

bvkJ.

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

Heft 8/15 · 46. (64.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT



Forum:

Kinder- und Jugendärztetag
2015 in Berlin



Fortbildung:

Wenn der Schulbesuch
nicht gelingt



Berufsfragen:

Das neue Gelbe Heft



Magazin:

Eine Oase für Kinder
in Marokko

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK



KINDER- UND JUGENDARZT **bvkJ.**

Foto: © Jeannette Diehl - Fotolia.com



Eine Oase für Kinder in Marokko

S. 471

Inhalt 8 | 15

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

Forum

- 425 Burnout im Kinderzimmer
- 426 **45. Kinder- und Jugendärztetag 2015 in Berlin**
Jakob Maske
- 430 **Neue Studie zur Initialtherapie des Nephrotischen Syndroms**
- 431 **UNICEF-Report 2015: Kinder zwischen den Fronten**
- 432 **Betreuung für den Medizinnachwuchs wird gefördert**
- 433 **Allensbach-Studie**
- 424 **Man muss nur wollen**
Ulrich Fegeler
- 435 **„Na endlich!“**
Uwe Büsching
- 436 **Online-Netzwerk für Eltern mit stotterndem Kind**
- 436 **Impressum**
- 438 **Das Leser-Forum**
- 440 **EuGH-Urteil: Deutschland muss Schadstoffwerte für Spielzeug anpassen**
Regine Hauch

Fortbildung

- 443 **Wenn der Schulbesuch nicht gelingt... (Teil 1)**
Heinrich Ricking
- 448 **Leitlinienentwicklung in der Pädiatrie**
Gregor Dückers
Tim Niehues
- 451 **Highlights aus Bad Orb: Infektionen bei krebserkrankten Kindern**
Thomas Lehrnbecher
- 458 **Consilium: Frühzeitige antivirale Behandlung bei Zoster oticus?**
Volker Schuster
- 460 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 463 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Dörte Petersen



s. S. 430 + 432 + 466

Berufsfragen

- 465 **Das neue GELBE HEFT**
Hermann Josef Kahl
- 466 **Brief aus der Praxis**
Tanja Brunnert
- 467 **Honorarabtretung bei der Behandlung von Kindern**
Juliane Netzer-Nawrocki
- 468 **Wahlaufruf**
- 469 **Neue Akzente bei der Aufarbeitung Missbrauch**
- 470 **Berliner Erklärung – Grundrechte und Hilfebedarf minderjähriger Flüchtlinge**

Magazin

- 471 **DAR BOUIDAR – ein Zuhause für alleingelassene Kinder in Marokko**
Gottfried Huss
- 473 **Ehrungen beim Kinder- und Jugendärztetag 2015 in Berlin**
Christoph Kupferschmid
- 474 **„Mir ist immer so schlecht“**
Stephan H. Nolte
- 476 **Die Welt der Kinder im Blick der Maler**
Peter Scharfe
- 477 **Buchtipps**
- 477 **Personalia**
- 479 **Fortbildungstermine des BVKJ**
- 480 **Paediatric-Termine**
- 481 **Pädindex**
- 482 **Tagung**
- 483 **Nachrichten der Industrie**
- 489 **Wichtige Adressen des BVKJ**

Burnout im Kinderzimmer

Die einen hetzen vom Schwimmtraining zum Klavierunterricht, die anderen müssen den Haushalt für die Eltern managen, auf Geschwister aufpassen und Behördengänge tätigen. Gemeinsam ist ihnen die mit Terminen zugeplante Woche, die mangelnde Entscheidung über die eigene Zeit und als Folge davon Stress. Wie ein vollgestopfter Terminkalender, Stress und Burnout bei Kindern zusammenhängen, das hat eine Studie der Universität Bielefeld untersucht, die am 25. Juni veröffentlicht wurde. Nach dieser Studie leidet etwa jedes sechste Kind (18 Prozent) und jeder fünfte Jugendliche (19 Prozent) unter hohem Stress. Die Folgen: Depressionen, Versagensängste, ein erheblich erhöhtes Aggressionspotenzial und geringe Problemlösungskompetenz. Dazu die klassischen Burn-Out-Symptome, die auch Erwachsene unter hohem Stress zeigen: Kopf- oder Bauchschmerzen, Einschlafschwierigkeiten oder Müdigkeit.

Ursachen für das Stressempfinden sind nach den Erkenntnissen

der Bielefelder Erziehungswissenschaftler um Prof. Dr. Holger Ziegler, die die Studie durchgeführt haben, vor allem die Anzahl von Terminen und fehlende selbstbestimmte „Qualitätszeit“. So haben laut Studie 39 Prozent der Zwölf- bis Sechzehnjährigen an drei oder mehr Tagen in der Woche mindestens einen festen Termin neben der Schule, etwa Musikunterricht oder Sport. 60,2 Prozent der Kinder mit hohem Stress werden nur manchmal bis nie nach ihrer Meinung gefragt. Die Freizeitplanung entscheiden die Eltern. 85,6 Prozent der gestressten Kinder müssen Termine wahrnehmen, die ihnen keinen Spaß machen. 89 Prozent der Kinder mit hohem Stress äußern den Wunsch, mehr Zeit für Dinge zu haben, die ihnen Spaß bereiten. 35,4 Prozent der Kinder müssen viel im Haushalt mithelfen. Von der „Parentifizierung“ sind Kinder mit hohem Stress und depriviertem Hintergrund am stärksten betroffen.

Für die Studie im Auftrag der Beethoven-Kinderförderung wurden 1.100 Heranwachsende zwischen



Foto: © Luis Molinero - Fotolia.com

6 und 16 Jahren sowie 1.039 Eltern befragt. Die Stiftung unterstützt unter anderem „Die Arche“, die Kindern aus bedürftigen Familien in vielen Städten unter anderem einen kostenfreien, warmen Mittagstisch bietet.

Red.: ReH

Neues „Mutmachbuch“ nimmt Kindern die Angst vor Klinik und Praxis

Angsthase oder Löwenherz? Die Entscheidung, zu welcher Gruppe man gehört, fällt für Kinder häufig im Wartezimmer von Praxis oder Klinik. Für die Kinder, die eher mit Grummeln im Bauch den Arztbesuch erwarten, gibt es jetzt ein neues Mutmachbuch. Herausgegeben hat es die Ärztekammer Hamburg zusammen mit der AOK Rheinland/Hamburg. Mädchen und Jungen aus Hamburger Grundschulen schildern in dem Buch ihre Erfahrungen beim Arztbesuch. Kleine Geschichten, Bilder und Comics, Tipps und Witze

haben die Sechs- bis Zehnjährigen gesammelt, um damit anderen Kindern die Angst vor Untersuchungen, Impfungen oder dem Krankenhaus nehmen.

Entstanden ist das Projekt im Rahmen der Initiative „Gesund macht Schule“, einem Präventionsprogramm der Ärztekammern in Nordrhein, Hamburg und Sachsen-Anhalt und der AOK Rheinland/Hamburg und AOK Sachsen-Anhalt. Es fördert die Zusammenarbeit von Schule, Schülern, Ärzten und Eltern auf dem Feld der Kindergesundheit.



Info: Mehr Infos zum Mutmachbuch, herunterladen oder bestellen unter: <http://www.gesundmachtschule.de/>

Red.: ReH



45. Kinder- und Jugendärztetag 12.-14. Juni 2015

40.000 bis 50.000 jährlich verlassen die Schule ohne Abschluss



Dr. Jakob Maske

Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist ein breit aufgestelltes Thema, was nicht nur die psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen meint, sondern auch die Lebenssituation und Aspekte wie Gewalterfahrung, Armut, interkulturelles Aufwachsen, Süchte und Medienverhalten. Aber auch das Aufwachsen mit psychisch kranken Eltern ist schon ein Risikofaktor für eigene psychische Auffälligkeiten. Ca. 20 Prozent aller Kinder sind betroffen. Der Berliner Kongress gab über 500 Kolleginnen und Kollegen vielfältige Anregungen zu diesen und anderen verwandten Themen.

Kinderrechte nehmen auch in der öffentlichen Wahrnehmung einen immer größeren Stellenwert ein. Für Prof. Jörg Maywald, Berlin, müssen diese nicht mit den Elternrechten kollidieren. Er definiert die Elternrechte eher als Elternverantwortung. Anhand der EU-Grundrechtecharta zeigt er, dass Kinder ein Recht auf Fürsorge und Schutz haben aber auch den Anspruch auf Kontakt zu beiden Elternteilen. Das Deutsche Grundgesetz kenne jedoch noch keine

Kinderrechte und keinen Kinderbeauftragten auf Bundesebene. Die UN-Kinderrechtskonventionen beschreibt er aber als geltendes Recht in Deutschland aufgrund der Ratifizierung. Perspektivisch wünscht er sich u. a. eine Verankerung der Kinderrechte im Grundgesetz und aktuell sicher sehr relevant eine Gleichstellung aller Kinder (auch z. B. der Flüchtlingskinder).

Frühe Hilfen sind nur ein Baustein des Kinderschutzes in Deutschland. Die Psychologin

Tanja Besier, Ulm, führte aus, dass das Bundeskinderschutzgesetz die Grundlage für verbindliche Netzwerkstrukturen schafft. Dabei ist man abhängig von freiwilligen Kooperationen, was zu nur unzureichenden Kooperationen mit z. B. Kinder- und Jugendärzten, Gynäkologen, Psychiatern und den Kliniken führt. Immerhin ist seit 2013 die Abklärung von Kinderschutzfällen in der Klinik erstmals abrechenbar, wobei eine Meldepflicht entfällt.

Arme Kinder, kranke Kinder

Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bleibt über die Jahre nahezu unverändert und liegt bei ca. 20 Prozent, was bedeutet, dass jedes fünfte Kind betroffen ist. Hier zeigte Dr. Robert Schlack, Berlin, anhand der KIGGS Studie, dass auch Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren schon mit 17 Prozent recht häufig betroffen sind und die Gefahr mit abnehmendem sozialen Status deutlich ansteigt. Diese Erkrankungen führen auch statistisch nachweisbar zu einer höheren Belastung der betroffenen Familien. Aber auch die elterliche Trennung, insbesondere in der Altersgruppe zwischen 7 und 13 Jahren sorgt für einen erheblichen Anstieg psychischer Auffälligkeiten.

Dass Armut einen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern hat, zeigte Prof. Andreas Klocke, Frankfurt, mit einem eindrucksvollen Vortrag. Aus der HBSC-Studie referierte er den direkten Zusammenhang zwischen Armut und Jugendlichen, die über einen schlechteren Gesundheitszustand berichten und eine deutlich höhere Beschwerdelast haben. Er folgert daraus, dass hier ein besonderer Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung vorliegt.

Dass Eltern häufig ihre psychischen Störungen an ihre Kinder weitergeben, erläuterte Prof. Alexander von Gontard, Homburg. Er setzt auf die gemeinsame Behandlung von Eltern und Kindern und beobachtet diese in Videoaufzeichnungen bei alltäglichen Situationen.

Das Erkrankungsrisiko eines Kindes psychisch erkrankter Eltern erhöht sich um das drei- bis siebenfache gegenüber der Normalbevölkerung. Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen sind am häufigsten betroffen. Die Dysfunktionalität der Eltern erhöht das psychische Erkrankungsrisiko des Kindes erheblich. Prof. Silke Wiegand-Grefe, Hamburg, plädierte daher für ein Dreisäulenmodell in der Therapie, das die Elternvariablen, die psychosozialen Umwelt- und Entwicklungsbedingungen und die Kindsvariablen berücksichtigt.

Prof. Heidemarie Keller, Osnabrück, stellte unsere konventionellen Vorstellungen von Bindungen im Säuglings- und Kleinkindalter vollständig auf den Kopf. Unsere Bindungstheorien seien für 92 Prozent der Weltbevölkerung nicht nachvollziehbar. Bindung müsse immer im spezifischen interkulturellen Zusammenhang gesehen werden, und die verschiedenen Kulturen hätten einen großen Einfluss auf Bindung, Bildung und Erziehung. Eindrücklich zeigten sich die Unterschiede im Vergleich einer deutschen Mutter mit einer ländlich aufwachsenden Nso-Familie im Norden Kameruns. Praktische Relevanz hat diese Beobachtung beispielsweise bei der Betreuung von Flüchtlingsfamilien.

Psychische Folgen der Sucht

Prof. Rainer Thomasius, Hamburg, erfreute zunächst mit den rückläufigen Zahlen des Nikotinabusus, um dann aber sofort die zunehmende Gefährlichkeit des Kiffens und dessen Folgen für die Gesundheit der Jugendlichen und später auch Erwachsenen aufzuzeigen. Hier spielt vor allem das immer jüngere Eintrittsalter so wie auch der zunehmende THC Gehalt in den Produkten eine wichtige Rolle. Eindrucksvoll kann auch an MRT-Bildern gezeigt werden, was der frühe Cannabis-Gebrauch mit dem Gehirn von Jugendlichen anrichtet.

Folgen sind u. a. psychische Erkrankungen bis hin zur Schizophrenie. Cannabis ist heute die am häufigsten konsumierte illegale Droge weltweit.

Anders als bei den Substanzsüchten, gibt es bei den Verhaltenssüchten große Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen. Frühe extensive Nutzung von Medien hat einen Einfluss auf Intelligenz und psychische Gesundheit. Dr. Florian Rehbein, Hannover, zeigte uns Unterschiede und weist auf die erforderliche elterliche Begleitung hin.

Lebensqualität aus dem Bauch

Kinder und Eltern berichten übereinstimmend, dass Obstipationen die Gesundheit der Kinder deutlich vermindern und damit auch die Lebensqualität von Eltern und Kindern. Die erlebten Einschränkungen können sogar größer sein als bei Erkrankungen wie Crohn oder Colitis. 25 Prozent der Behandelten werden ohne Erfolg behandelt. Laut Dr. Stephan Buderus, Bonn, führt dies zu Schwierigkeiten bei sozialen Kontakten, mehr Schmerzen und einer schlechteren Gesamtgesundheit. Er setzt auf eine frühzeitige Laxanzienbehandlung und widerlegt die Mär der Darmlähmung durch Laxanzien.

Dr. Martin Claßen, Bremen, diskutierte anhand von verschiedenen Beispielen nochmals die Möglichkeiten der rektalen Untersuchung,





Fotos: © Dr. Helmut Hofmann

die für Kinder nicht immer traumatisch verlaufen muss und unterstreicht die für jeden durchführbare anale Inspektion.

Prof. Oliver Münsterer, Mainz, zeigte die mikroinvasiven Behandlungsmethoden für z. B. den M. Hirschsprung und die hohen Analtresien. Dem Problem der Stuhlinkontinenz tritt er bei entsprechender Indikation mit einer antegraden Darmspülung entgegen, bei der der Spülkatheter über die Appendix dauerhaft implantiert wird.

Haben ausgeschlafene Kinder ein geringeres Risiko für ADHS oder haben Kinder mit ADHS ge-

nerell ein schlechteres Schlafverhalten? Dr. Caroline Maxton, Hamburg, erklärte die Physiologie des Schlafes und die verschiedenen Pathologien von den Parasomnien bis zum ADHS. Dr. Kirsten Stollhoff, Hamburg, zeigte die verschiedenen Behandlungsmethoden bei ADHS und Schlafstörungen auf.

Schulvermeidendes Verhalten kann die unterschiedlichsten Ursachen haben. Daher muss auch jeder Fall individuell beurteilt werden und ist oft abhängig von familiären Problemlagen, Leistungsversagen und sozialen Anpassungsproblemen. In diesem Wissen plädierte

Prof. Heinrich Ricking, Oldenburg, für eine Präventionskaskade, die zunächst der Schulebene eine Professionalisierung ihrer Strukturen auferlegt. Im Falle einer aufgetretenen Schulabstizienz sollte diese Schule dann mit einem proaktiven Handlungskonzept vorbereitet sein und im Zweifelsfalle weitere Kooperationen mit Fachdiensten und Therapieeinrichtungen eingehen (s. auch S. 443 ff.).

Zu guter Letzt zeigte Dr. Roland Ulmer, Lauf, noch den aktuellen Stand von Abrechnung und Co. Die neue Krankenhaus-Einweisungsrichtlinie bringt eigentlich nichts Neues, konkretisiert aber das bereits Bekannte und lässt somit keinen Handlungsspielraum für Abweichungen. Der EBM hat v.a. beim Ärztlichen Bereitschaftsdienst für Veränderungen gesorgt, aber auch die Vertreterpauschale ist nunmehr weggefallen. Die 04230 kann neben der Grundpauschale schon nach zehnminütigem Gespräch angesetzt werden, hier liegen über 83 Prozent der kinder- und jugendärztlichen Kollegen innerhalb ihres Gesprächsbudgets.

Dr. Jakob Maske
10783 Berlin
E-Mail: j.j.maske@web.de
Der Autor ist Pressesprecher des LV Berlin

Red.: Kup

Milupa schreibt zum dritten Mal den Nutricia Wissenschaftspreis und Praxispreis zur Förderung des Stillens aus

Für die beiden Nutricia-Preise können sich Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz bewerben, die innovative Muttermilchforschung betreiben oder mit einem eigenen Projekt erfolgreich das Stillen fördern. Die Einsendungen werden von einer internationalen DACH-Jury bewertet und sind mit jeweils 10.000 Euro dotiert. **Der Einsendeschluss für Bewerbungen ist der 19. Oktober 2015.**

Der „Nutricia Wissenschaftspreis“ dient der Erforschung des Stillens sowie der Zusammensetzung und Wirkungsweise der Muttermilch. Prämiert werden herausragende Publikationen, die in einer wissenschaftlich anerkannten Zeitschrift erschienen sind. Bewerben können sich Wissenschaftler/-innen, Ärzte und Ärztinnen, Hebammen und Pflegekräfte

einer akademischen Einrichtung oder sonstigen Forschungseinrichtung, einer Klinik, aber auch anderer Einrichtungen. Der „Nutricia Praxispreis“ dient der praktischen Förderung des Stillens.

Ausgezeichnet werden schriftliche Dokumentationen über Projekte, die das Stillen bzw. den Stellenwert des Stillens in der Öffentlichkeit fördern. Bewerben können sich Hebammen (bzw. -schüler/-innen und -studenten/-innen), Stillberater/-innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen, Ärzte und Ärztinnen, und sonstige Berufsgruppen und Organisationen.

Die ausführlichen Preisstatuten sowie Informationen zu den Preisgewinnerinnen und -gewinnern der letzten Jahre unter www.nutricia-forum-muttermilchforschung.org.

Aufruf zur Teilnahme

Neue Studie zur Initialtherapie des Nephrotischen Syndroms im Kindesalter der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN e. V.)



Das Idiopathische Nephrotische Syndrom im Kindesalter ist eine seltene Erkrankung, die bei der Erstmanifestation nach dem Standardtherapieschema der GPN über zwölf Wochen mit dem Glukokortikoid Prednison behandelt wird. Diese Therapie führt bei guter Wirksamkeit regelhaft zu deutlichen Nebenwirkungen. In den letzten Jahren wurde in verschiedenen Studien gezeigt, dass ein anderes immunsuppressiv wirkendes Medikament, das Mycophenolatmofetil (MMF), Rezidive des idiopathischen nephrotischen Syndroms verhindern kann bei gleichzeitig deutlich weniger Nebenwirkungen. MMF könnte daher auch bei der Initialtherapie des Idiopathischen Nephrotischen Syndroms Prednison einsparen helfen.

Die INTENT-Studie (Initial treatment of idiopathic nephrotic syndrome in children with mycophenolatmofetil versus prednisone) ist eine prospektive, multizentrische, randomisierte, kontrollierte, offene Phase III-Studie, die die Nicht-Unterlegenheit von Mycophenolatmofetil (MMF) im Vergleich zu Prednison in der Initialtherapie des steroidsensiblen nephrotischen Syndroms im Kindesalter zeigen soll.

Die INTENT-Studie ist durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sowie durch die federführende Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg im Benehmen mit den beteiligten Ethikkommissionen zu-

stimmend bewertet worden. Die Studie wird ausschließlich durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung und nicht durch die pharmazeutische Industrie finanziert

Leiter der klinischen Prüfung ist Prof. Dr. med. Burkhard Tönshoff, Studientagungsleiter der GPN, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Heidelberg. Das klinische Projektmanagement erfolgt durch die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Köln durch Prof. Dr. med. Lutz T. Weber, Dr. med. Marcus R. Benz und Dr. med. Rasmus Ehren.

Um das Rekrutierungsziel von 340 Patienten zu erreichen, ist eine möglichst vollständige Erfassung aller Kinder mit der Erstmanifestation eines idiopathischen nephrotischen Syndroms notwendig. Dies wird durch eine große Anzahl von Studienzentren in Deutschland erleichtert.

Um an der Studie teilzunehmen, müssen die Patienten zwischen einem Jahr und zehn Jahre alt sein und an der ersten Episode eines nephrotischen Syndroms erkrankt sein (Erstmanifestation).

Bei einer geschätzten Zahl von nur etwa 250 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland trägt jeder einzelne Patient zum Studienerfolg bei. Kinder- und Jugendärzte werden daher gebeten, bei jedem Patienten mit der Erstmanifestation eines idiopathischen nephrotischen Syndroms mit dem nächstgelegenen Studienzentrum oder dem klinischem Projektmanagement Kontakt aufzunehmen.

Weitere Informationen auch zu den jeweils nächstgelegenen Studienzentren unter:

www.intent-study.de

Bei Rückfragen:

intent@intent-study.de

Red.: ReH

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter
www.kinder-undjugendarzt.de



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

UNICEF-Report 2015

Kinder zwischen den Fronten

Wir erleben aktuell eine der schlimmsten Phasen von Konflikten seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs. 2014 wuchsen nach Schätzung von UNICEF weltweit rund 230 Millionen Kinder in Kriegs- und Krisengebieten auf.

Ihr Alltag ist von Gewalt und Hass geprägt – oft über Jahre. Der UNICEF-Report 2015 dokumentiert die enormen Auswirkungen der neuen humanitären Krisen auf die nachwachsenden Generationen. Gleichzeitig werden innovative Strategien aufgeführt, wie Kindern und Jugendlichen trotz schwierigster Bedingungen geholfen werden kann.

Kriege und bewaffnete Konflikte haben fast 60 Millionen Menschen dazu gezwungen, ihre Heimat zu verlassen. Mehr als die Hälfte dieser Flüchtlinge und im eigenen Land Vertriebenen sind Frauen und Kinder. Sie leiden besonders unter den Kriegsfolgen, unter schlechter Versorgung und fehlenden Bildungschancen. Dazu kommt, dass auch die Fälle schwerer Gewalt gegen Mädchen und Jungen im Krieg dramatisch zugenommen haben.

Der UNICEF-Report 2015 ruft Regierungen und Konfliktparteien weltweit dazu auf, Kinder in Krisen- und Katastrophengebieten besser zu schützen, ihre Grundversorgung zu gewährleisten und sie so auch widerstandsfähiger gegenüber weiteren Gefahren – beispielsweise extremer Dürre infolge des Klimawandels – zu machen.

Folgen von Krieg und Gewalt

Menschenrechtsverletzungen in Konflikten

Der UN-Sicherheitsrat listet für 2014 insgesamt 23 Konfliktsituationen auf, in denen Kinder schwersten Menschenrechtsverletzungen ausgesetzt sind. Von den beteiligten 59 Konfliktparteien sind acht Regierungstruppen und 51 nicht-staatliche Akteure.



Foto: © UNICEF

Extreme Gewalt gegen Kinder

Extreme Gewalt gegen Kinder erreichte im vergangenen Jahr ein unerhörtes Ausmaß. Mädchen und Jungen wurden oftmals direkt zur Zielscheibe von Gewalt, um ganze Bevölkerungen zu terrorisieren und um weltweit Schrecken zu verbreiten. Hierzu gehörten auch gezielte Entführungen und die sexuelle Versklavung von Kindern und Jugendlichen sowie Hinrichtungen und Folter. In zahlreichen Konflikten werden Kinder als Soldaten und auch als Selbstmordattentäter missbraucht.

Besonders betroffene Regionen

Das Ausmaß der Gewalt gegen Kinder und Zivilisten ist besonders dramatisch in Syrien, im Irak, im Südsudan und in der Zentralafrikanischen Republik. Gruppen wie IS in Syrien und Irak sowie Boko Haram in Nigeria missachten bewusst die Prinzipien des humanitären Völker-

rechts. Die Zahl der Kinder, die im israelisch-palästinensischen Konflikt starben, stieg 2014 stark an. Auch in Afghanistan, Somalia, im Sudan, im Jemen und in der Demokratischen Republik Kongo besteht erheblicher Grund zur Sorge.

Nothilfe für Kinder

Die große Zahl von Konflikten und Katastrophen erfordert ein nie dagewesenes Maß an Nothilfe. Allein 2015 brauchen laut UNICEF über 62 Millionen Kinder in Krisengebieten dringend Hilfe.

Bildung und Kinderschutz haben in der Nothilfe in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen – parallel zu den klassischen „lebensrettenden“ Aufgaben wie der Gesundheits- oder Wasserversorgung. Humanitäre Hilfe und langfristige Entwicklungshilfe müssen noch besser ineinandergreifen, damit Gesundheit, Bildung und Schutz von Kindern selbst unter schwierigsten Einsatzbedingungen gewährleistet werden können.

Red.: ReH

Betreuung für den Mediziner- nachwuchs wird gefördert



Foto: © Robert Kneschke – Fotolia.com

auch ein betriebswirtschaftlicher Faktor. Denn Eltern, die ihre Kinder gut aufgehoben wissen, fehlen seltener und können auch stressfreier arbeiten.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend startete am 24. April 2015 die neue Förderphase des bewährten Förderprogramms „Betriebliche Kinderbetreuung“. Es unterstützt Arbeitgeber und Träger, bedarfsgerechte Kinderbetreuungslösungen für unter dreijährige Kinder zu entwickeln, damit spezifische Lücken im aktuellen Betreuungsangebot zu schließen und so die Vereinbarkeit von Familie und Beruf weiter zu stärken.

Mit dem Programm wird die Einrichtung neuer betrieblicher Betreuungsplätze in Kindertagesbetreuungseinrichtungen als Anschubfinanzierung für die ersten beiden Jahre im Rahmen einer Pauschale mit bis zu 400 € pro Platz und Monat gefördert. Alle Unternehmen mit Sitz in Deutschland, aber auch Stiftungen und Körperschaften des privaten Rechts, können am Programm teilnehmen.

Red.: ReH

Familienfreundliche Arbeitsbedingungen sind für Unternehmen ein wichtiger Faktor, um ihre Attraktivität als Arbeitgeber zu erhöhen. Das gilt angesichts des Mangels an Ärzten und Pflegepersonal in Deutschland besonders

für Kliniken und Großpraxen: Bei der Gewinnung von Fachkräften werden Angebote der betrieblichen Kinderbetreuung immer mehr zu einem ausschlaggebenden Kriterium bei der Wahl eines Arbeitgebers. Gleichzeitig sind diese Angebote

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

Den bewährten Partner des BVKJ in allen Versicherungsfragen, die Assekuranz AG, können Sie unter der folgenden Servicenummer erreichen:

(02 21) 6 89 09 21.



Allensbach-Studie: Deutsche Eltern leben konservatives Familienmodell

Eine neue Allensbach-Studie im Auftrag des Bundesfamilienministeriums zeigt, wie Entscheidungsprozesse unter Paaren und zwischen Job und Familie im Detail geregelt werden. Fazit: sie werden geregelt wie eh und je.

Die partnerschaftliche Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist ein neues und zentrales Anliegen von Eltern in Deutschland. Sie erwarten von Politik und Wirtschaft angemessene Rahmenbedingungen, um diese zu realisieren. Doch da diese noch nicht existieren, ist in den meisten Familien alles beim alten Rollenmodell geblieben. Mütter arbeiten in Teilzeit oder gar nicht und Väter in Vollzeit. Dies ist eines der Ergebnisse aus der Studie „Weichenstellungen für die Aufgabenteilung in Familie und Beruf“, die Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig gemeinsam mit Prof. Renate Köcher vom Institut für Demoskopie Allensbach am 7. Juli in Berlin vorgestellt hat.

Bei der Studie ging es darum, wie Paare mit kleinen Kindern die Vereinbarkeit von Familie und Beruf leben und leben wollen. Dazu wurden mehr als 3.000 Mütter und Vä-

ter, die als Paare mit ihren Kindern unter sechs Jahren zusammenleben, repräsentativ befragt.

Die Studie zeigt, dass Entscheidungen zur partnerschaftlichen Aufgabenteilung in Familien von den Bedingungen der Arbeitswelt und den Betreuungsmöglichkeiten beeinflusst werden. Vor der Geburt sind 71 Prozent der Paare in Vollzeit erwerbstätig, nach Geburt und Elternzeit nur noch 15 Prozent, mehr als die Hälfte wechselt in ein Modell mit Vollzeit des Vaters und Teilzeit der Mutter. Viele Frauen bleiben dann in der Teilzeit, Männer in der Vollzeit. Die solcherart gelebten Modelle, auch dies hat die Studie gezeigt, entsprechen nur zum kleinen Teil den Idealvorstellungen der Partner. Wie sich Eltern die Aufgaben nach der Geburt des ersten Kindes aufteilen, entscheidet zudem über die künftigen Berufsperspektiven. Prof. Renate Köcher



Foto: © Imaginis - Fotolia.com

Papa sein nur am Wochenende

vom IfD Allensbach sagte bei der Präsentation der Studie: „Im Zusammenhang mit der Geburt des ersten Kindes treffen Paare Entscheidungen, die vor allem das weitere Leben von Frauen langfristig verändern. Die meisten stecken nicht nur kurzfristig, sondern für viele Jahre, oft für immer, beruflich zurück – mit gravierenden Auswirkungen auf berufliche Chancen und Rentenansprüche.“

Wie teilen Familien Job und Kinder auf?

Die Studienergebnisse in Kürze

- Beide Elternteile arbeiten Vollzeit – nur bei 15 Prozent der Paare nach Geburt des ersten Kindes und Elternzeit. In den meisten Familien arbeiten die Frauen Teilzeit mit unterschiedlichen Stundenzahlen. In 17 Prozent der Familien arbeitet der Vater Vollzeit, und die Mutter ist nicht berufstätig. Die Konstellation Mutter in Vollzeit und Vater in Teilzeit oder gar nicht kommt in der Studie nicht vor.
- Insgesamt übernehmen rund drei Viertel der Väter weniger als die Hälfte der Familienarbeit - Männer schätzen ihren Anteil an der Kinderbetreuung höher ein als ihre Frauen.
- Die Alleinverdiener-Ehe, in der der Mann arbeitet und die Frau viele Jahre ganz zu Hause bleibt, wird immer seltener. Während 2005 noch die Hälfte der Mütter mit unter Sechs-

jährigen gar nicht berufstätig war, waren es 2015 nur noch 41 Prozent. Die Zahl der Vollzeit arbeitenden Mütter ist von 14 auf 17 Prozent gestiegen.

Mütter: wieviel Stunden in Teilzeit?

