

# bvkJ.

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

Heft 05/13 · 44. (62.) Jahr · A 4834 E

# KINDER-UND JUGENDARZT

## Forum:

Sprachentwicklung –  
Förderung oder Therapie

## Fortbildung:

Anscheinend lebensbedrohliche  
Ereignisse im Säuglingsalter

## Berufsfragen:

Medizinische Ausbildung:  
Wohin geht der Weg?

## Magazin:

Serie: Wie geht  
es der Familie –  
Frühe Hilfen



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



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

# KINDER-UND JUGENDARZT

**bvkj.**



© Maridav – Fotolia.com



**Serie: Wie geht es der Familie?**

## Frühe Hilfen – Kinderschutz beginnt mit Prävention

S. 247

### Inhalt 5/13

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

#### Forum

- 203 „Päd.Plus“ und „Päd.Check“ – neue Marken des BVKJ für die Vorsorgen  
*Wolfram Hartmann*
- 204 Vermischtes
- 206 Wir brauchen Lebenswelt-nahe Standards zur Sprachbeurteilung  
*Klaus Rodens*
- 207 Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen  
*Gisela Szagun*
- 210 Das Leser-Forum
- 212 Unicef-Studie: Deutsche Kinder unglücklich  
*Regine Hauch*
- 213 Windeln sind teurer als Kondome  
*Richard Hauch*
- 214 BVKJ gibt Broschüre zur Penisgesundheit heraus
- 215 Nicht den Kontakt zum Arzt verlieren

#### Fortbildung

- 216 Anscheinend lebensbedrohliche Ereignisse (ALE) im Säuglingsalter  
*Christian F. Poets*
- 220 Highlights aus Bad Orb: Bedeutung von Leitlinien  
*Tobias Weimer*
- 223 Vom Symptom zur Diagnose: Das „gelbe Neugeborene“  
*Claus Petersen, Burkhard Rodeck*
- 229 Nachdruck: Verschreibungsfähigkeit von wirkstofffreien Externa bei Neurodermitis  
*Katja Nemat*
- 233 Welche Diagnose wird gestellt?  
*Julia Grothaus*
- 233 Impressum
- 236 Review aus englischsprachigen Zeitschriften
- 238 Consilium Infectiorum: Haustiere bei Hausstaubmilbenallergikern  
*Matthias Kopp*

#### Berufsfragen

- 240 Wie entsteht pädiatrische Identität in einer außer Kontrolle geratenen Welt?  
*Folkert Fehr*
- 243 BVKJ bittet Mitglieder um Datenschutzerklärung
- 244 Weibliche Beschneidung – auch ein Thema für die Pädiatrie (Teil 2)  
*Nikolaus Weissenrieder*
- 246 Ein Netz aus Helfern  
*Regine Hauch*

#### Magazin

- 247 Serie: Wie geht es der Familie? – Frühe Hilfen – Kinderschutz beginnt mit Prävention  
*Elisabeth Pott*
- 251 Beat Richner – Ein Leben für die Kinder Kambodschas  
*Ingrid Mayer-Winter*
- 253 Sonstige Tagungen und Seminare
- 253 Praxistafel
- 254 Fortbildungstermine BVKJ
- 255 Personalie
- 257 Nachrichten der Industrie
- 260 Wichtige Adressen des BVKJ

#### Beilagenhinweis:

Als Teilbeilagen finden Sie in dieser Ausgabe die Programmhefte der Jahrestagung des LV Sachsen in Dresden und der 16. Seminartagung Hessen in Bad Nauheim.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

# „Päd.Plus“ und „Päd.Check“ – neue Marken des BVKJ für die Vorsorgen

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist geschafft! Unser Ausschuss Prävention und Frühtherapie hat Großartiges geleistet. In Gemeinschaftsarbeit mit Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausschuss Jugendmedizin und dem Ausschuss Jugend, Schule, Öffentlicher Gesundheitsdienst hat er das gesamte Vorsorgeprogramm für Kinder überarbeitet und den Erfordernissen der heutigen Zeit angepasst.

Unter dem markenrechtlich geschützten Oberbegriff **Päd.Plus** haben wir neue Versorgungskonzepte entwickelt und legen Ihnen nun unter der Marke **Päd.Check** (ebenfalls markenrechtlich geschützt) ein komplett neu gestaltetes Kindervorsorgeheft vor.



## Zunächst für privat Versicherte

Wir streben natürlich dieses innovative Konzept für die Regelversorgung aller Kinder und Jugendlichen an. Dieser Prozess ist jedoch außerordentlich mühsam. Daher müssen wir uns zunächst auf die privat versicherten Kinder und Jugendlichen konzentrieren und ihnen diese Vorsorgen anbieten. Natürlich sind alle wesentlichen Inhalte der Kinderrichtlinien in diesem Programm enthalten. Wir gehen mit unserem Konzept jedoch weit über die Richtlinien hinaus. Gesundheitsdefinition und Krank-

heitsspektrum im Kindes- und Jugendalter unterliegen einem ständigen Wandel. Wenn wir in unseren Präventionsstrategien erfolgreich sein wollen, verlangt dies von uns eine fortwährende Anpassung an die Entwicklung unserer Gesellschaft und der Lebensumstände der heranwachsenden Generation. Unsere neuen Vorsorgen sind so anspruchsvoll, dass wir für ihre Durchführung eine abgeschlossene Weiterbildung im Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin voraussetzen.

Die emotionale, soziale und intellektuelle Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wird im bisherigen Krankheitsfrüherkennungsprogramm ohne die wichtigen primärpräventiven Anteile grob vernachlässigt. Unsere Aufmerksamkeit hierfür ist jedoch von ebenso großer Bedeutung wie die für körperliche Entwicklung. Seit vielen Jahren haben wir die Politik und die Selbstverwaltung immer wieder aufgefordert, Änderungen im Kindervorsorgeprogramm nachhaltig zu unterstützen und zu fördern. Diese haben jedoch einfach zu wenig getan. Wir haben gehandelt und legen nun Ihnen und den Eltern, aber auch den Kassen und der Politik, dieses Heft vor.

## Für GKV-Patienten im Selektivvertrag

Wir wollen diese Vorsorgen auch GKV-Versicherten zur Verfügung zu stellen. Beispielsweise im Rahmen von Selektivverträgen mit Krankenkassen, die vorausdenken und zu innovativem und unkonventionellem Handeln bereit sind. Dies ist ein langer und mühsamer Weg.

Sie erhalten vorab einige Hefte als Service-Leistung der BVKJ-Service GmbH und können dann dort weitere kostenpflichtig bestellen. Ein Bestellformular haben wir beigelegt.

Nutzen Sie also bei all Ihren privat versicherten Kindern und Jugendlichen dieses neue Vorsorgeheft. Das alte Gelbe Heft ist ja nur für gesetzlich versicherte Kinder konzipiert und spielt im Bereich der PKV keine Rolle. Für die PKV gilt allein der Leistungsinhalt der GNr. 26 GOÄ. Das grüne Vorsorgeheft des BVKJ können Sie weiterhin für die Patienten verwenden, die im Rahmen von Selektivverträgen der BVKJ-Service GmbH die U7a plus, U10, U11 und J2 in Anspruch nehmen. Das alte gelbe Heft gilt weiterhin für alle Kinderfrüherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Regelversorgung.

Machen Sie mit, damit wir gemeinsam zeigen können, wie eine gute Kinder- und Jugendmedizin heute aussieht!

Herzlichst

Ihr Dr. Wolfram Hartmann

Präsident



Dr. Wolfram  
Hartmann

Den Bestell-  
schein für das  
erweiterte  
Vorsorgeheft  
**Paed.plus**  
finden Sie auf  
S. 235



## „Theater auf Rezept“ geht weiter mit neuen Gutscheinen

Das Projekt des BVKJ „Theater auf Rezept“ wird auch 2013 weitergeführt. Die Gutscheine, die noch im Umlauf sind und den Aufdruck „Gültig für 1 Jahr“ haben, können allerdings nicht mehr eingelöst werden. Alle Kinder- und Jugendärzte, die noch solche Theater-Gutscheine haben, werden gebeten, diese zu vernichten.

Für 2013 wird es einen neuen Vertrag mit dem Projektsponsor, der Siemens Betriebs Krankenkasse (SBK) geben. Sobald wie möglich werden nach Unterzeichnung neue Karten für die Saison 2013 herausgegeben und über die Obleute an interessierte Praxen verteilt.

ReH

## Mütter- und Mutter-Kind-Kuren richtig beantragen: Zuständigkeit liegt nur bei der Krankenkasse

Mütter- und Mutter-Kind-Kurmaßnahmen sind medizinische Leistungen, die nach dem Sozialgesetzbuch ausschließlich in der Zuständigkeit von Krankenkassen liegen. In zwölf Prozent aller Ablehnungen werden Antragstellerinnen jedoch von ihren eigenen Kassen an den Rentenversicherungsträger verwiesen, kritisiert Anne Schilling, Geschäftsführerin des Müttergenesungswerkes in Berlin. Mütter- und Mutter-Kind-Kurmaßnahmen werden vom Rentenversicherungsträger aber gar nicht angeboten. Umlenkungen an die Rentenversicherung seien für die Kran-

kenkasse nur möglich, wenn die Erwerbsfähigkeit der Mutter gefährdet oder eingeschränkt ist. Schwerpunkt von Mütterkuren oder Mutter-Kind-Kuren zur Vorsorge oder Rehabilitation sei aber die Behandlung von Gesundheitsstörungen und Erkrankungen, die sich im Zusammenhang mit der Erziehungs- und Familienarbeit ergeben. Das seien häufig Erschöpfungszustände, meist im Kontext von Familienproblemen.

Die neue Statistik des Müttergenesungswerkes zu den Ablehnungszahlen des Jahres 2012 zeigte eine deutliche Verbesserung

der Bewilligungssituation insgesamt. Umso verwunderlicher ist die gleichbleibend hohe Umlenkungsquote an den Rentenversicherungsträger, die seit Jahren über zehn Prozent beträgt.

Schilling rät Müttern: „Sollte die Krankenkasse Ihren Antrag einfach weiterleiten, informieren Sie die Rentenversicherung direkt, dass Sie eine Mütter- oder eine Mutter-Kind-Kur beantragen und keine RehaMaßnahme der Rentenversicherung.“

Red: ReH

## Behindertenbeauftragter: Schulsystem sondert Kinder weiter aus

Heute werden mehr Kinder und Jugendliche an Förderschulen unterrichtet als noch vor elf Jahren. Eine aktuelle Studie der Bertelsmann-Stiftung kommt zu dem Schluss, dass der Anteil der an Förderschulen unterrichteten Kinder und Jugendlichen an allen Schülerinnen und Schülern in den letzten elf Jahren deutschlandweit angestiegen ist. Zwischen dem Schuljahr 2000/01 und 2011/12 stieg die sogenannte „Exklusionsquote“ von 4,6 Prozent auf 4,8 Prozent. Nachdem die UN-Behindertenrechtskonvention Deutschland vor vier Jahren zu gemeinsamem Unterricht verpflichtet hatte, war die Quote im Schuljahr 2009/10 sogar auf 5 Prozent gestiegen und dann auf aktuell 4,8 Prozent leicht gesunken.

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Hubert Hüppe, kritisiert diese Praxis: „Obwohl alle über Inklusion reden, passiert viel zu wenig. Die Chancen auf einen qualifizierten Schulabschluss sind schlecht, fast Dreiviertel der Abgänger von Sonderschulen verlassen sie ohne Hauptschulabschluss. Alle Bundesländer müssen sich endlich ihren Verpflichtungen aus der UN-Behindertenrechtskonvention stellen.“

Inklusion sei derzeit vielerorts nur ein Lippenbekenntnis oder die Aussonderung von Kindern mit Behinderung nehme sogar zu, so Hubert Hüppe. So stieg etwa in Nordrhein-Westfalen zwischen 2008/09 und 2011/12 die ‚Exklusionsquote‘ von

bereits überdurchschnittlich hohen 5,2 Prozent auf 5,3 Prozent. Gleichzeitig stieg zwischen dem Schuljahr 2008/09 und 2011/12 der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit Behinderung, die an Regelschulen unterrichtet wurden, von 18,4 Prozent auf 25 Prozent. Dieser scheinbare Widerspruch zum konstanten Anteil der an Förderschulen unterrichteten Kinder erklärt sich mit einem gleichzeitig höheren Anteil an Kindern, bei denen sogenannter „sonderpädagogischer Förderbedarf“ festgestellt wurde.

Red: ReH

## Editorial ● ● ●

# Wir brauchen Lebenswelt-nahe Standards zur Sprachbeurteilung



Dr. Klaus Rodens

Wann ist eine Abweichung in der Sprachentwicklung eines Kindes normal, wann ist sie auffällig, wann ist sie abnorm und wann gar pathologisch? Wann ist sie eine folgenlose individuelle Variante? Wann muss sie behandelt werden?

