen sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Generell muss in jedem Einzelfall ein Antrag auf Erstattung bei der Krankenkasse gestellt werden. Mit einer Ausnahme: Die Verbandsschläuche von DermaSilk für Neuroderm® sind als Verbandsmittel sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen erstattungsfähig. Mehrere Teilnehmer nutzen diesen Vorteil: „Man kann hervorragend erstmal einen DermaSilk für Neuroderm®-Verbandsschlauch verschreiben, um so die Eltern von der Wirksamkeit zu überzeugen. So gibt es später weniger Bedenken, weitere Kleidungsstücke zu kaufen.“

Fazit: Klar ist, dass ungeeignete Textilien wie z.B. Wolle eine bestehende Neurodermitis verschlechtern können. Umgekehrt sind die Spezialtextilien Podycare® und DermaSilk für Neuroderm® positiv hervorzuheben, da für sie die Ekzemverbessernde Wirkung durch Studien belegt ist. Dies wird auch durch die aktuelle Leitlinie „Neurodermitis“ bestätigt, so dass diese Textilien eine sinnvolle Unterstützung der Basistherapie darstellen. Die Erstattungsfähigkeit der DermSilk für Neuroderm-Verbandsschläuche bietet zusätzlich einen großen Vorteil.

Nach Informationen von InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH, Heppenheim

NUROFEN® Schmelztabletten

Das NUROFEN® Schmerzmittel speziell für Jugendliche

Kopfschmerzen gehören zu den häufigsten Gesundheitsproblemen in der Bevölkerung. Auch Jugendliche leiden heutzutage oftmals an Schmerzen, und bei Ihnen stehen Kopfschmerzen ebenso im Vordergrund. Sie beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen und können unbehandelt zur Entwicklung chronischer Kopfschmerzen und psychischer Erkrankungen führen. Deswegen sollte dieses Problem so früh wie möglich angegangen werden (1).

Jedes zweite Mädchen und jeder vierte Junge betroffen

„Rund 70 Prozent der Jugendlichen erinnerten sich, in den letzten drei Monaten Kopfschmerzen gehabt zu haben. 50 Prozent der Mädchen und 25 Prozent der Jungen gaben an, in diesem Zeitraum unter wiederholten Kopfschmerzen gelitten zu haben (2).“ Davon ausgehend, rechnen Experten für die Bundesrepublik mit 1,75 Mio. Jugendlichen mit Kopfschmerzerfahrungen und mit fast 1,0 Mio. Jugendlichen, bei denen diese Schmerzen immer wieder auftreten. Das hat die erste große epidemiologische Kopfschmerz-Studie der DMKG (2) in Schulen Mecklenburg-Vorpommerns ergeben.

Neben den Kopfschmerzen, die auch von Jugendlichen oft als pochend oder gar hämmernd, dumpf bzw. quälend beschrieben werden, sind aber auch Regel-, Wach-

tums- und Zahnschmerzen sowie Fieber in dieser Altersgruppe alles andere als selten (3).

Das NUROFEN® Schmerzmittel speziell für Jugendliche

Die NUROFEN® 200 mg Schmelztabletten Lemon mit dem Geschmack der Zitrone ermöglichen – speziell Jugendlichen – schnelle Linderung bei leichten bis mäßig starken Kopfschmerzen, Regelschmerzen, Zahnschmerzen, Wachstumsschmerzen und Fieber (4). Im Mund zerfällt die Schmelztablette in wenigen Sekunden und kann dann einfach geschluckt werden.

Die 200 mg Schmelztabletten von NUROFEN® sind ideal für die Schule, beim Sport sowie auf Reisen. Denn sie können ganz einfach ohne Wasser eingenommen werden, ganz jugendlich, ganz easy.

Die NUROFEN® 200 mg Schmelztabletten Lemon sind zugelassen für Kinder ab 6 Jahren, Jugendliche und Erwachsene (4). Die NUROFEN® 200 mg Schmelztabletten Lemon sind in der Packungsgröße zu 12 Stück erhältlich (4). Die PZN der NUROFEN® 200 mg Schmelztabletten Lemon lautet: PZN-2547582.