- In Familien, in denen die Mutter ein Studium abgeschlossen hat, arbeiten nach der Elternzeit beim ersten Kind 37 Prozent Vollzeit/Vollzeit oder Vollzeit/längere Teilzeit. Frauen, die vor ihrem Kind viel Verantwortung im Beruf hatten oder gut verdienten, kehren eher auf Vollzeitstellen oder in eine längere Teilzeit zurück als andere.
- Westdeutsche Mütter nahmen im Durchschnitt 20 Monate Elternzeit nach dem ersten Kind, ostdeutsche 15 Monate. In

Ostdeutschland arbeiten mehr als doppelt so häufig beide Partner voll oder der Vater in Vollzeit und die Mutter in längerer Teilzeit.

- Entscheidend für die Berufstätigkeit der Mutter ist auch die Bereitschaft des Vaters, sie zu unterstützen: In Familien, in denen Väter „die Karrieremöglichkeiten der Mütter bei der Aufteilung besonders wichtig fanden, sind nach der Elternzeit beim ersten Kind 41 Prozent der Paare in Konstellationen mit Vollzeitarbeit des Vaters und längerer Teilzeit oder Vollzeit der Mutter berufstätig.“

Weichenstellung

- Die meisten Paare bleiben bei dem Modell, für das sie sich nach der Geburt des ersten Kindes entschieden haben - auch wenn weitere Kinder kommen und selbst wenn die Kinder groß oder sogar bereits aus dem Haus sind. 75 Prozent der Mütter sagen jedoch, es sei oder es wäre ihnen wichtig oder sogar sehr wichtig, berufstätig zu sein.

Wie treffen Eltern ihre Entscheidung?

- 90 Prozent der Eltern treffen die Entscheidung, wer wie weiter im Job bleibt, bereits vor oder während der Schwangerschaft und sind sich dabei auch einig.
- Der Wunsch der Mutter, beim Kind zu bleiben, beeinflusst maßgeblich die Entscheidung, wer zuhause bleibt oder reduziert arbeitet.
- Rund die Hälfte der Mütter und Väter findet, dass der Elternteil nach der Geburt oder Elternzeit weiter berufstätig sein sollte, der vorher das höhere Einkommen erzielte. In der Realität aber setzen Paare diesen Gedanken nicht um: auch wenn die Mutter vor der Geburt mehr verdient hat, bleibt sie und nicht der Vater anschließend bei dem Kind.

Wie beteiligen sich Väter an der Elternzeit?

- Die meisten Väter gehen mithilfe der Partnermonate beim Elterngeld für höchstens zwei Monate in Elternzeit. Jeder fünfte Vater ist laut der Studie nicht in Elternzeit gegangen. Viele Männer gaben an, sie seien abgeschreckt worden von drohenden Einkommensverlusten, beruflichen Nachteilen oder organisatorische Probleme im Betrieb.

Was wünschen sich Eltern?

- Fast die Hälfte der Eltern wünscht sich, dass Vater und Mutter annähernd gleich viele Stunden im Job sind: am liebsten in Teilzeit - das praktizieren aber nur 35 Prozent der Paare.
- Ein Drittel der Paare mit kleinen Kindern möchte, dass der Vater für eine längere Zeit seine Arbeitsstunden reduzieren kann. Tatsächlich reduzieren aber nach dem ersten Kind nur vier Prozent der Familienväter ihre Wochenarbeitszeit.

Woran scheitert die Aufteilung?

- 47 Prozent der Eltern gaben als Grund dafür an, dass sie es sich finanziell nicht leisten konnten. 45 Prozent sagten, der Arbeitgeber habe ihnen Steine in den Weg gelegt. Fehlende Betreuungsmöglichkeiten waren dank des Ausbaus der Betreuungseinrichtungen während der letzten Jahre nur selten ein Grund

Was denken Mütter und Väter über Kitas?

- 65 Prozent der Eltern meinen, dass Kinder unter drei auch halbtags oder ganztags in einer Kita betreut werden könnten.

Der Bericht zur Studie kann unter www.ifd-allensbach.de abgerufen werden.

Red.: ReH

„Man muss nur wollen!“

Unsere moderne Arbeitswelt hat es trotz Internet und Home-Office immer noch nicht geschafft, die Wünsche junger Eltern hinsichtlich ihrer Vorstellungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erfüllen. Nach wie vor stecken die Frauen zurück, wenn es um Beruf und berufliches Fortkommen geht. Nach wie vor sind es die Männer, die Karriere machen und die Hauptverdiener sind. Beispielsweise stellen in den Hochschulen Frauen zwar einen etwa gleich großen Anteil an Studierenden und einen sogar etwas größeren Anteil

an Hochschulabsolventen, wenn es aber an die Promotion oder gar an die Habilitation geht, sackt der Frauenanteil abrupt ab. Nur etwa ein Viertel der Professorenstellen in Deutschland sind durch Frauen besetzt, auch wenn sich dieser Anteil in den letzten 13 Jahren quasi verdoppelt hat. Ähnliche Entwicklungen finden wir in allen Berufsgruppen.

Was ist die Ursache? Die Studie gibt hierzu Antwort: kommt es nach dem Kinderkrieg zum Schwur, ist es immer noch der meist bessere Verdienst der Männer (bei gleicher Arbeit!), der ausschlaggebend

für die familiäre Arbeitsteilung ist. Aber selbst wenn die Mütter vorher besser verdient haben, sind sie trotzdem sehr viel eher bereit, ihre beruflichen Möglichkeiten den Kindern zuliebe zurückzustellen. Dabei wünschen sich die Paare durchaus, dass beide Partner auch als Familie mit Kindern berufstätig bleiben. In der Regel ist dann aber doch der Mann der Allein- oder zumindest Hauptverdiener. Wenn Frauen wieder beruflich aktiv werden, dann meist im Rahmen von Halbtagsstellen, die Entwicklung in ihrem eigentlichen Beruf ist an ihr

vorbei gegangen. Das traditionelle Rollenverständnis hat offenbar immer noch einen starken Einfluss auf die spätere familiäre Arbeitsteilung.

Ein weiterer Grund scheint aber auch zu sein, dass Frauen – wie es viele von ihnen beschreiben – seitens der Arbeitgeber Steine in den Weg gelegt werden, wenn sie die Arbeitsbedingungen in ihrem erlernten Beruf gerne den familiären Erfordernissen anpassen wollen. Wird dieser Wunsch abgelehnt, fällt die Entscheidung dann in der Regel für die Familie und gegen den Beruf bzw. für eine berufliche

(Halbtags-)Tätigkeit, die der erworbenen Qualität nicht entspricht. Das traurige Fazit ist, dass es sich unsere Gesellschaft leistet, das gigantische Potenzial der beruflichen Qualifikationen von jungen Frauen durch völlige Phantasielosigkeit in einer familienfreundlichen Anpassung der Arbeitsstrukturierung zu verschleudern. Warum gibt es nicht viel mehr Home-Office-Arbeitsplätze, die die Mütter bzw. die zu Hause bleibenden Partner zeitlich individuell gestalten können, warum gibt es nur so wenig Betriebskindergärten, warum gibt es nicht

grundsätzlich Arbeitsmodelle, nach denen Mütter (oder Väter) nach einer beruflichen Auszeit wieder in den Beruf und die ursprüngliche Position zurückkehren können? In Schweden, Norwegen und Holland finden sich bereits gute Modelle zur Nachahmung. Man muss nur wollen!

Dr. Ulrich Fegeler
Bundespressesprecher BVKJ
13595 Berlin
E-Mail: ul.fe@t-online.de

Red.: ReH

„Na endlich!“

Gesundheitserziehung in der Grundschule als effektiv erkannt

Prävention in der Grundschule wirkt. Das berichten Wissenschaftler des Kieler Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung, nachdem sie das Grundschulprogramm Klasse 2000 gründlich untersucht haben. Klasse 2000 ist das in Deutschland am weitesten verbreitete Programm zur Prävention und Gesundheitsförderung in der Grundschule. Im Schuljahr 2014/15 beteiligen sich rund 430.000 Kinder aus mehr als 18.900 Klassen daran, das entspricht rund 14 Prozent aller Grundschulklassen in Deutschland. Die Wissenschaftler untersuchten die Wirkung auf die teilnehmenden Schüler drei Jahre nach dem Besuch der vierten Klasse. Dabei fanden sie heraus, dass die vierjährige Begleitung während der Grundschulzeit auch noch Jahre später sehr positive Auswirkungen hat, insbesondere beim Nichtrauchen. Am Ende der siebten Klassenstufe rauchten die teilnehmenden Schüler deutlich seltener als diejenigen, die nicht am Programm teilgenommen hatten. Marlene Mortler (CSU), Drogenbeauftragte der Bundesregierung und Schirmherrin des Programms will daher das Programm bundesweit

noch mehr ausbauen, um einen gesunden und suchtfreien Lebensstil frühzeitig zu fördern. Bisher finanzieren der Bund und insbesondere der Lions Club das Präventionsprogramm.

Wir Kinder- und Jugendärzte reiben uns angesichts solcher Nachrichten die Augen: War da nicht mal was...? Wer über ein gutes Langzeitgedächtnis verfügt, erkennt: Mit der Studie wird ganz altes Wissen wiederbelebt. In den 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts gab es große Anstrengungen, die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern zu verbessern, selbst auf Europäischer Ebene: OPUS, Robert Bosch Stiftung, Bertelsmann Stiftung hießen die Player.

Alle bewegten sich um das Thema gesundheitsfördernde Schule. Alle Konzepte hatten Gemeinsamkeiten: Gesundheitsfördernde und präventive Ansätze, einen riesigen Arbeitsaufwand bei fehlenden politischen Unterstützungen, keine Nachhaltigkeit, weil die Konzepte nicht wirklich in den Schulalltag integriert wurden. Der BVKJ forderte damals „Betriebsärzte“ für Schulen. Kinder- und Jugendärzte sollten neben der Arbeit im öffentlichen Gesundheitswesen oder eben neben der Praxistätigkeit eine oder mehrere der 55000 Schulen in Deutsch-

land betreuen: gesundheitsfördernde Maßnahmen planen, weitere Akteure einladen, auf gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen in der Schule achten (z. B. Lärmschutz, architektonische Gestaltung), Lehrer beraten bei organisch oder psychisch kranken Schülerinnen und Schülern, Konzepte zur Prävention von Substanzmittelgebrauch und letztlich auch Sprechstunden für Schülerinnen und Schüler entwickeln.

Die Bemühungen um Finanzierung dieses für Schülerinnen und Schüler und für unsere Gesellschaft dringende Vorhaben wurde uns Ärzten verweigert, die Politik wählte den Weg der Gesundheitsförderung durch Lehrerinnen und Lehrer. Diese waren letztlich bei gut 30 Prozent chronisch kranker Jugendlicher überfordert, die Konzepte scheiterten. Nun also auf ein Neues. Dem aktuellen Versuch, Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen zu implementieren, ist nur das Beste zu wünschen.

Dr. med. Uwe Büsching
33611 Bielefeld
ubbbs@gmx.de
Der Autor ist Sprecher des BVKJ-
Ausschuss Jugendmedizin

Red.: ReH



Dr. Uwe Büsching

Selbsthilfe für Mütter und Väter

Online-Netzwerk für Eltern mit stotterndem Kind

Zirka fünf Prozent aller Kinder stottern, wenn auch manchmal nur über einen kurzen Zeitraum hinweg. Etwa 75 Prozent der betroffenen Kinder überwinden ihr Stottern wieder, jedoch lässt der bisherige Stand der Forschung noch keine genaue Vorhersage darüber zu, welches Kind eine Remission erfahren wird und bei welchem sich ein überdauerndes Stottern entwickelt. Auch deshalb sind Eltern stotternder Kinder meist stark verunsichert, sorgen sich und haben viele Fragen.

Der Erfahrungsaustausch mit anderen betroffenen Familien kann Müttern und Vätern helfen, ihre Sorgen besser zu bewältigen. Als moderne Ergänzung der klassischen Selbsthilfe hat die Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e. V. (BVSS) deshalb das erste und einzige Netzwerk für Eltern mit stotterndem Kind initiiert. Über die Onlineplattform www.elttern.bvss.de können betroffene

Familien miteinander in Kontakt kommen und einander den Rücken stärken.

Für den Einsatz in der Kinder- und Jugendarztpraxis bietet die BVSS ein Merkkärtchen zum Netzwerk an. Die praktische Klappvisitenkarte zum Auslegen und Weitergeben ist kostenfrei erhältlich über die Geschäftsstelle: Telefon 0221 - 139 1106, info@bvss.de

Red.: ReH



IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

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

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

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

Die abgedruckten Aufsätze geben nicht unbedingt die Meinung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. wieder. – Die Herstellerinformationen innerhalb der Rubrik „Nachrichten der Industrie“ sowie die Rubrik „Seltene Erkrankungen“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“ (V.i.S.d.P. Christiane Kermel, Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck).

Druckauflage 12.967

lt. IVW II/2015

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



Redaktionsausschuss: Prof. Dr. Florian Heinen, München, Prof. Dr. Peter H. Höger, Hamburg, Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden, Prof. Dr. Stefan Zielen, Frankfurt, Dr. Christoph Kupferschmid, Ulm, Regine Hauch, Düsseldorf, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, Christel Schierbaum, Köln, und zwei weitere Beisitzer.

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

Anzeigenpreislste: Nr. 48 vom 1. Oktober 2014

Bezugspreis: Einzelheft 10,50 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 105,- zzgl. Versandkosten (€ 7,80 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

Für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. ist der Bezug im Mitgliedsbeitrag enthalten.

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

© 2015. 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.

Das Leser-Forum



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



Die sozialpädiatrische Stufenversorgung bei Entwicklungsstörungen in Deutschland von Prof. Dr. Ronald Schmid, KiJuA (2015), Heft 3, S. 80 ff.



Antwort der IVAN Arbeitsgruppe auf den Leserbrief von Dr. med. Burkhard Hebing, Paderborn, KiJuA (2015), Heft 5, S.236

Im Leserbrief vom Mai zum IVAN-Stufenkonzept zur sozialpädiatrischen Versorgung von Kindern mit Entwicklungsstörungen wurde in der aktuellen Versorgungslage die Alltagstauglichkeit für einen niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt in Frage gestellt. Mehrere Mitglieder der IVAN sind langjährige niedergelassene Kinder- und Jugendärzte. Ihnen ist es im Konsens mit den anderen Mitgliedern der Arbeitsgruppe ein Anliegen zu antworten.

Die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte unter uns haben sich zu Beginn ihrer Tätigkeit häufig den Forderungen nach Verordnung von Heilmitteln oder Frühförderung aus dem Umfeld der Kinder ausgesetzt gesehen. Es war rasch klar, dass es nicht ausreichen

würde, Kompetenz auf diesem Gebiet gegenüber den verschiedenen Gruppen zu beanspruchen, wenn nicht in der Praxis eine aussagekräftige Basisdiagnostik zur Verfügung steht. Der Schritt von der eminentbasierten zur evidenzbasierten Aussage hat sich sehr bewährt. Erzieher oder Eltern sind bei einer aus ihrer Sicht beobachteten Entwicklungsauffälligkeit in Sorge. Diese Sorge lässt sich nur durch eine der Situation angemessene, in unklaren Fällen auch mehrstufige Diagnostik durch einen Kinder- und Jugendarzt und gegebenenfalls durch die nächsthöhere Versorgungsstufe widerlegen. Früher als bisher sollte der ÖGD oder eine spezialisierte Institution mit Entwicklungsdiagnostik beauftragt werden. Hier sollten die niedergelassenen Kinder- und Jugend-

ärzte eine gute Zusammenarbeit pflegen.

Basisdiagnostik vielfach bereits umgesetzt

Aus unserer Erfahrung ist es neben einem kompetenten Screening auf Entwicklungsstörungen in den Vorsorgeuntersuchungen entscheidend, dass die Beobachtungen und Sorgen des Umfelds ernst genommen werden und – sofern sie nicht von vornherein entkräftet werden können – bei den Kinder- und Jugendärzten eine verantwortungsvolle Basisdiagnostik auslösen. Im Sinne der WHO (ICD 10) sind entwicklungsdiagnostische Ergebnisse Diagnosen zuzuordnen. Hierdurch erfolgt aber nur eine erste Zuordnung für ein Entwicklungsrisiko; die Klärung der Ätiologie und damit eine tiefere diagnostische Zuordnung hat einen hohen Stellenwert im IVAN-Papier.

Welche Basisdiagnostik für die kinder- und jugendärztliche Praxis aussagekräftig und ökonomisch durchführbar ist, konnte im Konsens durch das IVAN-Konzept dargestellt werden. Eine Umfrage der DGAAP im Jahr 2012 hat erbracht, dass derzeit ca. 40 – 60 % der Kinder- und Jugendärzte diese Schritte schon zumindest teilweise umgesetzt haben. Es lohnt sich sicher auch für die anderen Kinder- und Jugendärzte, sich mit dieser Thematik aus oben genannten Gründen auseinanderzusetzen.

Unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes und Risikos für die Entwicklung (PR < 10 oder PR 10- unter 16) schlägt das IVAN-Konzept verschiedene Maßnahmen vor. Dem Glauben an die Allwirksamkeit der Ergotherapie begegnen auch wir häufig in unserer Praxis, allerdings

halten wir Maßnahmen, die das soziale Umfeld des Kindes beeinflussen sollen, häufig für weit mehr indiziert. Häusliche Förderung, Elternberatungsstellen, das FamilienErgo-Konzept von Dr. Dernick oder heilpädagogische Förderung sind sehr wohl alltagstauglich, wenn auch nicht in jedem Fall erfolgreich. In Bezug auf einen Wunsch nach Heilmittelverordnung seitens der Eltern dürfen wir nur einen anderen Standpunkt vertreten, wenn ausreichende Belege für eine normale Entwicklung vorliegen. Ferner ist es – sicher unstrittig – sinnvoll, die Wirksamkeit dieser Maßnahmen im Verlauf zu überprüfen und entsprechende Konsequenzen zu ziehen.

Dies erfordert natürlich einen zeitlichen Aufwand, der die eigent-

liche Herausforderung einer guten sozialpädiatrischen Versorgung dieser Kinder darstellt, aber unseres Erachtens auch erbracht werden muss. Gleichzeitig ist diese Vorgehensweise eine fachspezifische Abgrenzung durch Kompetenz speziell der Kinder- und Jugendärzte.

Der Leserbrief schließt mit dem Wunsch, „die Inhalte und die Grundausrichtung des Papiers an der „Basis“ (also den Personen und Institutionen, die mit der Betreuung von Kindern betraut sind) zu vermitteln“. Das wäre sicher der Wunsch aller Mitglieder von IVAN. Hierfür sehen wir aber niemanden sonst geeigneter als die KJÄ vor Ort, die in Kooperation mit allen Beteiligten Ihre Kompetenz beweisen müssen. Durch das neue Curri-

culum „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie“, das als Voraussetzung zur kassenärztlichen Abrechnung der Ziffer 04356 eingeführt wurde, bietet sich die hervorragende Möglichkeit, bestehendes sozialpädiatrisches Wissen in der KJA-Praxis zu vertiefen und die Grundlagen für die vorgeschlagene Stufendiagnostik zu erarbeiten.

IVAN Arbeitsgruppe: Dr. med. Folkert Fehr, Dr. Hedwig Freitag, Dr. med. Helmut Hollmann, Susanne Kleuker, Dr. med. Norbert Knieß, Manfred Mickley, Dr. med. Andreas Oberle, Prof. Dr. Ronald G. Schmid (Koordinator), Armin Wegener

Red.: Kup

Keine eigenen Grenzwerte mehr

EuGH-Urteil: Deutschland muss Schadstoffwerte für Spielzeug anpassen

Arsen, Antimon und Quecksilber – Schwermetalle in Spielzeug können Kinder krank machen. Seit Jahren streitet die Bundesregierung mit der EU-Kommission, wer die Grenzwerte festlegen darf. Nun ist klar: Deutschland muss sich an die europäischen Regeln halten.

Für Spielzeug gelten nun auch in Deutschland die europäischen Schadstoff-Grenzwerte. Das hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) in Luxemburg entschieden (Rechtssache C-360/14 P). Konkret ging es bei der Entscheidung um Antimon, Arsen und Quecksilber, die Krebs erregen bzw. das Nervensystem schädigen können. Die Schwermetalle kommen in Lacken von Holzspielzeug, in Spielsachen aus Polyester oder auch in Batterien von Kinderspielzeug vor.

Mit dem aktuellen Urteil geht ein jahrelanger Streit um Grenzwerte belastender Stoffe in Spielzeug zu Ende.

Bereits 2009 hatte die EU eine neue Spielzeugrichtlinie

erlassen, in der sie für bestimmte chemische Stoffe in Spielzeug neue Grenzwerte festgelegt hat. Deutsch-

land war der Auffassung, dass seine, dem früheren Standard der EU entsprechenden Grenzwerte für Blei, Barium, Antimon, Arsen und Quecksilber einen besseren Schutz böten. Es wollte daher diese beibehalten. Die Brüsseler EU-Kommission lehnte dies ab. Deutschland zog vor das EU-Gericht und scheiterte 2014 in erster Instanz.

Der übergeordnete Europäische Gerichtshof hat nun entschieden, dass dieses Urteil rechtens war. Deutschland habe nicht nachgewiesen, dass die eigenen Regelungen besseren Schutz böten.



Foto: © fotokalle - Fotolia.com

Arsen, Blei und Co.: So vermeidet man sie in Praxisspielzeug

Schadstoffe wie Blei, Quecksilber oder Arsen gefährden die Gesundheit. Worauf sollte man beim Kauf vom Spielzeug für die Praxis achten?

„Absolute Sicherheit zu bekommen ist schwierig“, sagt Ingetraud Palm-Walter, Vorstand im Verein Spiel Gut, gegenüber unserer Zeitschrift. Als grobe Richtlinie empfiehlt sie Kinder- und Jugendärzten und natürlich auch Eltern, auf den Sitz des Herstellers zu achten. Erfahrungsgemäß sei beispielsweise „Modespielzeug“

aus Asien höher belastet. Bei europäischen Herstellern sei die Chance höher, dass alle erforderlichen Grenzwerte eingehalten werden. Leider fehle bisher ein einheitliches Siegel, an dem man sich orientieren könne. Ein Riechtest helfe, wenigstens die ganz schwer belasteten Spielzeuge auszusortieren.

Ist Öko-Spielzeug sicherer?

Oft bezieht sich die Angabe „Öko“ darauf, ob nachwachsende Rohstoffe wie Holz verwendet wurden. Ob das Holz

dann mit schädlichem Lack bestrichen wurde, kann nicht ausgeschlossen werden.

Nicht nur Spielzeug ist belastet

Kinder kommen in Wartezimmern und zu Hause nicht nur mit Spielzeug in Berührung, sondern auch mit Bodenbelägen, Teppichen, und Möbeln.“ Wer Kinder vor Giftstoffen schützen will, muss auch bei diesen Dingen darauf achten, dass sie keine Schadstoffe enthalten,“ so Palm-Walter.

ReH

WEGE ZUR INKLUSION

FRÜHDIAGNOSTIK, FRÜHTHERAPIE, KINDLICHE SOZIALISATION

HERAUSGEGEBEN VON VOLKER MALL, FRIEDRICH VOIGT, NIKOLAI H. JUNG

Kinder sind auf Erwachsene angewiesen, um mit Liebe und Verständnis ihren Weg ins Leben zu finden. Trotz unterschiedlicher Ausgangssituationen soll jedes Kind zu einer selbständigen Persönlichkeit herangebildet werden und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Diesem Ziel haben sich Herausgeber und Autoren dieses Buches verschrieben. So früh wie möglich müssen Entwicklungsprobleme erkannt werden und Anlass zu gezielter Förderung sein – eine Forderung, die Professor Theodor Hellbrügge schon vor über 50 Jahren publizierte und die seitdem nicht an Aktualität verloren hat.

Themenschwerpunkte dieses Bandes sind die Inhalte von zwei internationalen und interdisziplinären Symposien:

FRÜHDIAGNOSTIK UND FRÜHTHERAPIE AUF DEM PRÜFSTAND

anlässlich der Besetzung des Stiftungsstuhls für Sozialpädiatrie
an der TU München 2012

KINDLICHE SOZIALISATION, SOZIALE INTEGRATION UND INKLUSION

anlässlich der Verleihung des Arnold-Lucius-Gesell-Preises 2013
an Prof. Dr. Samuel L. Odom, USA.

WEGE ZUR INKLUSION ist der erste Band der neuen Reihe
„Aktuelle Fragen der Sozialpädiatrie“ und wurde mit freundlicher
Unterstützung der Theodor-Hellbrügge-Stiftung realisiert.

Preis 19,90 €, Hardcover, 17,4 x 24,5 cm, 256 Seiten,
zahlreiche s/w-Tabellen und Grafiken, Beiträge dt. /teilw. engl.,
ISBN: 978-3-7950-1921-1



BENEFIZ- KONZERT



Im Rahmen der
111. Jahrestagung der DGKJ

Orchester der Deutschen Kinderärzte

Ludwig v. Beethoven Symphonie Nr. 3 Es-Dur op.55 (Eroica)

Bedřich Smetana Sinfonische Dichtung „Mein Vaterland“
Aus Böhmens Hain und Flur, Sarka, Die Moldau

Dirigent: Manfred Fabricius

04.09.2015

19:30 Uhr

Philharmonie

München Gasteig

Karten

20 / 30 € an allen VVK-Stellen „DGKJ Kongress, Ticket München“
zugunsten des Vereins für Chronisch Kranke Kinder www.kinderaerztorchester.de



Wenn der Schulbesuch nicht gelingt ... (Teil 1)

Ein ausreichendes Quantum schulischer Bildung kann als sehr bedeutsame Voraussetzung für ein integriertes Leben in der heutigen Gesellschaft angesehen werden. Die regelmäßige Teilnahme am Unterricht ist dazu unerlässlich. Entsprechend hat der Staat durch Gesetze zur Schulpflicht auf Länderebene alle Kinder und Jugendliche für eine Dekade verpflichtet eine staatliche oder staatlich anerkannte Schule zu besuchen. Dass es angesichts dieser umfassenden und langandauernden Auflage Ausnahmen von der Regel gibt, liegt auf der Hand. Krankheiten oder wichtige Ereignisse entbinden temporär vom Gebot des werktäglichen Schulbesuchs. Allerdings zeigt etwa der Hälfte der Schülerschaft der Sekundarstufe 1 eine grundsätzliche Bereitschaft zu Schulpflichtverletzungen; die weitaus meisten Schüler gehen jedoch verantwortlich damit um und fehlen allenfalls selten oder gelegentlich ohne gültige Entschuldigung. Schüler, die ungeachtet der Schulpflicht nur unregelmäßig oder gar nicht mehr den Unterricht der Schule besuchen, geraten oftmals in einen negativen Entwicklungskreislauf mit gravierenden Folgen. Schulische Desintegration bleibt insofern kein ausschließlich schulisches Problem, da ihr mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit die berufliche und soziale Randständigkeit folgt. Die Kategorie Schulabsentismus ist in diesem Kontext charakterisiert durch die physische Abwesenheit des Schülers aus dem Wirkungsbereich der Schule und beschreibt verschiedene Formen und Verursachungen von Schulversäumnissen.



Prof. Dr.
Heinrich Ricking

Einführung

Schulabsentismus ist ein vielschichtiges Phänomen abweichender Verhaltensmuster von Kindern und Jugendlichen und umfasst als Oberbegriff alle Formen und Intensitäten illegitimer Schulversäumnisse (15). Der Schule fernbleibende Schüler kommen aus allen sozialen Schichten und finden sich an allen Schulformen. In Untersuchungen konnte allerdings wiederholt festgestellt werden, dass sich die Häufigkeit von Schulabsentismus und Dropout in sozial benachteiligten Milieus verdichtet (24). Begleitende Faktoren wie Armut, Arbeitslosigkeit, Wohnen in einem problembelasteten Stadtteil und Bildungsferne werden sichtbar. Häufig schränken zudem deutliche Belastungen der Eltern (zum Beispiel chronische Krankheiten, Alkoholismus) die Erziehungskompetenz ein. Schulabsentismus kann daher auch als Indiz für soziale Problemlagen gewertet werden, welche in den Familien oftmals eine angemessene Aufsicht und (schulische) Unterstützung des Kindes erschweren (8). Auf der anderen Seite sind jedoch auch häufige Fehlzeiten im Zusammenhang von Wohlstandsvernachlässigung zu verzeichnen, bei der ein Mangel nicht in finanziellen und materiellen Gütern besteht, sondern hinsichtlich der elterlichen Aufmerksamkeit und Zuwendung zu ihren Kindern. Ein solches Muster der emotionalen Unterversorgung ist charakteristisch für unsere stressreiche Leistungsgesellschaft. Schulabsentismus lässt sich in den größeren Bereich

schulablehnender (schulaversiver) Verhaltensmuster einordnen, bei denen häufig als Vorläufer die körperliche Anwesenheit noch gegeben ist, die Schüler jedoch den schulischen Prozessen und Anforderungen ablehnend gegenüberstehen. Ihre Ablehnung bringen sie auf der Verhaltensebene vor allem durch Verweigerungs- und Störverhalten zum Ausdruck (23). Im Englischen existiert dafür der Begriff des *hidden dropout*, der Schüler bezeichnet, die zwar noch regelmäßig die Schule besuchen, jedoch ohne Interesse und Engagement die Unterrichtszeit absitzen und innerlich abgeschaltet haben (analog „innere Kündigung“). Diese Schüler sind extrem gefährdet, sich zu Schulschwänzern und später zu Dropouts zu entwickeln. Das Ende einer von Versagen und hohen Fehlzeiten bestimmten Schulkarriere liefert ein beklagenswertes Bild: Der Schulabschluss wurde nicht erreicht, eine Mindestqualifikation für den Arbeitsmarkt liegt nicht vor und die Perspektiven sind entsprechend ungünstig (19). Zusätzlich reihen sich die betroffenen Heranwachsenden in die Risikogruppe für soziale Probleme wie Arbeitslosigkeit, Drogenkonsum, Delinquenz, psychische und gesundheitliche Erkrankungen sowie Armut ein. Andauerndes Schulschwänzen zieht somit erhebliche Langzeitfolgen nach sich.

Schulpflicht und Schulzwang

Die Schulpflicht bildet die rechtliche Voraussetzung dafür, dass Schulversäumnisse ein Problem darstellen.



Foto: © Karola Warsinsky - Fotolia.com

Erstmals legte die Weimarer Verfassung 1919 die allgemeine Schulpflicht für ganz Deutschland fest. Aufgrund der Kulturhoheit der Bundesländer in Deutschland ist sie heute in den einzelnen Landesschulgesetzen geregelt. Unter Schulpflicht ist die Verpflichtung der Kinder und Jugendlichen zu verstehen, ab dem sechsten Lebensjahr zehn Jahre lang eine staatliche oder staatlich anerkannte Schule zu besuchen (in der Regel neun Jahre allgemeine Schulpflicht sowie ein Jahr Berufsschulpflicht oder bis zur Beendigung der Berufsausbildung). Darunter fallen auch Lehrer- und Elternpflichten, zum Beispiel, den Schulbesuch des Kindes zu überwachen und es zum Schulbesuch anzuhalten. Der mit der Schulpflicht einhergehende deutliche Eingriff in die freiheitlichen Grundrechte der jungen Staatsbürger wird mit Blick auf das Bildungsziel während in Kauf genommen. In der Schulpflicht kristallisiert sich der Konflikt zwischen Erziehungsberechtigten und dem Staat bezüglich der Erziehung und Bildung der Heranwachsenden heraus. Hierzulande ist es Eltern grundsätzlich nicht möglich, ihre Kinder dem Zugriff der staatlichen Institution Schule zu entziehen. In anderen westlichen Ländern herrscht dagegen zumeist eine Bildungs- oder Unterrichtspflicht, die auch außerhalb der Schule erfüllt werden kann. Eltern, die dennoch in Deutschland den Versuch unternahmen – aus welchen Gründen auch immer – ihr Kind von der Schulpflicht zu befreien, es selbst oder im privaten Umfeld zu unterrichten, unterlagen stets dem absoluten Anspruch der Schulpflicht.