Sie ahnen: Wir befinden uns nicht in einem soziologischen oder entwicklungspsychologischen Diskurs, sondern mitten im Leben, nämlich in unserer täglichen Praxis. Wir untersuchen die uns anvertrauten Kinder bei den Vorsorgen und sind gefordert, Stellung zu beziehen. Dabei laufen wir Gefahr, in einem machtvollen Spannungsfeld zwischen Bedürfnissen und Interessen instrumentalisiert zu werden. Selbst in der wissenschaftlichen Debatte zu Screening-Verfahren gibt es bisher keinen Konsens über den diagnostischen Cut-off-Point zwischen normal und auffällig.

Niemand hat sich wissenschaftlich intensiver mit der Variabilität der Sprachentwicklung beschäftigt als Frau Professor Gisela Szagun, die in diesem Heft des Kinder- und Jugendarzt ein Exposé zur Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen verfasst hat. Sie fokussiert dabei auf die wichtige Altersspanne zwischen zwei und drei Jahren.

Frau Szagun diskutiert mit der Leidenschaft der Forscherin die zwei grundsätzlich unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten zur Problemlösung: einerseits die Identifikation durch ein Screening-Verfahren und andererseits die Sprachstandsbeurteilung in der Verlaufsbeobachtung.

Eine Abgrenzung der insgesamt schwammig definierten umschriebenen Sprachentwicklungsstörung (spezifische Spracherwerbsstörung) mit einer Prävalenz von 4 bis 8 Prozent von anderen Störungen, die zu einer beeinträchtigten Sprachentwicklung führen, ist aus vielen anderen Gründen nicht einfach. Der immer wieder behauptete Zusammenhang einer „late-talker“-Situation mit der Entwicklung einer späteren spezifischen Spracherwerbsstörung ist nicht gesichert.

### Keine Medikalisierung soziogener Probleme

Wir wissen alle: Sprachentwicklung ist keine Einbahnstraße. Sie darf nicht losgelöst von der Gesamtentwicklung des Kindes und seiner Umwelt betrachtet werden. Eine isolierte Beurteilung des Sprachentwicklungsstandes durch Tests etc. ignoriert die Realität. Sprachentwicklungsstörungen durch soziokulturelle Faktoren, beispielsweise durch anregungsarme Umwelt, einen Migrationshintergrund oder Dialekt ähneln in vielen Aspekten der umschriebenen Sprachentwicklungsstörung. Sie sind aber aufgrund der völlig anderen Ätiologie ganz anders zu behandeln. Einer Medikalisierung dieser soziogenen Probleme würde nebenbei durch ein flächendeckendes Screening Vorschub geleistet.

### Förderung vor Therapie

Auch vor dem Hintergrund einer explosionsartigen Zunahme von Sprachtherapien in den letzten Jahren scheinen Gesellschaft und Politik inzwischen zu begreifen, dass das bestehende Angebot von frühzeitiger Sprachförderung völlig unzureichend ist. Ein noch viel Mehr an nachgeordneter Sprachtherapie löst das Problem nicht. Nein, es muss viel früher interveniert werden. Es ist höchste Zeit, an der Stellschraube der flächendeckenden frühkindlichen Sprachförderung zu drehen mit qualifiziertem Coaching der Eltern und Erzieher/innen.

Das müssen wir uns als Gesellschaft leisten. Was wir uns nicht leisten können, sind die erheblichen sozialen und finanziellen Folge- und Kollateralschäden unzureichender Förderung.

Dr. Klaus Rodens, Langenau  
klausrodens@aol.com

Red.: Kup



### 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.

# Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen: Medikalisierung eines sozialen Problems?

Auf der Basis evidenzbasierter Forschung besteht keine gesicherte Beziehung zwischen einem verzögerten Sprachbeginn bei Zweijährigen und einer späteren Sprachentwicklungsstörung. Deutschsprachige Screening Verfahren setzen bei der U7 einen niedrigeren Grenzwert für eine Gefährdung der Sprachentwicklung an als international üblich. Dadurch werden bis zu 20 Prozent der zweijährigen Kinder in ihrer Sprachentwicklung als gefährdet klassifiziert. Man sollte einen späten Sprachbeginn bewertungsneutral betrachten und den international gebräuchlichen Grenzwert der unteren 10 Prozent einer Altersgruppe als Definition des späten Sprachbeginns verwenden. Die Variabilität des frühen Spracherwerbs ist groß. Der Einsatz von Screening Verfahren mit nachfolgenden aufwändigen diagnostischen Schritten wird nicht befürwortet. Stattdessen sollten bei spätem Sprachbeginn der Verlauf beobachtet und entwicklungs-fördernde Maßnahmen ergriffen werden.



Prof. Dr.  
Gisela Szagun

## Verbreitete Darstellung einer gestörten Sprachentwicklung im deutschsprachigen Raum

Ein verzögerter Sprachbeginn bei Zweijährigen wird im deutschsprachigen Raum weitgehend als früher Indikator einer gestörten Sprachentwicklung betrachtet. Diese Klassifikation basiert auf unangemessenen Grenzwerten in Screening Verfahren, die sich nicht an den Normen der typischen Sprachentwicklung bei deutschsprachigen Kindern orientieren. Zudem wird außer Acht gelassen, dass ein später Sprachbeginn kein sicherer Indikator einer Sprachentwicklungsstörung ist. Nur 40 Prozent bis 50 Prozent der Kinder mit spätem Sprachbeginn entwickeln später eine Spracherwerbsstörung oder andere sprachliche Auffälligkeiten.

Laut ICD-10 liegt eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung vor, wenn die sprachlichen Fertigkeiten eines Kindes 2 SD unterhalb des Mittelwertes liegen, seine Intelligenz jedoch im Normalbereich. Von dieser Grenzsetzung und dem Doppelkriterium weichen viele deutsche Verfahren zur Sprachstandserhebung ab. Von einer „Sprachentwicklungsstörung“ wird gesprochen, wenn die sprachlichen Leistungen eines Kindes 1,5 SD unter dem Mittelwert liegen, und von „Sprachauffälligkeit“ oder „Sprachschwäche“ bei einer Abweichung von 1 SD nach unten. Diese Grenzwerte produzieren mehr sprachentwicklungsgestörte und sprachauffällige Kinder als international übliche Grenzwerte. Unklar bleibt ob „sprachliche Auffälligkeiten“ und „Sprachschwäche“ von klinischer Bedeutung sind.

In den Medien und in der Fachliteratur wird der Terminus „Sprachstörung“ synonym mit „sprachlicher Auffälligkeit“ und „Sprachschwäche“ gebraucht. Auch ist der

Eindruck entstanden, dass ein später Sprachbeginn als pathologisch zu betrachten sei. Dies führt zu einer starken Beunruhigung unter Eltern. Genährt wird diese Beunruhigung durch längst überholte Darstellungen der Sprachentwicklung, durch die breit propagierten hohen Prozentsätze mutmaßlich „sprachgestörter“ Kinder und durch das Drängen auf frühe therapeutische Intervention von interessierter Seite.

## Große sprachliche Variabilität

Der Altersunterschied zwischen Kindern auf dem gleichen Sprachstand kann bis zu einem Jahr betragen. Abb. 1-2 spiegeln dieses Bild für deutschsprachige Kinder zwischen 18 und 30 Monaten wieder. Tab. 1 zeigt, wie eng die Werte für das 90. Perzentil im Alter von 18 Monaten und für das 10. Perzentil im Alter von 29 Monaten zusammen liegen. Das betrifft den Wortschatz, den Flexionsgebrauch und die Satzbildung.

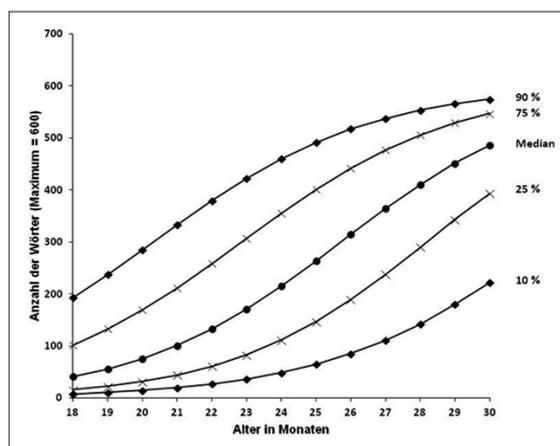
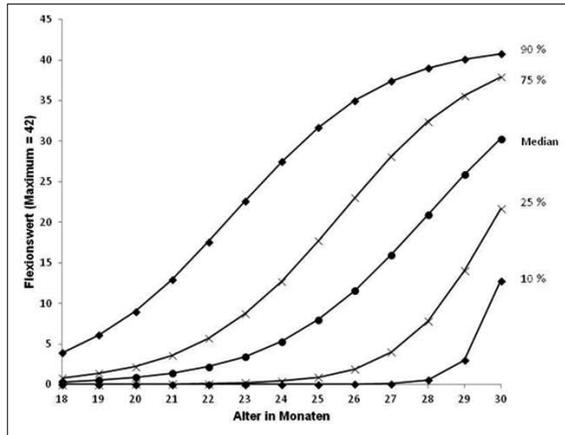


Abb. 1: Wortschatzwachstum nach FRAKIS: Anzahl der Wörter (Maximalwert = 600) per Altersgruppe – Median und Streubreite

**Abb. 2: Fortschritte im Flexionserwerb nach FRAKIS: Flexionswert (Maximum = 42) per Altersgruppe – Median und Streubreite**



(Der Flexionswert zeigt an, in welchem Maße die Kinder Plural, Genus und Kasus am Artikel, Verflexion und Hilfsverben beherrschen).

**Beurteilung der Sprachentwicklung bei den Vorsorgeuntersuchungen U7 und U7A**

Hierbei bieten sich zwei Möglichkeiten zu beurteilen, ob ein Kind ein später Sprecher ist:

- 1) Man benutzt ein Screening, um die Kinder zu identifizieren, die ein Risiko für eine Sprachentwicklungsstörung haben.
- 2) Man beurteilt den Sprachstand mit einem bewertungsneutralen Verfahren, das die Sprachentwicklung relativ zur Altersgruppe einordnet und beobachtet den weiteren Verlauf.

**1) Screening**

Das Ziel eines Sprachscreenings ist es, Kinder zu identifizieren, die Gefahr laufen, eine Sprachentwicklungsstörung auszubilden. In weiteren diagnostischen Schritten müssen die Art des Risikos oder das tatsächliche Vorliegen einer Störung geklärt werden. Da es sich beim Spracherwerb um ein Entwicklungsgeschehen mit fortlaufenden Veränderungen handelt, erfordert dies wiederholte Sprachtests bei Zwei- und Dreijährigen. Derzeitige Screening Verfahren klassifizieren zwischen 14 Prozent und 20 Prozent der Zwei- und Dreijährigen als gefährdet. Das bedeutet also, dass bis zu 20 Prozent der Kinder mehrfach aufwändigen Testungen unterzogen werden müssen. Dies wäre nur dann gerechtfertigt, wenn ein Zusammenhang zwischen spätem Sprachbeginn und Sprachentwicklungsstörung sowie die Überlegenheit von Frühtherapie gegenüber einer späteren nachgewiesen wären. Weder das eine noch das andere trifft zu. Somit ist ein Screening nicht zu rechtfertigen. Dazu kommt, dass eine Spezifische Sprachentwicklungsstörung

**Tab. 1: Werte auf den Wortschatz- und Grammatikskalen für das 90. Perzentil bei 18 Monaten und das 10. Perzentil bei 29 Monaten**

Skala	90. Perzentil bei 18 Monaten	10. Perzentil bei 29 Monaten
Anzahl der Wörter (aus 600)	192	179
Flexionswert (Maximum = 42)	3,9	3
Satzkomplexität (Maximum = 32)	2,9	2,8

(USES) erst ab ca. vier Jahren sicher diagnostiziert werden kann.

**2) Sprachstandsbestimmung und Verlaufsbeobachtung**

Für einen späten Sprachbeginn kommen mehrere Ursachen in Frage, sofern organische Ursachen ausgeschlossen sind:

1. Eine anregungsarme Umwelt, vornehmlich bei bildungsfernen Familien
2. Eine langsame allgemeine kognitive Entwicklung, vornehmlich des Symbolspiels und repräsentativer Fähigkeiten
3. Die Persönlichkeit des Kindes, wenig Interesse an Kommunikation
4. Die Geschwindigkeit, mit der neuronale Systeme für die Verarbeitung von Sprache konstruiert werden. Das betrifft die Speicherung von Vokabular, die Fähigkeit zur Kombination von Wörtern, und die Kapazität des Kurzzeitgedächtnisses
5. Frühes Anzeichen einer Sprachentwicklungsstörung  
Diese Sichtweise berücksichtigt die Gesamtentwicklung des Kindes.