- (1) MUKIS: Münchner Untersuchung zu Kopfschmerzen bei Gymnasiasten – Interventionsstudie 2011/2012
- (2) Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG), Studie der Universität Greifswald 2003/2004
- (3) Roth-Isigkeit A, Thyen U, Stöven H, Schwarzenberger J, Schmucker P. Pain among children and adolescent: restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics* 2005 Feb;115(2): e152-162
- (4) NUROFEN® 200 mg Schmelztabletten Lemon Gebrauchsinformation, Stand: Juni 2007

Nach Informationen von Reckitt Benckiser GmbH, Mannheim

Extramildes Pflege- und Reinigungsprodukt für die Säuglingshaut

Säuglinge sind nicht als kleine Erwachsene zu betrachten. Ihre Haut bedarf einer adäquaten Pflege, denn sie unterscheidet sich in Struktur, Zusammensetzung und Funktion deutlich von der Haut erwachsener Personen. Das neue Parfümfreie Wasch- & Duschgel von Penaten® für Neugeborene ist extramild und wurde speziell entwickelt, um Allergierisiken zu minimieren.

Das Produkt reinigt sensible und zu Irritationen neigende Haut besonders schonend und trocknet sie nicht aus. Dank der bewährten „Keine Tränen mehr™“-Formulierung brennt das neue *Parfümfreie Wasch- & Duschgel* nicht in den Augen und ist wie alle Produkte von Penaten besonders sanft und bewährt hautverträglich.

Milde Alternative mit bewährter Wirkung

Neben zeitgemäßen wissenschaftlichen Standards trägt Penaten auch den Wünschen der Eltern und Fachkreise Rechnung. In den letzten Jahren ist beispielsweise die Nachfrage nach parfümfreien Produkten stark gestiegen. Das neue *Par-*

fümfreie Wasch- & Duschgel wurde für die Bedürfnisse derjenigen Eltern entwickelt, die bei der Pflege ihres Babys auf Duftstoffe verzichten möchten. Für alle Penaten Produkte mit mildem Duft gilt weiterhin, dass sie ohne allergieverdächtige Duftstoffe formuliert sind. Das praktische Produkt ist ab März 2012 im Handel erhältlich.

Bewährt dank Erfahrung und Forschung

Die stete Weiterentwicklung bewährter Produkte auf Basis wissenschaftlicher Grundlagenforschung machen die Marke Penaten seit langem erfolgreich. Den hohen Stellenwert der wissenschaftlichen

Forschung unterstreichen neben einer umfangreichen eigenen Forschungs- und Entwicklungsabteilung verschiedene Kooperationsprojekte mit renommierten deutschen und internationalen Forschungseinrichtungen. Auch die Zusammenarbeit mit einem unabhängigen wissenschaftlichen Beirat aus Dermatologen, Pädiatern, Hebammen und Kinderkrankenschwestern unterstreicht den wissenschaftlichen Ansatz der Marke. Darüber hinaus betreibt Johnson & Johnson seit langem intensive Grundlagenforschung zur Neugeborenen- und Säuglingshaut.

Nach Informationen von Johnson & Johnson GmbH, Neuss

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer

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

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Tel.: 0221/68909-0

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

Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer

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

stephan.esser@uminfo.de

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

christel.schierbaum@uminfo.de

Mitgliederverwaltung

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg

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

Kongressabteilung

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

Kongresse des BVKJ

www.kongress.bvkj.de

Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum

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

BVKJ Service GmbH

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

Geschäftsführer: Dr. Wolfram Hartmann

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Verhandlungsbevollmächtigter: Herr Klaus Lüft

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Tfx.: 0221/6890929

Ansprechpartnerinnen:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-27

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28

E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

E-Mail: Christen@HKA.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Frank Riedel

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

Dr. med. Christoph Kupferschmid

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaezte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php