In vielen Schulen herrscht nach wie vor eine rechtliche Interpretation und Auffassung von schulischem Absentismus vor, der gemäß einer Schulpflichtverletzung durch gesetzlichen Schulzwang geahndet wird. Bei häufigen Schulversäumnissen werden die formalrechtlichen Handlungsschritte durch die Klassenlehr-

kraft eingeleitet, die die Fehlzeiten im Klassenbuch vermerkt und nach einer bestimmten (zumeist nicht allgemein definierten) Zahl von Fehltagen die Schulleitung informiert. Bleiben Maßnahmen der Schule erfolglos und die unentschuldigten Fehltag häufen sich, wird empfohlen, das Schulamt beziehungsweise Ordnungsamt und nachrichtlich das Jugendamt davon in Kenntnis zu setzen. Liegt durch Fahrlässigkeit oder Vorsatz eine Ordnungswidrigkeit vor, kann den Erziehungsberechtigten als Verantwortlichen, ab 14 Jahre auch dem Schüler, schriftlich eine Geldbuße angedroht werden. Widerlegen die Erziehungsberechtigten und/oder der Schüler nach der Übersendung der Anhörung nicht die Vorwürfe, erfolgt der Erlass des Bußgeldbescheides. Dieses Verfahren ist zeitraubend und endet in manchen Fällen mit Zwangszuführungen des Schülers zum Unterricht und Arreststrafen. Der Sinn und die Effektivität solcher Maßnahmen, die in vergleichbarer Form in allen Bundesländern Anwendung finden, werden oft bezweifelt, da sie die Ursachen des Verhaltens nicht tangieren (22).

Allerdings ist die Schulpflicht gesellschaftlich nicht umstritten und die Allgemeinheit erwartet vom Kind und Jugendlichen, dass es die Schule besucht, sich den Herausforderungen stellt und Mindestanforderungen erfüllt. Auch ist die Wirkung von Einzelunterricht zu Hause durch die Eltern nicht mit der integrierenden sozialen Wirkung des regelmäßigen Schulbesuchs zu vergleichen.

Formgruppen

Bezogen auf Bedingungsfaktoren bzw. Ursachen können drei Formgruppen des Schulabsentismus unterschieden werden: das Schulschwänzen, die angstbedingte Schulmeidung und Versäumnisse mit Elternbilligung (Zurückhalten) (18). Dabei ist das Problem Schulabsentismus nicht einfach zu diagnostizieren. Individuelle Problemkonstellationen setzen sich aus dem Zusammenwirken von Bedingungsfaktoren beim Schüler, der Familie, der Schule und den Peers zusammen und münden schließlich in Schulmeidung. Übergänge in neue sozial-ökologische Kontexte (Transitionen), wie Umzüge oder Schulwechsel, stellen ein besonderes Risiko für gefährdete Schüler dar. Lern- und Verhaltensbeeinträchtigungen sind als weitere Risikofaktoren für Schulabsentismus und Schulabbruch zu nennen.

1. Schulschwänzen

Schulschwänzen bezeichnet ein Verhaltensmuster, bei dem Schüler in Verbindung mit einer ablehnenden Einstellung die Schule als Ganzes, Unterricht oder Lehrer missbilligen und dieses regelmäßig durch Fortbleiben vom Unterricht oder Verspätungen zum Ausdruck bringen. Attraktive Alternativen zur negativ erlebten Unterrichts- und Schulsituation sind die belebten Plätze der Stadt, die Einkaufsmeilen oder der abgelegene Fußballplatz. Daher ist der Begriff des

Schulschwänzens Fehlzeiten vorbehalten, von denen die Erziehungsberechtigten oftmals keine Kenntnis haben, die auf die Initiative des Schülers zurückgehen und bei denen dieser während des Vormittags einer für ihn attraktiveren Beschäftigung, oft außerhalb des elterlichen Hauses, nachgeht (17). Schüler, die die Schule schwänzen, halten es häufig aufgrund der wachsenden Perspektivlosigkeit für sinnlos, dem Unterricht beizuwohnen und fühlen sich, wenn sie in der Schule sind, unwohl (12). Das Sich-Entziehen aus der unwohlbereitenden schulischen Leistungssituation und das Überwechseln in befriedigendere Verhaltensmuster außerhalb der Schule unterstreicht die zugrunde liegende (Doppel-)Motivation. Dabei steht Schulschwänzen eng in Verbindung mit Verhaltensweisen aus dem dissozialen Formenkreis (vor allem jugendliche Delinquenz, aggressive Konfliktregelung und Drogenmissbrauch), was auch im Kontext schulaversiver Cliquen zu beobachten ist (4). Im Bereich der Schule wird insbesondere bei Schülern mit hohen Fehlquoten der Zusammenhang zwischen Schulschwänzen und Leistungsversagen kritisch betrachtet (1). Regelmäßige Misserfolge, die sich in schlechten Leistungsbewertungen oder Klassenwiederholungen ausdrücken, sorgen auf Dauer für mangelnde Lernmotivation, belastete pädagogische Beziehungen und Meidungsverhalten. Die betroffenen Schüler empfinden schulische Anforderungen als frustrierend wie auch überfordernd und entwickeln Verhaltenstendenzen, diesen zu entkommen. Daher stellt das Schulschwänzen auch ein Mittel psychischer Entlastung von Ängsten, Unsicherheit, Hilflosigkeit oder Langeweile dar. Aus der Perspektive des Schülers gesehen entwickelt sich aus dieser Vermeidungsreaktion eine positive Lernerfahrung, die selbstverstärkende Wirkung freisetzt. Trotz der Konsequenzen, die die Schüler zumeist kennen, verfestigt sich das Verhalten häufig (18).

2. Angstbedingte Schulmeidung

Es handelt sich um ein Verhaltensmuster, bei dem das Meidungsverhalten zumeist auf ein intensives Angsterleben zurückgeht, das sowohl schulische als auch außerschulische Bezugfelder betreffen kann. So definiert Preuß (1978, 164): „Als Schulverweigerer sollten diejenigen beschrieben werden, deren Schulabwesenheit den Eltern bekannt ist und deren Verhaltensprobleme sich im emotionalen Bereich so verdichten, dass das Nicht-zur-Schule-gehen-können mit auffälligen psychogenen und/oder psychosomatischen Veränderungen einhergeht.“ (13)

Hieraus wird deutlich, dass intensive Formen des angstbedingten Schulmeidungsverhaltens im Rahmen einer emotionalen Störung behandelt werden. In Forschung und Therapie haben sich vor allem klinische Psychologen, Kinder- und Jugendpsychiater oder Pädiater mit dieser Teilgruppe auseinandergesetzt (15). Grundsätzlich muss dabei eine Differenzierung hinsichtlich der Referenzfelder vorgenommen werden. Schulbezogene Ängste beziehen sich entweder auf so-

ziale oder leistungsthematische Probleme. Bei letztgenanntem Aspekt massiert sich die Angst des Schülers, in Prüfungen zu versagen oder in der Klasse etwas präsentieren zu müssen, in einem Maße, dass diese Situationen gezielt vermieden werden. Daneben können soziale Ängste ähnliche Folgen hervorrufen, wie beispielsweise beim Mobbing/ Bullying (10). Mobbing wird systematisch praktiziert und findet zunehmend auf Plattformen sozialer Netzwerke statt (sogenanntes Cybermobbing). Die Opfer, die über einen längeren Zeitraum Bedrohungen, Bloßstellungen, Schikanen oder Demütigungen ausgesetzt sind, meiden die Schule, um sich zu schützen. Diese Hintergrundproblematiken für Schulangst sind zumindest teilweise in der Schule verortet und sollten nach Möglichkeit dort mit den gebotenen pädagogischen Mitteln bearbeitet werden.

Im Bereich der nicht schulbezogenen Ängste ist traditionell die Trennungsangst zu nennen (20), was weiter zu differenzieren ist: Nur ein Teil der Schüler verweigert den Schulbesuch, um nicht von der Hauptbezugsperson getrennt zu werden. Bei einem quantitativ bedeutsamen Teil geht die Verweigerung auf Anpassungsstörungen, depressive Störungen oder soziale Phobien zurück (5). Knollmann et al. (2009, 446) formulieren nach der diagnostischen Begutachtung von 89 Patienten einer Ambulanz für Schulverweigerer: „(...) die häufige Verwendung der Diagnose einer unspezifischen Emotionalstörung des Kindesalters sprechen für viele diffuse und überlappende Symptombilder, wohingegen die „klassischen“ Diagnosen (z. B. Trennungsangst) eher in den Hintergrund treten.“ (11)

An der Praxis von Entschuldigungen oder Krankenschreibungen der Schüler zeigt sich oft, wie wenig durchschaubar die Verhaltensweisen im Grenzbereich zwischen krankheitsbedingtem Fehlen und illegitimem Versäumnis sein können und wie wichtig es ist, dass Lehrkräfte und Mediziner zusammenarbeiten. Inwieweit wirklich eine Erkrankung vorhanden ist oder aber eine Entschuldigung genutzt wird, um nicht in die Schule gehen zu müssen, ist aus Lehrerperspektive nur schwer zu klären. Bei näherer Betrachtung ist oftmals ein Verhaltensmuster erkennbar, bei dem angesichts einer psychischen Drucklage die Flucht in eine körperliche Krankheit ergriffen wird. Die Schüler geben Anzeichen einer somatoformen Störung an und klagen über Schmerzen und Krankheitssymptome (unter anderem Kopf- und Bauchschmerzen, Übelkeit), für die sich häufig keine organischen Ursachen finden lassen. Nicht selten werden die Betroffenen mit diesen unspezifischen Symptomen beim Haus- oder Kinder- und Jugendarzt vorstellig. Die tatsächlichen, zumeist psycho-sozialen Gründe, die den Schulbesuch erschweren oder verhindern, werden von somatischen maskiert (9).

3. Versäumnisse mit Elternbilligung

Das Zurückhalten von Schülern durch Erziehungsberechtigte kennzeichnet eine weitere Form des

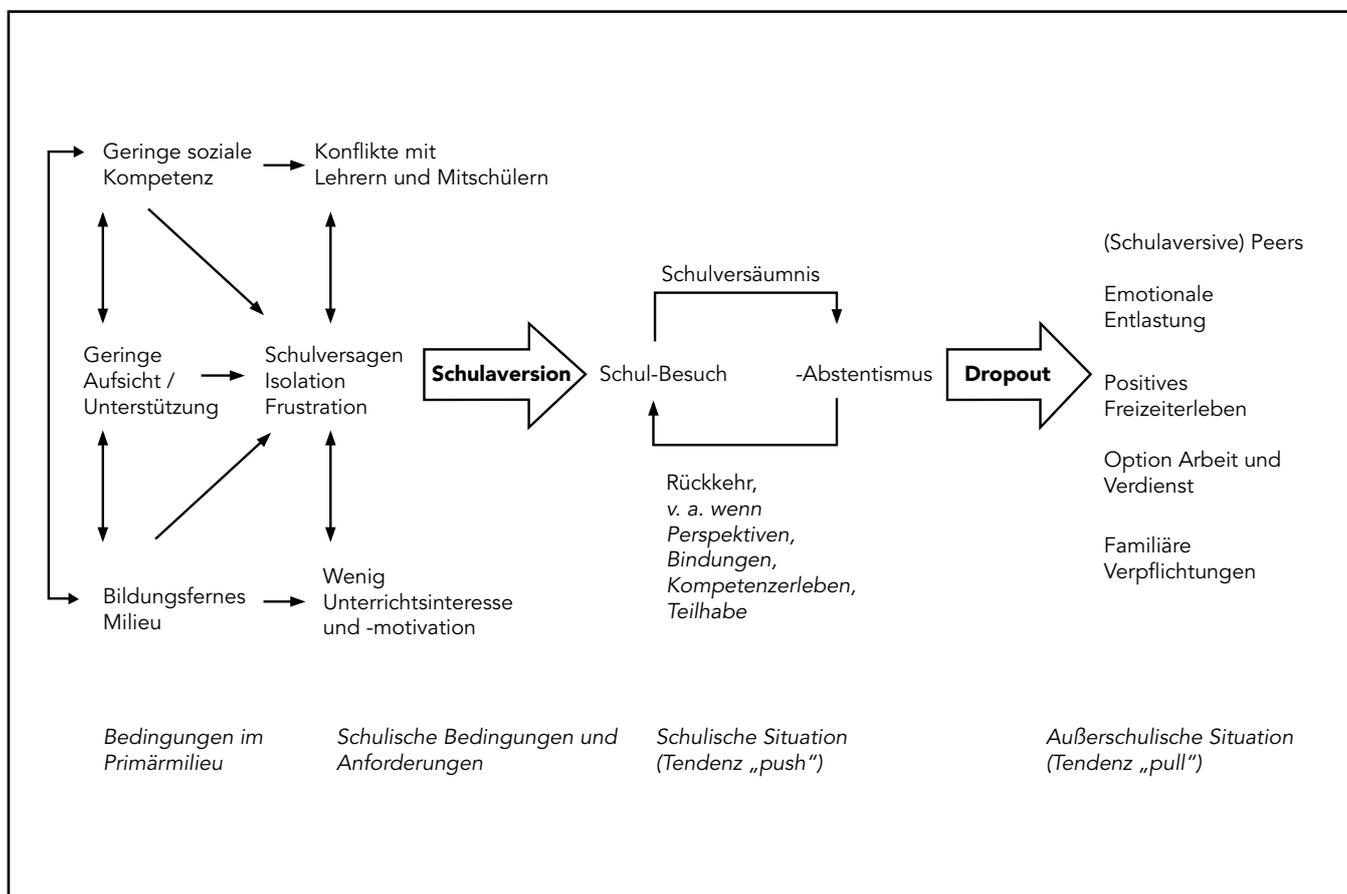
Schulabsentismus, die aus schulischer Sicht besonders schwierig zu handhaben ist, da das Bestreben zum Fernbleiben der Schule nicht vom Schüler, sondern von den Erziehungsberechtigten ausgeht oder zumindest mit deren Einverständnis geschieht. Die Ursachen und Begleitumstände des Zurückhaltens sind auf Seiten der Erziehungsberechtigten vielfältig (18), zum Beispiel:

- Gleichgültigkeit gegenüber Schule und der schulischen Ausbildung des Kindes (oft vor dem Hintergrund eigener negativer Schulerfahrungen).
- Allgemeine schulkritische Haltung (der Schule wird beispielsweise eine krankmachende Wirkung zugeschrieben).
- Kulturell bedingte Kritik oder Ablehnung der Schulpflicht (zum Beispiel für Mädchen mit Migrationshintergrund).
- Religiös bedingte Kritik oder Ablehnung curriculärer Inhalte (zum Beispiel Biologie, Sexualkunde).
- Der Schulbesuch wird nicht gefordert, weil der Schüler bereits substanziiell arbeitet (und gegebenenfalls zum Familieneinkommen beiträgt).
- Eine physische oder psychische Erkrankung eines Elternteils schränkt die Überwachung des Schulbesuchs ein oder bedingt die Mitarbeit des Kindes zuhause (zum Beispiel pflegerische Tätigkeiten) (8).
- Der Schulbesuch wird ausgesetzt, damit sichtbare Anzeichen von Kindesmissbrauch oder Verwahrlosung unerkant bleiben (23).

Nehmen Erziehungsberechtigte eine negative, gleichgültige oder sogar feindselige Haltung gegenüber der Schule oder dem Schulbesuch ein, entstehen oftmals Auseinandersetzungen um die Schulpflicht. So landen immer wieder Streitfälle mit dem Thema Schulpflicht vor Gerichten, weil Eltern – insbesondere, wenn sie die Institution oder bestimmte Unterrichtsinhalte ablehnen – es vorziehen, ihre Kinder selbst zuhause zu unterrichten. In der deutschen Rechtsprechung sind an dieser Stelle keine Spielräume auszumachen und die Urteile erfolgen konsequent im Sinne der Schulpflicht.

Prävalenz und Verteilung

Schulabsentismus ist etwa bei der Hälfte der Schülerschaft der Sekundarstufe 1 (5. – 9. Klasse) Teil des Handlungsrepertoires; die weitaus meisten Schüler gehen jedoch verantwortlich damit um und fehlen allenfalls selten oder gelegentlich ohne gültige Entschuldigung (24). Extremere Formen von regelmäßigem Schulabsentismus weisen etwa 3 – 5 % eines Jahrgangs auf, in dieser Gruppe sind Jungen überrepräsentiert. Die Fehlquoten steigen allgemein nach dem Übergang in die weiterführenden Schulen deutlich an, mit Höchstwerten in den 8. und 9. Jahrgängen (1). Bezogen auf die Geschlechter ist etwa von einer Gleichverteilung auszugehen, zum Teil werden leicht erhöhte Anteile auf Seiten der weiblichen Schüler gemessen (14). Auch wenn an allen Schulformen illegitime Ver-



Entwicklungsmodell Schulabsentismus (Ricking 2009)

säumnisse vorkommen, sind hohe Fehlquoten gehäuft an Schulen mit eher niedrigen akademischen Anforderungen zu erkennen. Im regionalen Vergleich zeigt sich, dass in den neuen Bundesländern weniger Schüler fehlen als in den alten, was mit einer höheren Kontroll- und Reaktionsdichte in den dortigen Schulen begründet wird (1).

Versagen und Absentismus

Schulabsentismus ist kein einförmiges Phänomen mit klarer Kausalität – hinter dem leeren Stuhl im Klassenzimmer lässt sich ein breites Spektrum an Risikofaktoren und unterschiedlichen Entwicklungen finden (22). Es sind vor allem psycho-soziale Dispositionen des Schülers, familiäre Interaktions- und Lebensbedingungen, schulische Rahmungen und Bindungen sowie Wirkungszusammenhänge, die von Gleichaltrigen(gruppen) ausgehen, zu berücksichtigen (18). In größere Untersuchungen von Fehlquoten wird stets das Bild eines starken Anstiegs nach der Primarstufe mit den höchsten Werten im 9. Jahrgang sichtbar (14). Die Fehlzeiten setzen jedoch nur sehr selten plötzlich und massiv ein, vielmehr kann in der Regel ein langsames Wegdriften von Unterricht und Schule mit häufigeren und expandierenden Versäumnissen beobachtet werden. Beim Schulschwänzen entstehen in der ersten Phase (vielfach noch in der Grundschulzeit) durch andauernde negative Erfahrungen, vor allem Leistungsversagen und/oder soziale Abkopplung, eine Abwehrhaltung gegenüber schulischem Handeln und eine schulbezogene negative Gestimmtheit. Ein häufiges Scheitern an schulischen Anforderungen bleibt nicht ohne Folgen: Wird in Leistungssituationen (der Schule) Misserfolg erwartet und dieser als persönlich bedeutsam eingeschätzt, aber keine Option gesehen, ihn abzuwenden, folgen auf Dauer Resignation und Hoffnungslosigkeit. Es entstehen Anzeichen einer erlernten Hilflosigkeit, die sich darin äußert, dass die Person keinen Zusammenhang zwischen eigenem Handeln und den Konsequenzen der Umwelt (d. h. keine Kontingenz) wahrnimmt und so Wirkungslosigkeit erlebt. Hierbei handelt es sich um einen emotionalen, kognitiven und motivationalen Zustand, der auf der wiederholten (kognitiv repräsentierten) Erfahrung von Unkontrollierbarkeit im Lerngeschehen beruht. Im Kontext einer erlernten Hilflosigkeit erfolgt die Kausalattribution für Misserfolg stabil-internal und die Betroffenen werden zunehmend leistungsbeeinträchtigt, passiv, resignativ und hoffnungslos. Die erfahrungsbedingte Negierung eigener Effizienzerwartung untergräbt somit systematisch die motivationale Bereitschaft zu dem in der Schule erwarteten Leistungsverhalten. Gleichzeitig gewinnen außerschulische Reize zunehmend an Bedeutung, insbesondere dann, wenn Mitschüler oder Gruppen Anschluss bieten, die Schulmeidung schon länger praktizieren. Der Teufelskreis, in dem sich der Schüler befindet, ist nur selten mit eigener Kraft zu durchbrechen und das Verhaltensmuster wird sukzessiv automatisiert (18).

Fazit für die Praxis

1. Schulabsentismus ist nicht als situatives Ereignis zu verstehen, sondern Resultat einer Entwicklung, die bereits in der Primarstufe mit ungünstigen Verläufen beginnt, die begleitet werden von Leistungsversagen und sozialen Anpassungsproblemen (6).
2. Mit Blick auf Schüler, die den Unterricht zwar (noch) regelmäßig besuchen, dabei jedoch schon innerlich abgeschaltet haben und die Zeit im Unterricht ohne Interesse oder Engagement absitzen, wird deutlich, dass frühe Maßnahmen gezielter Lernunterstützung sowie zur Stärkung sozialer Bindungen bereits in der Grundschule gefordert sind (7).
3. Die Motive und Problemlagen, die zum Schulabsentismus führen, sind genauso wenig zu vereinheitlichen wie die Verhaltensweisen der Schüler damit umzugehen. So fehlen Schüler im Unterricht, weil sie während des Vormittags einer angenehmeren Aktivität im außerschulischen Bereich nachgehen (Schulschwänzen). Andere Kinder und Jugendliche bleiben den Vormittag Zuhause, da sie beim (anstehenden) Schulbesuch Ängste erleben, die ohne therapeutische Intervention oft nicht zu bewältigen sind. Nicht selten motivieren Erziehungsberechtigte überdies dazu, dem Unterricht fernzubleiben, verhalten sich gleichgültig oder unterstützen – zum Beispiel mit fingierten Entschuldungsschreiben – den Schulabsentismus des Kindes (Zurückhalten). Die unterschiedlichen Bedingungen und Verläufe sind bei präventiven und interventiven Maßnahmen zu berücksichtigen (2). Somit ist eine gründliche Fallklärung vor der Intervention geboten. Die individuellen Gegebenheiten und Bedingungsfaktoren des Verhaltens spielen oft eine entscheidende Rolle für die Bestimmung pädagogischer Maßnahmen (17).
4. Voraussetzung für eine effektive Intervention ist das Erkennen des Problems durch die genaue Erfassung der Versäumnisse. Unerkannter Absentismus wirkt verstärkend und die Dunkelziffer ist hoch. Daher ist die Anwesenheitspflicht mehrmals täglich zu überprüfen; auf Fehlzeiten ist in angemessener Weise umgehend zu reagieren.
5. Bei anhaltenden Schulversäumnissen sind angesichts der massiven Folgen präventive und interventive Maßnahmen mit pädagogischer und therapeutischer Ausrichtung lohnend und notwendig. Darauf nimmt der zweite Teil dieses Beitrages, der in der September-Ausgabe des Kinder- und Jugendarztes erscheint, Bezug.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift

Prof. Dr. Heinrich Ricking

Universität Oldenburg

Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

26111 Oldenburg, Tel.: 0441/798-3799

E-Mail: heinrich.ricking@uni-oldenburg.de

Red.: Huppertz

Leitlinienentwicklung in der Pädiatrie



Dr. Gregor Dückers

Einführung

Täglich werden Ärzte und Patienten mit einer unüberschaubaren Zahl von medizinischen Publikationen konfrontiert. Zur Orientierung des fachlichen Standards können Leitlinien herangezogen werden. Leitlinien (LL) in der Medizin geben zu klinisch wichtigen Fragestellungen oder relevanten Versorgungsthemen Handlungsempfehlungen wieder. Solche Empfehlungen sind dabei Ergebnis eines Konsensprozesses der mit Ermittlung des gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes beginnt. Der ermittelte Erkenntnisstand wird innerhalb der jeweiligen Leitliniengruppe systematisch diskutiert, bewertet und schließlich als mehrheitliche Handlungsempfehlungen verabschiedet. Leitlinien können Ärzten und Patienten als eine Richtschnur oder als ein Handlungskorridor für Ihre jeweilige Entscheidung dienen.

In begründeten Einzelfällen kann bzw. muss von den Handlungsempfehlungen abgewichen werden. Im Gegensatz zum anglo-amerikanischen Raum sind Leitlinien nicht rechtsbindend bzw. verpflichtend. Sie gelten als fachlicher Standard. Zur Entwicklung von qualitativ hochwertigen Leitlinien (LL) sind weltweit gültige Handbücher (World Health Organisation) (1), europäische Empfehlungen (z. B. EULAR, European League against Rheumatism) (2) oder nationale Regelwerke (AWMF = Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (3) publiziert. Die Sicherung der Qualität von Leitlinien in der Medizin wird in Deutschland maßgeblich durch Koordination der AWMF gewährleistet. Dieser Artikel soll einen Überblick über die Entwicklung von Leitlinien geben.

Leitlinien in der Pädiatrie sind auf Grund von fehlenden Zulassungen für zahlreiche Wirkstoffe und wegen zum Teil seltener Erkrankungen von besonderer Bedeutung.

Qualitätskriterien bzw. -graduierung

Leitlinien können unterschiedliche Qualität haben. Eine Arbeit von Shaneyfelt et al. analysierte 279 Leitlinien im Hinblick auf deren Adhärenz zu methodischen Standards (4). Demnach ließen fast 60 % der analysierten Leitlinien Mängel beim Erfüllen methodischer Standards erkennen. Eine Analyse und Zusammenfassung von Evidenz war nur in knapp einem Drittel der betrachteten LL zu finden (4). Qualitativ hochwertige LL mit Relevanz im Alltag können schließlich unmittelbar zum Erhalt und zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität für Patienten und Ärzte beitragen. Einige, leicht zu erfassende Qualitätskriterien werden in den folgenden Abschnitten dargestellt. Der gesamte Prozess einer LL Entwicklung ist in Abbildung 1 veranschaulicht.

Adäquate Fragestellung, Auswahl der Adressaten und Einbindung aller Beteiligten sind Qualitätskriterien von LL

Der weitaus größte Teil der medizinischen Patientenversorgung findet ambulant, d. h. in der Praxis eines niedergelassenen Arztes statt. In der alltäglichen, ambulanten Versorgung erscheinen daher solche LL als besonders relevant, die eine möglichst breite Zielgruppe adressieren und häufige Versorgungsaspekte berücksichtigen. Der erste grundlegende Schritt für die Entwicklung einer LL ist daher eine klar umschriebene, zielorientierte Themenauswahl mit Berücksichtigung klinisch wichtiger Fragestellungen. Im idealen Fall wird eine LL von der großen Mehrheit einer Zielgruppe angenommen und angewendet, was zur Behebung etwaiger Versorgungsdefizite beitragen kann. Qualitätsmerkmal einer LL ist neben den relevanten Fragestellungen vor allem auch die Einbeziehung aller Beteiligten, d. h. Ärzte, Therapeuten, Patienten (Eltern), Selbsthilfegruppen etc... Generell werden in Deutschland alle LL Vorhaben bei der AWMF angemeldet. Da häufige Versorgungsaspekte verschiedene medizinische Fachdisziplinen gleichzeitig betreffen können, kann die AWMF zudem die LL Entwicklung so auch interdisziplinär koordinieren.

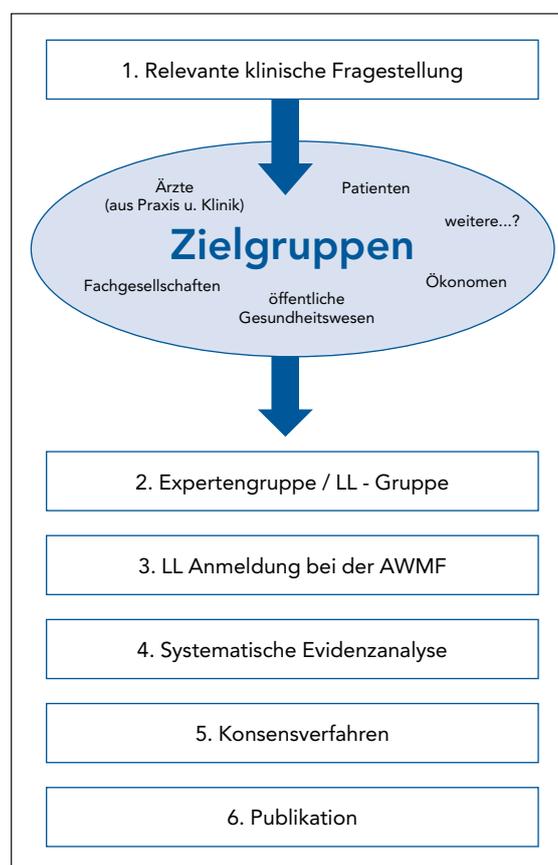


Abb. 1: Ablauf einer LL Entwicklung

Die Art der Methodik zur LL Erstellung ist ein weiteres Qualitätskriterium (transparente Expertenauswahl + systematische Evidenzanalyse + Konsensprozess)

Ein Leitlinienprozess kann unterschiedlichen Methoden folgen und richtet sich danach, welche der sogenannten „S-Klasse“ der AWMF erreicht werden soll (vgl. Tabelle 1). Qualitativ variieren die LL je nach Klasse in ihrer Stärke der Aussagekraft. So können sie lediglich eine einfache Wiedergabe von Expertenmeinung (S1) sein oder LL darstellen, die durch ein repräsentatives Gremium von z. B. Fachgesellschaften oder Interessengemeinschaften, nach systematischer Literaturrecherche, Auswahl und Bewertung von Publikationen sowie formaler Konsensfindung etabliert wurden (S3). Detaillierte Beschreibungen der jeweiligen Prozesse (S1, S2k, S2e und S3) sind auf der Internetseite der AWMF zu finden (www.awmf.org).

Transparente Expertenauswahl: Für die Zusammensetzung der LL Gruppe können Fachgesellschaften, Berufsverbände oder Interessenvertretungen um eine Nominierung von Vertretern gebeten werden (S3) oder es können sich Experten selbständig zusammensetzen (S1 oder S2). Eine breit gefächerte Zusammensetzung der LL-Gruppe gewährleistet, verschiedenste Interessen zu berücksichtigen und eine Bündelung von Einzelansichten zu verhindern. Theoretisch können alle in der medizinischen Versorgung involvierten Personen medizinische LL entwickeln. Damit LL jedoch eine breite Akzeptanz und nicht zuletzt Anwendung finden, sollte die LL-Gruppe möglichst viele thematisch betroffene Personenkreise der Zielgruppe berücksichtigen. Als ein Beispiel hierfür sei auf die Zusammensetzung der LL-Gruppe der Therapieleitlinien der Juvenilen idiopathischen Arthritis verwiesen (www.awmf.org/leitlinien/detail/II/027-020.html) (5).