Es empfiehlt sich, den Sprachstand eines Kindes mit einem Instrumentarium zu bestimmen, das die typische Variabilität des frühen Sprachbeginns in der Bevölkerung widerspiegelt und das Kind relativ zu seiner Altersgruppe auf einer Normskala einordnet, wie bei Körpergewicht oder Körpergröße. Bei Vorliegen eines späten Sprachbeginns sollte eine Verlaufsbeobachtung mit eventueller Förderung erfolgen.

Für ein solches Vorgehen eignet sich der Elternfragebogen FRAKIS. Er erfasst die sprachlichen Fertigkeiten, deren Erwerb in der Altersspanne von 18 und 30 Monaten typischerweise beginnen und fortschreiten. In Übereinstimmung mit gängiger internationaler Praxis definiert FRAKIS die untersten 10 Prozent von Kindern einer Altersgruppe als Kinder mit spätem Sprachbeginn, ohne dabei eine Gefährdung zu suggerieren. FRAKIS eignet sich zum wiederholten Einsatz bei einer Verlaufsbeobachtung, da er die sprachlichen Fertigkeiten relativ detailliert erfasst.

FRAKIS beansprucht nicht, ein Screening Verfahren zur Ermittlung des Risikos für eine Sprachentwicklungsstörung zu sein. Das Ziel ist die Einordnung eines Kindes in das Bezugssystem normaler Variabilität. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass es derzeit kein Verfahren erlaubt, bei Zweijährigen zwischen normaler Variabilität und einer behandlungsbedürftigen Störung sicher zu unterscheiden. Das schließt nicht aus, dass Kinder mit spätem Sprachbeginn von einer Intervention profitieren können, wenn deren Ziele die Förderung und die Veränderung der Entwicklungsbedingungen eines Kindes sind.

**Nutzen von Elternfragebögen**

In langjährigen Forschungen wurde sichergestellt, dass die Aussagen von Eltern über die frühen sprachlichen Fertigkeiten ihrer Kinder als gültig und verlässlich gelten können, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

1. Den Eltern werden Checklisten sprachlicher Items – keine offenen Fragen – vorgelegt.
2. Das angebotene Sprachmaterial muss repräsentativ für die angesprochene Altersspanne sein und auf Spontansprachdaten basieren.
3. Es muss sichergestellt sein, dass das Antwortverhalten der Eltern wirklichkeitsgetreu ist.
4. Er sollte Normen in monatlichen Abständen und für Mädchen und Jungen getrennt geben.

Derzeit erfüllt nur der Elternfragebogen FRAKIS alle Bedingungen<sup>1</sup>. Bei Zweijährigen empfiehlt sich der Einsatz eines Elternfragebogens, da Sprachtests in diesem Alter nicht verlässlich sind, und die Erhebung von Spontansprache zu aufwändig wäre.

### Sprachstandsbestimmung und Verlaufsbeobachtung mit FRAKIS und FRAKIS-K

FRAKIS misst Wortschatz und Grammatik. Anhand vorgegebener Checklisten sollen die Eltern diejenigen Wörter und grammatischen Formen ankreuzen, die ihr Kind produziert. Die Wortschatzliste enthält 600 Wörter. Zusätzlich gibt es zwei Grammatikskalen.

FRAKIS enthält auch eine Kurzform mit 102 Wörtern und drei Fragen zur Grammatik. Die Wörter haben sich auf der Basis sorgfältiger Analysen der Daten der langen Wortschatzliste als trennscharf zwischen Kindern mit schneller und langsamer Sprachentwicklung erwiesen. Die Durchführung der Kurzversion FRAKIS-K erfordert ca. fünf Minuten und kann im Rahmen der U7 durchgeführt werden. Der lange FRAKIS muss von den Eltern zu Hause ausgefüllt werden, da dies zwischen 15 und 45 Minuten dauert. Die Ergebnisse mit FRAKIS-K entsprechen denen von FRAKIS.

Obwohl ein allgemeines Screening von Zweijährigen nicht erforderlich ist, kann eine Verlaufsbeobachtung der frühen Sprachentwicklung für manche Kinder empfehlenswert sein. Ich empfehle folgendes Schema für die Verlaufsbeobachtung mit FRAKIS-K und FRAKIS:

#### ➤ im Alter von 24 Monaten:

Wenn die Eltern keine Angaben über die Sprache des Kindes machen können, diese nicht verlässlich erscheinen, oder die Eltern über die Sprachentwicklung ihres Kindes besorgt sind. Das Kind ist ein später Sprecher, wenn der Wortschatz im untersten Zehntel seiner Altersgruppe liegt, es noch keine Wortkombinationen produziert und die Flexionsbildung noch nicht begonnen hat. Dann sollte eine Aufklärung der Eltern über die Variabilität des frühen Spracherwerbs stattfinden. Die weitere Beobachtung und die Abklärung möglicher organischer Ursachen sollte geschehen.

#### ➤ im Alter von 30 Monaten:

Eine erneute Sprachstandserhebung mit FRAKIS-K. Falls das Kind immer noch ein später Sprecher ist, sollte eine Sprachstandsbestimmung mit dem langen FRAKIS erfolgen, um detailliertere Informationen zu erhalten. Falls das Kind mit Werten im unteren Zehntel auch ge-

mäß langem FRAKIS ein „später Sprecher“ ist, kann eine Beratung der Eltern über sprachförderndes Verhalten hilfreich sein. Gegebenenfalls ist der Besuch einer Einrichtung mit entsprechend qualifiziertem Personal anzuraten. Die weitere Beobachtung ist erforderlich.

#### ➤ im Alter von 36 Monaten:

Eine erneute Sprachstandsbestimmung mit dem langen FRAKIS sollte erfolgen. Allerdings ist dieser nicht für diese Altersgruppe normiert. Ein allgemein akzeptiertes Vorgehen ist, in diesem Fall die Werte des Kindes mit den Normen für sechs Monate jüngere Kinder zu vergleichen. Ist das Kind nach diesen Normen ein später Sprecher, sollte sein Sprachstand mit anderen Methoden erhoben werden. Ein später Sprachbeginn mit 36 Monaten ist ernster zu nehmen als bei Zweijährigen. Zwar zeigen individuelle Entwicklungsverläufe aus Längsschnittuntersuchungen, dass die Kinder dazu tendieren, ihre anfängliche Verzögerung in der ersten Hälfte des vierten Lebensjahres aufzuholen, jedoch liegen keine normativen Daten vor. Sprachförderung durch den Besuch eines qualitativ guten Kindergartens ist dringend anzuraten.

Die Verlaufsbeobachtung mit FRAKIS erlaubt es, Fortschritte im Entwicklungsweg zu beobachten. Ein solches Vorgehen ist wesentlich informativer als die einmalige Bestandsaufnahme mit einem groben Screening Verfahren.

### Förderung statt Frühtherapie

Die Bedingungen für eine langsame Sprachentwicklung liegen häufig in der sozialen Umwelt eines Kindes. Daher ist es ratsam, diese Möglichkeit vorrangig zu beachten. Die erforderliche Intervention ist nicht Sprachtherapie, sondern Sprachförderung, um günstigere Entwicklungsbedingungen für das Kind zu schaffen. Da eine langsame Sprachentwicklung meistens kein isoliertes Phänomen ist, müssen Entwicklungsanregungen generell in kognitiven Verhaltensbereichen geschaffen werden. Förderung kann mit einem Training der Eltern zu kognitions- und sprachförderlichem Verhalten beginnen, sofern die Eltern dafür zugänglich sind. In Betreuungseinrichtungen mit qualitativ gut ausgebildetem Personal wird für das Kind eine in vielen Bereichen angereicherte Umwelt geboten. Die positive Wirkung derartiger Fördermaßnahmen auf den Spracherwerb und auf die kognitive Entwicklung wurde in breit angelegten Studien in Großbritannien belegt. Auch der Einsatz von sprachfördernden Interventionen mit Sprachtraining in kleinen Gruppen bei Kindergartenkindern hat nachweisliche Erfolge gebracht.

Die Pathologisierung einer langsamen Sprachentwicklung löst das Problem nicht, wenn die Ursache im sozialen Bereich liegt. Dies wäre lediglich der Transfer einer sozialpolitischen Aufgabe in den Bereich der Medizin. Der Beweis für den Erfolg eines derartigen Transfers ist bisher nicht erbracht.

Literatur bei der Verfasserin  
Prof. Dr. Gisela Szagun  
2 Wakefield Street  
London WC1N 2PF, UK  
gisela.szagun@googlemail.com

Red.: Kup

<sup>1</sup> Die entsprechenden Forschungen wurden von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (Projekt Nr. Sz 41/11-1 und Sz 41/11-2) finanziell gefördert.

# 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).

## Beschneidungsgesetz



Die Mehrheit der Deutschen ist dagegen, von Dr. Christoph Kupferschmid, KiJuA (2013) Heft 2, Seite 3

Es ist bedenklich, wenn Herr Kollege Kupferschmid – offenbar im Auftrage des BVKJ – den mit großer Partei übergreifender Mehrheit gefassten Beschluss des Bundestages die Legitimität abspricht und dies mit einem zweifelhaften Hinweis auf eine Blitzumfrage von DIMAP, wo die „wahre Stimme des Volkes“ eigentlich zu erfahren sei. Was von solchen Blitzumfragen zu halten ist, kann sich jeder seriöse Leser denken.

Man mag persönlich die Entscheidung des Bundestages kritisieren. Es ist jedoch kein Grund die Autorität und Legitimität des Bundestages in Frage zu stellen, der sehr differenziert unter Einbeziehung der Ethikkommission eine Entscheidung im Interesse des Integrationsfriedens in unserem Land getroffen hat. Jede Gesellschaft muss einen Kompromiss eingehen, so dass wir nicht gegeneinander sondern miteinander leben können. Es ist bedauerlich, dass Herr K. dies nicht einzusehen vermag. Warum ist Herr K. nicht in der Lage zu schreiben: „Wir sind als Ärzte gegen die Beschneidung, halten aber ein Verbot für nicht sinnvoll, da als essentiell empfundene Traditionen wie die Beschneidung in einer aufgeklärten Welt erst nach vielen Jahrzehnten/Jahrhunderten von den jeweiligen Bevölkerungsgruppen in einem anderen Licht gesehen werden.“

Wir können sie nicht dazu zwingen. Die Bewusstseinsweiterung muss von ihnen selbst ausgehen“. Es ist evident dass dieser Bewusstseinsprozess bei den jeweiligen Bevölkerungsgruppen auch abhängig ist von dem Verhalten der Mehrheitsgesellschaft, das heißt von uns.

Konkret: Sind wir den Juden und vor allem Muslimen im Alltag ein so gutes Vorbild, dass es ihnen leicht fällt unserem Beispiel zu folgen? Ich glaube nicht.

Das Thema der Beschneidung bei Jungen kann aus dem Kontext allgemein gesellschaftlichen Verhaltens in unserem Land nicht isoliert herausgeschnitten werden. Die kritische Entwicklung der BRD-Mehrheitsgesellschaft insbesondere aus kinderärztlicher Sicht sollte nachdenklich stimmen und zur Zurückhaltung mit Verboten bei der vorliegenden Problematik mahnen: Zunehmend vaterlose Gesellschaft, zunehmende Bindungsängste bei jungen Erwachsenen, Single-Haushalte 30 bis 50%, erschreckend niedrige Geburtenzahlen mit all ihren bedenklichen Folgen für die Zukunft und unmittelbaren Erfahrungen im Umgang mit Kindern etc. Angesichts dieser desaströsen Entwicklung freut sich jeder Kinderarzt über den Kinderreichtum muslimischer Familien, die seine Praxis nicht nur beleben, sondern auch finanziell sichern. Welcher Kinderarzt ist bereit diese Familien unmittelbar mit Verboten zu konfrontieren? Ein kluger und weiser Kinderarzt hingegen wird muslimische und jüdische Familien bitten über ihre Rituale einmal nachzudenken unter der Frage, ob diese wirklich nötig seien.

Dr. med. W. Hammacher, Schwerte  
whammacher@versanet.de

## Antwort auf den Leserbrief von Dr. Hammacher zum Beschneidungsgesetz

„Warum ist Herr K. nicht in der Lage zu schreiben...?“ Die Antwort: Er ist anderer Meinung. Herrn Kollegen Hammacher gebührt Dank, dass er die Diskussion wieder belebt. Es ist erschreckend still geworden um das Thema nicht medizinisch indizierte Beschneidung.