Evidenzanalyse und Konsensfindung: Ein wesentliches Charakteristikum bei der LL Entwicklung sind persönliche Treffen der LL Gruppe. Existierende LL bedürfen aber ebenso einer kritischen (Re-)Evaluation. Nach abgeschlossener Literatursuche und -auswahl wird diese begutachtet. In diese Begutachtung können unterschiedliche Merkmale Einfluss finden, z. B. Studiendesign, Durchführung und Auswertung der Studie, Studienpopulation, Relevanz der betrachteten Outcome-Parameter. Schließlich werden die so analysierten Publikationen nach ihrem Evidenzgrad klassifiziert und zusammenfassend, z. B. tabellarisch in der LL aufgeführt. Evidenzgrade können auf verschiedene Klassifikationsschemata zurückgeführt werden (vgl. z. B. Tabelle 2).

Im folgenden Schritt gilt es nun für die LL-Gruppe an Hand der identifizierten und evidenz-bewerteten Literatur, Handlungsempfehlungen zu formulieren. Es folgt ein formaler Konsensprozess. Der Konsensprozess ist essentiell innerhalb eines Leitlinienprozesses. So können neben der messbaren Datenlage z. B. auch ganz subjektive Einschätzungen, klinische

S3	Evidenz- und Konsensbasierte LL	Repräsentatives Gremium Systematische Recherche Auswahl und Bewertung von Literatur Strukturierte Konsensfindung
S2e	Evidenzbasierte LL	Systematische Recherche Auswahl und Bewertung von Literatur
S2k	Konsensbasierte LL	Repräsentatives Gremium Strukturierte Konsensfindung
S1	Handlungsempfehlungen von Expertengruppen	Konsensfindung in einem informellen Verfahren

Tab. 1: Stufenklassifikation nach dem AWMF Regelwerk mit methodischem Hintergrund

Grad	Evidenz
Ia	wenigstens ein systematischer Review auf der Basis methodisch hochwertiger kontrollierter, randomisierter Studien (RCTs)
Ib	wenigstens ein ausreichend großer, methodisch hochwertiger RCT
IIa	wenigstens eine hochwertige Studie ohne Randomisierung
IIb	wenigstens eine hochwertige Studie eines anderen Typs quasi-experimenteller Studie
III	Mehr als eine methodisch hochwertige nicht-experimentelle Studie
IV	Meinungen und Überzeugungen von angesehenen Autoritäten (aus klinischer Erfahrung); Expertenkommission; beschreibende Studien

Tab. 2: Graduierung der Evidenz (RCT = randomisierte kontrollierte Studie) (nach www.cochrane.de/evidenz-empfehlung)

Erfahrungen, ökonomische oder ethische Gründe Berücksichtigung finden. Klinische Studien, die in der Literatur publiziert wurden, z. B. doppelblind randomisierte, multizentrische Studien unterliegen stets einem Idealisierungsprozess. Hierbei werden störende Einflussgrößen systematisch ausgeschlossen und beispielsweise die Studiengruppe künstlich homogenisiert. Zwar gelingt es so eine Vergleichbarkeit der jeweiligen Studiengruppen zu erreichen und die Studie überprüfbar, bestenfalls reproduzierbar zu machen, jedoch spiegelt sie keinesfalls die alltägliche Versorgungssituation von unzählig individuellen Patienten mit z. B. Komorbiditäten wieder. Derartige tatsächliche Versorgungsaspekte, persönliche Erfahrungen (Expertenmeinung) können während des Konsensprozess einfließen. Schlussendlich formuliert, diskutiert und verabschiedet die LL-Gruppe im Rahmen eines formalen Konsensprozesses Handlungsempfehlungen für die LL.

Als formale Konsensverfahren gibt es z. B.:

1. nominale Gruppentechnik
2. strukturierte Konsenskonferenz
3. Delphi-Technik

Ein strikt formales Verfahren soll die Effizienz, die Reproduzierbarkeit und die Akzeptanz der Ergebnisse erhöhen.

Bei der Abstimmung kann schließlich noch die Konsensstärke festgestellt werden, d. h. von Zustimmung > 95 % der Teilnehmer = starker Konsens bis Zustimmung < 50 % der Teilnehmer = kein Konsens. Verabschiedete Empfehlungen können schließlich graduiert werden (A = starke Empfehlung, B = Empfehlung; 0 = Empfehlung offen), um nochmals eine subjektive Bewertung unter Berücksichtigung von Interessen (Patient, Arzt), identifizierter Evidenz oder persönlicher Qualifikation zu ermöglichen. Als ein Beispiel für einen durch die AWMF moderierten Konsensprozess sei auf die Therapieleitlinie von Antikörpermangelkrankungen verwiesen (6).

Die Qualität einer LL wird durch transparente Darlegung von Interessenkonflikten erhöht

Im Zusammenhang von Interessen einzelner Vertreter einer LL-Gruppe und deren valider Beantwortung von relevanten Fragestellung, sei die hohe Bedeutung der Erklärung von Interessenkonflikten an Hand von zwei Übersichtsarbeiten gesondert erläutert (7, 8). Die erste Übersichtsarbeit analysierte 17 in „peer-reviewed journals“ publizierten systematischen Reviews und den darin geäußerten Schlussfolgerungen über einen potentiellen Zusammenhang von Konsum zuckerhaltiger Limonaden und Gewichtszunahme bzw. Auftreten von Übergewicht (7). In den Reviews in denen kein Interessenkonflikt bestand ergaben über 83 % der publizierten Schlussfolgerungen, einen positiven Zusammenhang (7). Zeitgleich zeigte sich in systematischen Reviews mit bestehenden Interessenkonflikten zur Nahrungsmittelindustrie ein ebenso hoher Anteil an Schlussfolgerungen die keinen suffizienten wissenschaftlichen Zusammenhang zwischen Limonadenkonsum und Übergewicht erkennen konnten (7). Eine andere systematische Arbeit befasste sich mit Empfehlungen aus 26 systematischen Reviews zum Einsatz von Neuramidase-Hemmer bei Influenza (8). Sieben von acht Reviews, mit bestehenden Interessenkonflikten befürworteten den Einsatz von Neuramidase-Hemmer bei Influenza. In Reviews ohne bestehenden Interessenkonflikten kamen gerade 17 % zu einer solchen positiven Bewertung (8). Die Angabe von Interessenkonflikten erscheint bei medizinischen Studien also außerordentlich wichtig zu sein. Vertreter einer Leitliniengruppe sollen bestehende Interessenskonflikte transparent machen, um Handlungsempfehlungen auch vor diesem Hintergrund kritisch bewertbar zu machen und die Qualität einer LL überprüfbar zu machen.

Entwicklung und Publikation in Zusammenarbeit mit der AWMF

Die beste LL ist ohne einen praktischen Sinn, wenn sie keine Verbreitung oder Anwendung findet. Am Ende einer LL Entwicklung steht daher die Darstellung der verabschiedeten Empfehlungen und deren Publikation. Es sollten Kurz- und Langversionen sowie ein ausführlicher Methodenreport der LL verfasst werden.

Quellen für existierende LL sind: AWMF, Internetseiten (inter-)nationaler Fachgesellschaften/ Interessensgemeinschaften, Guideline International Network (GIN), Medline (PubMed).

Zusammenfassung

Leitlinien dienen Patienten und Ärzten als Entscheidungs- und Handlungskorridore. In LL finden sich hierfür evidenz- und konsensbasierte Handlungsempfehlungen und geben den fachlichen Standard wieder. Beantwortung wichtiger Fragen innerhalb der alltäglichen medizinischen Versorgung und Berücksichtigung einer breiten Zielgruppe, sind Grundlage für eine hohe Akzeptanz und Anwendung. Schließlich werden dies und eine kontinuierliche Aktualisierung von LL als Instrumente dienen, die Versorgungsqualität unserer Patienten langfristig zu verbessern.

Literatur

1. WHO. WHO Handbook for Guideline Development. 2010.
2. van der Heijde D, Aletaha D, Carmona L, Edwards CJ, Kvien TK, Kouloumas M, et al. 2014 Update of the EULAR standardised operating procedures for EULAR-endorsed recommendations. *Annals of the rheumatic diseases*. 2015;74(1):8-13.
3. AWMF. AWMF Regelwerk „Leitlinien“ 1. Auflage 2012. 2012.
4. Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J. Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. *Jama*. 1999;281(20):1900-5.
5. Dueckers G, Guellac N, Arbogast M, Dannecker G, Foeldvari I, Frosch M, et al. Evidence and consensus based GKJR guidelines for the treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis. *Clinical Immunology*. 2012;doi:10.1016/j.clim.2011.10.003.
6. Krudewig J, Baumann U, Bernuth von H, Borte M, Burkhard-Meier U, Dueckers G, et al. [Interdisciplinary AWMF guideline for the treatment of primary antibody deficiencies]. *Klinische Padiatrie*. 2012;224(6):404-15.
7. Bes-Rastrollo M, Schulze MB, Ruiz-Canela M, Martinez-Gonzalez MA. Financial conflicts of interest and reporting bias regarding the association between sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review of systematic reviews. *PLoS medicine*. 2013;10(12):e1001578; discussion e.
8. Dunn AG, Arachi D, Hudgins J, Tsafnat G, Coiera E, Bourgeois FT. Financial conflicts of interest and conclusions about neuraminidase inhibitors for influenza: an analysis of systematic reviews. *Annals of internal medicine*. 2014;161(7):513-8.
9. DGKJ; Leitlinien Kinder- und Jugendmedizin, ISBN 978-3-437-22061-6

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass keine Interessenskonflikte vorliegen.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Gregor Dückers

Prof. Dr. Tim Niehues

Helios Kliniken Krefeld, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Lutherplatz 40, 47805 Krefeld

Tel.: 02151 / 322301

E-Mail: tim.niehues@helios-kliniken.de

Red.: Huppertz

Highlights aus Bad Orb**Infektionen bei krebskranken Kindern**

Infektionen sind eine der wichtigsten Ursachen für Morbidität und Letalität bei Kindern mit Krebserkrankungen. Neben der Granulozytopenie als wichtigstem Einzelrisikofaktor erhöhen auch Einschränkungen anderer Arme des Immunsystems, wie der Haut bzw. Schleimhäute oder des zellulären und humoralen Immunsystems, das Risiko für infektiöse Komplikationen. Die Granulozytopenie stellt selbst keine Behandlungsindikation dar, Fieber bei Granulozytopenie ist jedoch eine Notfallsituation. Da bakterielle Infektionen bei eingeschränkter Abwehrlage binnen Stunden einen unbeeinflussbar tödlichen Verlauf nehmen können, werden alle Kinder mit Fieber bei Granulozytopenie hospitalisiert und rasch einer empirischen und breiten antibakteriellen Behandlung zugeführt ohne mikrobiologische Ergebnisse abzuwarten. Nach Beendigung der Chemotherapie ist bei vielen Kindern eine Revakzinierung notwendig, da bei einem signifikanten Anteil der Patienten ein vorbestehender Impfschutz verlorengeht. Ab etwa drei Monate nach Beendigung der Therapie können Totimpfungen (Grundimmunisierung bzw. Auffrischung), ab etwa sechs Monate nach Therapie Lebendimpfungen verabreicht werden. Allerdings muss gerade für das Thema Revakzinierung nach Chemotherapie die Datenlage verbessert werden, um ein einheitliches und möglichst evidenzbasiertes Vorgehen zu gewährleisten.



Prof. Dr. Thomas
Lehrnbecher

Jede Infektion bei Kindern mit Krebserkrankungen ist potentiell lebensgefährlich. So zeigte sich in einer Analyse bei Kindern mit akuter myeloischer Leukämie (AML), dass knapp 7 % der Kinder während der Chemotherapie durch Infektionen verstarben (1). Umgekehrt waren Infektionen ursächlich für insgesamt 60% der therapieassoziierten Todesfälle. Entsprechend einer derzeit von der eigenen Arbeitsgruppe durchgeführten Analyse scheint es jedoch, dass bei unveränderter Häufigkeit von infektiösen Komplikationen bei Kindern mit AML die infektionsassoziierte Mortalität abnimmt, was auf eine verbesserte Supportivtherapie schließen lässt.

Kinder mit Krebserkrankungen haben durch die derzeitigen Therapiestrategien eine exzellente Prognose. So werden inzwischen knapp 90 % der Kinder mit akuter lymphatischer Leukämie (ALL), der häufigsten Krebserkrankung im Kindesalter, geheilt (2). Während akute Leukämien im Allgemeinen mit einer intensiven Chemotherapie und anschließender Dauertherapie behandelt werden, erhalten Kinder mit soliden Tumoren in aller Regel lediglich eine intensive Chemotherapie, die gegebenenfalls durch eine Lokaltherapie wie z. B. Operation oder Bestrahlung ergänzt wird.

Infektiöse Komplikationen während intensiver Chemotherapie

Eine intensive Chemotherapie beeinträchtigt alle Arme des Immunsystems (Abb. 1). So führt die

Chemotherapie zu einer Verletzung von Haut und Schleimhäuten, zu Veränderungen der endogenen Flora, zur Beeinträchtigung von Komplement, Akute Phase-Proteinen, Immunregulatoren, sowie zur Beeinträchtigung der zellvermittelten und humoralen Immunität (3). Allerdings ist die durch eine Chemotherapie verursachte verminderte Zahl zirkulierender Granulozyten (Granulozytopenie) der wichtigste Einzelrisikofaktor für infektiöse Komplikationen. So zeigten bereits frühe Studien, dass Dauer und Ausmaß der Granulozytopenie entscheidend für das Infektionsrisiko ist (4). Das Risiko einer Infektion steigt bei einer schweren Granulozytopenie (definiert durch Granulozytenwerte unter 500/ μ l) rasch an, wobei die Patienten durch grampositive und gramnegative Bakterien wie auch bei anhaltender Granulozytopenie durch invasive Pilzinfektionen bedroht sind. Während Patienten mit einer Granulozytopenie nicht behandlungsbedürftig sind, ist

Fieber bei granulozytopenen Patienten ist ein Surrogatmarker für eine Infektion und stellt eine Notfallsituation dar.

Problematisch ist die Tatsache, dass bei immunsupprimierten Patienten gerade in der Frühphase einer Infektion spezifische klinische und laborklinische Zeichen einer Entzündung fehlen können, die Infektion durch die fehlenden körpereigenen Abwehrmechanismen jedoch einen raschen und möglicherweise

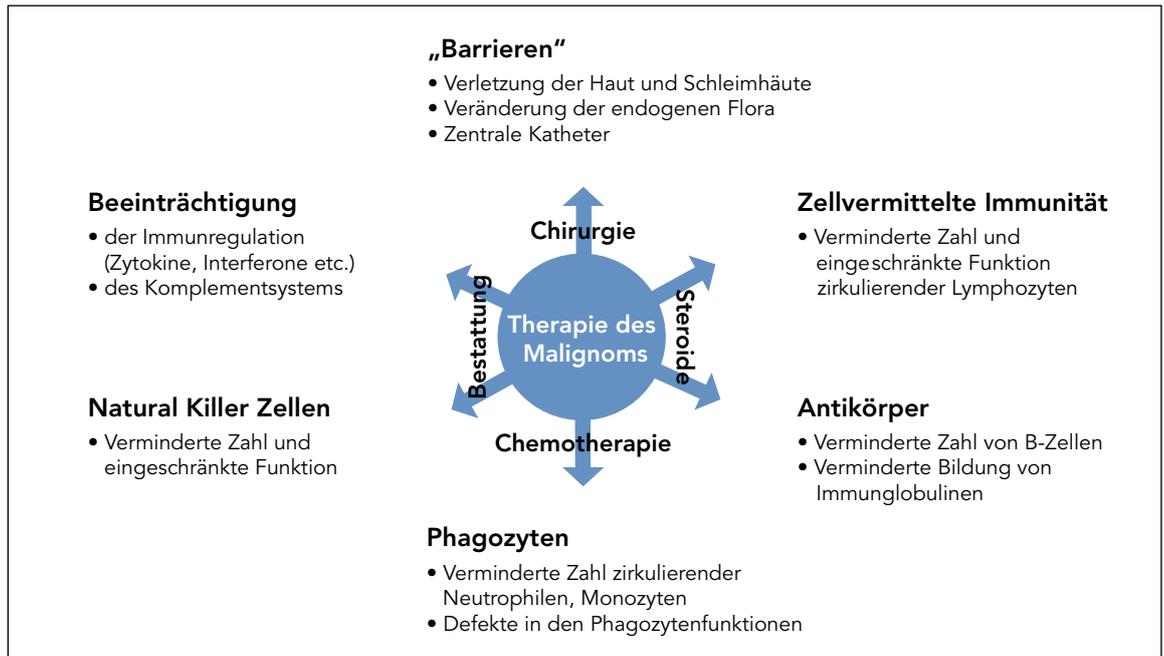


Abb. 1: Eine Krebstherapie beeinträchtigt alle Arme des Immunsystems [modifiziert nach (3)].

fulminanten letalen Verlauf nehmen kann. Fiebernde granulozytopen Patienten werden aus diesem Grunde notfallmäßig hospitalisiert und behandelt (Tab. 1). Diese Patienten müssen sowohl initial und als auch später in regelmäßigen Abständen (gegebenenfalls mehrmals pro Tag!) genauestens untersucht werden. Dabei muss neben den Vitalzeichen wie Temperatur, Blutdruck und Atmung insbesondere auf Hautläsionen, Schleimhautdefekte, die Katheter-Eintrittsstelle

und auf die Anogenitalregion geachtet werden (5, 6). Neben einem Differenzialblutbild zur Abschätzung der Abwehrsituation sollten Elektrolyte, harnpflichtige Substanzen sowie Gerinnungsparameter bestimmt werden. Entzündungsparameter wie z. B. das C-reaktive Protein, das Interleukin (IL)-6, das IL-8 oder Procalcitonin sind gerade in der Frühphase der Entzündung nicht wegweisend (7). Bei allen Patienten sollte initial vor Beginn einer antimikrobiel-

Intensivtherapie und Infektionen:
<ul style="list-style-type: none"> Die Granulozytopenie ist wichtigster Risikofaktor für Infektionen, jedoch selbst nicht behandlungsbedürftig
<p>Aber: Fieber bei Granulozytopenie als Surrogatmarker für eine Infektion – Notfall!</p>
<ul style="list-style-type: none"> – Stationäre Aufnahme in pädiatrisch-hämatologisch/onkologischem Zentrum ohne Verzögerung! – Supportivmaßnahmen nach klinischem Bild (z. B. bei Hypotonie etc.) – Empirische antibiotische Therapie ohne Abwarten des Erregernachweises (mit pseudomonadenwirksamem Breitspektrumantibiotikum) – Modifikation des antibiotischen Regimes bei Erregernachweis oder bei klinischer Verschlechterung – Falls Fieber persistierend: empirische antimykotische Therapie – Beendigung der antibiotischen Therapie nach Entfieberung und hämatopoetischer Erholung

Tab. 1: Infektiöse Komplikationen während der Intensivtherapie bei Kindern mit Krebserkrankungen: Wichtiges für die Praxis

len Behandlung eine Blutkultur abgenommen werden (bei mehrlumigen zentralen Kathetern eine Blutkultur aus jedem Lumen!), während Abstriche verdächtiger Läsionen oder eine Stuhl Diagnostik nur bei klinischer Symptomatik als sinnvoll erscheinen. Neben einer Supportivtherapie entsprechend der klinischen Symptomatik (z. B. Blutdruckabfall → Blutdruck-unterstützende Medikamente) ist eine intravenöse empirische antibiotische Therapie einzuleiten, wobei das Ergebnis der mikrobiologischen Ergebnisse nicht abgewartet werden darf. Neben der Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten wie Erregerspektrum oder lokales Resistenzprofil müssen Patienten-spezifische Besonderheiten, z. B. das vorherige Chemotherapieregime und der klinische Zustand des Patienten in die Wahl des Antibiotikums einbezogen werden. Wichtig ist, dass gramnegative Keime, insbesondere *Pseudomonas aeruginosa*, von dem verabreichten Antibiotikaregime erfasst werden.

In aller Regel wird die antibiotische Therapie bis zur Entfieberung sowie bis zu den Zeichen einer hämatopoetischen Regeneration durchgeführt (5). Bei persistierendem Fieber sollte das antibiotische Regime entsprechend den mikrobiologischen Ergebnissen modifiziert werden, bei länger dauernder Granulozytopenie und Fieber das antibiotische Regime um eine empirische antimykotische Therapie erweitert werden (8).

Infektionen während der Dauertherapie

Im Gegensatz zur intensiven Chemotherapie wirkt die Dauertherapie weit weniger immunsupprimierend. So weisen z. B. Patienten, die bei ALL eine Dauertherapie für etwa 18 Monate erhalten, meist Granulozytenwerte von mehr als 1000/μl auf. Außer einer antimikrobiellen Prophylaxe mit Trimethoprim-Sulfamethoxazol erhalten diese Patienten in der Regel keine weiteren Antibiotika oder Antimykotika. Interessanterweise zeigte eine Untersuchung, dass die überwiegende Anzahl infektiöser Komplikationen in der Dauertherapie auftritt (9), was wahrscheinlich an der Länge dieser Therapiephase liegt. Allerdings verlaufen die Infektionen während dieser Therapiephase in aller Regel unkompliziert und sind im Gegensatz zu den bakteriell verursachten Infektionen während der Intensivtherapie meist viral bedingt.

Während bei fiebernden granulozytopenen Patienten die Supportivmaßnahmen von den meisten pädiatrisch-hämatologisch/onkologischen Zentren relativ einheitlich gehandhabt werden (siehe vorigen Abschnitt sowie Tabelle), finden sich bei der Betreuung von Kindern mit einer Infektion während der Dauertherapie durchaus größere Unterschiede zwischen den Kliniken. Aus diesem Grunde soll das eigene Vorgehen in der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Universität Frankfurt am Main vorgestellt werden, was jedoch andere Vorgehensweisen keinesfalls in Frage stellen soll.

1. Kinder in der Dauertherapie haben in aller Regel keine Einschränkungen in Bezug auf soziale Kontakte (z. B. Kindergarten, Schule) sowie keine Restriktionen hinsichtlich der Nahrung wie z. B. Verbot von Nüssen oder ungeschältem Obst.
2. Patienten, die in der Dauertherapie Fieber entwickeln, stellen sich in aller Regel nicht notfallmäßig im pädiatrisch-hämatologisch/onkologischem Zentrum vor (dies im Gegensatz zu Fieber während der Intensivtherapie mit notfallmäßiger Vorstellung und Hospitalisierung).

Patienten mit Fieber in der Dauertherapie werden in aller Regel am nächsten Tag vom wohnortnahen Kinder- und Jugendarzt gesehen.

3. Die Indikation zu einem oralen Antibiotikum wird in aller Regel vom betreuenden Kinderarzt gestellt.
4. Eine Unterbrechung der Dauertherapie ist bei Fieber nicht generell notwendig und geschieht nach Rücksprache mit dem pädiatrisch-hämatologisch/onkologischen Zentrum.

Infektionsprophylaxe nach Beendigung der Krebstherapie: Problem Revakzinierung

Nach Beendigung der Therapie einer Krebsbehandlung werden die Patienten regelmäßig hinsichtlich der Früherkennung eines Rezidivs (klinische Untersuchung, Blutbilduntersuchung, und/oder bildgebende Verfahren) sowie hinsichtlich der Früherkennung potentieller Langzeitprobleme (z. B. kardiale oder renale Probleme) untersucht. Die Nachbetreuung sollte in enger Absprache des pädiatrisch-hämatologisch/onkologischen Zentrums mit dem betreuenden Kinderarzt erfolgen. Ein wichtiger Aspekt in der Nachbetreuung ist auch die Frage nach einem ausreichenden Impfschutz gegen schwer behandelbare oder lebensgefährliche Erkrankungen wie Tetanus, Poliomyelitis oder Diphtherie. Dieser Impfschutz sollte für jedes Kind und jeden Jugendlichen unabhängig von einer vorausgegangenen Krebserkrankung eine Selbstverständlichkeit sein, wobei die Revakzinierung gerade für Patienten nach Chemotherapie oft vernachlässigt wird (10).

Eine kürzlich durchgeführte Untersuchung zeigte, dass durch die Chemotherapie bei bis zu einem Drittel der Kinder ein vorbestehender Impfschutz gegen Masern, Mumps oder Röteln verloren ging (Abb. 2) (11).

Das höchste Risiko für den Verlust eines vorbestehenden Impfschutzes bestand bei Kindern mit ALL und war überraschenderweise bei jüngeren Kindern größer

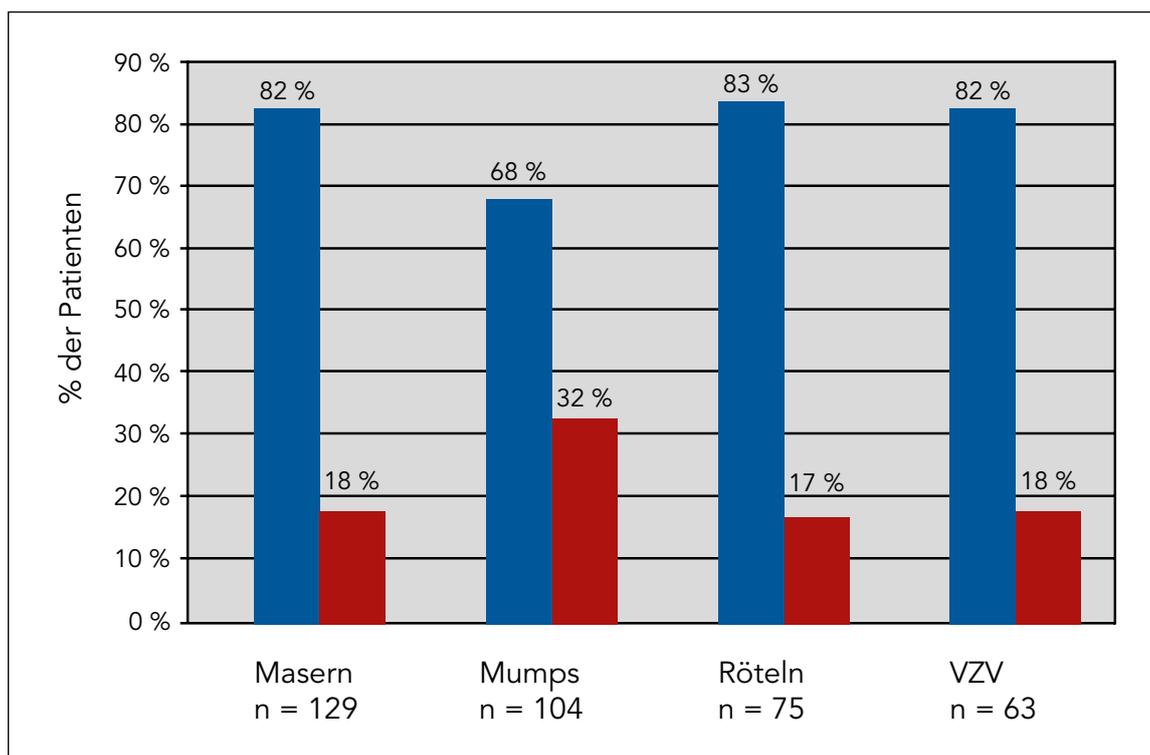


Abb. 2: Prozentsatz der Kinder mit vorhandenem humoralen Schutz gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen (VZV) vor einer Krebstherapie, die diesen Schutz auch nach der Therapie aufweisen (linke Säule in blau) bzw. der Kinder, die den Schutz durch die Krebstherapie verlieren (rechte Säule in rot). Darunter findet sich jeweils die Gesamtanzahl der analysierten Kinder [nach (11)].

als bei älteren Kindern. Wichtig bei der Aufklärung der Eltern hinsichtlich einer geplanten Revakzinierung ist die Tatsache, dass Krebserkrankungen nicht durch eine Impfung ausgelöst werden (12, 13). Da gerade bei kleineren Kindern oft ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Impfung und Krebserkrankung besteht, wollen viele Eltern aus Angst vor einem Rezidiv keine Revakzinierung durchführen lassen.

Die Wahl des Zeitpunktes der Revakzinierung nach Chemotherapie stellt immer einen Kompromiss dar: bei einem späten Impfzeitpunkt fehlt den Patienten bis zur Revakzinierung der notwendige Impfschutz, während bei einem frühen Impfzeitpunkt nach Chemotherapie die Effizienz der Impfung aufgrund des möglicherweise noch nicht voll erhaltenen Immunsystems oft schlechter ist. Allgemein wird empfohlen,

Impfungen mit Totimpfstoffen werden ab drei Monate nach Ende der gesamten Chemotherapie verabreicht (6). Lebendimpfungen sind während der Chemotherapie grundsätzlich kontraindiziert und sollten nicht vor sechs Monaten nach Ende der gesamten Chemotherapie verabreicht werden.

Neben diesen allgemeinen Empfehlungen finden sich in den derzeit gültigen Richtlinien leider wenig Hilfestellungen zu folgenden Fragen:

- Sollen alle Kinder nach Chemotherapie geimpft werden?
- Soll bei Kindern nach Chemotherapie eine Grundimmunisierung oder lediglich eine Auffrischung durchgeführt werden?
- Müssen vor bzw. nach Impfung jeweils alle Impftiter bestimmt werden?

Während es bei Kindern nach Krebstherapie viele *in vitro* Daten zur Immunrestitution der einzelnen Arme des Immunsystems gibt (14, 15), finden sich insgesamt relativ wenige klinische Untersuchungen zu Impfungen nach Chemotherapie. Eine kleine eigene randomisierte Pilotstudie zur Effektivität von Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis bei Kindern nach ALL Therapie zeigte keinen Unterschied, ob Kinder nach drei, sechs oder neun Monaten nach Ende der Behandlung revakzinieren wurden (16). Wie auch in anderen Untersuchungen wies ein signifikanter Anteil der vor der Krebserkrankung geimpften Kinder nach Ende der Chemotherapie keinen ausreichenden Impfschutz für Diphtherie, Tetanus und Poliomyelitis auf, wobei sich dieser während des ersten Jahres nach Beendigung der Therapie bei keinem der Kinder ohne Impfung erholte. Nach Revakzinierung konnte jedoch bei allen Kindern ein Impfschutz nachgewiesen werden, unabhängig ob diese Kinder nach drei, sechs oder neun Monaten nach Ende der Chemotherapie geimpft wurden. Eine andere prospektive Studie untersuchte 59 Kinder nach ALL Standardtherapie (Alter der Patienten zwischen 1 und 18 Jahren) (17). Diese Kinder erhielten sechs Monate

nach Ende der Therapie eine einzige Auffrischimpfung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, HiB und Meningokokken C. Die Auffrischimpfung sechs Monate nach Therapie führte bei fast allen Patienten zu einem langanhaltenden Impfschutz. Die Autoren dieser englischen Studie halten deswegen ein Vorgehen mit einer einzigen Auffrischimpfung für sinnvoll und eine Impftiterbestimmung für nicht notwendig.

Eine nicht publizierte Umfrage unter den deutschen kideronkologischen Zentren zeigte große Unterschiede in der Strategie der Revakzinierung und der Untersuchung von Impftitern vor bzw. nach Impfung. Deswegen soll hier das eigene Vorgehen in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Universität Frankfurt am Main dargestellt werden, was andere Strategien jedoch nicht in Frage stellen soll.

- Bei den Totimpfungen wird bei Kindern mit kompletter Grundimmunisierung etwa drei bis sechs Monate nach Therapie eine einzige Auffrischimpfung mit Totimpfstoffen durch den Kinder- und Jugendarzt verabreicht.

Bei nicht oder nur unvollständig geimpften Kindern findet eine Grundimmunisierung bzw. das Fortsetzen der Grundimmunisierung durch den Kinder- und Jugendarzt statt.

- Aufgrund der englischen Daten werden vor bzw. nach Impfung mit Totimpfstoffen die Antikörpertiter gegen Erreger bzw. Toxine von Erkrankungen wie Tetanus oder Diphtherie in aller Regel nicht bestimmt.

- Hinsichtlich der Lebendimpfungen gegen Mumps, Masern, Röteln und Varizellen wird eine Titerbestimmung etwa drei Monate nach Therapieende durchgeführt. Kinder mit negativen Titern bzw. unzureichendem Schutz erhalten eine Impfung

und eine anschließende Titerkontrolle, während bei positiven Titern nicht geimpft wird.

Kontroverse Meinungen bestanden lange Zeit hinsichtlich der Varizellen-Impfung bei Kindern mit ALL (18, 19). Da die Kinder während der relativ milden Dauertherapie bereits Gemeinschaftseinrichtungen besuchen und nach der Intensivtherapie oft keinen Schutz mehr gegen Varizellen aufweisen, sah ein Teil der Kollegen eine Indikation zur Impfung gegen Varizellen bereits ein Jahr nach kompletter Remission der Grunderkrankung, was der Phase der Dauertherapie entspricht. Hierfür sollte zur Sicherheit die Dauertherapie vor und nach Impfung jeweils eine Woche unterbrochen werden. Andere Kollegen lehnten diese Strategie aufgrund eines Restrisikos schwerer Nebenwirkungen der Impfung sowie eines Restrisikos eines Leukämierезидivs ab. Eine Konsensempfehlung von 15 kooperativen ALL-Studien sprach

sich kürzlich gegen die Varizellen-Lebendimpfung während der ALL Dauertherapie aus (20). Grundlage dieser Konsensempfehlung ist die Tatsache, dass sich in einer Analyse von über 35.000 Kindern mit ALL lediglich 20 Todesfälle durch Varizellen fanden (0,057%). Von diesen 20 Todesfällen ereigneten sich nur vier Todesfälle während der Erhaltungstherapie, während die anderen letalen Verläufe überwiegend in der Intensivphase der Chemotherapie auftraten, und somit das Risiko während der Dauertherapie an Varizellen zu versterben minimal ist. Als weitere Begründung gegen eine Varizellenimpfung während der Dauertherapie wird aufgeführt, dass die Rate der gegen Varizellen geimpften Kinder weltweit steigt und so das Risiko für die Erkrankung weiter sinkt. Möglicherweise könnten Totimpfstoffe gegen Varizellen, die im Augenblick bei Erwachsenen nach Organtransplantation geprüft werden, eine interessante Option für die pädiatrischen Patienten darstellen.

Ein wichtiger Aspekt des Schutzes von krebskranken Kindern sind Umgebungsimpfungen

gerade in der Zeit der schweren Immunsuppression des Patienten. Hier sollten vor allem Familienangehörige, Freunde, aber auch Ärzte und Pflegepersonal des Patienten gegen Varizellen und regelmäßig gegen Influenza geimpft werden (6).

Fazit für die Praxis

Infektiöse Komplikationen sind eine wichtige Ursache für Morbidität und Letalität bei Kindern mit Krebserkrankungen. Die Granulozytopenie ist der wichtigste Einzelrisikofaktor für Infektionen, aber die Therapie einer Krebserkrankung beeinträchtigt alle Arme des Immunsystems. Je nach Therapiephase werden die Kinder hauptsächlich vom pädiatrisch-hämatologisch/onkologischen Zentrum oder vom heimatnahen Kinder- und Jugendarzt betreut, wobei eine enge Kooperation wichtig ist. Durch die Krebstherapie geht bei vielen Kindern ein vorbestehender Impfschutz verloren. Umgebungsimpfungen sind ein wichtiger Beitrag zum Schutze des immunsupprimierten Patienten.

Literatur beim Verfasser

Interessenskonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Thomas Lehrnbecher
*Pädiatrische Hämatologie und Onkologie,
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
 Johann Wolfgang Goethe Universität
 Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt
 Telefon: 069/6301-83481, Fax: 069/6301-6700
 E-mail: Thomas.Lehrbecher@kgu.de*

Red.: Keller

Frühzeitige antivirale Behandlung bei Zoster oticus?

CONSILIUM

Prof. Dr.
Volker Schuster

Frage

- Verbessert die frühzeitige antivirale Behandlung die Prognose bei Zoster oticus?
- Gibt es Erkenntnisse bezüglich der Verbesserung von Facialisparesie, Hörminderung oder Schwindel?
- Welche antiviralen Therapeutika kommen hierfür in Frage?
- Welche Dosierung und welche Therapiedauer und welchen Darreichungsweg (p. o./i. v.) empfehlen Sie?

Antwort

Ein Zoster oticus in Verbindung mit akuter Facialisparesie sowie einer Assoziation mit vestibulär-cochlearer Dysfunktion wird als Ramsay Hunt Syndrom (RHS) bezeichnet. Ursache ist eine Reaktivierung des Varizella-zoster-Virus (VZV) im Ganglion geniculatum. Ein RHS ist selten bei Kindern < 6 J, bei älteren Kindern und Erwachsenen ist die Inzidenz ähnlich (1). Bei Kindern treten die Zosterbläschen am Ohr in ca. 15 % vor, in ca. 34 % simultan und in ca. 50 % nach Beginn der Facialisparesie auf (1). Unterschiedlich häufig ist der N.VIII betroffen:

VIII Nerv Symptome (1)			
	Hörstörung	Tinnitus	Vertigo
Kinder	11/45 (24.4 %)	2/18 (11.1 %)	4/23 (17.4 %)
Erwachsene	125/237 (52.7 %)	40/162 (24.7 %)	50/157 (31.8 %)

Die Therapie orientiert sich national und international letztlich an den Empfehlungen der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie bei idiopathischer Fazialisparese (Bell's palsy) (2).

Standardtherapie des RHS ist eine Therapie mit hochdosierten Corticosteroiden und Aciclovir, möglichst begonnen innerhalb der ersten drei Krankheitsstage:

Aciclovir (3 x tgl. i. v. 5 – 10 mg/kg KG oder 5 x tgl. p. o. 800 mg) wird empfohlen für 7 – 10 Tage, zusammen mit potenten anti-inflammatorischen Steroiden

(Prednisolon initial 1 mg/kg KG/d p. o. oder Methylprednisolon 20 – 30 mg/kg KG/d („Steroid-Puls“) während der ersten 3 – 5 Tage), danach werden die Substanzen über eine Woche oder länger ausgeschlichen. Die antientzündliche, antiödematöse Steroidtherapie reduziert wahrscheinlich Schmerz und Vertigo (3). Valganciclovir und Famciclovir sind für VZV-Infektionen erst ab einem Alter von 18 Jahren zugelassen.

In einer kürzlichen Metaanalyse an erwachsenen Patienten mit RHS lag die therapeutische Erfolgsrate (House-Brackmann (HB) Grad II, komplette Remission) ohne Therapie bei 0.38, unter Aciclovir bei 0.77, unter Steroiden 0.65 und unter einer Kombinationstherapie (Aciclovir + Steroid) bei 0.82 (4) bzw. 0.84 (5). Bezüglich Kindern und Jugendlichen gibt es keine kontrollierten Studien. Die Therapieansätze orientieren sich an den Erwachsenenendaten.

Die frühzeitige (altersentsprechende) VZV-Impfung kann bei einem Großteil der Kinder eine VZV-Primärinfektion verhindern. Ob auch das VZV-Impfvirus bei möglicher Reaktivierung später ein Ramsay Hunt Syndrom verursachen kann, ist derzeit nicht bekannt. In einem kürzlich publizierten Fall aus Japan hatte die frühzeitige VZV-Impfung ein späteres RHS (Wildvirusinfektion) nicht verhindert (6).

Literatur

1. Hato N, Kasaki H, Honda N, Gyo K, Murakami S, Yanagihara N. Ramsay Hunt syndrome in children. *Ann Neurol* 2000, 48 (2), 254-256.
2. Heckmann JG, Lang C, Glocker FX, Urban P, Bischoff C et al. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie – Therapie der idiopathischen Fazialisparese (Bell's palsy). *AMWF* 2011, 030/013.
3. Kansu L, Yilmaz I. Herpes zoster oticus (Ramsay Hunt syndrome) in children: case report and literature review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2012, 76 (6), 772-776.
4. Uri N, Greenberg E, Kitzes-Cohen R, Doweck I. Aciclovir in the treatment of Ramsay Hunt syndrome. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003, 129 (4), 379-381.
5. de Ru JA, van Benthem PP. Combination therapy is preferable for patients with Ramsay Hunt syndrome. *Otol Neurotol* 2011, 32 (5), 852-855.
6. Nakamura Y, Matsumoto H. Case of atypical Ramsay-Hunt syndrome who presented with severe vertigo and vomiting. *No To Hattatsu* 2012, 44 (1), 66-68.

Prof. Dr. med. Volker Schuster
Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche
Liebigstr. 20a, 04103 Leipzig

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Einfluss von Erdnuss-Konsum im Säuglingsalter auf die Entstehung einer Erdnuss-Allergie

Randomized Trial of Peanut Consumption in Infants at Risk for Peanut Allergy

Du Toit G, Roberts G, Sayre PH et al., *N Engl J Med*; 372: 803-813, Februar 2015

Die Autorengruppe wählte von Dezember 2006 – Mai 2009 im Department of Pediatric Allergy, Division of Asthma, Allergy and Lung Biology, King's College London and Guy's and St. Thomas' National Health Service Foundation Trust, 640 Säuglinge mit schwerem Ekzem und/oder Ei-Allergie in London (?) in einer offenen randomisierten, kontrollierten Studie (LEAP - Learning Early about Peanut Allergy) aus, entweder wöchentlich 6 g Erdnuss-Snacks „Bamba“ bis zum Alter von 60 Monaten zu konsumieren oder Erdnuss-Konsum ganz zu meiden. Die Säuglinge im Alter von wenigstens 4 Monaten und nicht älter als 11 Monaten, wurden offen randomisiert in verschiedenen Gruppen auf der Basis einer nachgewiesenen/oder fehlenden Sensitivität gegen Erdnuss-Extrakte, bestimmt durch einen Haut Prick-Test, – entweder ohne nachweisbare Quaddel oder mit einer Quaddel mit einem Durchmesser von 1 – 4 mm. Das primäre Studienziel war die Häufigkeit einer Erdnuss-Allergie im Alter von 60 Monaten in den beiden Kohorten, unabhängig bewertet. Die Eltern wurden zunächst wöchentlich, im Alter von 13 – 29 Monaten zweiwöchentlich und im Alter von 31 – 59 Monaten monatlich telefonisch interviewt und aufgefordert, einen Fragebogen auszufüllen. Im Alter von 0, 12, 30 und 60 Monaten fanden Vorstellungen statt mit Prick-Test und Blutanalysen.

Von den 530 Säuglingen der intention-to-treat Populationen, die initial einen negativen Prick-Test auf Erdnuss-Extrakte aufwiesen, hatten im Alter von 60 Monaten die Kinder, die keine Erdnuss-Produkte erhielten 13,7 % eine Erdnuss-Allergie entwickelt, die Kinder, die regelmäßig Erdnuss-Präparate konsumiert hatten, entwickelten zu 1,9 % eine Erdnuss-Allergie ($p < 0,01$). Von 98 Teilnehmern der Intention-to-treat Popu-

lation, die initial einen positiven Prick-Test aufwiesen betrug die Erdnuss-Allergie im Alter von 60 Monaten 35,3 % in der Erdnuss-Vermeidungs-Gruppe und 10,6 % in der Gruppe der Erdnuss-Konsumenten ($P = 0,004$). Es gab keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Häufigkeit ernster unerwünschter Ereignisse zwischen den Gruppen. Erhöhungen der erdnuss-spezifischen IgG4-Antikörper traten vornehmlich in der Konsumenten-Gruppe auf. Ein höherer Prozentsatz erdnuss-spezifischer IgE-Antikörper fand sich bei Teilnehmern der Erdnuss-Vermeidungs-Gruppe. Eine stärkere Quaddel-Reaktion im Prick-Test und ein niedrigeres Verhältnis erdnuss-spezifischer IgG4:IgE korrelierte mit einer Erdnuss-Allergie.

Kommentar

Das Resultat dieser LEAP-Studie besticht durch die signifikant höhere Erdnuss-Allergie-Quote bei Erdnuss-Vermeidung gegenüber der regelmässigen Erdnuss-Exposition. Kaum erschienen hat sich auch die Tagespresse (z. B. Martina Lenzen-Schulte in der FAZ vom 4. März 2015, Deutsche Apotheker Zeitung vom 5. März 2015) unverzüglich des Themas angenommen und die Gabe von Allergenen (Erdnüsse) zur Allergie-Vermeidung empfohlen.

So bestechend die Idee der Autoren ist, so weist die Studie doch manche methodischen Unklarheiten auf: Weder im Text noch im Appendix ist die Herkunft der Säuglinge – sie wurden aus einer „site“ rekrutiert –, die Zahl der Untersucher oder das Studien-Protokoll zu finden (möglicherweise in einer früheren Publikation der LEAP-Studie im *J Allergy Clin Immunol* 2013; 131: 135-43 enthalten). Auch bleibt offen, wie zuverlässig von den Eltern, trotz Fragebogen und Telefon-Interview – der Erdnuss-Konsum, bzw. die -Vermeidung durchgeführt wurden.

Es bleibt ein interessanter Studien-Ansatz, dessen Ergebnisse in einer sorgfältigeren, detaillierteren und umfassenderen Untersuchung zu bestätigen sind, bevor irgendwelche Konsequenzen bezüglich der Erdnuss-Allergie-Vermeidung durch Erdnuss-Exposition gezogen werden dürfen.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Chronisch rezurrente multifokale Osteomyelitis

A Large National Cohort of French Patients with Chronic Recurrent Multifocal Osteitis

Wipff J, Constantino F et al., *Arthritis Rheumatol* 67(4): 1128-1137, April 2015

Im Laufe der letzten Jahre ist die chronisch rekurrende multifokale Osteomyelitis (CRMO) zunehmend in die Differenzialdiagnose von ossären Schmerzen im Kindes- und Jugendalter gerückt.

Die vorliegende Studie beschreibt die Patientencharakteristika und deren Verlauf an 178 Patienten (123 weiblich) mit einem medianen Alter von 10,9 Jahren. Dabei zeigte sich, dass initi-

al 30 % eine unifokale Manifestation aufwiesen. Nach Ablauf von durchschnittlich 4 Jahren hatten allerdings nur noch 7 % einen unifokalen Befall. Mittels eines CRMO Diagnose Score (Jansson, Muller et al. 2009) wurde gezeigt, dass eine Biopsie bei 25 % hätte vermieden werden können. Bei der letzten Untersuchung waren 43 % in Remission (41 % unter Therapie) nach median 47,9 Monaten. 26 % wiesen Folgeschäden (lokalisierte Deformierungen, n= 26, insbesondere der Klavikula, n = 16, vertebrale Frakturen, n=7, Wachstumsretardierung, n=11) auf. Mittels Clusteranalysen wurden 3 verschiedene Phänotypen (schwer, intermediär, mild) identifiziert. Die schlechteste Prognose hatten männliche Patienten mit multifokaler Beteiligung und lokalen Entzündungszeichen. Patienten mit einem milden Phänotyp hatten die beste Prognose, dies waren vor allem weibliche Patienten mit unifokalem Befall und Clavikelbeteiligung mit lokalen Entzündungszeichen. Patienten mit intermediärem

Phänotyp – meist weibliche Patienten mit multifokaler Beteiligung und lokaler Entzündungszeichen – hatten ebenfalls eine gute, therapieassoziierte Prognose.

Diese Arbeit ist deshalb interessant weil sie bei einer großen Patientenzahl klinische Subgruppen unterscheidet, die eine prognostische Relevanz haben. Auffallend hoch ist die Zahl der Patienten mit Folgeschäden und anhaltend aktiver Erkrankung, welche die bisherige Annahme der guten Prognose bei dieser Erkrankung in Frage stellt. Wenngleich darauf hin gewiesen wurde, dass eine Biopsie in 25 % hätte vermieden werden können, sollte auf diesen diagnostischen Prozess wirklich nur bei Patienten mit einer sicheren Symptom- und Befundkonstellation verzichtet werden. Die heute übliche Ganzkörper MRT kann – befundet durch erfahrene Radiologen – weitere diagnostische Sicherheit geben.

(Anton Hospach, Stuttgart)

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.,
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. (02 21) 68 90 90, Tfx. 02 21 / 68 32 04

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Aufnahme in den „Zentralen Vertretungsnachweis“ – Bitte nehmen Sie mich als Mitglied mit folgenden Angaben auf:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ich suche einen Praxisnachfolger/Partner | <input type="checkbox"/> Ich suche eine Vertretung |
| <input type="checkbox"/> Ich suche einen Kollegen zur Mitarbeit/Jobsharing | <input type="checkbox"/> Ich nehme eine/n Weiterbildungsassistenten/in auf |
| Zeitraum: von _____ | bis _____ |

Unterkunft kann gestellt werden: ja nein

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich möchte in eine Praxis/Gemeinschaftspraxis einsteigen | <input type="checkbox"/> Ich möchte in einer Praxis mitarbeiten/Jobsharing |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte in einer Praxis vertreten | <input type="checkbox"/> Ich suche eine Weiterbildungsstelle |

Zeitraum: von _____ bis _____ in folgendem Raum _____

Sonstiges: _____

Persönliche Daten:

Vorname _____ Nachname _____

Straße _____ PLZ / Ort _____

E-Mail _____ Tel. / mobil _____

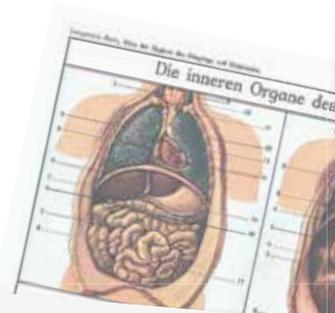
Datum _____ Unterschrift _____ Stempel _____

Reprint der 1. Auflage von 1918

Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes

von L. Langstein und F. Rott

„So übergeben wir diesen Atlas der Öffentlichkeit mit dem herzlichen Wunsche, er möge seinen Teil dazu beitragen, den Frauen und Mädchen, überhaupt allen, die sich beruflich oder nicht beruflich mit dem Wohlergehen des Kindes beschäftigen, Kenntnisse zu geben über die zweckmäßigste Art der Kinderaufzucht, über die Notwendigkeit der Vermeidung von Fehlern, über die Grundlagen des Säuglingsschutzes (...)"



Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes

von
L. Langstein und F. Rott

Nachdruck der 1. Auflage

erschienen in Berlin 1918
bei Julius Spänger

Verlag Schmidt-Römhild · Lübeck
1989

€ 25,-

Mappe mit 100
Schautafeln und Beiheft
mit den ursprünglichen
Vorworten, Verzeichnis
der Tafeln und dem
1912 erschienenen
Bericht „Von meinen
Fürsorgebesuchen“
von Schwester Gertrud
Röhrssen, Format DIN A4

**SCHMIDT
RÖMHILD** DEUTSCHLANDS
ÄLTESTES VERLAGS-
UND DRUCKHAUS
SEIT 1579

So können Sie bestellen:
per Tel.: 0451-70 31 267, per Fax: 0451-70 31 281,
per e-mail an: vertrieb@schmidt-roemhild.com oder über
unseren Online-Shop auf: www.schmidt-roemhild.de

Welche Diagnose wird gestellt?

Dörte Petersen

Anamnese

Wegen einer mittelschwer ausgeprägten Acne papulopustulosa war der Patient nach Versagen der Lokalthherapie zunächst mit Isotretinoin (10 mg/d per os) behandelt worden. Nach drei Wochen sei es unvermittelt zu einer deutlichen Verschlechterung der Akne gekommen. Die daraufhin veranlasste Umstellung der Behandlung auf Minocyclin (50 mg/d per os) hatte keine Besserung ergeben, sodass ein erneuter Therapieversuch mit Isotretinoin erfolgte. Hierunter traten nun zusätzlich starke, immobilisierende Schmerzen des unteren Rückenbereiches auf, die zu einer stationären Aufnahme des Patienten führten. Anamnestisch wurde ein ungewollter Gewichtsverlust von insgesamt 5 kg in den letzten Wochen angegeben.

Untersuchungsbefund

15-jähriger Junge in gutem Allgemein- und sehr schlankem Ernährungszustand. Körpertemperatur 38,4°C. Im Gesichts-, Brust- und Rückenbereich finden sich Papeln, konfluierende knotig-zystische, entzündliche Tumoren und Abszedierungen (Abb. 1). Labor: Leukozyten 11.800/µl (78 % Neutrophile), CRP 65 mg/l, BSG 50 mm/h.



Abb. 1: Konfluierende Papeln und Pusteln im Gesicht

Welche Diagnose wird gestellt ?

Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

An jedem 1. Donnerstag im Monat von 17.00 bis 21.00 Uhr stehen Ihnen Herr Jürgen Stephan und seine Mitarbeiter von der SKP Unternehmensberatung

unter der Servicrufnummer

0800 1011 495 zur Verfügung.



Diagnose:**Acne fulminans**

Die Acne fulminans ist eine seltene, schwere Form der Akne, die sich akut oder perakut auf dem Boden einer Acne vulgaris (meist vom Conglobata-Typ) entwickelt (fulminans, lat., blitzend). Typischerweise besteht die Akne bereits seit ein bis zwei Jahren, bis plötzlich, innerhalb weniger Tage oder Wochen, eine erhebliche Verschlechterung auftritt (1,2). Diese ist gekennzeichnet durch Ulzeration der Acne conglobata (im Bereich von Brust, Rücken, Schultern/Oberarmen), Fieber und Gelenkschmerzen. Die Hautläsionen führen zu schmerzhaften Nekrosen. Von den Arthralgien sind am häufigsten die Sakroiliakgelenke betroffen, gefolgt von Hüft-, Knie- und Ellenbogengelenken (2). Auch Hepatosplenomegalie, und Erythema nodosum werden beobachtet. Im Labor findet sich eine Leukozytose, gelegentlich als leukämioide Reaktion, und eine Beschleunigung der BSG. Radiologisch zeigen sich häufig aseptische Knochennekrosen, bevorzugt im Bereich der Sternoklavikulargelenke.

Die Acne fulminans wird vielfach als Sonderform des SAPHO-Syndroms eingeordnet (1). Dieses ist gekennzeichnet durch Synovitis, Acne conglobata, palmoplantare Pustulose, Hyperostose und Osteitis-Syndrom; die Osteitis kann sich dabei in Form einer chronisch-rezidivierenden multifokale Osteomyelitis (CRMO) oder als isolierte, sterile Osteitis manifestieren.



Abb. 2: Abheilung der Hautläsionen nach sechsmonatiger Isotretinointherapie

Gelegentlich tritt die Acne fulminans wie in unserem Fall scheinbar paradoxerweise nach Beginn einer systemischen Isotretinoinbehandlung auf. Als Ursache wird eine durch Isotretinoin induzierte immunologische Reaktion gegen *Propionibacterium acnes* vermutet (3). Hohe Testosteronspiegel während der Pubertät dürften einen weiteren, pathogenetisch wichtigen Faktor darstellen und erklären, warum die Erkrankung fast ausschließlich männliche Jugendliche in der Pubertät betrifft.

Diagnostik

Die Diagnose wird klinisch gestellt.

Therapie und Prognose

Unbehandelt führen die ausgedehnten Entzündungsherde zu atrophischen Narben. Dieser Verlauf kann durch eine frühzeitige, intensive und über 3-6 Monate durchgeführte Therapie minimiert werden. Die Acne fulminans spricht im Allgemeinen gut auf eine kombinierte systemische Gabe von Isotretinoin und Corticosteroiden an. Zur Hemmung der Entzündung wird zunächst das Steroid in einer Dosierung von 0,2-0,3mg/kg/d verabreicht und dann im Verlauf von 2-3 Wochen reduziert. Gleichzeitig wird die Therapie mit Isotretinoin in einer Dosierung von zunächst 0,1-0,3 mg/kg begonnen und im Verlauf auf 0,5 (-1mg)/kg KG/Tag gesteigert. Die alleinige Gabe von Steroiden, Antibiotika oder Isotretinoin ist nicht ausreichend.

Unter dieser Behandlung kam es bei unserem Patienten zu einer raschen Besserung von Allgemeinbefinden und Hautbefund. **Abbildung 2** zeigt den Hautbefund nach sechsmonatiger Isotretinointherapie.

Literaturangaben

1. Melnik B, Jansen Th. Akne und Rosazea. In: Plewig G, Landthaler M, Burgdorf WHC, Hertl M, Ruzicka T (Hrsg.), Braun-Falco's Dermatologie, Venerologie und Allergologie. Heidelberg: Springer, 6. Aufl. 2012, S. 1197-1229
2. Cavicchini S, Ranza R, Brezzi A et al. Acne fulminans with sacroiliitis during isotretinoin therapy. Eur J Dermatol 1992; 2: 327-328
3. Karvonen SL, Räsänen L, Holland KT et al. Delayed hypersensitivity to *Propionibacterium acnes* in patients with severe nodular acne and acne fulminans. Dermatology. 1994;189:344-9.

Dr. Dörte Petersen
 Abt. Pädiatrische Dermatologie/Allergologie
 Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
 Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg

Red.: Höger

Kursus – Pädiatrische Rheumatologie

Bremen
27. bis 28. November 2015

Beginn: Freitag 16.00 Uhr, Ende Samstag 13.00 Uhr
 Info: E-Mail hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de

Das neue GELBE HEFT

Nach zehn Jahren Beratungen in der so genannten AG Kinderrichtlinien fiel am 18.6.2015 im Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses die Entscheidung, was künftig zum Inhalt der U1 – U9 gehören soll.

Zu einzelnen Themen, wie der Einführung des Neugeborenen-Hörscreenings, der U7A und des erweiterten Neugeborenen-Screenings waren in den letzten Jahren bereits Teilbeschlüsse gefasst worden. Die Einführung des Mucoviscidosescreenings verzögert sich noch durch die strengen Vorgaben des Gen-Diagnostik-Gesetzes.

Ohne Evidenz keine Aufnahme in das Gelbe Heft

In der AG Kinderrichtlinien haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Patientenvertreter um eine gemeinsame Lösung gerungen. Schon bald war klar, dass es kein Screening auf Misshandlung und Vernachlässigung geben würde. Es fehlte die Evidenz. Evidenz für ein frühes Sprachscreening gibt es ebenfalls nicht. Auch die Forderung nach einem Ultraschallscreening auf angeborene Fehlbildungen der Nieren und ableitenden Harnwege scheiterte an der Schicksalsfrage der Evidenz. Es gibt keine Evidenz für den Nutzen und keine Evidenz für den Schaden eines solchen Screeningverfahrens.

Da die Sonografie in weiten Bereichen der ambulanten (und stationären) Diagnostik aber längst eine Selbstverständlichkeit geworden ist, gerade weil sie ihren Nutzen bei der frühen Abklärung von Krankheiten längst bewiesen hat, wird kaum jemand, vor allem kein Kliniker, eine Studie zur Überprüfung des Nutzens durchführen. So schadet der Erfolg der Untersuchungsmethode dieser am Ende.

Das Beispiel Sonografie zeigt deutlich: Es ist höchste Zeit, dass wir niedergelassenen Pädiater Studien in dem gesamten Bereich der Prävention einleiten. Letztendlich liegt die Expertise über das Vorsorgesystem in der ambulanten Pädiatrie.

Was ist neu am neuen Gelben Heft?

Die Gliederung des neuen Gelben Hefts ist ähnlich wie bisher: Beschreibung der Ziele und Schwerpunkte, Anamnese, orientierende Beurteilung der Entwicklung, eingehende körperliche Untersuchung, Beratung. Die Inhalte wurden überarbeitet und zeitgemäß definiert. Die Beurteilung der Entwicklung erfolgt nach dem Grenzsteinprinzip, wonach 90 bis 95 Prozent der Kinder des entsprechenden Alters einen Entwicklungsschritt erreicht haben. Die Untersuchungsmethoden für das Sehscreening wurden bereits in der U7A beschrieben und sind für weitere U-Untersuchungen obligat. Ein augenärztliches Sehscreening wird vorläufig nicht eingeführt. Daher liegt

beim Kinder- und Jugendarzt in Zukunft eine große Verantwortung zur Verringerung der Amblyopierate im Kindesalter.

Neu aufgenommen wurde die Beurteilung der Eltern-Kind-Interaktion. Dabei wird nach detaillierten Items die Qualität der elterlichen Bindung beschrieben und es können Hinweise auf eine Interaktionsstörung früher erkannt werden. Auch die vorausschauende Beratung soll in Zukunft einen größeren Stellenwert im gelben Heft haben. Grundlage hierfür bildeten die Kariesprävention und die Reduktion des plötzlichen Kindstodes.

Fehlen: die Neuen Morbiditäten

Die redaktionelle Überarbeitung, die Anpassung der Inhalte und die besprochenen Neuerungen sind insgesamt gesehen eine Verbesserung gegenüber dem über 40 Jahre alten Heft. Enttäuschend ist jedoch die mangelhafte Umsetzung der vom BVKJ seit Jahren geforderten Berücksichtigung der Realität der geänderten Krankheitslast in den pädiatrischen Praxen.

Abgelehnt wurde die Einführung der Fragebögen, zum Beispiel des Mannheimer Elternfragebogens, als anamnestische Grundlage für das Elterngespräch. Eine der Kernforderungen des BVKJ war die Verbesserung der Früherkennung der psychosozialen und emotionalen Erkrankungen und Auffälligkeiten der Kinder. In den pädiatrischen Praxen haben diese Erkrankungen eine ständig wachsende Bedeutung. Auch die Ergebnisse der KIGGS-Studie belegen die hohe Rate psycho-sozial auffälliger Kindern. Gerade der Einsatz der Fragebögen hätte dazu geführt, diese Kinder früher zu erfassen, sie früher einer Behandlung zuzuführen und eine Fülle von Leid und Ko-Morbiditäten zu verhindern. Jetzt werden wir damit leben müssen, dass die neuen Gelben Heften in diesem wichtigen Punkt Lücken haben – zum Nachteil der Kinder und ihrer Familien, denen durch das Fehlen einer Erfassung der Neuen Morbiditäten mögliche Hilfe vorenthalten wird.