Dr. Hammacher hält die neue gesetzliche Regelung für einen gangbaren Kompromiss. Er soll Juden und Muslimen Zeit geben, ihre Riten zu überdenken und zu ändern. Allerdings haben diese gerade wegen des Gesetzes hierzu überhaupt keinen Anlass mehr. Die Parallelgesellschaft kann ungestört bestehen bleiben. Schon gibt es wieder das archaischen Ritual der „Mezizah“, das Saugen des Blutes der Beschneidungswunde mit dem Mund. Herpesinfektionen hierdurch sind bekannt und verheerend.

Wir sind einig, dass das Thema Beschneidung im gesellschaftlichen Kontext unseres Landes diskutiert werden muss. In diesem Kontext stellt eine große Mehrheit der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte die Kinderrechte an vorderste Stelle. Hierin sind wir Vorbild. Viele von uns reden auch darüber mit muslimischen Familien. Und wir sind nicht bereit, unsere Überzeugung etwaigen finanziellen Verlockungen zu opfern.

Ob das Beschneidungsgesetz ein gutes ist, sollte das Bundesverfassungsgericht entscheiden. Die Überprüfung steht dringlich an.

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

## Unicef-Studie: Deutsche Kinder unglücklich

Gut situiert, aber nicht glücklich: Laut einer Unicef-Studie steigt bei deutschen Kindern die Unzufriedenheit. Die Kluft zwischen gefühltem und objektivem Wohlbefinden ist größer als in jedem anderen Industrieland.

Zum dritten Mal hat UNICEF die aktuellsten Daten zu einem umfassenden Vergleich kindlichen Wohlbefindens in den reichen Ländern der Welt zusammengetragen.

Für die Bundesrepublik ergibt sich folgendes Bild: Das deutsche Bildungswesen steht deutlich besser da als vor zehn Jahren. Die Jugendarbeitslosigkeit ist im internationalen Vergleich sehr niedrig. Obendrein rauchen die Kinder in Deutschland inzwischen viel weniger. Friedlicher als anderswo sind sie auch: Deutlich weniger als 30 Prozent sagen, im zurückliegenden Jahr in körperliche Auseinandersetzungen verwickelt gewesen zu sein. Das ist vorbildlich, weil deutlich weniger als in allen anderen Ländern.

Alles gut also? Keineswegs. Im zweiten Teil der Studie hat UNICEF nachgefragt, wie zufrieden die Kinder selbst mit ihrer Lebenssituation sind.

Was dabei herausgekommen ist, nennen Forscher wie der Berliner Mikrosoziologe Hans Bertram ein „vernichtendes Urteil“: jeder siebte Jugendliche bewertet seine aktuelle Lebenssituation als mäßig bis negativ. Im Vergleich mit 29 Industrienationen liegt die Bundesrepublik damit auf Platz 22. Vor mehreren Jahren erreichte das Land noch Rang zwölf. Warum, so die Frage, schneidet Deutschland bei objektiven Faktoren kindlichen Wohlbefindens, die von der Gefahr materieller Armut über Bildung, Gesundheit, Wohnung und Umwelt bis hin zum Risikoverhalten so einiges an kindlichem Leben abdecken, gut ab, um dann bei der eigenen Einschätzung der Kinder auf den 22. Platz abzustürzen? In keinem anderen der hier untersuchten 29 Länder findet sich eine solche Kluft. Und warum sieht es beim Nachbarn Niederlande so anders aus, wo die gemessenen Faktoren für das Wohlbefinden der Kinder und ihre selbst geäußerte, ebenfalls sehr hohe Zufriedenheit den Spitzenplatz im Ländervergleich ergeben?

Offenbar, so kann man die UNICEF-Studie lesen, reicht es nicht aus, auf formale Leistungen zu schauen, wenn sich gleichzeitig eine große Zahl junger Menschen ausgeschlossen fühlt, wenn sie nicht daran glauben, aktiv an dieser Gesellschaft teilhaben zu können.

### **BVKJ: UNICEF-Studie zeigt, dass Schutz der Gesundheit verbessert werden muss**

Aus Sicht des BVKJ zeigt die UNICEF-Studie neben erfreulichen Trends bei der Prävention von Drogen- und Substanzmissbrauch vor allem noch bestehende Defizite.

In einer Presseerklärung forderte BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann die Verbesserung insbesondere der primären Prävention für Kinder und eine Anpassung des Kinder- und Jugendlichenvorsorgeprogramm an die Erfordernisse der Zeit: „Wir brau-

### **Rangliste: Kindliches Wohlbefinden**

1	Niederlande
2	Norwegen
3	Island
4	Finnland
5	Schweden
6	Deutschland
7	Luxemburg
8	Schweiz
9	Belgien
10	Irland
11	Dänemark
12	Slowenien
13	Frankreich
14	Tschechische Republik
15	Portugal
16	Großbritannien
17	Kanada
18	Österreich
19	Spanien
20	Ungarn
21	Polen
22	Italien
23	Estland
24	Slowakei
25	Griechenland
26	USA
27	Litauen
28	Lettland
29	Rumänien

### **Rangliste: Lebenszufriedenheit von Kindern**

1	Niederlande
2	Island
3	Spanien
4	Finnland
5	Griechenland
6	Belgien
7	Norwegen
8	Schweiz
9	Estland
10	Slowenien
11	Schweden
12	Irland
13	Dänemark
14	Großbritannien
15	Italien
16	Österreich
17	Luxemburg
18	Frankreich
19	Tschechische Republik
20	Lettland
21	Portugal
22	Deutschland
23	USA
24	Kanada
25	Slowakei
26	Ungarn
27	Litauen
28	Polen
29	Rumänien

chen eine qualitative Verbesserung der bestehenden Untersuchungen, damit sie zu echten primären Präventionsleistungen werden und wir die Chance haben, mehr Störungen in der gesundheitlichen und psychosozialen Entwicklung von Kindern rechtzeitig zu erkennen. Entsprechende Vorschläge dazu haben wir ausgearbeitet und warten auf eine Umsetzung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wir brauchen endlich ein wirksames Präventionsgesetz. Wir Kinder- und Jugendärzte wünschen uns, dass ein Gesetzentwurf noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet wird und nicht im Streit zwischen Regierung und Opposition auf der Strecke bleibt.“

ReH

# „Windeln sind teurer als Kondome“

## Medizinstudenten trainieren Arzt-Patientengespräche mit Jugendlichen

Mit Jugendlichen über Sexualität und Verhütung zu reden, gehört zum Aufgabenkatalog von Kinder- und Jugendärzten. Wie findet man dabei die richtigen Worte? Das Projekt „Mit Sicherheit verliebt“ schickt Medizinstudenten in Schulen und lässt sie dort über Sex und alle dazugehörigen Themen reden. Studenten und Schüler profitieren gleichermaßen von dem Projekt.

Eine Hauptschule in München, 8. Klasse. 25 Jungen und Mädchen schauen erwartungsvoll auf Jascha Ell und Charlotte Hacker, die beiden Medizinstudenten, die heute einen ganzen Vormittag lang mit ihnen über Sex, Liebe, Verhütung sprechen und alle Fragen rund um diese Themen beantworten werden. Die Lehrer haben an diesem Vormittag frei, und das ist gut so. Die Medizinstudenten sind kaum älter als die Schüler, die Atmosphäre ist locker, Verschwiegenheit ist oberstes Gebot und im besten Fall sehen sich beide Seiten nach dem Vormittag nie wieder – Grundvoraussetzung dafür, dass die Jugendlichen ohne Scheu fragen können, was sie wirklich interessiert am Thema Sex, zum Beispiel „wie ist das, mit Oralsex?“, „wie groß ist ein Penis im Durchschnitt?“

Die Klasse wird in Jungen und Mädchen geteilt. In Abwesenheit des jeweils anderen Geschlechts verschwindet die Scheu schneller. Schon beim ersten Spiel – dem Sex-ABC – ist die Tafel nach wenigen Minuten mit allem übersät was den Jugendlichen zum Thema einfällt. Von A wie Anal bis Z wie Zungenkuss.

### Aufklärung übers Internet verunsichert

Das Projekt „Mit Sicherheit verliebt“ will Jugendliche aufklären, die sich bereits aufgeklärt fühlen, die im Biountericht alles gelernt (und wieder vergessen) haben über den weiblichen Zyklus, über Aufbau und Funktion der Geschlechtsorgane. Die ihre Nachmittage mit Pornos aus dem Internet verbringen, dadurch aber nicht informierter, sondern häufig nur tief verunsichert sind.

Inzwischen ist die Klasse beim Thema „Anatomie“ angekommen. Die Studenten erklären kurz, wie der Körper auf sexuelle Stimulation reagiert.

„Wisst ihr woran man die Erregung beim Mann sieht?“

„Er kriegt einen Ständer!“

„Richtig. Übrigens: Vergleichbar mit der Erektion beim Mann können bei Frauen zum Beispiel die Brustwarzen steif werden und....“

„Moment! Heißt das, wenn die dann geil ist, kann ich die direkt mitnehmen?“

Dass Partnerschaft aus einem Nehmen und Geben besteht, dass es um gegenseitiges Verstehen geht, das ist eine der Botschaften, die die Schüler aus der Veranstaltung heute mitnehmen sollen. Oft fragen die Schüler die Studenten, wie diese ihr „Erstes Mal“ erlebt haben. Darauf müssen diese nicht antworten. Zwar sollen und dürfen die Schüler alles fragen, aber wie weit die Studenten ihr Privatleben offenlegen, ist ihre eigene Entscheidung. Einige schildern ihre ersten eigenen sexuellen Erfahrungen. Dass das „Erste Mal“ zu meist wenig den stundenlangen, professionellen Leistungen zweier mit Silikon und Anabolika vollgepumpter Akteure aus den einschlägigen Internetseiten ähnelt, löst dann bei den Jungs eher Unsicherheit, bei den Mädchen große Erleichterung aus.

Wie der Name des Projekts verrät, liegt den Studenten vor allem eines am Herzen: der Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten und ungewollten Schwangerschaften.

Das Vorwissen der Jugendlichen variiert dabei stark. Von AIDS haben

alle mal gehört, aber kann man das nicht inzwischen gut heilen? Chlamydien, Coitus interruptus, Tripper: die angehenden Ärzte brechen Fachwissen auf Schulniveau runter und treffen dabei den richtigen Ton.

### Training für das spätere Arzt-Patientengespräch

Jascha Ell vom Münchner Lokalprojekt ist Routinier und steht kurz vor dem Studienabschluss. Neben dem Spaß, den die Teilnahme am Projekt mit sich bringt, sieht er die Projektarbeit vor allem als gute Übung für spätere Arzt-Patientengespräche: „Vor allem die Fähigkeit, frei auch über möglicherweise „peinliche“ Themen sprechen zu können, das freie Sprechen und das direkte Ansprechen von Tabuthemen sind Fähigkeiten, die auch während des Berufslebens als Arzt von Vorteil sein werden.“

Seine Studienkollegin Charlotte Hacker, die später einmal Urologin werden will, sieht es ähnlich: „Spontanität, Seriosität und Empathie bei



Richard Hauch

### Mit Sicherheit verliebt?



intimen Themen können wir hier bereits für unser späteres Berufsleben lernen.“

Doch nicht nur die angehenden Mediziner trainieren mit vermeintlich unangenehmen Themen umzugehen. „Die Jugendlichen sollen die Scheu verlieren, über peinliche Themen wie Verhütung und Sexualität zu sprechen“, fasst Hacker zusammen. „Ich sage den Kindern auch immer, dass sie sich absolut nicht schämen zu brauchen, zu einem Arzt zu gehen, wenn sie das Gefühl haben, dass irgend etwas nicht so ist, wie es sein soll. Dafür sind

Ärzte ja da und sie werden dort sicherlich ernst genommen.“

Die Studenten sind sich einig: Das Wissen um die eigene Gesundheit verhindert den leichtsinnigen Umgang mit derselben. Ungewollte Schwangerschaften und Infektionen wiegen letztlich schlimmer als das kurze Entblößen von Angst und Abneigung gegenüber dem unberechenbaren Risiko. „Windeln sind teurer als Kondome!“, rät Ell den Schülern. Die nicken nachdenklich, die angehenden Ärzte sind zufrieden und der Vorsorge-Morgen ist zu Ende.

### Mit Sicherheit verliebt

Die Idee zu dem Projekt kommt aus Schweden. Hierzulande existiert es seit 2001, mittlerweile gibt es 30 lokale Gruppen, koordiniert von der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland. 400 junge Leute besuchen regelmäßig Klassen, klären auf und warnen vor sexuellen Krankheiten, vor allem in der sechsten bis achten Jahrgangsstufe.