Und wenn der Vorsitzende des G-BA in einem Kommentar erwähnt, es bliebe jedem Pädiater selber vorbehalten die Fragebögen trotzdem einzusetzen, zeigt dies die Widersprüchlichkeit des gesamten Verfahrens. Der Mannheimer Eltern-Fragebogen und andere haben eine

valide Basis. Ihn nicht einzusetzen bzw. seinen Einsatz zur individuellen und natürlich unbezahlten Good-Will-Entscheidung des Kinder- und Jugendarztes zu erklären, kommt einer Bankrotterklärung gleich, zeigt sich doch darin, dass es bei der Entscheidung über die Inhalte des Gelben Heftes weniger um das Wohl des Kindes ging oder als darum, Geld zu sparen.

Wir Kinder- und Jugendärzte werden uns damit nicht abfinden, sondern uns weiter dafür einsetzen,

dass jedes Kind die bestmögliche medizinische Versorgung bekommt.

Dr. Hermann Josef Kahl

40237 Düsseldorf

E-Mail: praxis@freenet.de

Der Autor ist Vorsitzender des Präventionsausschusses im BVKJ und Mitglied im G-BA

Red.: ReH

Brief aus der Praxis ● ● ●



Dr. Tanja Brunnert

Liebe Kollegen,

ich liebe meinen Beruf! Das kann ich wirklich mit Inbrunst sagen.

Ich gehe gern in meine Praxis, habe in meiner täglichen Arbeit

wahnsinnig viele Gelegenheiten zum Lachen, habe ein nettes Team und akzeptable Arbeitszeiten.

Wenn nur manchmal die Eltern nicht wären...



Mal ganz davon abgesehen, dass es als selbstverständlich angenommen wird, dass ihnen jeder Wunschtermin bitte möglichst heute noch zur Verfügung gestellt wird, vermisste ich doch immer wieder annehmbare Umgangsformen.

Das fängt beim Ausstellen des Handys an und hört bei den Schuhen auf der Untersuchungsfläche noch lange nicht auf.

Und jetzt die Urlaubszeit. Die Wochen vor und nach dem eigenen Urlaub sind ja immer eine gewisse organisatorische Herausforderung. Schließlich sollen alle die Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen trotzdem zeitgerecht erhalten. Dies wird aber durch die immer obskurer werdenden Forderungen der Eltern immer schwieriger.

Beispiel gefällig? 8 Uhr für die Vorsorge ist eigentlich generell eher nicht möglich, lieber dann so gegen 10. Gern auch flexible Ankunftszeit, denn es kann einem ja immer mal was dazwischen kommen. Für die drei Geschwisterkinder hätte die Mutter die Vorsorgetermine dann gern direkt hintereinander weg. Dass dies eine Aufenthaltszeit von knapp drei Stunden in der Praxis bedeutet, in der die lieben Kleinen das Mobiliar auseinander nehmen, ist ihr egal, mir aber nicht... Die nächste Mutter möchte am liebsten nachmittags mit ihrem Nachwuchs kommen und hier auch nur nach 17 Uhr, denn der stolze Vater will ja mindestens bis zur U9 die Kameraführung während der Vorsorge übernehmen.

Und dann immer wieder Anrufe mit Terminwunsch für heute, da morgen die Urlaubsreise ansteht. Frau Doktor möge bitte nur noch mal gucken, ob auch wirklich alles in Ordnung ist. Gern dann bitte mit Garantieübernahme für die Dauer der Ferien. Der leise Hinweis, dass die Kristallkugel noch im Keller ist, wird nur gelegentlich verstanden.

Im Sommer auch immer wieder gerne gefordert: Sportatteste. Nein, nicht das Attest zur Bescheinigung der Sportfähigkeit. Eher der Wunsch, nicht an den Bundesjugendspielen, am Laufabzeichen u. ä. teilnehmen zu müssen. Dies bitte kurz zwischen Tür und Angel, ist doch nur ein kleiner Zettel, den ich da unterschreiben soll. Schließlich ist eine sportliche Betätigung bei über 20°C doch nicht zumutbar. Lieber zu Hause auf dem Sofa Dauergymnastik, da kommt man nicht so ins Schwitzen.

Apropos Schwitzen: in Zeiten der Hitzewelle ist man ja über jeden Patienten froh, der es trotz sommerlicher Temperaturen zum vereinbarten Termin in die Praxis schafft. Natürlich haben wir aber Verständnis, dass insbesondere Vorsorgetermine, für die man natürlich dringend einen der knappen Nachmittagstermine braucht, nicht eingehalten werden, da das Kind im Freibad nicht aus dem Wasser kommen wollte. Selbstverständlich stehen wir am nächsten Tag nach nur kurzer Wartezeit zur Verfügung, wenn dann ohne Termin die Hitzefrieseln begutachtet werden sollen.

Inspiziert durch Vorschläge aus dem Familienministerium erwägen wir momentan, die 24-Stunden-Betreuung einzuführen. Wir können dann auf Wunsch auch nächtliche Termine zur Verfügung stellen. Vielleicht sollten wir hierfür auch Hausbesuche in der Kindertagesstätte anbieten. Dann können die Eltern die freie Zeit sinnvoll mit ihren Kindern nutzen. Ich werde dies bei der nächsten Teambesprechung vorschlagen, entlastet doch auch meine Mitarbeiterinnen bei der Terminvergabe, oder?

Dr. Tanja Brunnert

37077 Göttingen

E-Mail: tanja.brunnert@kinderarzt-goe.de

Red.: ReH

Neues aus der Rechtsprechung

Honorarabtretung bei der Behandlung von Kindern

Das Landgericht (LG) Mannheim hat mit Urteil vom 20. November 2014 (Az: 10 S 44/14) entschieden, dass bei der Behandlung von Kindern die Honorarabtretung an eine gewerbliche Abtretungsstelle unwirksam ist, wenn nicht beide sorgeberechtigten Elternteile in die Weitergabe der Patientendaten zu Abrechnungszwecken eingewilligt haben.

Der Sachverhalt:

In einer Krankenhausambulanz wurde ein Kind wegen einer Schnittverletzung behandelt. Die Mutter unterzeichnete eine Erklärung, mit der sie ihr Einverständnis in die Weitergabe der Patientendaten ihres Kindes an Dritte – einen Abrechnungsdienstleister – zu Abrechnungszwecken erteilte. Der Vater des Kindes verweigerte später gegenüber der Abrechnungsstelle die Zahlung, da die Einwilligung in die Weitergabe der persönlichen Daten nur von der Mutter und nicht auch von ihm erteilt worden sei. Er hat sich auf den Standpunkt gestellt, die Honorarabtretung sei unwirksam und die Inanspruchnahme durch die Abrechnungsstelle unrechtmäßig.

Das LG Mannheim ist der Argumentation des Vaters im Ergebnis gefolgt.

Die Begründung:

Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht – Einwilligung des Patienten erforderlich

Die Abtretung einer ärztlichen Honorarforderung an eine gewerbliche Verrechnungsstelle, die zum Zwecke der Rechnungsstellung und Einziehung erfolgt, verletzt die ärztliche Schweigepflicht und ist daher wegen Verstoßes gegen ein gesetzliches Verbot (§ 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB) gemäß § 134 BGB nichtig, wenn der Patient nicht in die Weitergabe seiner Abrechnungsunterlagen eingewilligt hat. Denn der Patient müsse nicht ohne Weiteres davon ausgehen, dass der Arzt, den er zur Behandlung aufsucht, sein Honorar durch eine externe Stelle abrechnen und einziehen lässt. Die Weitergabe der Behandlungsdaten an einen Dritten zum Zwecke Rechnungsstellung sei nicht zwingend erforderlich.

Bei minderjährigen Patienten Einwilligung beider Elternteile erforderlich

Bei minderjährigen Patienten soll dem LG zufolge hinsichtlich der Weitergabe der persönlichen Daten des

Kindes sogar die Einwilligung beider Elternteile erforderlich sein.

Das Erfordernis der Zustimmung beider Elternteile in die Weitergabe der persönlichen Daten des Kindes entspreche § 630d BGB und dem hohen Schutzniveau der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Werde die Einwilligung zur Weitergabe der personenbezogenen Daten also nur durch einen Elternteil erteilt, so verletze der Arzt seine Schweigepflicht und die Honorarabtretung sei wegen Verstoßes gegen die strafbedrohte Schweigepflicht zivilrechtlich nach § 134 BGB unwirksam. Die Einschränkung der Berufsfreiheit des Arztes sei im Verhältnis zum möglichst hohen Schutz der sensiblen Daten des Patienten hinzunehmen. Praktikabilitätsgründe dürften nicht zur Rechtfertigung herangezogen werden, so dass das Interesse des Arztes an einer effektiven Abrechnung seiner Honorarforderung zurücktreten müsse.

Die Einwilligung des zweiten Elternteils dürfe auch nicht aufgrund familienrechtlicher Sonderregelungen unterstellt werden. § 1357 Abs. 1 BGB regle allein die Frage, ob durch die Erklärung nur eines Elternteils ein wirksamer schuldrechtlicher Vertrag mit beiden Elternteilen zustande komme. Er treffe aber keine Aussage darüber, ob der abwesende Elternteil wirksam in die tatbestandliche Rechtsgutsverletzung der körperlichen Unversehrtheit des Kindes eingewilligt habe. Eine Ausweitung des in § 1357 BGB normierten Grundgedankens auf die Weitergabe der u.U. hochsensiblen Patientendaten verbiete sich. Auch mit den allgemeinen Vertretungsregelungen im Rahmen der elterlichen Sorge gemäß §§ 1626, 1629 BGB lasse sich mit der Einwilligung nur eines Elternteils die Weitergabe der Daten nicht rechtfertigen. Zwar sei anerkannt, dass bei Routineeingriffen die Einwilligung nur eines Elternteils genüge, jedoch sei die Weitergabe der sensiblen Daten als so schwerwiegend zu werten, dass die Einwilligung beider Elternteile erforderlich sei – und zwar unabhängig davon, ob dem konkret zu beurteilenden Behandlungsvertrag ein Routineeingriff zugrunde liegt oder nicht.

Praxistipp:

In der Praxis wird dem Umstand Rechnung zu tragen sein, dass in der Regel nur ein Elternteil das Kind zur



Dr. iur. Juliane
Netzer-Nawrocki

ärztlichen Behandlung begleitet. Die schriftliche Einwilligung beider Elternteile in die Weitergabe der personenbezogenen Daten ihres Kindes wird also in den seltensten Fällen zu erzielen sein. Dem entscheidenden Gericht war dies bei seiner Entscheidung bewusst.

Es stellt sich daher die Frage, ob es anstelle der zweiten Unterschrift ausreicht, wenn der anwesende Elternteil die Einwilligung des anderen Elternteils ausdrücklich (schriftlich) versichert. Hierfür spricht, dass die Einwilligung in die Verletzung der Verschwiegenheitspflicht datenschutzrechtlich grundsätzlich an keinerlei Form gebunden ist. Jedenfalls sind aber die vom niedergelas-

senen Arzt verwendeten Formulare entsprechend zu ändern. Der Arzt sollte die Situation mit dem anwesenden Elternteil besprechen sowie auf eine Versicherung der Einwilligung beider Elternteile durch den anwesenden Elternteil hinwirken.

*Dr. iur. Juliane Netzer-Nawrocki, Rechtsanwältin
Möller & Partner – Kanzlei für Medizinrecht
(www.m-u-p.info)
Die Anwälte der Kanzlei sind als Justiziar
des BVKJ e.V. tätig.*

Red.: ReH



bvkj.
Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

WAHLAUFRUF FÜR DEN LANDESVERBAND NORDRHEIN

Termingerecht findet vom **07.09.2015** bis **28.09.2015** die Wahl der/des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter/innen, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer/innen sowie der/des Schatzmeisterin/s statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **28.09.2015** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Thomas Fischbach, Solingen
Landesverbandsvorsitzender

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

Die Justitiare des BVKJ e.V., die **Kanzlei Dr. Möller und Partner**, stehen an jedem 1. und 3. Donnerstag eines Monats von 17.00 bis 19.00 Uhr unter der Telefonnummer **0211 / 758 488-14** für telefonische Beratungen zur Berufsausübung zur Verfügung.



Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

Wandtafel (dt./engl.) für die Praxis. Tabellarische Übersicht nach der Münchener Funktionellen Entwicklungsdiagnostik, zusammengestellt von Prof. Dr. Theodor Hellbrügge.

Dargestellt wird die Entwicklung vom Neugeborenen bis zum Ende des 12. Monats.

Format: 57 x 83,5 cm, zum Aufhängen
EUR 20,50



Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck
vertrieb@schmidt-roemhild.com
Tel.: 04 51 / 70 31 267

„Wir müssen verstehen lernen, welches unerträgliche Ausmaß Missbrauch in unserer Gesellschaft hat und was wir dagegen tun können!“ (Wilhelm Rörig).

Neue Akzente bei der Aufarbeitung von Missbrauch in Institutionen und in der Familie

Der Deutsche Bundestag hat am 2.7.2015 abschließend über die Sicherstellung einer unabhängigen Aufarbeitung in Deutschland debattiert und einen Antrag der Regierungsfractionen mit Zustimmung von Bündnis 90/Die Grünen angenommen. Die „Unabhängige Aufarbeitungskommission Kindesmissbrauch“ (UAK) soll beim Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, Johannes-Wilhelm Rörig, angesiedelt werden, im Januar 2016 ihre Arbeit aufnehmen und zunächst bis zum Ende der Amtszeit des Beauftragten, bis März 2019, tätig sein. Eine gesetzliche Grundlage wird es für die Kommission nicht geben. Auch die Finanzierung ist noch nicht abschließend geklärt. Die Einrichtung einer Kommission war seit Jahren eine zentrale Forderung von Betroffenen, weiteren Expertinnen und Experten und dem Beauftragten.

Spätestens seit 2010 wissen wir, dass sexueller Kindesmissbrauch kein Einzelphänomen ist, sondern ein unerträgliches Ausmaß in unserer Gesellschaft hat. Die Weltgesundheitsorganisation WHO spricht von 18 Millionen Kindern allein nur in Europa, die sexuelle Gewalt in ihrer Kindheit erleben. Alarmierende Zahlen, die niemanden unberührt lassen dürfen und uns als Gesellschaft zu weiterem Handeln zwingen. Es ist allerhöchste Zeit, dass wir in Deutschland auf staatlicher Ebene eine Kommission einrichten, die Strukturen untersucht, die Missbrauch in der Vergangenheit begünstigt haben. Missbrauch erledigt sich nicht von selbst. Missbrauch ist ein Generalangriff auf das Grundvertrauen und das gesunde Aufwachsen eines Kindes und wirft tiefe Schatten auf eine jede Gesellschaft. Es ist wichtig, dass Politik und Gesellschaft das von Betroffenen erlittene Unrecht anerkennen und gemessen an dem enormen Ausmaß von Missbrauch mitten unter uns in viel höherem Maße in den Schutz der Kinder vor sexueller Gewalt investieren.“ So motiviert Wilhelm Rörig die Notwendigkeit der umfassenden Aufarbeitung.

Formate und Ziele der Aufarbeitung: Die Aufarbeitungskommission soll u. a. Betroffene anhören, Zeitzeugen- und Expertengespräche führen und bereits vorliegende Aufarbeitungsberichte auswerten, dokumentieren und archivieren. Darüber hinaus soll sie Forschungsaufträge initiieren, beispielsweise für die Aufarbeitung des Missbrauchs in Familien durch die Untersuchung von Straf-, Familiengerichts- und Jugendamtsakten. Ziel ist es, ein größeres gesellschaftliches Verständnis und eine höhere Sensibilität für Ausmaß und Folgen von Missbrauch für Betroffene und für die Gesellschaft zu schaffen - und einen Lernprozess anzustoßen, durch den von Politik und Gesellschaft die heutige Prioritätensetzung überdacht

und künftig viel stärker in Prävention, Beratung und Hilfen investiert wird.

Mitglieder der Kommission: Es sollen bis zu sieben Mitglieder aus den Rechts-, Erziehungs- und Geschichtswissenschaften sowie aus medizinischen, psychologischen oder (sozial-) pädagogischen Disziplinen im Herbst 2015 vom Beauftragten berufen werden. Der Kommission wird eine eigene Geschäftsstelle zugeordnet. Für Personal- und Sachkosten sollen der Kommission jährlich ca. 3 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden. Der Beauftragte sowie zwei Mitglieder des neuen Betroffenenrates beim Beauftragten sollen Gaststatus in der Kommission erhalten.

Rechtliche Grundlage und Finanzierung: „Eine gesetzliche Verankerung der Kommission konnte politisch nicht durchgesetzt werden“, so Rörig. Dies hätte die künftige Arbeit der Kommission beim Persönlichkeits- und Datenschutz und bei der Einsichtnahme in Akten erheblich erleichtert. Jetzt sei es aber absolut wichtig, dass die Kommission ihre Arbeit aufnehme. Es werde sich bald zeigen, ob sie auf ein stärkeres rechtliches Fundament gestellt werden müsse. Wichtig sei, dass die Bundesregierung die notwendigen finanziellen Mittel jetzt schnell zusage. Das Familienministerium habe bereits Gelder in Aussicht gestellt. „Ein ressortübergreifendes Zusammenwirken bei der Finanzierung der Arbeit der Kommission wäre ein deutliches Signal an Länder, Kommunen, Kirchen, organisierten Sport und Wohlfahrt, dass die Bundesregierung insgesamt der Aufarbeitung eine sehr hohe Priorität einräumt“, betonte Rörig.

Internationaler Vergleich: Auch im europäischen und internationalen Kontext setzt Deutschland mit der Aufarbeitungskommission neue Akzente: Bisher wurde europaweit nur Missbrauch in konfessionellen

oder nicht-konfessionellen Einrichtungen untersucht, weltweit die Familie durch eine staatliche Kommission noch nicht in den Blick genommen. Rörig: „Hier nimmt Deutschland bei der Aufarbeitung jetzt weltweit eine wichtige Rolle ein!“

Quelle: Friederike Beck Pressesprecherin
friederike.beck@ubskm.bund.de

Weitere Informationen unter www.beauftragter-missbrauch.de

Red.: Kup

Deutsche Sektion der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges (IPPNW), Ärzte in sozialer Verantwortung e.V. und DAKJ fordern Willkommensstruktur für minderjährige Flüchtlinge.

Berliner Erklärung – Grundrechte und Hilfebedarf minderjähriger Flüchtlinge in den Mittelpunkt stellen

Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin und die deutsche Sektion der IPPNW haben als Ergebnis der Konferenz „Best Practice for Young Refugees“ am 6./7. Juni 2015 eine Berliner Erklärung veröffentlicht. Gemeinsam mit weiteren UnterstützerInnen fordern sie die Einhaltung der körperlichen und psychischen Unversehrtheit und die Wahrung der Menschenwürde der jungen Flüchtlinge bei allen Maßnahmen zur Alterseinschätzung. Sie betonten, dass die biologische Reife im Vergleich zum chronologischen Alter eine hohe Schwankungsbreite aufweise, sodass Altersschätzungen auf ihrer Basis sehr ungenau seien und häufig falsch interpretiert würden. Die Anwendung ionisierender Strahlen außerhalb einer medizinischen Indikation lehnen sie ab.

Vorsorgeuntersuchung anstatt ungenauer Altersdiagnostik

Es sei ethisch nicht akzeptabel, dass die Einwilligung des Flüchtlings in die Untersuchung häufig unter Druck erteilt werde. Die Einwilligenden könnten Tragweite und Bedeutung in der Regel nicht ausreichend erfassen. Statt aufwendiger, teurer und ungenauer Altersdiagnostik ohne Nutzen für die Betroffenen wird in der „Berliner Erklärung“ die bundesweite Einführung einer Jugendvorsorgeuntersuchung für alle unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge gefordert. Diese solle sowohl den Entwicklungsstand als auch den medizinischen und psychologischen Hilfebedarf erfassen und eine ganzheitliche Einschätzung der Reife unterstützen.

„Mit der UN-Konvention für die Rechte des Kindes erkennen alle Unterzeichnerstaaten einen besonderen Schutzbedarf von Minderjährigen an. Bei allen sie betreffenden Maßnahmen ist das Wohl des Kindes vorrangig zu berücksichtigen (Art. 3). Zu den Grundrechten zählen die medizinische Versorgung, die Bildung sowie in besonderem Maße Menschenwürde und körperliche Unversehrtheit“, heißt es in der Berliner Erklärung. Die Fürsorgepflicht für Minderjährige gelte unabhängig von der Staatsangehörigkeit der Betroffenen. Minderjährige, die ohne ihre Eltern vor Kriegshandlungen, körperlicher und sexueller Gewalt oder extremer Armut fliehen mussten, hätten einen besonders großen

Schutzbedarf aufgrund erlebter Traumatisierung und lebensgefährlicher Flucht.

Biologische Reife ist nicht gleich Alter

Oft können sie ihr Alter nicht durch Dokumente beweisen. Dann müssen sie sich einer Alterseinschätzung unterziehen, die in den EU-Staaten, aber auch in den deutschen Bundesländern unterschiedlich gestaltet wird. Die Verfahren reichen von Interviews und psychosozialen Clearing bis hin zu aufwendigen medizinischen Altersgutachten. Dazu werden eine körperliche Untersuchung einschließlich der äußeren Geschlechtsorgane, Röntgenuntersuchungen der Hand und des Gebisses sowie eine Computertomographie der Schlüsselbeine eingesetzt. Durch diese medizinischen Untersuchungen kann lediglich die biologische Reife eingeschätzt werden, nicht jedoch das chronologische Alter. Die Angaben sind mit einer hohen Ungenauigkeit behaftet, die selten offengelegt wird. Somit werden viele Jugendliche für volljährig erklärt, was für ihr weiteres Leben und ihre Zukunft erhebliche Nachteile mit sich bringt.

Alle Interessierten, die dies verhindern möchten, können die Berliner Erklärung durch ihre Unterschrift unterstützen.

Sie finden die vollständige Berliner Erklärung unter <http://www.kurzlink.de/young-refugees>

Red.: Kup



Kinderrechte praktisch umsetzen!

DAR BOUIDAR – ein Zuhause für allein-gelassene Kinder in Marokko

Warum braucht es ein Kinderdorf in Marokko? Wer Marokko besucht erkennt, dass das Land schön und die Gesellschaft voller Widersprüche ist. Im Königreich sind Traditionen und Religion lebendig. In dieser Welt ist kein Platz für ledige Mütter und ihre Kinder. So ist in Marokko die größte Schande (Hchouma) für eine Frau, ein uneheliches Kind zu bekommen. Ledige Mütter werden von der Gesellschaft und vom Gesetz diskriminiert. Der Druck der Umgebung ist so groß, dass vor allem sehr junge Mütter Kinder im Geheimen zur Welt bringen und sie weggeben. Sie kommen dann in Heime, wo ihnen ein Leidensweg bevorsteht. Marokko verzeichnet einen alarmierenden Zuwachs der Anzahl weggelegter Kinder von alleinstehenden Müttern: Jährlich sind es Tausende. Eine offizielle Statistik gibt es nicht. Über das Thema darf nicht offen gesprochen werden.

Ein Schweizer hilft

Hansjörg Huber, ein ehemaliger Versicherungsfachmann aus Zürich, hat drei wichtige Eigenschaften: Er ist wohlhabend, hat ein großes Herz und ist voller Tatendrang.

„Man muss diese Kinder beherzen“ sagt er. Er hat 2012 angefangen, aus eigenen Mitteln ein ganzes Dorf zu bauen. Am Fuße des Atlas, in einer beschaulichen Gegend, wird auf zehn Hektar Land ein Kinderdorf gebaut, das 80 bis 100 ausgesetz-

ten Kindern ein Zuhause, eine Gemeinschaft, eine Schule und damit eine Zukunft ermöglicht. Das Dorf umfasst 13 Familienhäuser, Schulhaus, Krankenstation, Moschee, Gästehäuser, Musterbauernhof und Kunstgalerie. Integriert im Dorf ist



das Ambulatorium von Dr. Brida von Castelberg zur Betreuung der Frauen in den umliegenden Dörfern. Im April 2015 sind die ersten 13 Kinder eingezogen. Langsam füllt sich das Dorf mit Leben und Kinderlachen. Die Kinder werden eine umfassende Förderung und Erziehung bekommen, welche ihnen den Stolz gibt, einst als erwachsene Bürger in der marokkanischen Gesellschaft ihren Platz zu haben.

Die vier Grundpfeiler des Kinderdorfes

Der familienorientierte Ansatz des Kinderdorfes basiert auf den Prinzipien der UNO-Kinderrechtskonvention. Auf dieser Grundlage wurden vier Grundsätze definiert:

- 1) Jedes Kind braucht eine zuverlässige und vertrauenswürdige Bezugsperson, eine Mutter.
- 2) Jedes Kind soll auf natürliche Weise mit Schwestern und Brüdern aufwachsen.
- 3) Jedes Kind soll in einem Haus wohnen und es als sein eigenes Zuhause empfinden dürfen.
- 4) Jedes Kind soll in einer dörflichen Umgebung leben können, die für seine Entwicklung hilfreich ist.

Nachhaltigkeit

Um Nachhaltigkeit und die Integration in die marokkanische Gesellschaft zu erreichen, wurden alle Entwicklungsschritte des Projekts mit den Behörden abgestimmt und dauerhafte Strukturen geschaffen: Beschäftigte Architekten, Anwälte, Bauarbeiter, Gärtner, Wächter, Mütter, Erzieherinnen sind Marokkaner, meistens Berber. So auch die Direktorin des Dorfes, sie ist selbst als weggelegtes Kind aufgewachsen. Im schulpflichtigen Alter werden die Kinder in Schulen in der nahegelegenen Stadt Tahnaout eingeschult. Das medizinische Personal des Kinderdorfes wird die ärztliche Versorgung der Berberdörfer in der Umgebung unterstützen. Ambulanzfahrzeuge stehen zur Verfügung. Kürzlich wurde eine marokkanische Ärztin eingestellt. Die Strukturen der ärztlichen Versorgung sind im Aufbau.

„Tue Gutes und sprich darüber“, sagt Hansjörg Huber

Das Kinderdorf Dar Boudar braucht Unterstützung

In der Schweiz, Deutschland und Frankreich wurden Vereine

gegründet, die für das Kinderdorf professionell arbeiten. Jeder Mitgliedschaftsbeitrag und jede Spende werden zu 100 Prozent für den Betrieb und den Unterhalt des Kinderdorfs verwendet. Sämtliche Verwaltungskosten tragen die Vorstandsmitglieder der Vereine aus privaten Mitteln. Zur Fertigstellung des Dorfes und des laufenden Betrieb braucht das Kinderdorf nun weitere Unterstützung. Durch eine Mitgliedschaft und einen jährlichen Beitrag in einer Höhe von mindestens 100 € kann jedermann das Kinderdorf unterstützen. Dar Boudar legt Wert auf Transparenz. Menschen, die sich für das Projekt interessieren und eine Reise nach Marokko planen, können jederzeit Dar Boudar besuchen.

Weitere Informationen:

www.kinderdorf-marrakech.ch
oder www.kinderdorf-marrakech.de
oder beim Verein zur Unterstützung „Les enfants Dar Boudar“ Schipfe 25 8001 Zürich (j.schaetzle@kinderdorf-marrakech.ch).

Gesucht werden....

Fachärzte für Pädiatrie, Frauenärzte, Krankenschwestern, Physio- und Ergotherapeuten können sich als Freiwillige zu einem mindestens dreiwöchigen Einsatz zur Unterstützung des einheimischen medizinischen Personals melden. Für Reise und Unterhalt müssten sie selber aufkommen. Arabischkenntnisse sind nicht nötig. Französischkenntnisse sollten vorhanden sein. Bei Interesse sollte ein kurzer CV und der Zeitraum der Verfügbarkeit angegeben werden.

Kontakt:

Fondation@lesenfantsdarboudar.org
und grhuss@t-online.de

Dr. Gottfried Huss MPH
BVKJ Beauftragter „Pädiater in Krisenregionen“

Sonnenweg 7
79618 Rheinfelden
Tel.: 07623/8502
E-Mail: grhuss@t-online.de

Red.: ReH

Ehrungen beim Kinder- und Jugendärztetag 2015 in Berlin

Die „Gaißacher Tage“ sind bundesweit eine Institution pädiatrischer Fortbildung. Sie sind seit 26 Jahren mit dem Namen **Prof. Dr. Carl-Peter Bauer** verbunden. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte ehrte die hervorragenden Verdienste von Prof. Dr. med. Carl-Peter Bauer um die kinder- und jugendärztliche Fortbildung mit der Verleihung der **Meinhard-von-Pfaundler-Medaille**.



Sein besonderes Interesse gilt der Allergologie, der Kinderpneumologie, der Umweltmedizin, der Sportmedizin und dem Rehabilitationswesen. Wissenschaftlich arbeitete Prof. Bauer schwerpunktmäßig auf dem Gebiet der Früherkennung und Prävention allergischer Erkrankungen sowie auf dem Gebiet der Pädiatrischen Rehabilitation. Über 200 nationale und internationale Publikationen sowie zahlreiche Buchbeiträge zeugen von seinem Fleiß und seiner Fachkenntnis. Er war Gründer und Präsident vieler Fachgesellschaften seiner Interessens- und Arbeitsschwerpunkte. Bei vielen Tagungen wirkte er als Präsident und sein Wissen ist in Schriftleitung und Beirat von pädiatrischen Zeitschriften gefragt. Für sein großes Engagement und seine Verdienste erhielt Prof. Bauer 2010 das Bundesverdienstkreuz am Bande.

Dr. Barbara Lütticke ist niedergelassene Kinder- und Jugendärztin mit den Schwerpunkten Neuropädiatrie und Neonatologie. Sie ist seit vielen Jahren Mitglied im BVKJ,



war Obfrau in Freiburg, lange Jahre auch Delegierte ihres Landesverbands und Mitglied des Vorstands im LV Baden-Württemberg. Zudem ist sie Mitglied im erweiterten Vorstand des Paednet Südbaden. Sie hat in hervorragender Weise dreimal die Fortbildungsveranstaltung „Pädiatrie zum Anfassen“ in Freiburg organisiert und ist auch seit vielen Jahren aktive Mitgestalterin pädiatrischer Fortbildungen in Freiburg und Umgebung. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte ehrt das beispielhafte berufspolitische Engagement von Frau Dr. med. Barbara Lütticke mit der Verleihung der **Ehrennadel in Silber**.

Dr. Holger Handel ist ein Mann der ersten Stunde, der ganz entscheidend dazu mitgeholfen hat, dass die Pädiatrie nach der Wende in Ost und West in relativ kurzer Zeit zusammenwuchs. Bereits im Mai 1990 gründete er zusammen



mit dem damaligen Präsidenten des BVKJ, Dr. Werner Schmidt, den LV Sachsen-Anhalt, den ersten Landesverband in den Neuen Bundesländern. Als Landesverbandsvorsitzender hat er ganz wesentlich dazu beigetragen, dass auch in Sachsen-Anhalt eine weitgehend flächendeckende ambulante Kinder- und Jugendmedizin durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte entstehen konnte. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte ehrt das beispielhafte berufspolitische Engagement von Herrn Dr. med. Holger Handel mit der Verleihung der **Ehrennadel in Silber**.