Richard Hauch

Der Autor studiert Medizin in München und arbeitet ehrenamtlich mit im Projekt „Mit Sicherheit verliebt“

Red: ReH

## Die Vorhaut – kein Fehler der Natur

### BVKJ e.V. gibt Broschüre zur Penisgesundheit heraus

Warum es nicht drauf ankommt, wie groß und dick ein Penis ist, warum die Vorhaut kein überflüssiger Körperteil ist, wie man sie bewahrt und wie man Krankheiten vorbeugt – all dies erklärt die Broschüre Mann, oh Mann :-).

Eltern und ihre Söhne finden hier Antworten auf alle Fragen rund um die Penisgesundheit. Sachlich, übersichtlich und in einfacher Sprache werden Aufbau und Funktion des wichtigen Körperteils erklärt; zugleich wird die Diskussion um die Beschneidung auf eine wissenschaftlich

fundierte Ebene gestellt. Eltern und ihre Söhne können danach gut aufgeklärt entscheiden, ob sie einen medizinisch nicht gerechtfertigten und im wahrsten Sinne des Wortes einschneidenden Eingriff befürworten.

Hier gibt es die Broschüre zum Download:

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

Die Broschüre in Papierform kann mit dem unten anhängenden Bestellschein angefordert werden.

ReH



## Bestellschein Broschüre „Mann, oh Mann :-!“

Hiermit bestelle/n ich/wir (bitte ankreuzen):

(Alle Preise incl. MwSt. und Versandkosten)

**Paket 1** zum Preis von **14,- €**

25 Broschüren

**Paket 2** zum Preis von **26,- €**

50 Broschüren

**Paket 3** zum Preis von **48,- €**

100 Broschüren

### Liefer- / Rechnungsadresse:

Name, Vorname / Praxis

Praxisstempel

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Telefon / Fax

Datum, Unterschrift

Bitte senden Sie Ihre Bestellung

per Fax an: 0221 - 6890929

per Post an: BVKJ-Service GmbH, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

per e-Mail an: [bvkj-service-gmbh@uminfo.de](mailto:bvkj-service-gmbh@uminfo.de)

## Darmerkrankungen, Diabetes, Epilepsie und Rheuma bei Jugendlichen: Nicht den Kontakt zum Arzt verlieren

Die Betreuung chronisch kranker Jugendlicher in Deutschland ist in Teilen mangelhaft. Wenn Kinder mit chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel Rheuma, Typ-1-Diabetes, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen oder Epilepsie erwachsen werden, fallen sie mitunter durch das Netz der medizinischen Betreuung, mahnt die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM). Beim Wechsel vom Kinder- und Jugendarzt zum Internisten oder anderen Fachärzten geht häufig der Kontakt zum Patienten verloren. Neue Betreuungsmodelle sollen Betroffene durch diese „Transition“ führen und für eine nahtlose Behandlung sorgen. Auf dem 119. Internistenkongress der DGIM vom 6. bis 9. April 2013 in Wiesbaden stellten Experten entsprechende Projekte vor.

Der Übergang chronisch kranker Jugendlicher und junger Erwachsener von der kinderärztlichen Versorgung in die Erwachsenenmedizin fällt in die späte Pubertät. „Das ist bereits für gesunde Jugendliche eine schwierige Lebensphase“, sagte Professor Dr. med. Britta Siegmund von der Berliner Charité. Bei chronisch kranken Heranwachsenden sei die entwicklungsbedingte emotionale Verwundbarkeit noch höher. Die Folge: Der Kontakt zum Kinderarzt verliere sich, die jungen Patienten nehmen ihre Medikamente nicht mehr, brechen die Therapie ab. Dies wirkt sich negativ auf Krankheitsverlauf, Schule, Beruf und Alltag aus.

„Hier brauchen wir fachübergreifende, einheitliche Strukturen, die den Prozess der Transition nicht nur begleiten und absichern, sondern auch finanziell unterstützen“, forderte DGIM-Vorsitzende Professor Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann. Sie betreut an den Dr. Horst Schmidt Kliniken in Wiesbaden auch junge Patienten

mit Rheuma und arbeitet dabei eng mit Kinder- und Jugendärzten zusammen: „Jedes Jahr stehen 3000 Rheumakranke vor dem Sprung in die Erwachsenenwelt. Ohne Kooperation zwischen Jugend- und Erwachsenenmedizinern schaffen es viele nicht.“ Etwa ein Drittel aller Patienten mit juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), der häufigsten Rheumavariante im Kindesalter, brechen den Kontakt zu den Ärzten ab. Wenn sie sich Jahre später erneut bei einem Rheumatologen vorstellen, sei es häufig bereits zu dauerhaften Schäden an den Gelenken gekommen.

Als entsprechend mangelhaft bewertet der Sachverständigenrat Gesundheit die Betreuung chronisch kranker Jugendlicher in der Übergangsphase in Deutschland. Dieses Gremium berät die Bundesregierung zu Fragen der Krankenversorgung. Geschehen sei bisher jedoch wenig: „Von Seiten des Gesetzgebers wie auch der Kostenträger fehlt bislang die Anerkennung der besonderen Betreuungssituation“, be-

klagte Professor Siegmund. Sie leitet die „Task Force Transition“, die die DGIM und die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) im Jahr 2012 ins Leben gerufen haben.

Die Task Force hat als Modellsystem ein Berliner Transitionsprogramm ausgewählt, das von den DRK-Kliniken entwickelt wurde. Innerhalb des Programms wird der Prozess der Transition durch Fallmanager begleitet und durch die Krankenkassen vergütet. Zum Angebot gehören Einzelgespräche, gemeinsame Sprechstunden und Fallkonferenzen. Fallmanager koordinieren auch die Behandlungen durch Fachärzte und sorgen dafür, dass geplante Termine stattfinden. Seit Juli 2009 wurden im Programm in Berlin und Brandenburg Jugendliche mit Diabetes mellitus oder Epilepsie im Alter von 16 bis 21 Jahren betreut. Derzeit wird es auf Krankheitsbilder wie Rheuma und chronisch entzündliche Darmerkrankungen ausgeweitet und auf weitere Bundesländer übertragen. Red.: ReH

### ● Wenn Schackeline zur U6 kommt

#### Unsere Lieblingsnamen im Mai

Beverly Angel, Fibi Fee, Jermyn, Lio-Pharrell, Mark-Hubertus-Reimar, Olive, Pilot Inspector, Regine-Juliane, Dorothea-Erdmuth, Thyra, Tia-Lee, Wulfgar Aireck.

Red.: ReH



© Philipus - Fotolia.com

# Anscheinend lebensbedrohliche Ereignisse (ALE) im Säuglingsalter



Prof. Dr. med.  
Christian F. Poets

Anscheinend lebensbedrohliche Ereignisse (ALE) sind im Gegensatz zum plötzlichen Kindstod (SIDS) in ihrer Häufigkeit nicht zurückgegangen. Die Inzidenz liegt bei ca. 2/1000. Zur Ursachenabklärung ist ein Ereignis-Monitoring entscheidend. Dies sollte baldmöglichst nach Aufnahme beginnen. Die Differenzialdiagnose ist umfangreich und reicht von Atemwegsinfekten bis zum nicht-akzidentellen Erstickten, einer Sonderform des Stellvertreter-Münchhausen-Syndroms. Die Schwierigkeit liegt v.a. darin, zwischen einer (zufälligen) Assoziation und einem kausalen Zusammenhang zu unterscheiden. Hierbei ist die Aufzeichnung physiologischer Signale während eines (weiteren) Ereignisses hilfreich. Noch wenig bekannt ist, dass ALE schon direkt postnatal auftreten können. Hier treffen oft mehrere Risikofaktoren für ein akzidentelles Erstickten, wie Bauchlage und mütterliche Erschöpfung zusammen, sodass Neugeborene postnatal engmaschiger Überwachung bedürfen und Eltern über diese Gefahr informiert werden sollten. Ein Heimmonitoring (mit Speicher) nach ALE ist meist nur für 4–6 Wochen erforderlich.

## Definition

Ein ALE (Anscheinend lebensbedrohliches Ereignis) oder apparent life threatening event (ALTE) ist definiert als Episode eines akuten, unerwarteten und lebensbedrohlich erscheinenden Zustandes bei Säuglingen, die mit Apnoe, Hautverfärbung (zyanotisch oder blass), deutlicher Änderung des Muskeltonus (schlaff, selten steif), Würgen oder Erstickungszeichen assoziiert ist. ALE können im Schlaf und im Wachzustand, hier v.a. bei der Nahrungsaufnahme auftreten. Durch rechtzeitige

Stimulation bzw. Wiederbelebung sind sie erfolgreich zu behandeln. Während von manchen Autoren jeglicher Zustand, der o.g. Kriterien erfüllt, als ALE bezeichnet wird, beschränken sich die meisten Untersuchungen zu diesem Thema auf Ereignisse, die sich erst nach heftiger Stimulation oder Reanimation terminierten; diese Definition wird auch in diesem Beitrag verwendet. Da die Ereignisse wie „Sterbeanfälle“ aussehen, galten sie lange als Vorstadium eines sudden infant death syndroms (SIDS) und wurden „near miss sudden infant death“ genannt. Die darin implizite Nähe zum SIDS ist aber irreführend. So ging z.B. die Kindstodhäufigkeit in den letzten 20 Jahren stark zurück, während die Häufigkeit von ALE recht konstant blieb. Daher sollte diese Bezeichnung nicht mehr verwendet werden. Säuglinge mit ALE sind meistens jünger als Kinder, die an SIDS versterben, die Attacken treten auch in Rückenlage und bei Tag auf und es besteht nur eine geringe Koinzidenz mit den bekannten SIDS-Risikofaktoren. Das Risiko eines Säuglings, nach ALE an SIDS zu sterben, beträgt weniger als 3%. Die Inzidenz der ALE liegt bei etwa 0,6–2,4/1000.

## Pathogenese

Das Problem bei der Abklärung der zugrunde liegenden Ursache eines ALE besteht darin, dass unklar ist, ob ein Befund, der Stunden oder Tage nach dem Ereignis erhoben wird, wirklich ursächlich für das Ereignis war. Dies wird besonders gut am Beispiel des gastro-ösophagealen Refluxes (GÖR) deutlich, der bei Säuglingen häufig und meist harmlos ist („Speikinder sind Gedeihkinder“), aber bei Auftreten eines ALE oft als ursächlich für das Ereignis betrachtet wird.

Grundsätzlich ist die Liste akuter Störungen, die einem ALE zugrunde liegen können, umfangreich (Tab. 1). Ausreichende Sicherheit bei der Unterscheidung zwischen Assoziation und kausalem Zusammenhang bietet

<b>Atemwegserkrankungen</b>	<b>Neurologische Erkrankungen</b>
Bronchiolitis	Meningitis/Enzephalitis
Pneumonie	Krampanfall
Pertussis	Angeborene zentrale Hypoventilation
Tracheo-ösophageale Fistel	Spinale Muskelatrophie
Aspiration	Hyperekplexie („startle disease“)
Laryngomalazie; Tracheomalazie	Joubert-Syndrom
Pierre-Robin-Sequenz	Arnold-Chiari-Malformation
Laryngeale Zyste oder Angiom	Myopathie
<b>Kardiovaskuläre Erkrankungen</b>	<b>Gastrointestinale Erkrankungen</b>
Syndrom der verlängerten QT-Zeit	Gastro-ösophagealer Reflux
Arrhythmien	Volvulus; Invagination
Aortenstenose	Toxic-Shock-Syndrom bei Gastroenteritis
Gefäßring	
Kardiomyopathie	
<b>Metabolische Erkrankungen</b>	<b>Andere</b>
Medium-Chain-Acyl-CoA-Mangel	Zyanotische Affektkämpfe
Biotinidasemangel	Anämie
Ornithin-Transcarbamylase-Mangel	Nicht-akzidentelles Erstickten
Glutarazidurie Typ II	Stellvertreter-Münchhausen-Syndrom
Carnitinmangel	
Reye-Syndrom	

Tab. 1: Mögliche Differenzialdiagnosen bei ALE (ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

in der Regel nur die Dokumentation eines weiteren Ereignisses auf einem Monitor mit Speicherfunktion (s.u.).