Wie kein anderer in Deutschland verkörpert **Dr. Folkert Fehr**, Sinsheim, Ideen einer modernen Aus- und Weiterbildung in der Pädiatrie, insbesondere in der allgemeinen ambulanten Tätigkeit. Bereits sein Studium war mit der Fächerkombination Medizin, Philosophie, Psychologie, Pädagogik und Geschich-



te der Medizin ungewöhnlich. Im Rahmen eines Fakultätsstipendiums war er bereits als Student zur vergleichenden Analyse der medizinischen Curricula an den Universitäten Harvard, Brown's und Yale in den USA. An der University of New Mexico in Albuquerque, USA, baute er Studierendenkurse mit der Methodik des problemorientierten Lernens auf.

Folkert Fehr war stellv. Pressesprecher des LV Baden im BVKJ, ab 2005 hat er das „Pädiatrische Praxiscurriculum HEICUMED“ in Heidelberg mit aufgebaut und seit

Juni 2006 ist er Lehrbeauftragter für Ethik in der Medizin an der Universität Heidelberg. Im Dezember 2006 hat er das Netzwerk „0 – 6 Entwicklung unterstützen“ mitgegründet. Seit 2007 betreibt er eine akademische Lehrpraxis der Uni-

versität in Heidelberg und führt die Schwerpunktbezeichnung „Neuropädiatrie“. Bei der LÄK Baden-Württemberg ist er Prüfer im Fach Kinder- und Jugendmedizin.

Seit 2010 ist Folkert Fehr 2. Vorsitzender der DGAAP, und

Vorstandsmitglied in anderen pädiatrischen Gesellschaften. Der Berufsverband der Kinder und Jugendärzte ehrt Dr. Folkert Fehr mit der Verleihung des **August-Steffen-Preises**.

Kup

„Mir ist immer so schlecht“

Das oft nicht näher zu bestimmende Symptom „Übelkeit“ bei Jugendlichen hat häufig keinen somatischen Krankheitswert, sondern ist als existentielle Krise im Rahmen der Pubertätsentwicklung als ein Leiden am Leben zu sehen, verschärft durch Anforderungen wie Schule, häusliche Probleme oder sozialen Druck. Weitergehende medizinische Abklärungsversuche sind nicht nur frustrierend, sondern in der Regel kontraindiziert, da sie zu einer somatischen Fixierung führen, wenn die Jugendlichen mit der Diagnose einer vermeintlichen Erkrankung etikettiert werden oder gar eine Behandlung dafür erhalten.



Dem Kinder- und Jugendarzt sind die Jugendlichen, meist handelt es sich um junge Damen, geläufig, die im Alter zwischen zehn und 16 Jahren wegen unklarer Übelkeit in aller Regel

akut und häufig ohne Termin von ihren besorgten Müttern mit dem Wunsch nach gründlicher Untersuchung und der nachdrücklichen Forderung nach einer Blutuntersuchung vorgestellt werden. Die

Anamnese ist wenig ergiebig, die Übelkeit kann nicht näher beschrieben werden, und die wortkargen jungen Damen antworten einsilbig:

Musst Du erbrechen?

Nein, aber mir ist immer so schlecht.

Hast Du Durchfall?

Nein, aber mir ist immer so schlecht.

Hast Du Bauchweh?

Nein, aber mir ist immer so schlecht.

Schläfst Du gut?

Ja, aber mir ist immer so schlecht.

Fehlst Du oft in der Schule?

Nein, aber mir ist immer so schlecht.

Was meinst Du denn, mit „immer so schlecht“?

Kann ich auch nicht genau sagen, aber mir ist immer so schlecht.....

Die Mutter verdreht schon die Augen, sie ist hilflos, hatte sie doch erwartet, dass der Arzt auch ohne nähere und bestimmtere Angaben sofort merkt, was los ist: „Sie sind doch der Arzt“.

Was ist zu tun? Bei einem sonst normal erscheinenden Jugendlichen sind nach einer Sozialanamnese, nach dem Gewinnen eines Bildes zur psychischen Situation des Jugendlichen, einer orientierenden körperlichen Untersuchung sowie der vegetativen Anamnese keine weiteren medizini-

schen Untersuchungen sinnvoll. Es ist unabdingbar, mit dem Jugendlichen allein zu sprechen, also die Eltern vor die Tür zu schicken. In der Akutprechstunde ergibt sich oft nicht die Gelegenheit, vorsichtig weiter zu explorieren, es lohnt sich aber, die Akutvorstellung zu nutzen, weil die Jugendlichen ausgemachte spätere Termine in aller Regel nicht wahrnehmen, was zum Frust des sich dafür extra, vielleicht sogar außerhalb der Sprechstunde Zeit nehmenden Arztes führt.

Laboruntersuchungen werden oft in der Akutprechstunde mal eben schnell vorgenommen, „ut aliquid fiat“ und um Zeit zu gewinnen: eine Blutabnahme geht schneller als ein vertrauensvolles Gespräch und gibt die Gelegenheit, zu einem späteren Termin eine „Besprechung der Laborergebnisse“ auszumachen. Dennoch sind derartige diagnostische Rundumschläge ein schlechter Rat. „Werte“ zu erheben führt nur auf falsche Fährten eines vermeintlichen Eisenmangels, Vitamin-D-Mangels oder einer „Schilddrüsenunterfunktion“, und damit zu chronischer Pathologie. Wir sollten uns mit anderen „Werten“ beschäftigen, von denen weiter unten die Rede sein wird. Wichtiger und gesundheitsfördernder ist, den Jugendlichen und seinen Eltern klar zu machen, dass erstens Gesundheit nicht beweisbar ist, und zweitens, nach dem Motto „Einmal ist Keinmal“, eine Laboruntersuchung in aller Regel eine Kontrolle bedingt. Das kann, wenn es im nächsten Quartal ist, für den merkantil orientierten Kollegen bei dieser sich sonst so rar machenden Altersgruppe ganz einträglich sein, führt aber zu einer Fixierung auf ein vermeintliches medizinisches Problem und hat einen verheerenden Effekt im Sinne einer Medikalisierung der Jugend. Diese wird von mancher Seite, vom Gesundheitssystem insgesamt, durchaus gewünscht, gelten doch die Jugendlichen als vernachlässigte und verwaiste Klientel. Wollen wir aber im besten Sinne gesundheitsfördernd, salutogenetisch handeln, müssen wir diese Symptomatik in einem anderen Licht betrachten. Warum ist dem Jugendlichen

schlecht, was verursacht die Übelkeit, warum ist sie so schlecht beschreibbar? Eine mögliche Antwort finden wir in der Literatur:

Die Übelkeit, *la nausée*, auf deutsch mit „der Ekel“ übersetzt, ist der Titel des 1938 erschienenen Romans von Jean-Paul Sartre (1905-1980), der als ein Hauptwerk des Existentialismus gilt. In ihm geht es um die individuelle Welterfahrung des Ich-Erzählers, Antoine Roquentin, in seiner Existenz in der Welt der Erwachsenen: seine Sinnlosigkeit, seine Begrifflichkeiten und seine leeren Strukturen. Die Ursache seiner Übelkeit, des Ekels, ist die Zufälligkeit und vielleicht auch die Sinnlosigkeit des Lebens und unser aller Existenz. Nach Sartres Kontingenztheorie ist das menschliche Leben ein Zufallsprodukt und hat keine Sinnggebung durch übergeordnete Instanzen. Diesen harten Stoff zu verdauen ist eine der wesentlichen Entwicklungsaufgaben. Auch wir Erwachsenen haben damit zu kämpfen, überfällt uns nicht auch oft die Übelkeit angesichts täglicher Routinen und Belastungen, Ärger und Sinnlosigkeit? Aber uns ist der Weg in die offensichtliche Somatisierung, die wir bei Kindern und Jugendlichen so unverblümt wahrnehmen, durch unser Wissen und die Introspektionsfähigkeit weitgehend versperrt oder nur in sublimer, noch undurchschaubarer Form erkennbar.

Übelkeit behandeln

Die Behandlung setzt zunächst eine vorbehaltlose Annahme des Jugendlichen voraus, ein Ernstnehmen seiner Beschwerden im lebensgeschichtlichen Zusammenhang ohne zu sehr auf die körperlichen, meist wechselnd – vielgestaltigen Symptome, einzugehen. Ein Einzelgespräch sollte unbedingt möglich gemacht werden; wenn die begleitende Bezugsperson dies nicht zulässt, hat dies eine diagnostische Bedeutung: der Jugendliche wird in seinen Autonomiebestrebungen nicht wahrgenommen, wird klein gehalten. Ein Symptomkalender kann sehr hilfreich sein, Symbole wie Smileys können die

Befindlichkeit ausdrücken. Individuelle Kalender sind aussagekräftiger als vorgefertigte. Je nach Akuität soll der Kalender zwei bis acht Wochen geführt werden, und dann ein Gesprächstermin ausgemacht werden. In der Praxis muss das psychotherapeutische Setting dem Bedarf angepasst werden; regelmäßige wöchentliche Gesprächstermine von 50 Minuten überfordern die Jugendlichen häufig und sind meist nicht notwendig; eine punktuelle Begleitung ist häufig ausreichend. Wichtig ist aber, dass der Patient einen festen Termin bekommt und weiß, wann er wiederkommen soll. Bekanntlich sind Jugendliche, was Terminvereinbarungen angeht, sehr unzuverlässig, und die Prioritäten wechseln rasch. Das kann auch als gesunder Abwehrmechanismus verstanden werden. Katamnesen zeigen, wie schnell sich eine solche drängende Symptomatik entaktualisiert, auch ohne dass es zu Symptomverschiebungen zu anderen Befindlichkeitsstörungen kommen muss. Der Verlauf bedingt die weitere Therapie, ob etwa eine hochfrequenter psychotherapeutische Behandlung bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten notwendig ist oder die gelegentlichen Kontakte zum entsprechend geschulten und hierfür offenen Kinder- und Jugendarzt ausreichen. Auf jeden Fall sollte es gelingen, dem Jugendlichen zu vermitteln, jederzeit wiederkommen zu dürfen. Die Perspektive eines festen Termins ist trotz des damit häufig verbundenen Frustes für den Therapeuten eine große Hilfe und gibt dem Jugendlichen Halt. Die Diagnose eines chronischen Leidens sollte im Sinne des salutogenetischen Ansatzes vermieden, das Bewusstsein, im Grunde gesund zu sein, bestärkt und Gesundheitsängste, die heute in der Hierarchie der Angst ganz oben stehen, nicht weiter geschürt werden.

Dr. Stephan H. Nolte
35039 Marburg
E-Mail: shnol@t-online.de

Red.: ReH

Die Welt der Kinder im Blick der Maler



Foto: © agf-images.de © Otto Dix/VG Bild-Kunst

Otto Dix, Mädchen am Sonntag, 1921
Kunstsammlungen Chemnitz
Museum Gunzenhauser

Dieses Mädchenantlitz prägt sich ein. Wir sehen ein sensibles, nachdenkliches, bedrücktes Geschöpf, es wirkt einsam. Im Sonntagsstaat sitzt die junge Dame auf einer Holzbank, sie trägt ein blaues Kleid mit weißen Tupfen, auf dem schwarzen Rock Bordüren, das Haar ist sorgfältig onduliert, es wird von einer rosa Schleife zusammengehalten. Das Zimmer ist angefüllt von kleinbürgerlichem Hausrat: Vertiko, Regulator, eine künstliche Palme, von der Decke hängt eine Petroleumlampe, die gemalten und gerahmten Anfangsworte des Chorals „Ein feste Burg...“ schmücken die Wand. Durch das Fenster sind Teile einer Industrielandschaft zu erkennen. Wir wissen nicht, was dem Mädchen Kummer bereitet. Ist ihr untersagt worden, die Freundin zu besuchen? Oder ist es die Hoff-

nungslosigkeit in einem spießbürgerlichen Umfeld, die sie gefangen hält?

Bisher ist nicht bekannt, ob es sich bei dem dargestellten Mädchen um ein Porträt handelt. Die ausgeprägte Physiognomie spricht dafür. Gab es einen Auftrag dafür? Auf jeden Fall zeugt die Darstellungsweise von der Empathie des Künstlers.

Otto Dix stammte aus einfachen Verhältnissen (der Vater war Former in einem Gießereibetrieb), er wuchs mit vier Geschwistern auf. Schon früh zeigte sich seine Begabung für das Malen. „Malen konnte ich eigentlich ohne Vorbilder schon immer, aber natürlich verdanke ich meinem alten Lehrer Schunke viel, der mich zu gestalterischer Freiheit führte. Erst später, in der Kunstgewerbeschule, habe ich ganz freiwillig die Kamelast des Drills auf mich geladen.“ Nach der Volksschule begann er mit 14 Jahren eine Lehre als Dekorationsmaler und besuchte dann die Kunstgewerbeschule in Dresden.

In der ersten Zeit seines Schaffens ließ er sich vom Spätimpressionismus beeinflussen. Als Soldat im 1. Weltkrieg erlebte er die Schrecken des Krieges und später das Elend und die Not der Nachkriegszeit. Der Expressionismus erschien als die geeignete Kunstform, die tiefen Erschütterungen zu verarbeiten. So agieren Kriegsversehrte und Bettler, Arbeiter und Spekulanten, Gewinner und Verlierer der Revolution in allen Formen der körperlichen und sozialen Verunstaltung. Er bekannte sich zu Nietzsche als einem entscheidenden Lehrer und forderte die Demaskierung des Zeitalters und die Umwertung bestehender Werte. Dabei griff er auch Tabuthemen wie den Lustmord und den Sodomasochismus auf, er zeigte eine entfesselte Sexualität.

Aber die expressionistischen und dadaistischen Experimente sind für ihn mit dem Jahr 1919 abgeschlossen. Er wendet sich einer realistischen Betrachtungsweise zu. „Ich bin bemüht, mit meinen

Bildern zur Sinngebung unserer Zeit zu gelangen.“ In seiner Kunst wird die Liebe zu den geschilderten Geschöpfen deutlich. Er verzichtet auf Sensationen in der Darstellungsweise, begnügt sich mit sparsamen Gesten, legt aber großen Wert auf handwerkliche Präzision. Er und andere Künstler studieren die Farben und Maltechniken der Renaissancemaler und gelangen so zu einer genauen Abbildung der Wirklichkeit. Das Lasieren erlaubt mehrere durchscheinende Farbschichten, so dass z. B. die Haut besonders lebendig wirkt. In der Folgezeit setzt sich die Neue Sachlichkeit als eine wichtige Kunstrichtung des 20. Jahrhunderts durch. Otto Dix: „Die Neue Sachlichkeit, das habe ich erfunden.“ Heute findet diese Kunstrichtung zunehmendes Interesse. Das zeigen die drei großen Ausstellungen (Dresden 2011, Stuttgart 2012-2013, Mannheim 2013-2014).

In den folgenden Jahren malte er viele Bildnisse in altmeisterlicher Technik und wurde ein begehrter Porträtmaler. Reiche Damen, die sich von ihm porträtieren ließen, konnten nicht damit rechnen, dass er Schwächen ihres Erscheinungsbildes „schönte“, er blieb immer bei der Wahrheit. Manches Porträt wurde von den Porträtierten im Zorn vernichtet. Vor der Naziherrschaft entstanden die großen Triptychen „Die Großstadt“ und „Der Krieg“, Visionen erlebter und drohender Schrecken.

Das „Mädchen am Sonntag“ steht bei Dix am Anfang der neu-sachlichen Malerei. Es zeigt eine sorgfältig durchdachte Komposition und eine gelungene Farbgestaltung, die sich an den Vorbildern Cranach, Dürer und Grünewald orientiert. Er selbst nannte sich einen Schüler dieser Maler.

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

Red: ReH

Buchtipps

B. Herrmann, S. Banaschak,
U. Thyen, R. Dettmeyer
Kindesmisshandlung
Springer Verlag, 2. vollst. aktuali-
sierte und erw. Auflage 2010,
349 S., 177 Abb., € 49,99
ISBN 978-3-642-10205-9



che Übersehen von Misshandlung vorwerfen, eindringlich und sachlich das nötige Rüstzeug für Ärzte, insbesondere Kinder- und Jugendärzte, und für alle Gesundheitsberufe bereit stellt, verdient es auch sechs Jahre nach der rasch vergriffenen ersten Auflage und vier Jahr nach der zweiten noch einmal einer Erwähnung. Es soll bei der fachgerechten medizinischen Diagnostik und Intervention als Leitfaden dienen, ist aber auch als Ratgeber und Nachschlagewerk für andere Fachleute im Kinderschutz, etwa Jugendamtsmitarbeiter, Beratungsstellen, Juristen und Polizeidienststellen gedacht. Denn nicht nur für Ärzte ist die Konfrontation mit Gewalt ein belastendes und oft mit Unsicherheiten behaftetes Thema. Es bedarf geeigneter Strategien für den Umgang mit Verdachtsfällen, fundierter fachlicher Grundlagen für die Diagnose, Sicherheit in Rechtsfragen und erprobter Konzepte für die Intervention, um vom „ungenuten Gefühl“ zu evidenzbasiertem Handeln überzuleiten und nicht den meist leichteren, aber verhängnisvollen Weg des Wegsehens zu beschreiten. Die Autorinnen und Autoren sind renommierte Pädiater und Rechtsmediziner, die über umfangreiche Erfahrung, vielfältiges Engagement und zahlreiche Publi-

kationen zur Thematik hervorgetreten sind.

Nach einer Einleitung zur Entwicklung des Rolle Kinderschutzes unter besonderer Berücksichtigung der Medizin gliedert es sich in Abschnitte zur körperlichen Kindesmisshandlung, zum sexuellen Missbrauch, zur Vernachlässigung und emotionalen Misshandlung und schließlich Kindstötung. Kapitel zu Beweissicherung und zu gerichtlichen Verfahren sowie Intervention und Prophylaxe. In einem Anhang werden neben Internetadressen, einem Glossar, Literatur und Leitlinien Dokumentationsbögen als konkrete Ausführungshilfen zur Verfügung gestellt.

Das profunde, interdisziplinär angelegte Werk vermittelt Grundlagen und Handwerkszeug, um Misshandlungen frühzeitig wahrzunehmen. Es hilft, auf der Basis des theoretischem Hintergrundwissens ganz pragmatisch für die tägliche Praxis, die betroffenen Kinder und ihre Familien zu betreuen und in interdisziplinärer Kooperation für sie richtige Lösungsmöglichkeiten zu suchen.

Dr. Stephan Heinrich Nolte
35039 Marburg
E-Mail: shnol@t-online.de

Red.: ReH

Vollständig aktualisiert und durch neuere Gesetze und Leitlinien ergänzt wurde die zweite Auflage des ersten deutschen Handbuchs zum Thema Kindesmisshandlung. Weil es, im Gegensatz zur jüngsten Publikation, die Kinder- und Jugendärzten in populistischer und unsachlicher Meinungsmache das geflissentli-



Geburtstage im September 2015

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Barbara Groth,
Heidelberg, am 02.09.
Herr Dr. med. Rudolf Hessberger,
Hünfeld, am 06.09.
Frau Dr. med. Brigitte Schönemann,
Wessentin/Post Broock, am 07.09.

Frau Christiane Eisele,
Benshausen, am 08.09.
Herr Dr. med. Claus Jourdan,
Bad Salzuflen, am 09.09.
Herr Dr. med. Rainer Felsenhorst,
Frankfurt, am 10.09.
Frau Dr. med. Ulrike Düx-Waniek,
Ratingen, am 12.09.
Herr Dr. med. Thomas Sturm,
Fürstenfeldbruck, am 14.09.
Herr Dr. med. Friedebert Laubach,
Leverkusen, am 14.09.
Frau Wevline Léger-Söhlbrand,
Maintal, am 17.09.
Frau Dr. med. Sofiya Blyufshyteyn,
Unna, am 19.09.

Frau Dipl.-Med. Sabine Opitz,
Berlin, am 23.09.
Herr Klaus Brennecke,
Hamburg, am 25.09.

70. Geburtstag

Herr Dr. med. Gerhard Hofmann,
Kühbach, am 02.09.
Herr Dr. med. Hans Stöckle,
Wangen, am 06.09.
Herr Pung Hoa Tjan,
Neustadt, am 11.09.
Frau Dr. med. Anneliese Winterstein,
Buchholz in der Nordheide,
am 13.09.
Herr Dr. med. Michael Hawranek,
Forchheim, am 14.09.

Frau Dr. med. Elisabeth Meyer,
Hockenheim, am 15.09.

Frau Dipl.-Med. Ulrike Felsch,
Sankt Peter-Ording, am 18.09.

Frau Dr. med. Brigitte Prause,
München, am 23.09.

Herr Dr. med. Jürgen Bellmann,
Geyer, am 26.09.

Frau Carola Fischer,
Naunhof, am 30.09.

Frau Dr. med. Marie Coen Avila-Schäfer,
Hamburg, am 30.09.

75. Geburtstag

Herr Dr. med. Harald Böttcher,
Künzelsau, am 01.09.

Frau Dr. med. Edelgard Woidak,
Böhlen, am 03.09.

Frau Dr. med. Inge Lindemann,
Münster, am 04.09.

Frau Dr. med. Dorothea v. Vacano,
Tübingen, am 05.09.

Frau Dr. med. Sigrid Timmermann-
Küntzel, Bad Nauheim, am 07.09.

Herr Dr. med. Jürgen Hausmann,
Warin, am 07.09.

Frau Dr. med. Monika Gampe,
Gröditz, am 09.09.

Herr Dr. med. Dietmar Panitz,
Essen, am 13.09.

Herr Dr. med. Werner Jessberger,
Kelheim, am 14.09.

Frau Dr. med. Christine Wolf,
Lübben, am 15.09.

Herr Dr. med. Herbert Breu,
Münster, am 15.09.

Herr Dr. med. Jörg Abigt,
Ehingen, am 15.09.

Herr Dr. med. Peter Keller,
Berlin, am 18.09.

Herr Dr. med. Wulf Linnewedel,
Bremervörde, am 19.09.

Herr Dr. med. James Ribeiro-Ayeh,
Obertshausen, am 24.09.

Frau Dr. med. Gisela Linnenbaum,
Vechelde, am 26.09.

Herr Dr. med. Harald Fischer,
Niddatal, am 27.09.

Frau Ute Ziegenhorn, Leipzig, am 28.09.

Herr MR Dr. med. Arnulf Sallach,
Finsterwalde, am 28.09.

Frau Dr. med. Suse Weber,
Freiburg, am 29.09.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Christa Schweiger,
Eschborn, am 07.09.

Frau Dr. med. Sigrid Weber,
Hochheim, am 09.09.

Frau Dr. med. Hanni Zeinert,
Kolkwitz, am 30.09.

81. Geburtstag

Herr Dr. med. Karl vom Bauer,
Trier, am 14.09.

Frau SR Dr. med. Käte Geschke,
Burgstädt, am 14.09.

Frau Dr. med. Hildegard Winter-Walker,
Stuttgart, am 18.09.

Frau Mona Prehn, Röttingen, am 23.09.

Frau SR Dr. med. Gertraud Jeschkeit,
Halle, am 24.09.

82. Geburtstag

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

83. Geburtstag

Herr Dr. med. Werner Schneider,
Schwetzingen, am 11.09.

Herr Dr. med. Hans-Martin Metzger,
Pforzheim, am 19.09.

Herr Med. Dir. Walter Pösch,
Bremen, am 28.09.

84. Geburtstag

Herr Dr. med. Manfred Marz,
Augsburg, am 02.09.

Herr Dr. med. Horst Gebauer,
Bischofswerda, am 06.09.

Herr Dr. med. Walter Pössel,
Berlin, am 23.09.

Frau Dr. med. Anita Kahlow-Mardus,
Berlin, am 25.09.

86. Geburtstag

Herr Dr. med. Jochem Kaufmann,
Bamberg, am 04.09.

87. Geburtstag

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

88. Geburtstag

Herr Dr. med. Siegfried Adler,
Eberswalde, am 26.09.

89. Geburtstag

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

Herr Dr. med. Karlhorst Bacus,
Mülheim, am 30.09.

90. Geburtstag

Herr Dr. med. Herbert Marx,
Lüdinghausen, am 18.09.

Herr Dr. med. Eberhard Kreikemeier,
Kronshagen, am 23.09.

92. Geburtstag

Herr Dr. med. Friedrich Bettecken,
Villingen-Schwenningen, am 13.09.

93. Geburtstag

Frau Susanne Behrendt-Linke,
Berlin, am 25.09.

95. Geburtstag

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

Wir trauern um:

Herrn Prof. Dr. med. Hans Helge,
Berlin

Herrn Dr. med. Werner Schneidt,
Seeshaupt

Im Monat Juni durften wir 38 neue Mitglieder begrüßen.

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



Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Angela Aldus



Niedersachsen

Herrn Dr. med.
Stefan Debler

Herrn Priv.-Doz. Dr. med.
Lars Klinge

Herrn Simon Sporrer



Rheinland-Pfalz

Herrn Dirk Neumayer



Berlin

Frau Dr. med. Anja von Renesse



Westfalen-Lippe

Frau Dr. med. Petra Dettmer

Fortbildungstermine

bvkj.

 Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Programme und Anmeldeformulare finden Sie immer aktuell unter:
www.bvkj.de/kongresse

August 2015

19. August 2015
„Immer etwas Neues“ 2015 in Leverkusen
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

September 2015

5. September 2015
Jahrestagung des LV Sachsen
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V., in Dresden, Sächsische LÄK, Tagungsleitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul, Auskunft: ①

9. September 2015
Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V., in Rostock, Auskunft: ①

09. September 2015
„Immer etwas Neues“ 2015 in Berlin
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

11. - 13. September 2015
19. Pädiatrie zum Anfassen
des BVKJ, LV Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein und Niedersachsen, Lübeck, Auskunft: ②

12. September 2015
18. Seminartagung des LV Hessen, Bad Nauheim
Tag.-Leiter: Dr. Ralf Moebus
Dr. Lutz Müller, Auskunft: ①

16. September 2015
„Immer etwas Neues“ 2015 in Verden
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

23. September 2015
„Immer etwas Neues“ 2015 in Erfurt
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

30. September 2015
„Immer etwas Neues“ 2015 in Hamburg
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

Oktober 2015

7. - 9. Oktober 2015
Workshop für Leitende Ärztinnen und Ärzte in Bad Orb
Wiss.Leiter:
Prof. Dr. Ronald G.Schmid, Altötting
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Tel.: 0221/68909-16, Fax: 0221/68909-78
(eva.ebbinghaus@uminfo.de)

9. - 14. Oktober 2015
43. Herbst-Seminar-Kongress
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V., Bad Orb
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Tel.: 0221/68909-15/26, Fax: 0221/68909-78
(bvkj.kongress@uminfo.de) ②

17. Oktober 2015
Workshop „Sprung in die Praxis“
des BVKJ LV Bayern
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.,
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Tel.: 0221/68909-0, Fax: 02221/683204
(bvkj.buero@uminfo.de)

21. Oktober 2015
„Immer etwas Neues“ 2015 in München

Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

November 2015

7. November 2015
Jahrestagung des LV Niedersachsen
des BVKJ in Verden
Verantwortlich: Dr. Tilman Kaethner und Dr. Ulrike Gitmans, Auskunft: ③

7.-8. November 2015
Psychosoziale Themen des Praxisalltages in Herford
Wiss.Leiter:
Dr. Uwe Büsching, Bielefeld
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Tel.: 0221/68909-15/-26
Fax: 0221/68909-78
(bvkj.kongress@uminfo.de)

14. - 15. November 2015
13. Pädiatrie zum Anfassen
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V.
LV Bayern, in Bamberg
Tagungsleiter:
Prof. Dr. C. P. Bauer, Gaißach/München
Verantwortlich:
Dr. Martin Lang
Bahnhofstr.4, 86150 Augsburg
Auskunft: ③

25. November 2015
„Immer etwas Neues“ 2015 in Nürtingen
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

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

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

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

④ Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-3907300, Fax 09321-3907399,
info@interface-congress.de

⑤ Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V., Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
Tel: 0221-68909-26 / Fax: 0221-68909-78, Email: Yvonne.rottlaender@uminfo.de



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Psychosoziale Themen des Praxisalltages 07. und 08.11.2015 in Herford

Mit freundlicher Unterstützung von



Psychosoziale Themen des Praxisalltages

Gibt es denn nicht schon genug Themen zur psychosomatischen Grundversorgung, zur Sozialpädiatrie? Kann es genug Fortbildung geben? Mit diesem Seminarwochenende wollen die Organisatoren drei Gruppen von Pädiatern ansprechen:

1. Junge Kolleginnen und Kollegen, die sich in die Thematik einarbeiten wollen und von erfahrenen Kinder- und Jugendärzten lernen wollen.
2. Eben diese erfahrenen Ärzte, die in den Kleingruppen mit uns ihre Tipps und Tricks austauschen wollen.
3. Ärzte, die bei den Kursen zur psychosomatischen Grundversorgung oder der Sozialpädiatrie noch nicht genug zu dem wohl wichtigsten Versorgungsauftrag, den neuen Kinderkrankheiten mit Schwerpunkt ADHS, gehört haben.

Pädiatrie beginnt gerade eben den steinigsten Weg, weg von den Infektionskrankheiten hin zu einem biopsychosozialen Verständnis der Erkrankungen, wie sie täglich in

Praxis und Klinik vorgestellt werden. Gibt es eine Vereinbarung von Zeitmanagement und EBM?

Wir freuen uns auf Sie!

Dr.med. Uwe Büsching

Samstag, 7.11.2015

Vorträge - Beginn: 10.00 Uhr

- V1** Regulationsstörungen
V2 Neue Kinderkrankheiten Diagnostik bei den Krankheitsfrüherkennungsuntersuchung (U7 bis U10)
V3 Fragebögen u. Testverfahren
V4 Arzneimittelauswahl bei ADHS

Samstagnachmittag:

Seminare zu den Vorträgen

Block I: 15:00 – 16:30 h
Block II: 17:00 – 18:30 h
19.00 h Abendessen

Sonntag, 8.11.2015

Seminare zu den Vorträgen

Block III: 08:30 – 10:00 h
Block IV: 10:30 – 12:00 h
12.00 h Gemeinsamer Abschluss – Kritik in den Kleingruppen
12.15 h Ausgabe der Teilnahmebescheinigungen (Die Zertifizierung ist bei der ÄKWL beantragt.)

Ein paar Hinweise zum Ablauf:

- Es wird besonders viel Wert auf die Seminararbeit gelegt.
- Die Fortbildung ersetzt nicht Teile der Kurse zur psychosomatischen Grundversorgung oder zur Sozialpädiatrie!
- Das Konzept sieht vor, dass Sie alle wegen der Gruppenbildung am gemeinsamen Essen teilnehmen; ein Preisnachlass für Heimfahrer wird nicht gewährt.
- Die Referenten werden Ihnen Materialien aushändigen, die Vorträge bekommen Sie auf USB-Stick.
- Eine Evaluation ist vorbereitet. Die Referenten haben sich auf ein neues Konzept eingelassen, helfen Sie mit, es zu verbessern.
- Nutzen Sie die Pausen für kollegiale Gespräche und Erfahrungsaustausch. Die Gruppen werden nach Alphabet zusammengestellt: der 1., der 5., der 9. usw. kommt in Gruppe A!
- Mailadresse für evtl. Fragen: ubbbs@gmx.de (Dr. Büsching)



ANMELDUNG per Fax. 02 21-6 89 09 78 oder Mail bvkj.kongress@uminfo.de

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Tagung „Psychosoziale Themen des Praxisalltages“ an:

Titel: _____ **(Bitte in Druckbuchstaben)**

Name: _____ **Vorname:** _____

Straße: _____ **PLZ/Ort:** _____

Tel.: _____ **E-Mail:** _____

Hiermit akzeptiere ich, dass die Anmeldungen nach Eingangsdatum bearbeitet werden und erst verbindlich sind, wenn ich nach Erhalt der Rechnung den Gesamtbeitrag von 270,- € (inkl. Übernachtung und Frühstück in Höhe von 70,- €) überwiesen habe. Bei Stornierung der Anmeldung bis 30.09.2015 erheben wir eine Gebühr von 20 % des Gesamtbeitrags, ab 01.10.2015 erheben wir 50 % des Gesamtbeitrags, ab 07.11.2015 ist keine Rückerstattung/Stornierung mehr möglich.