**Diagnostik**

Durch die Vielzahl der möglichen Ursachen eines ALE hat sich ein standardisiertes Untersuchungsprogramm als zielführend erwiesen. Es besteht in einer umfangrei-

chen und detaillierten Anamnese und einer darauf bezogenen klinischen Untersuchung (Tab. 2) sowie sowohl obligaten als auch von Anamnese und klinischem Status abhängigen fakultativen apparativen Untersuchungen (Tab. 3). Da bei 10% der Kinder nach ALE in den ersten Tagen bis Wochen nach dem initialen Ereignis ein weiteres auftritt, ist entscheidend, das Kind bereits bei Auf-

Anamnese und klinische Befunde während/nach Ereignis	Diagnostische Fragestellung
Säugling wie tot? Atmung? Erstickungszeichen? Hautfarbe (blass/blau/grau)? Muskeltonus (schlaff, steif)? Bewusstseinszustand (wach/schlafend/bewusstlos)? Dauer (Sekunden/Minuten)? Beendigung (spontan/Stimulation/Reanimation)? Zeitraum bis zur vollständigen Erholung?	Abschätzung der Schwere des ALE
<b>Unmittelbar vor Ereignis</b>	
<b>Schlafgewohnheiten</b> (Bauchlage, Co-sleeping, Überwärmung, Schlafplatzbeschaffenheit, Bedeckung, Gegenstände im Bett u.a.) Angst, Erregung Plötzliches Geräusch mit Schreckreaktion Husten, Würgen, Erbrechen Mahlzeit Medikamentenverabreichung Augenverdrehen, Steifwerden, Zuckungen Tremor, profuses Schwitzen Elterl. Trunkenheit (z.B. im Bett beim Kind)	? Atembehinderung  ? Affektkrampf (breath-holding spell) ? Hyperekplexie (startle disease) ? Aspiration, tracheo-ösophageale Fistel ? gastro-ösophagealer Reflux ? Intoxikation, Aspiration ? Krampfanfall ? Hypoglykämie, Hypokalzämie ? Atembehinderung
<b>Stunden/Tage vor Ereignis</b>	
Fieber, Infektzeichen, Durchfall beim Kind bzw. in seiner Umgebung Abnorme Schläfrigkeit, Irritabilität Schnarchen Stridor Hungerzustand (evtl. mit Infektion) Hypoventilation im Schlaf Zyanose beim Weinen oder Füttern	? Infektion ? Meningitis, Reye-Syndrom ? Obstruktive Schlafapnoen, Oropharyngeale Instabilität ? Laryngo-Tracheomalazie ? Medium-Chain-Acyl-CoA-Defizienz, Carnitin-Mangel ? Bronchopulmonale Dysplasie, Undine- Syndrom ? Herzfehler, BPD
<b>Wochen/Monate vor Ereignis</b>	
Geburtskomplikationen Frühgeburtlichkeit Familienanamnese Langsame Abnahme der motorischen Aktivität Atemwegsinfekt in Umgebung SIDS/ALE bei Geschwistern Wiederholte Ereignisse in Gegenwart derselben Person	? Zustand nach RDS, CP u.a. ? „BPD-spells“ ? Zerebrale, pulmonale, kardiale u.a. Erkrankungen ? Myopathie, spinale Muskelatrophie ? Pertussis, Bronchiolitis ? Stoffwechselstörung, QT-Verlängerung ? Münchhausen-Syndrom by proxy
<b>Spezielle Aspekte der körperlichen Untersuchung</b>	
Blässe Somnolenz, Schwitzen, Krampfanfall Stridor Mikrognathie Trockener Husten Schnupfen, Rachen und Tonsillen gerötet Dyspnoe, Giemen, Rasselgeräusche Septisch-toxischer Zustand Betonter 2. Herzton Muskuläre Hypotonie, keine Eigenreflexe Subkostale oder juguläre Einziehungen  Neurologische Befunde Retinale Blutungen, Hämatome	? Anämie ? Hypoglykämie, Epilepsie ? Laryngo-Tracheomalazie ? Pierre-Robin-Sequenz ? Tracheo-ösophageale Fistel ? Infekt der oberen Luftwege ? Bronchiolitis, Pneumonie ? Sepsis ? Rechtsherz-Belastung, chronische Hypoxämie ? Spinale Muskelatrophie ? Erhöhte Atemarbeit, z.B. erhöhter Atemwegswiderstand, reduzierte Compliance ? Malformation, Hirnblutung, Tumor, degenerative Erkrankung ? Kindesmisshandlung

Tab. 2: Vorschläge zur Anamnese und Diagnostik bei ALE

Obligat	Fakultativ von Anamnese und klinischen Symptomen abhängig
Anamnese (s. Tab. 2)	Ösophagus-Impedanzmessung oder pH-Metrie
Klinische Untersuchung (s. Tab. 2) Blutbild, CRP Harnstatus Blutgasanalyse	<i>Stoffwechselltests:</i> Aminosäureanalyse im Harn und Serum organische Säuren im Harn Carnitin-Konzentration, Ammoniak im Serum
<i>Serochemie:</i> Natrium, Kalium, Kalzium, Phosphat, Magnesium, Urea, Kreatinin, Blutglukose, CPK, SGOT, SGPT, gamma-GT	Fiberoptische Bronchoskopie Bakterienkultur, Pertussis- PCR Viren: RSV, Adeno-, Rota-, Noroviren Thorax-Röntgen Echokardiographie
<i>Polysomnographie</i> (wenn sonst keine Erklärung) Dokumentiertes Monitoring zu Hause EEG	Kraniale Sonographie MR bei neurologischen Befunden Videoüberwachung

**Tab. 3: Vorschlag für Labor- und apparative Untersuchungen nach ALE**

Aus C. F. Poets (2008)  
Der plötzliche Kindstod. In: M. J. Lentze, F. J. Schulte, J. Schaub, J. Spranger (Hrsg.)  
Pädiatrie, 3. Aufl., Springer Medizin Heidelberg, pp. 162-168

Mit freundlicher Genehmigung von Springer Science+Business Media

nahme an einen Monitor mit Speicherfunktion anzuschließen.

Häufige Ursache von ALE sind Luftwegsinfekte, besonders durch RS-Viren, auf die ein besonderes Augenmerk der Diagnostik gelegt werden sollte. Auch an eine oropharyngeale Instabilität ist zu denken, v.a. wenn Schnarchen bzw. Stridor berichtet/beobachtet werden. Die Möglichkeit einer Kindesmisshandlung (z.T. in Form eines Münchhausen-Syndroms by proxy) als Ursache für ALE muss erwogen werden, v.a. wenn wiederholte Ereignisse berichtet werden, die immer in Gegenwart derselben Person auftreten.

In eigenen Untersuchungen bei 94 Kindern mit rezidivierenden ALE, die mit einem Speichermonitor überwacht wurden, der den transcutanen Sauerstoffpartialdruck (tcpO<sub>2</sub>), pulsoximetrische Sauerstoffsättigung (SpO<sub>2</sub>), Pulswelle, EKG und Atmung erfasste, konnten vier definierte Muster bei der Aufzeichnung weiterer Ereignisse identifiziert werden, die sich als diagnostisch wegweisend herausstellten.

So zeigten fünf dieser Kinder Zustände, bei denen der tcpO<sub>2</sub> auf <20 mmHg abgefallen war (was mit elterlichen Angaben extremer Blässe ihres Kindes korrespondierte), die SpO<sub>2</sub> aber normal geblieben war und keine Apnoen auftraten. Hierbei handelt es sich also offenbar um Störungen der Hautzirkulation, wobei der transkutane Monitor die elterlichen Wahrnehmung bestätigte und das Pulsoximeter den Ausschluss einer arteriellen Hypoxie ermöglichte.

Ein weiteres Muster in den Aufzeichnungen war dadurch gekennzeichnet, dass Phasen von Hypoxie mit unregelmäßiger oder niedrig-amplitudiger Atmung einhergingen (bis hin zur Apnoe), die Herzfrequenz dabei aber um mindestens 20% über Basalwert anstieg. Dieses Muster ist in der Literatur als typisch für epileptische Partialanfälle beschrieben worden, die auch in den vorliegenden Fällen durch Langzeit-EEGs bestätigt werden konnten.

Bei vier Kindern zeigten die Aufzeichnungen hoch-amplitudige, Bewegungsartefakt-überlagerte Atembe-

wegungen von mindestens 40 Sek. Dauer, die der Entwicklung einer tiefen Hypoxie vorausgingen; das EKG zeigte neben Bewegungsartefakten eine Sinustachykardie. Dieses Muster, in Verbindung mit widersprüchlichen Angaben zu Ort und Zeit des Geschehens, ist typisch für elterlich induzierte Ereignisse, die im vorliegenden Fall sämtlich durch versteckte Videoüberwachung (im Krankenhaus) bestätigt werden konnten.

Schließlich ließ sich noch eine Gruppe von Aufzeichnungen charakterisieren, bei denen es Widersprüche zwischen der Aufzeichnung und elterlichen Angaben hierzu gab oder die Aufzeichnungen nicht mit irgendeiner bekannten Pathophysiologie in Einklang zu bringen waren; z.B. das Auftreten extrem langer Apnoen ohne Herzfrequenzabfall bzw. mit erhaltener respiratorischer Sinusarrhythmie im EKG-Signal. Solche Inkonsistenzen lieferten Hinweise, dass es sich hierbei um fabrizierte Ereignisse (Münchhausen-Syndrom) handeln könnte, was anschließend jeweils bestätigt werden konnte.

Neben diesen erklärten Ereignissen wurden in unserer o.g. Untersuchung noch 22 weitere Ereignisse bei 12 Kindern dokumentiert, die keinem der o.g. Muster zuzuordnen waren. Diese zeigten sämtlich das Auftreten einer ausgeprägten Hypoxie, die aber nur in fünf Fällen in Zusammenhang mit längeren Apnoen (>20 Sek.) auftrat. Idiopathische ALE involvieren also nur in einem Teil der Fälle lange zentrale Apnoen, weswegen eine anschließende Überwachung der Kinder z.B. durch Pulsoximeter sinnvoller scheint als ein Apnoe-Monitor.

Auch wenn die Häufigkeitsverteilung der hier genannten Muster nicht repräsentativ für ALE sein dürfte, zeigen diese Auswertungen doch, dass Monitoraufzeichnungen wesentlich dabei helfen können, die Ursache von ALE im Säuglingsalter genauer abzuklären.

### Therapie und Prävention

Zur Vermeidung weiterer Ereignisse ist primär die Beseitigung einer behandelbaren Grundkrankheit zu fordern. Der Therapieerfolg hängt von der Art und Schwere der Grundkrankheit, der raschen und exakten Diagnose und der Behandelbarkeit des Grundleidens ab. Vorübergehende und späte Schäden sind möglich. Findet sich keine behandelbare Ursache, ist eine Entlassung mit einem Monitor mit Speicherfunktion die entscheidende Maßnahme, da nur so bei Auftreten weiterer Ereignisse Aufschluss über deren Ursache zu erwarten ist. Dies kann auch das Bewusstmachen einer elterlichen Überreaktion mit einschließen. Hinsichtlich eines möglichen SIDS-Risikos ist für die Beratung der Eltern die Information hilfreich, dass nach vier Wochen ohne Ereignis das Risiko für weitere ALE/SIDS nicht höher ist als bei Kindern, die nie solch ein Ereignis gehabt hatten. Insofern ist das hier empfohlene Ereignismonitoring primär als diagnostische Maßnahme zu verstehen. Die Aufklärung über die Vermeidung von SIDS-Risikofaktoren (Bauchlage, weiche Unterlage, Überwärmung im Schlaf, passives Mitrauchen u.a.) hat möglicherweise auch für die Verhinderung weiterer ALE einen Schutzeffekt; hierzu liegen jedoch bislang keine Untersuchungen vor.

## Neonatale ALE

In den letzten Jahren wurden wiederholt über ALE berichtet, die bereits in den ersten Stunden nach der Geburt auftraten. In zwei landesweiten epidemiologischen Untersuchungen aus England und Deutschland wurden diese Ereignisse mit einer Inzidenz von 0,03 bzw. 0,05/1000 berichtet. Etwa die Hälfte der Kinder starben, weitere zeigten im Verlauf hypoxische Hirnschäden. Bzgl. der Ätiologie diese Ereignisse fiel in den genannten Untersuchungen auf, dass in der Situation des nachgeburtlichen „Bondings“, bei dem das Kind auf den Bauch der Mutter gelegt wird, mehrere bekannte Risikofaktoren für SIDS zusammentreffen: Bauchlage, Überwärmung, Verlegung der Nasenatmung durch die mütterliche Brust und mütterliche Erschöpfung. In der bislang einzigen Fall-Kontrollstudie zu diesem Thema waren eine potentiell zur Erstickung führende Position des Kindes und der Status einer Primipara, d.h. mütterliche Unerfahrenheit, mit einer jeweils 6-fachen Risikoerhöhung die einzig signifikanten Risikofaktoren für solche Ereignisse. Da die

Möglichkeit des Auftretens solcher Ereignisse noch zu wenig bekannt ist, besteht dringender Bedarf an einer Aufklärung von Hebammen und aller „neuen“ Eltern, dass solche Ereignisse in dieser Situation auftreten können und daher der Zustand des Kindes besonders während dieser Phase des nachgeburtlichen Hautkontakts engmaschig überwacht werden muss.