Datum

Unterschrift

Unspezifische Symptomatik: Herausforderung in der Allergiediagnostik

Kuhmilcheiweißallergie im Kindesalter: Oft zu spät oder gar nicht erkannt

Aufgrund der vielfältigen und häufig unspezifischen Beschwerden wird eine Kuhmilcheiweißallergie bei Säuglingen und Kleinkindern oft erst spät erkannt, so das Ergebnis eines Symposiums bei der 14. Dreiländertagung „Nutrition“ im Mai 2015 in Bregenz. Durch eine milchfreie Eliminationsdiät und eine geeignete Ersatznahrung wie die non-allergene Spezialnahrung Neocate® lassen sich die Symptome einer Kuhmilchallergie vermeiden und eine ausreichende Nährstoffversorgung sicherstellen. Ab drei Jahren vertragen die meisten Kinder Kuhmilchprotein.

Aktuell werden mit der EuroPrevall-Geburtskohorte¹ die Häufigkeiten von Nahrungsmittelallergien ermittelt. Kuhmilchproteine gehören neben Hühnereiweiß zu den wichtigsten Auslösern einer Nahrungsmittelallergie im Säuglings- und Kleinkindalter.

Die Symptome können IgE-vermittelt sein und äußern sich dann in der Regel in Sofortreaktionen. Bis zur Hälfte aller Nahrungsmittelallergien, auch die Kuhmilchallergie, sind jedoch non-IgE-vermittelt und führen eher zu Reaktionen vom verzögerten Typ. Die Beschwerden können an der Haut, den Schleimhäuten der Atemwege, am Gastrointestinaltrakt oder auch systemisch auftreten, bis hin zum anaphylaktischen Schock. Am häufigsten sind Hautreaktionen mit Quaddeln und Quincke-Ödem und Verschlechterung einer bestehenden atopischen Dermatitis. Etwa 60 Prozent aller Säuglinge entwickeln gastrointestinale Probleme.² Gerade diese Symptome erschweren die Diagnose. „Sie sind häufig unspezifisch, wie Spucken, Schmerzen beim Trinken, Bauchschmerz bis hin zu Koliken, Fütterungs- und Gedeihstörungen,“ erläuterte Prof. Dr. med. Sibylle Koletzko vom Dr. von Haunerschen Kinderspital, München. Oft sind Motilitätsstörungen wie Obstipation oder Durchfall das einzige Symptom.

Die Prognose der Kuhmilchallergie ist günstig: 87 Prozent der Kinder vertragen das Kuhmilchprotein im Alter von drei Jahren wieder.² Eine Allergie kann sich aber auch bei älteren Kindern zum ersten Mal manifestieren.

Eine sorgfältige Anamnese weist den Weg

Aufgrund der oft unspezifischen Beschwerden wird die Kuhmilcheiweißaller-

gie häufig erst spät oder gar nicht erkannt. Ohne eine angemessene Behandlung drohen beeinträchtigt Wachstum und schlechtes Gedeihen.

Eine sorgfältige Anamnese ist deshalb unerlässlich. Da viele Kinder mit atopischer Dermatitis an einer Nahrungsmittelallergie leiden, sollte man dabei immer auch an eine Kuhmilcheiweißallergie denken, erläuterte Prof. Kirsten Beyer vom Kinderallergologischen Studienzentrum der Charité, Berlin. Insbesondere bei Kindern, die oft topische Kortisonpräparate brauchen und bei denen die Neurodermitis bereits während der ersten drei Lebensmonate beginnt, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sie eine Nahrungsmittelallergie entwickeln - häufig gegen Kuhmilch, Hühnerei und Erdnuss.³

IgE-Messung und Haut-Prick-Test liefern lediglich Hinweise

Weisen Anamnese und Befund auf eine Kuhmilchproteinallergie hin, ist es sinnvoll, spezifisches IgE gegen Kuhmilchprotein zu messen oder einen Haut-Prick-Test durchzuführen.⁴ Ein negatives IgE im Serum oder ein negativer Hautpricktest schließt jedoch eine Kuhmilchproteinallergie nicht aus, da bis zu 50 Prozent aller Nahrungsmittelallergien non-IgE-vermittelt sind. Beweisend ist meistens nur eine Verbesserung unter Allergenkarrenz oder eine Verschlechterung unter zeitnaher Allergenbelastung.

Geeignete Ersatznahrung stellt Nährstoffversorgung sicher

Die Zeit bis zur Allergentoleranz muss mit einem adäquaten Ersatz überbrückt werden z. B. mit hydrolysierten Formula



(ehF) oder mit Formula auf Aminosäurebasis (AAF).

Aminosäurenformula wie z. B. Neocate® besitzen im Gegensatz zu hypoallergenen Spezialnahrungen auf Basis von hydrolysiertem Kuhmilcheiweiß keine Restallergenität und sind daher besonders sicher.⁵ Die verschiedenen Produkte sind in ihrer Nährwertzusammensetzung genau auf die Ernährungsbedürfnisse der verschiedenen Altersgruppen vom Säugling bis zum Kleinkind abgestimmt, um den Calciumbedarf zu decken.

Quellen

- 1 Schoemaker AA et al. Allergy 2015 [epub ahead of print].
- 2 Host A, Halken S: A prospective study of cow's milk allergy in Danish infants during the first 3 years of life: clinical course in relation to clinical and immunological type of hypersensitivity reaction. Allergy 1990; 45: 587-596.
- 3 Martin PE et al., Which infants with eczema are at risk of food allergy? Results from a population-based cohort. Clin Exp Allergy 2015; 45, 255-264
- 4 Koletzko S, Niggemann B, Friedrichs F, Koletzko B: Konsensuspapier: Vorgehen bei Säuglingen mit Verdacht auf Kuhmilchproteinallergie. Monatsschr Kinderheilkd 2009: 1-5.
- 5 Niggemann B et al.: Prospective, controlled, multicenter study on the effect of an amino-acid-based formula in infants with cow's milk allergy/intolerance and atopic dermatitis. Pediatr Allergy Immunol. 2001; 12: 78-82.

Mit freundlicher Unterstützung der
Nutricia GmbH, Erlangen

Damit resistente Darmkeime nicht zum Reiseandenken werden:

Prävention mit *Saccharomyces boulardii*

Bereits seit langem ist die Reisediarrhoe Urlaubskrankheit Nummer. ¹ Mittlerweile erwächst dabei jedoch die Einschleppung resistenter Darmkeime zunehmend zum Problem. Da Antibiotika die Selektion resistenter Keime zusätzlich begünstigen, betonen Experten die Bedeutung effektiver prophylaktischer Maßnahmen. Eine bewährte präventive Option ist der Einsatz lyophilisierter Kulturen der medizinischen Hefe *Saccharomyces boulardii*.

Eine aktuelle finnische Studie ¹ zeigt, dass jeder fünfte Tourist, der Länder mit mangelhaften Hygienestandards bereist, mit multiresistenten Darmbakterien zurückkehrt. Wurde eine auftretende Reisediarrhoe mit einem Antibiotikum behandelt, brachte sogar jeder 3. Tourist multiresistente Keime mit nach Hause. Vor diesem Hintergrund macht auch die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) auf die Problematik multiresistenter Bakterienstämme aufmerksam und fordert den gewissenhaften Einsatz von Antibiotika. ² Als wichtigste Maßnahme gegen eine Kolonisierung mit entsprechenden Erregern im Urlaub sehen die Wissenschaftler von der Universität Helsinki den restriktiveren Umgang mit Antibiotika, sowie Maßnahmen zur Prävention von Reisediarrhoen. ³

Studien sprechen für *S. boulardii*

Eine lang erprobte präventive Option in Sachen Reisediarrhoe ist der Einsatz von lyophilisierten Kulturen der medizinischen Hefe *Saccharomyces boulardii*: So zeigt deren prophylaktische Gabe eine signifikante Reduktion der Durchfallinzidenz auf Fernreisen. ⁴ Die medizinische Hefe ist als Prophylaxe jedoch nicht nur wirksam, sondern auch problemlos anwendbar und ausgezeichnet verträglich ⁵ – und auch eine Therapieoption bei persistierenden Durchfällen von Reiserrückkehrern, die bereits erfolglos vorbehandelt wurden. ⁶

Medizinische Hefe wirkt über mehrere Mechanismen

Der erfolgreiche Einsatz von *S. boulardii* im Rahmen der Reisediarrhoe ba-



siert auf der Kumulation verschiedener Mechanismen: Einerseits produziert *S. boulardii* Antitoxine, welche die Giftstoffe enterotoxischer Keime neutralisieren, darüber hinaus werden pathogene Keime auch direkt an die Hefezellen gebunden und ausgeschieden. Hinzu kommt ein antisekretorischer Effekt auf die Darmzellen, der die sekretorische Diarrhoe stoppt.

Biologisch aktive Arzneimittel individuell beurteilen

Entscheidend dafür, dass die Wirkmechanismen voll zum Tragen kommen, ist die Anzahl lebensfähiger Hefezellen pro applizierter Einzeldosis. Ebenso wichtig für die Wirksamkeit sind aber auch der verwendete Hefestamm und das spezielle Herstellungsverfahren. So revitalisieren lyophilisierte *Saccharomyces boulardii*-Kulturen (z.B. Perenterol®) doppelt so schnell wie herkömmlich getrocknete Hefezellen, sie zeigen einen früheren Wachstumsbeginn und eine höhere Wachstumsrate. Als biologisch aktives

Arzneimittel sind *S. boulardii* Präparate aufgrund des komplexen Herstellungsprozesses nicht miteinander vergleichbar und erfordern hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Sicherheit eine individuelle Beurteilung. ⁷

Referenzen

- 1 A. Kantele, T. Laaveri, S. Mero, K. Vilkinen, S. H. Pakkanen, J. Ollgren, J. Antikainen, and J. Kirveskari. Antimicrobials increase travelers' risk of colonization by extended-spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriaceae. *Clin.Infect.Dis.* 60 (6):837-846, 2015.
- 2 der niedergelassene Arzt, April 2015
- 3 Ärztezeitung, 15. April 2015
- 4 Kollaritsch, et al: Prophylaxe der Reisediarrhoe mit *Saccharomyces boulardii*, *Fortschr. Med.* 111. Jg. 9 (1993)*
- 5 Kollaritsch, et al: Prophylaxe der Reisediarrhoe, *Münch. med. Wschr.* 38 (1988)*
- 6 Kirchhelle, et al: Behandlung der persistierenden Diarrhoe mit *S. boulardii* bei Reiserrückkehrern, *Fortschr. Med.* 114. Jg. 11 (1996)*
- 7 Dinleyici et al., *Saccharomyces boulardii* CNCMI-745 in different clinical conditions, *Expert Opin. Biol. Ther.* (2014)

*diese Studien zu *S. boulardii* wurden mit lyophilisierten Kulturen in Arzneimittelqualität (Perenterol®) durchgeführt und sind nicht auf andere Hefepräparate übertragbar.

Nach Informationen von Medice Arzneimittel Pütter GmbH, Iserlohn.

Der Sechsfach-Impfstoff ist ab sofort mit neuem Kolben und in neuer, platzsparender 10er Verpackung erhältlich

Hexyon® – Fertigspritze in der Handhabung optimiert

Ab sofort ist Hexyon® mit einem neuen Kolben und in neuer, platzsparender sowie PVC-freier 10er Verpackung verfügbar. Die Anwendungs-optimierung ist das Ergebnis einer kontinuierlichen Produktweiterentwicklung. Der Sechsfach-Impfstoff in der praktischen Fertigspritze bietet Impfschutz vor Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Hepatitis B und vor durch *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) verursachten invasiven Erkrankungen.¹

Um anspruchsvolle Impfziele umzusetzen, müssen moderne Impfstoffe nicht nur effektiv wirken, sondern auch effizient anwendbar sein. Investitionen in Forschung und Entwicklung sind Grundlage für die kontinuierliche Weiterentwicklung neuer Impfstoffe für den Einsatz in der Praxis. Der Impfstoffexperte Sanofi Pasteur MSD (SPMSD) engagiert sich besonders im Bereich Forschung und Entwicklung, um seine Impfstoffe regelmäßig zu verbessern.

Neuer Kolben und neue, platzsparende 10er Verpackung

Der neue, optimierte Kolben der Hexyon®-Fertigspritze hat gegenüber dem alten Kolben nur noch drei, schmalere Abdichtungslippen und ist dadurch leichtgängiger. Die Fertigspritze mit dem neuen Kolben wird zudem in einer neuen, platzsparenden, PVC-freien 10er Verpackung ausgeliefert. Die neue Hexyon®-Packung benötigt 33 % weniger Platz im Kühlschrank.



Effiziente Anwendung durch Zeitersparnis und Sicherheit

Der effiziente Einsatz eines Kombinationsimpfstoffes im Praxisalltag zeichnet sich durch Zeitersparnis und Sicherheit aus. Dank praktischer Fertigspritze benötigt der Sechsfach-Impfstoff nur wenige Arbeitsschritte pro Impfvorgang: Er ist sofort gebrauchsfertig. Zeitintensives und aufwändiges Anmischen entfällt, da alle Antigene – auch die Hib-Komponente – bereits in gelöster Form vorliegen. Mögliche Fehlerquellen wie z. B. Kontaminationen oder Anwendungsfehler werden dadurch minimiert. Gemäß eines praxisorientierten Impfschemas kann Hexyon® zeitgleich mit anderen pädiatrischen Impfstoffen gegeben werden. Gemeinsam mit RotaTeq® und einem Pneumokokken-Impfstoff können die Impfungen laut der STIKO-Empfehlung für Kinder im Alter von zwei, drei und vier Monaten einfach umgesetzt werden (weitere Informationen siehe Fachinformation). Darüber hinaus eignet sich der Sechsfach-Impfstoff zur Auffrischimpfung, wenn zuvor die Grundimmunisierung mit einem anderen Sechsfach-Impfstoff bzw. einem Fünffach-Impfstoff und einem monovalenten Hepatitis-B-Impfstoff durchgeführt wurde.² Hexyon® ist der Sechsfach-Impfstoff in der Fertigspritze zur Grundimmunisierung und Auffrischimpfung gegen Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Hepatitis B, Poliomyelitis und durch *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) verursachte invasive Erkrankungen.¹ Studiendaten belegen die hohe

Immunogenität aller sechs enthaltenen Antigene (DTaP-IPV-HB-Hib) sowie ein gutes Verträglichkeits- und Sicherheitsprofil.² „Ich bin mit dem Sechsfach-Impfstoff in der Fertigspritze sehr zufrieden. Die Impfstoffvorbereitung ist dadurch zeitsparender und sicherer. Der neue Kolben ist sehr leichtgängig und vereinfacht das Handling deutlich“, berichtet Ralph Köllges, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin aus Mönchengladbach, über seine Praxiserfahrung.



Referenzen

- 1 Sanofi Pasteur MSD. Fachinformation Hexyon®. Stand: Februar 2015.
- 2 McCormack PL. DTaP-IPV-Hep B-Hib Vaccine (Hexaxim®): A review of its use in primary and booster vaccination. *Pediatr Drugs* 2013;15:59-70.

Nach Informationen von Sanofi Pasteur MSD, Leimen

Allergievorsorge:

Neue Untersuchungen zum Wissen der Eltern - Ihre Beratung entscheidet!

Atopische Dermatitis ist weit verbreitet. Es ist die in Deutschland am häufigsten diagnostizierte chronische Hauterkrankung bei Kindern. Mittlerweile wird jedes 3. Kind mit einem erhöhten Allergierisiko geboren. Sie als Fachkraft kennen diese Zahlen. Auch Eltern wissen meist, dass allergische Erkrankungen auf dem Vormarsch sind und leiden häufig selbst unter den Symptomen.

Umso erstaunlicher ist es, wie wenig Mütter und Väter über die Möglichkeiten zur Allergievorsorge wissen! Weniger als die Hälfte aller Eltern, nämlich vier von zehn Eltern, wissen, ob und warum ihr eigenes Baby möglicherweise ein erhöhtes Risiko hat, eine Allergie zu entwickeln. Die Zahl derer, denen bewusst ist, dass sie selbst etwas tun und aktiv das Allergie-Risiko für ihren Sprössling senken können, liegt eher noch niedriger.

Beratung und Aufklärung durch kompetente Fachkräfte ist also nicht nur mit Blick auf die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten wichtig, die durch Diagnose, Therapie und Folgen von Allergien wie Neurodermitis entstehen. Beratung ist notwendig, um das individuelle Schicksal

und die langfristige Gesundheit eines Kindes möglichst positiv zu gestalten. Denn die Gene bestimmen nicht alles. Ob eine Allergie trotz erblicher Veranlagung ausbricht, hängt von vielen weiteren Faktoren ab. Entscheidender Einflussfaktor: das Protein. Protein ist der mit Abstand wichtigste Nährstoff für Wachstum, Entwicklung und die spätere Gesundheit.

Wissenschaftliche Empfehlung EFSA 2014 für hypoallergenes Protein

- Hohe Proteinqualität: Aminosäureprofil möglichst nahe der Muttermilch
- Möglichst niedriger Proteingehalt. Die Eignung muss in klinischen Studien belegt sein.
- Die allergiepräventive Wirkung eines Hydrolysats muss in klinischen Studien bestätigt sein

Die 3 Elemente Ihrer Beratung

Machen Sie den Allergiecheck in der Familie: Jedes Neugeborene, dessen Vater,

Mutter oder Geschwister bereits eine Allergie haben, ist allergiegefährdet.

Unterstützen Sie das ausschließliche Stillen in den ersten Lebensmonaten: Proteinqualität und Proteingehalt der Muttermilch sind optimal. Gestillte Babys sind im Hinblick auf Adipositas, Diabetes und Allergien auch im späteren Leben besser gewappnet.

Empfehlen Sie für nicht- oder teilgestillte Babys eine in wissenschaftlichen Studien geprüfte HA-Nahrung: Nestlé BEBA HA mit PRO HA erfüllt alle Forderungen der EFSA zur Proteinqualität und -quantität. Die allergiepräventive Wirkung wurde für BEBA HA im Rahmen der weltweit größten Studie zur Erforschung allergischer Erkrankungen (GINI) belegt. Wird BEBA HA in den ersten 4 Lebensmonaten konsequent und ausschließlich gefüttert, kann das Auftreten von Neurodermitis langfristig signifikant reduziert werden: BEBA HA mit PRO HA vermindert das Risiko für Atopische Dermatitis im 1. Lebensjahr um 50%. Der präventive Effekt hält mindestens bis zum Alter von 10 Jahren an.

Nach Informationen von Nestlé Nutrition GmbH, Frankfurt am Main

Erhöhtes Allergierisiko beim Baby? Machen Sie den Allergie-Check!

Art der Allergie (heute oder früher)	Keiner	Mutter	Vater	Geschwister des Babys
Neurodermitis (atopische Dermatitis, endogenes Ekzem, atopisches Ekzem, Hautekzem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergisches Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergische Nasen- und Augensymptome („Heuschnupfen“) (saisonal oder ganzjähriger Schnupfen, v.a. auf Hausstaubmilben, Tiere, Pollen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelallergien (z. B. Kuhmilch-, Soja-, Hühnereierallergie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bereits bei einem Kreuz in den letzten drei Spalten lassen Sie sich bitte von Ihrer Hebamme oder Ihrem Arzt über das erhöhte Allergierisiko Ihres Babys beraten.

Ihr Baby hat ein erhöhtes Allergierisiko.

Hat Ihr Baby ein erhöhtes Allergierisiko sollte es in den ersten vier Monaten ausschließlich mit Muttermilch ernährt werden. Wird es nicht gestillt, so wird eine geprüfte HA-Nahrung empfohlen.



Neues Online-Fortbildungsmodul zum Thema Impfen für die MFA

- STIKO-konformes Impfen und Wissenswertes für die MFA
- Praxis-relevante Kenntnisse zu Lagerung, Haltbarkeit und Dokumentation
- Abschlussfragen mit Zertifikat

Die Helferin hilft – vor allem beim Impfen. Um eine gut fortgebildete Impfassistentin zu haben, können Ärzte ihre MFAs nun auch online fortbilden lassen. GSK erweitert sein Online-Fortbildungsangebot zum Thema Impfen für medizinische Fachangestellte (MFAs). Ab jetzt gibt es auf www.impfakademie.de ein viertes Online-Modul speziell für die MFA: "Die medizinische Fachangestellte als Impfassistentin". Das neue Modul vermittelt eine aktuelle Übersicht über die von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlenen Impfungen. Dabei werden Standard- und Indikationsimpfungen ebenso berücksichtigt wie aktuelle Impfschemata. Außerdem werden Hinweise zum Umgang mit Impflücken gegeben. Zudem lernen die Teilnehmer/innen Kontraindikationen von Impfungen von falschen Kontraindikationen zu unterscheiden.

Ferner beinhaltet das neue Fortbildungsmodul weitere Informationen rund um das Thema Impfen. So wird im Zusammenhang mit den Zielen von Impfungen auch auf Individual- und Herdenschutz eingegangen. Schließlich werden Kenntnisse zur Lagerung und Haltbarkeit von Impfstoffen sowie zur Dokumentation von Impfungen vermittelt.

Ausführlich wird auf mögliche Aufgaben einer medizinischen Fachangestellten als Impfassistentin im Praxisalltag eingegangen. Die Teilnehmer/innen erfahren wie sie beispielsweise auf Basis eines individuellen Impfplans und mit Hilfe eines Erinnerungsservice dazu beitragen können, dass die Impfquote in der Praxis steigt.

Zehn Abschlussfragen überprüfen die erworbenen Kenntnisse. Ein Abschluss-Zertifikat kann ausgedruckt werden. Damit bietet die Impfakademie Arzthelfe-

rinnen/medizinischen Fachangestellten, Krankenschwestern, Hebammen und anderem medizinischen Fachpersonal nun bereits vier impfrelevante Fortbildungen, die ohne Passwort frei zugänglich sind. Für alle vier kann ein Zertifikat erworben werden.

Fortbildung für den Arzt

Zu allen impfpräventablen Infektionskrankheiten finden auch Ärzte umfassende Informationen über den Erreger, seine Verbreitung, den Infektionsweg, Symptome, Komplikationen, Diagnostik, Therapie, Maßnahmen im Krankheitsfall, eine Übersicht über die vorhandenen Impfstoffe und weiterführende Links.

*Nach Informationen von
GlaxoSmithKline GmbH, München*

Jetzt NEU - das Budesonid von PARI:

Buparid® Suspension für einen Vernebler

Wenn weniger genug ist – jetzt auch mit 0,25 mg Wirkstärke

Mit Buparid® gibt es den bewährten Wirkstoff Budesonid ab sofort in drei Wirkstärken: 0,25 mg, 0,5 mg und 1 mg, für eine größtmögliche Therapie-Individualität bei Asthma bronchiale* und Krupp-Syndrom**.

* Behandlung von Asthma bronchiale in den Fällen, wo Treibmittel- oder Pulverinhalatoren nicht geeignet sind. Buparid ist NICHT zur Behandlung akuter Asthmaanfälle indiziert.

** Behandlung von sehr schwerem Pseudokrupp (Laryngitis subglottica) während des Krankenhausaufenthaltes.

Gerade bei kleinen Patienten mit rezidivierenden inflammatorischen Episoden ist eine leitlinienkonforme Therapie durch eine möglichst niedrige Stärke bei größtmöglicher Dosissicherheit von Bedeutung. Die Wirksamkeit von 0,25 mg Budesonid wird zudem durch Studien^{1,2,3} gestützt.

Buparid® steht in drei Packungsgrößen zu 20, 40 und 60 Ampullen zur Verfügung. In der 60er-Packung zudem effektiv und kostenneutral kombiniert mit in Zulassungsstudien bewährtem PARI LC Plus® Vernebler. Informieren Sie sich unter www.pari.com/buparid oder fordern Sie Ihr Informationspaket für Pädiater an im



PARI Service Center unter Tel. 08151-279 279 oder per Mail an info@pari.de.

Literatur

- 1 Shapiro G et al. J Allergy Clin Immunol 1998; 102:789-796.
- 2 Baker et al. Pediatrics 1999;103:414-421.
- 3 Kemp et al. Annals of Allergy 1999; Asthma & Immunol. 231-239.

*Nach Informationen von PARI GmbH,
Starnberg*

Morbus Hunter - Schwere Stoffwechselkrankheit bei kleinen Jungen nicht übersehen

Es ist ein simpler Enzymdefekt, der bei Jungen zu einer schweren, sehr seltenen Stoffwechselerkrankung führt, dem Morbus Hunter: Weil es ihnen an einem Enzym mangelt, werden Stoffwechselprodukte nicht weiter abgebaut. Sie lagern sich in die Zellen des ganzen Körpers ein und können zahlreiche Organe schädigen.

Der Morbus Hunter kommt nahezu nur bei Jungen vor. Das Risiko ist äußerst gering: Nur einer von 162.000 Jungen erkrankt daran. Tritt dieser sehr seltene Fall ein, ist es von immenser Bedeutung, die Krankheit möglichst früh zu erkennen – denn so kann sie rechtzeitig behandelt werden. Auch wenn Morbus Hunter nicht heilbar ist, lässt sich sein Fortschreiten durch eine gezielte Therapie günstig beeinflussen.

Typisch: häufige Mittelohrentzündungen plus Leistenbruch

Die Krankheit ist nicht einfach zu erkennen. Sie versteckt sich hinter vielfältigen und völlig unspezifischen Symptomen und wird deshalb oft übersehen. In den ersten Lebensmonaten lässt sich kein Unterschied zu gesunden Kindern entdecken. Der kleine Junge entwickelt sich wie alle anderen Kinder auch. Erste charakteristische Krankheitssymptome zeigen sich erst im Kleinkindalter. Manche Jungen verlieren dann geistige Fähigkeiten, die sie bereits erworben hatten. Sie entwickeln sich zurück.

Auffällig werden sie aber vor allem durch Krankheiten, wie sie auch bei gesunden Kindern häufig sind: Infektionen der Atemwege, Mittelohrentzündungen sowie Leisten- und Nabelbrüche. Später kommen typische Merkmale hinzu: Wachstumsstörungen, vergrößerte Gesichtszüge, eine vergrößerte Zunge



Zu den frühen Symptomen eines Morbus Hunter zählt ein Nabelbruch.

oder steife Gelenke, die zu Bewegungseinschränkungen führen können. Diese Vielschichtigkeit der Krankheit führt oft zu einer späten Diagnose.

Um die Krankheit frühzeitig zu entdecken, muss auf die Kombination von Beschwerden geachtet werden:

„Die Vielzahl, aber auch die anfangs oftmals nur geringe Ausprägung der Krankheitssymptome bei Morbus Hunter können die Diagnosestellung sehr erschweren“, betont Dr. Jörg Reinke von der Stoffwechselambulanz am Universitätsklinikum Mainz. „Hochgradig verdächtig ist jedoch immer die Kombination von schweren, rezidivierenden Infekten der oberen Luftwege, Leisten- und Nabelbrüchen und auffälligen Gesichtszügen in den ersten Lebensjahren.“

Fällt bei einem kleinen Jungen dieser Symptomkomplex auf, ist es wichtig, sich schnellstmöglich Rat zu holen. Die

Häufige Symptome bei Kindern

- Nabel- / Leistenbruch
- Mittelohrentzündung
- veränderte Gesichtszüge
- vorgewölbter Bauch in Folge einer vergrößerten Milz oder Leber

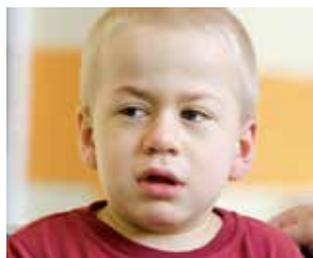
Krankheit lässt sich durch eine einfache Bestimmung des Enzyms im Blut des Kindes sicher nachweisen oder ausschließen. Erster Ansprechpartner ist der Kinderarzt. Aber:

„Um den kleinen Patienten eine frühe Diagnosestellung und Therapie zu ermöglichen, sollten sich bei einem Verdacht auf Morbus Hunter Eltern und Kinderarzt gemeinsam zu einer Untersuchung in einem Zentrum für angeborene Stoffwechselerkrankungen entscheiden“, empfiehlt Dr. Reinke.

Weitergehende Informationen finden Sie auf der Homepage der Gesellschaft für Mucopolysaccharidosen (www.mps-ev.de) – sie vermittelt auch Ansprechpartner in Ihrer Nähe – sowie unter www.huntersyndrome.info/de/

Dr. Jörg Reinke, Mainz

Mit freundlicher Unterstützung von Shire Deutschland GmbH, Berlin.



Typische Gesichtszüge bei Morbus Hunter: breite, flache Nase, wulstige Lippen, struppige Haare und buschige Augenbrauen. Die Krankheit kann sich jedoch sehr unterschiedlich darstellen.

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann
Tel.: 02732/762900
E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid
Tel.: 08671/5091247
E-Mail: e.weindl@KrK-aoe.de

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler
Tel.: 030/3626041
E-Mail: ul.fe@t-online.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer
E-Mail: dr.roland.ulmer@kinderaerzte-lauf.de

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Tel.: 0221/6 89 09-0
www.bvkj.de

Wir sind für Sie erreichbar:
Montag/Mittwoch/Donnerstag
von 8.00–16.30 Uhr,
Dienstag von 8.00–17.00 Uhr
Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-11
christel.schierbaum@uminfo.de

Büroleiterin:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12
doris.schomburg@uminfo.de

Bereich Mitgliederservice/ Zentrale

Tel.: 0221/68909-0, Tfx.: 0221/683204
bvkj.buero@uminfo.de

Bereich Fortbildung/ Veranstaltungen

Tel.: 0221/68909-15/16,
Tfx.: 0221/68909-78
bvkj.kongress@uminfo.de

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Wir sind für Sie erreichbar:
Montag/Mittwoch/Donnerstag
von 8.00–16.30 Uhr,
Dienstag von 8.00–17.00 Uhr
Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführer:

Herr Klaus Lüft

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de
Tfx.: 0221/6890929

Büroleiterin:

Anke Emgenbroich

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Ansprechpartnerinnen:

Stephanie Kernchen

Tel.: 0221/68909-27
E-Mail: stephanie.kernchen@uminfo.de

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28
E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

E-Mail: klaus-michael.keller@helios-kliniken.de

Prof. Dr. med. Stefan Zielen

E-Mail: stefan.zielen@kgu.de

Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. med. Christoph Kupferschmid

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de