Literatur beim Verfasser

**Interessenkonflikt:** Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Christian F. Poets  
Abt. Neonatologie  
Univ.-Klinikum Tübingen  
Calwerstr. 7  
72076 Tübingen  
Tel.: 07071 298 4715  
E-mail: christian-f.poets@med.uni-tuebingen.de

Red.: Riedel

## Highlights aus Bad Orb ●●●

# Bedeutung von Leitlinien

## – aus medizinischer und juristischer Sicht –



Dr. Tobias Weimer,  
M.A.

Der behandelnde Arzt sieht sich in Ausübung seiner Therapiefreiheit zunehmend mit Vorgaben durch limitierende gesetzliche und untergesetzliche Regelungen des Gesundheitswesens konfrontiert. Der Kostendruck ist aller Ort im Gesundheitswesen spürbar. Um in dieser Situation Entscheidungs- und Orientierungshilfen zu schaffen, sind in den letzten Jahren eine Fülle sogenannter Empfehlungen, Leitlinien und Richtlinien entwickelt worden, die unterschiedlichste Regelungen für ärztliche Behandlungsprozesse enthalten.

### Begrifflichkeit

**Leitlinien** sind die von ärztlichen Fachgremien für typische medizinische Sachverhalte aufgestellte Regeln guten ärztlichen Handelns, die auf die qualitative Sicherung oder auf die Verbesserung des maßgeblichen Standards diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens abzielen. Als Beispiele sind die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, der AWMF, aber auch von Berufsverbänden sowie des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ), einer Gemeinschaftseinrichtung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, zu nennen.

**Richtlinien** dagegen sind Regelungen, die von einer gesetzlich, berufsrechtlich, standesrechtlich oder satzungsrechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht werden, für den Rechtsraum der Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich ziehen. Richtlinien unterscheiden sich von Leitlinien daher zunächst dadurch, dass Richtlinien in typischer Weise einen hoheitlichen Charakter beanspruchen. Folge ist, dass bei Nichtbeachtung bestimmte Sanktionen für diesen Fall vorgesehen sind. Als Beispiel sind die grundsätzlich rechtlich-verbindlichen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß §§ 92, 135 ff. SGB V zur Qualitätssicherung zu nennen.

Letztlich ist noch die **Empfehlung** als weitere Kategorie der Normgebung zu nennen. Die Empfehlung wird definiert als die Beschreibung einer Möglichkeit ärztlichen Handelns oder Unterlassens. Diese Empfehlungen sind regelmäßig nicht verbindlich, sondern dienen lediglich – wie der Name schon sagt – als Empfehlung.

### Leitlinien & Co – aus medizinischer Sicht

Leitlinien, Richtlinien und Empfehlungen werden durchaus als Folge der evidenzbasierten Medizin verstanden und als Kochbuchmedizin, Einschränkung der Therapiefreiheit bzw. Therapievollstreckung vs. Intuition, Auffassungsgabe und Genialität kritisiert. Gleichwohl sind diese Art der möglichen Therapieeinschränkungen sehr wohl als Bestandteil der Qualitätssicherung

im Sinne von Patientenorientierung zu verstehen. Für die Patientenorientierung sehen die Kriterienkataloge von Qualitätsmanagementkonzepten wie KTQ, EFQM, ISO 9001/2008 u.a. zumindest die Beachtung der aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) ausdrücklich vor. Die Hypothese lautet entsprechend: Durch Leitlinien gerechtes Verhalten entsteht ein günstiger Einfluss auf die Prozess- und Ergebnisqualität im Gesundheitswesen. Die Qualität der medizinischen Versorgung wird durch Wissensvermittlung verbessert und hat ebenfalls günstige Auswirkungen auf die Kostensituation der Einrichtungen. Dabei verfolgen Leitlinien folgende Ziele:

- Förderung guter klinischer Praxis unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen
- Information der Öffentlichkeit
- Schaffen einer rationalen Basis für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung
- Stärkung der Stellung des Patienten als Partner im Entscheidungsprozess
- Verbesserung der Qualität der Versorgung.

Der Weg, den die Leitlinien verfolgen, umfasst denn auch die explizite Darlegung des umfangreichen Wissens (wissenschaftliche Evidenz und Praxiserfahrung) zu speziellen Versorgungsproblemen, Bewertung methodischer und klinischer Aspekte, Klärung gegensätzlicher Standpunkte, Definition des derzeitigen Vorgehens der Wahl der Therapie unter Abwägung von Nutzen und Schaden. Unterschieden werden bei derartigen Leitlinien verschiedenste Verbindlichkeits- und Legitimationsgrade in Bezug auf Methodik und Umsetzung. So sind in diesem Zusammenhang die S1-Leitlinien als bloße Handlungsempfehlung von Experten mit geringer wissenschaftlicher Legitimation in Methodik und Umsetzung zu unterscheiden von der S2k (konsensbasierten) Leitlinien, die in der wissenschaftlichen Legitimation der Methodik zwar gering, aber der Legitimation für die Umsetzung als hoch eingestuft werden, und den S2e (evidenzbasierten) Leitlinien zu nennen, die wie die S3 (evidenz- und konsensbasierten) Leitlinien in Methodik und Umsetzung in ihrer Legitimation als hoch eingestuft werden.

## Leitlinien – aus juristischer Sicht

Doch was bedeuten derartige Normen im juristischen Kontext? Bieten sie die Rechtssicherheit, die sich der behandelnde Arzt letztendlich wünscht? Dazu ist insbesondere das Haftungsrecht in den Blick zu nehmen. Zum ersten Januar 2013 trat das sogenannte Patientenrechtegesetz in Kraft, in dem in den § 630a ff. BGB die Rechte und Pflichten des Arztes bzw. Patienten aus dem Behandlungsvertrag erstmals ausdrücklich gesetzlich geregelt werden.

Zwischen Patienten und Arzt wird ein Behandlungsvertrag geschlossen, wonach der Arzt zur Anwendung des objektiv gebotenen (fach-)ärztlichen Standards verpflichtet wird, vgl. § 630a Abs. 2 BGB. Unterschreitet der behandelnde Arzt diesen objektiv gebotenen fachärztlichen Standard schuldhaft und resultiert aus der Pflichtverletzung kausal ein Körper- oder Gesundheitsschaden für den Patienten, so haftet der Arzt auf Schadensersatz und Schmerzensgeld. Auch nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes trägt grundsätzlich der Patient die Beweislast für die Pflichtverletzung gemäß § 630h BGB. Ausnahmen von dieser Beweislastverteilung werden nunmehr ausdrücklich für vier Fallgruppen gesetzlich geregelt. So wird die Ursächlichkeit des ärztlichen Versäumnisses für den Schaden dann vermutet, wenn Dokumentationsmängel bestehen, wenn die Pflichtverletzung aus dem vollbeherrschbaren Risikobereich des Arztes (z.B. Einsatz von Medizinprodukten) stammt, ein grober Diagnose- bzw. Behandlungsfehler vorlag oder Mängel in der Befunderhebung bzw. -sicherung vorliegen.

In diesem Zusammenhang soll auf eine durchaus bemerkenswerte und damit haftungsträchtige Änderung im Rahmen des Patientengesetzes aufmerksam gemacht werden. Diese wichtige Änderung bezieht sich auf die Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung des Patienten nach § 630c Abs. 3 BGB. Weiß der behandelnde Arzt, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist (IGEL-Leistung) oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Dabei gilt die Textform nach § 126b BGB. Die Erklärung muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiederhabe in Schriftzeichen geeigneter Weise abgegeben werden, die Person des Erklärenden genannt und der Abschluss durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar gemacht werden. Diese Verpflichtung gilt insbesondere im Verhältnis zum gesetzlich versicherten Patienten, aber auch zum Privatpatienten, dann nämlich, wenn der behandelnde Arzt auch im Verhältnis zu einem privat krankenversicherten Patienten einen Informationsvorsprung hat. Genügt der behandelnde Arzt seiner Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärungspflicht in der vorgeschriebenen Form nicht, läuft er Gefahr, trotz ordnungsgemäßer Leistungserbringung seinen Honoraranspruch zu verlieren.

Nach § 630a Abs. 2 BGB hat die Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden allgemei-

nen anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht mit dem Patienten etwas anderes vereinbart ist. Wörtlich führt der Gesetzgeber zur Begründung aus:

*„Die medizinischen Standards beziehen sich primär auf die Art und Weise der Erbringung der Behandlung durch einen Arzt und sind nicht auf ein abstrakt vorgegebenes Ziel, sondern auf die in der Praxis bereits erfolgten Verhaltensmuster ausgerichtet. Für Ärzte ist im Regelfall auf den jeweiligen Stand naturwissenschaftlicher Erkenntnis und ärztlicher Erfahrung abzustellen, der zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat. Maßgeblich sind insoweit regelmäßig Leitlinien, die von wissenschaftlichen Fachgesellschaften vorgegeben werden.“*

Indiziert also ein Verstoß gegen Leitlinien das Vorliegen eines Behandlungsfehlers, gar eines groben Behandlungsfehlers? Die Rechtsprechung zu ärztlichen Leitlinien ist indes eindeutig. Die viel beschworene Gefahr, dass Gerichte die Erstellung eines Sachverständigengutachtens in den Fällen nicht mehr für nötig halten werden, in denen Leitlinien zur Thematik existieren, hat sich nicht bestätigt, die Gerichte sehen weiterhin die Einholung eines Sachverständigengutachtens zur Bestimmung des medizinischen Standards für unverzichtbar an. Der Bundesgerichtshof hat in einem Beschluss vom 28.03.2008 (VI ZR 57/07) ausgeführt, dass Leitlinien von ärztlichen Fachgremien oder Verbänden im Gegensatz zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht ungesehen mit dem zur Beurteilung eines Behandlungsfehlers gebotenen Standard gleichgesetzt werden können. Leitlinien können eben kein Sachverständigengutachten ersetzen, so der BGH. Und in einem aktuellen Beschluss vom 07.11.2011 (VI ZR 169/09) fügt der BGH die Erkenntnis hinzu, dass Leitlinien gerade keine „konstitutive“ Bedeutung zu komme. Leitlinien geben eben nur den Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft deklaratorisch wieder und können ihn ggf. ergänzen. Für das Gericht sowie den Rechtsanwalt bedeutet das, dass ein Gericht (auf entsprechenden Parteivortrag des Rechtsanwalts) einen Sachverständigen ggf. ergänzend anzuhören hat, ob Leitlinien zum Zeitpunkt der Behandlung vorlagen und dem ärztlichen Standard zum Zeitpunkt der Behandlung entsprachen und ob in der Nichtbeachtung der Leitlinien im Streitfall ein grober Behandlungsfehler lag, der zu einer Umkehr der Beweislast führen könnte (BGH Beschluss vom 07.02.2011 – VI ZR 269/09). Für den Mediziner in der Anwendungspraxis bedeutet das wiederum,

- dass er Leitlinien zu prüfen und zu beachten hat,
- dass er von Leitlinien im Einzelfall abweichen darf und muss,
- dass er die Gründe dafür darlegen muss,
- dass er die Gründe dafür dokumentieren sollte,
- dass Leitlinien letztlich unbeschadet ihrer wissenschaftlichen Fundierung lediglich Informationscharakter für die Ärzte selbst haben.

**Interessenkonflikt:** Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Riedel

Korrespondenzanschrift:

Dr. Tobias Weimer,  
M.A. – Fachanwalt  
für Medizinrecht  
WEIMER | BORK  
Kanzlei für Medi-  
zin- und Strafrecht  
Frielinghausstr. 8,  
44803 Bochum  
www.kanzlei-  
weimer-bork.de  
info@kanzlei-  
weimer-bork.de

## Vom Symptom zur Diagnose ●●●

# Das „gelbe Neugeborene“

Bei ca. 60 % der reifen, gesunden Neugeborenen entwickelt sich in den ersten Lebenstagen ein mehr oder weniger ausgeprägter Ikterus, der in der Regel auf eine indirekte Hyperbilirubinämie in Folge der Unreife des Glucuronidierungssystems der Leber zurückzuführen ist. Die folgende Übersicht befasst sich mit den Säuglingen, deren Ikterus durch eine direkte Hyperbilirubinämie bedingt ist (neonatale Cholestase). In Deutschland betrifft dies ca. 450 Kinder pro Jahr, bei denen nur selten später eine Gallengangatresie, Choledochuszyste oder progressive familiäre intrahepatische Cholestase diagnostiziert wird. Dabei handelt es sich um die drei wichtigsten Erkrankungen, bei denen die Chirurgie ein Teil des Behandlungskonzepts ist. Der Gallengangatresie kommt hier eine besondere Bedeutung zu, da der Faktor Zeit eine wichtige Rolle spielt.

Ob in der Geburtsklinik, der Neonatologie eines Krankenhauses oder in der kinderärztlichen Praxis – jeder Pädiater sieht regelmäßig Neugeborene mit einem mehr oder weniger stark ausgeprägten Ikterus. Dieser an sich physiologische Prozess manifestiert sich bei ca. 60% aller reifen und gesunden Babys als sogenannte „Neugeborenen-Gelbsucht“ und erreicht etwa am fünften Lebensstag sein Maximum. Bei fast allen Kindern verblasst der Ikterus innerhalb der ersten zwei Lebenswochen spontan, und nur bei einem von 1500 Neugeborenen muss bei einem persistierenden Ikterus eine Differenzierung des Bilirubins vorgenommen werden. Auf diese Weise lassen sich diejenigen Patienten identifizieren, deren Ikterus durch eine direkte Hyperbilirubinämie bedingt ist und somit einer weiterführenden Diagnostik bedarf. In Deutschland betrifft das ca. 450 Kinder pro Jahr, und die Liste der in Frage kommenden Differenzialdiagnosen ist lang. Um sich nicht im umfangreichen Lehrbuchwissen zur pädiatrischen Hepatologie zu verlieren, konzentrieren wir uns im Folgenden auf die drei Erkrankungen, bei denen die Chirurgie ein Teil des Behandlungskonzepts ist.

### Gallengangatresie

Es besteht heute Einigkeit darüber, dass jeder Neugeborenen-Ikterus, der länger als zwei Wochen dauert (bei Muttermilchernährung drei Wochen), zeitnah weiter untersucht werden muss. Das gilt ganz besonders für die Kinder, deren Stuhl entfärbt ist. Die fehlende Ausschüttung von Gallensäure in den Darm bei Vorliegen einer Cholestase führt zu einer Fettmalabsorption mit auch ungenügender Aufnahme der fettlöslichen Vitamine (A, D, E, K). Daher besteht das Risiko einer Vitamin K-Mangelblutung trotz durchgeführter Prophylaxe.

Die Diagnostik beginnt immer mit der Bestimmung des Gesamtbilirubins und dessen Differenzierung. Beträgt der direkte und damit glucuronidierte Anteil mehr

### Erkrankungen der Gallenwege mit Obstruktionen unterschiedlichen Ausmaßes

- Choledochuszyste
- Syndrom der eingedickten Galle; Gallensteine
- Gallengangatresie
- Alagille-Syndrom
- Spontane Perforation der extrahepatischen Gallenwege
- Neonatale sklerosierende Cholangitis
- Progressive familiäre intrahepatische Cholestase (Typ 1-3)

### Infektionen

- Bakterielle Sepsis
- Virale Hepatitis mit
  - TORCH
  - Echo-, Adeno-, Coxsackie-Virus
  - Herpes, Varicellen
  - HIV
  - Hepatitis A-E-Virus

### Stoffwechselerkrankungen

- $\alpha$ 1 Antitrypsin-Mangel
- Galaktosämie
- Glykogenose Typ 4
- Neonatale Hämochromatose
- M. Niemann-Pick Typ C
- M. Gaucher
- Hypopituitarismus
- Hypothyreose
- Zystische Fibrose
- Citrullinämie Typ II

### Toxische Ursachen

- Parenterale Ernährung
- Antibiotika
- Fetales Alkoholsyndrom

### Andere Erkrankungen

- Hypoxämie, Schock
- Autoimmunhepatitis
- Trisomien (z. B. Trisomie 18, 21)



Prof. Dr. med.  
Claus Petersen<sup>1</sup>

PD Dr. med.  
Burkhard Rodeck<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kinderchirurgische Klinik, Medizinische Hochschule Hannover

<sup>2</sup> Christliches Kinderhospital Osnabrück

Tab. 1: Mögliche Ursachen für neonatale cholestatische Erkrankungen (Auswahl)

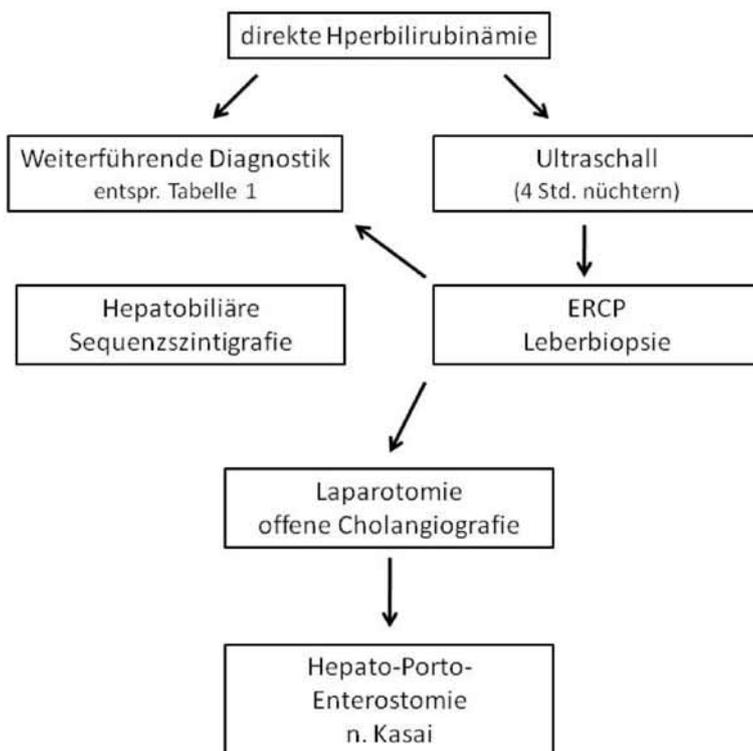
als 20 % des Gesamtbilirubins bzw. mehr als 20  $\mu\text{mol/l}$ , dann sollte eine Gallengangatresie (biliary atresia – BA) so bald wie möglich ausgeschlossen oder bestätigt werden. Denn in diesem Zusammenhang ist die BA die einzige Erkrankung, deren Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung u. a. auch von einem möglichst frühen Zeitpunkt der Operation abhängen.

Die Liste der in Frage kommenden Differenzialdiagnosen zur direkten Hyperbilirubinämie ist lang, und erfordert eine aufwendige und kostenintensive Diagnostik, die letztendlich den Zentren für pädiatrische Hepatologie vorbehalten bleibt. Denn jede dieser Krankheiten zählt zu den „rare diseases“, deren Diagnose und Therapie in die Hände der Organspezialisten gehört. Die in Tabelle 1 aufgeführten Erkrankungen können mit einer neonatalen Cholestase einhergehen und müssen differenzialdiagnostisch stufenweise abgeklärt werden.

Bei Vorliegen eines Ikterus prolongatus über zwei Wochen beim Flaschenmilch-ernährten Neugeborenen empfehlen wir einen diagnostischen Algorithmus, den wir in der Abbildung 1 skizziert haben. Es sollte eine sinnhafte Staffelung beachtet werden; zum einen, um den Patienten nicht mit überflüssigen Untersuchungen zu belasten, und zum anderen natürlich auch, um dem Kostenfaktor Rechnung zu tragen. Die zügige Identifikation der Patienten mit einer Gallengangatresie ist dabei das vorrangige Ziel.

Mit einer Inzidenz von ca. 1:17.500 Lebendgeborenen gehört die BA zu den seltenen Krankheiten, und wir erwarten in Deutschland zwischen 35 und 38 Erkrankungen pro Jahr. Trotz dieser absolut niedrigen Anzahl bilden Patienten mit BA die größte Gruppe der lebertransplantierten Kinder und nehmen damit in der Pädiatrie eine besondere Position ein: die BA ist selten,

**Abb. 1: Differenzialdiagnostisches Vorgehen bei „Neonataler Cholestase“ mit Gallengangatresie als Ursache**



**verbirgt sich hinter zunächst unspezifischen Symptomen und muss möglichst schnell diagnostiziert werden.** Dies ist von großer Bedeutung für das individuelle Schicksal des Kindes und seiner Familie, sowie für die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten und hier besonders der Organspender.

In der Abbildung 1 beginnt der von uns vorgeschlagene diagnostische Pfad mit dem Tag, an dem die direkte Hyperbilirubinämie bestätigt wurde. Bereits jetzt kann die orientierende Sonographie zeigen, ob sich überhaupt eine Gallenblase darstellen lässt und ob diese sich bei Nüchternheit füllt bzw. postprandial entleert. Außerdem lassen sich strukturelle Auffälligkeiten der abdominalen Organe identifizieren. Dazu gehören u. a. Polysplenie, Situs inversus und andere Lageanomalien als mögliche Hinweise für das Vorliegen einer sogenannten syndromalen Form der BA, sowie zystische Aufweitungen der intra- und extrahepatischen Gallenwege, die u. a. durch eine Choledochuszyste oder eine Caroli-Erkrankung/-Syndrom bedingt sein können. Der Nachweis von vermeintlichen BA-typischen Strukturen wie dem „triangular cord sign“ sind dem hochauflösenden Ultraschall vorbehalten, zumal diese sonografischen Merkmale in der Literatur zwar häufig genannt werden, in der Praxis aber nicht immer reproduziert werden können.

Zeitgleich mit der Sonographie sollte die Labordiagnostik eingeleitet werden. Dazu gehört zunächst die Bestimmung von Parametern des Leberzellschadens (GOT, GPT, GLDH), einer Cholestase ( $\gamma$ GT, Gallensäuren, Bilirubin differenziert), der Leberfunktion einschließlich der Syntheseleistung (Ammoniak, Cholesteraseaktivität, Albumin, Gerinnung), unspezifischen Entzündungsparametern, der Pankreasenzyme und die Serologie der häufigsten hepatotropen Viren. Der Ausschluss von Stoffwechselerkrankungen, die in Tabelle 1 aufgelistet sind, muss ebenfalls zu einem frühen Zeitpunkt eingeleitet werden, wobei einige diese Untersuchungen oft längere Zeit benötigen.

Sollte an dieser Stelle das Vorliegen einer BA nicht sicher ausgeschlossen sein, dann ist die Überweisung des Patienten in ein pädiatrisches Leberzentrum zu empfehlen. Eine typische Konstellation bei einem solchen Patienten könnte sich folgendermaßen darstellen:

- Leichter Ikterus ohne erkennbare klinische Beeinträchtigung, dauerhaft oder intermittierend entfärbte Stühle, unauffällige Gewichtsentwicklung
- Im Ultraschall keine oder nur sehr schmale Gallenblase nachweisbar ohne sonstige strukturelle Auffälligkeiten der Lebertextur
- Im Labor keine oder nur gering erhöhte unspezifische Entzündungsparameter, leichte Erhöhung von GOT und GPT, allerdings deutlicher Anstieg der  $\gamma$ -GT, evtl. Veränderungen der Vitamin K-abhängigen Gerinnungsfunktion

Zu diesem Zeitpunkt sind die Kinder meist schon mehrere Wochen alt, und die Zeit drängt. In manchen Zentren wird die Durchführung einer hepatobiliären Sequenzsintigrafie empfohlen, da ein freier Abstrom des Tracers in das Duodenum die manifeste BA weitgehend

ausschließt. Leider ist die Spezifität der Szintigraphie nicht ausreichend, um den Kindern invasive Folgeuntersuchungen sicher zu ersparen. **Eine BA ist erst dann definitiv ausgeschlossen, wenn die Durchgängigkeit der extrahepatischen Gallenwege durch eine Kontrastmitteldarstellung visualisiert wird.** Leider gibt es hierfür kein nichtinvasives Verfahren. Die Auflösung der heute verfügbaren MR-Technologie ist noch zu gering, um sie für diese Fragestellung einsetzen zu können. **Der Goldstandard ist und bleibt die offen durchgeführte Cholangiographie, die vor jeder geplanten Hepatopertoenterostomie nach Kasai erfolgen sollte.** In den wenigen Zentren, die auch bei Säuglingen routinemäßig ERCPs mit schmalkalibrigen Seitblickendoskopen durchführen, kann diese weniger invasive Untersuchung einem operativen Eingriff vorgeschaltet werden. An einer eigenen Serie von über 140 Patienten konnten wir bei 25% der Verdachtsfälle eine BA mit Hilfe der ERCP ausschließen und den Kindern so eine Laparotomie ersparen. In diesen Fällen wird dann nach der Endoskopie in derselben Narkose eine Stanzbiopsie der Leber entnommen und anschließend der Faden der Differenzialdiagnostik wieder aufgegriffen.

Wenn sich der Verdacht auf eine BA bestätigt, erfolgt die Laparotomie und die Portoenterostomie nach Kasai. Wenige Zentren haben bisher kleine Serien von minimalinvasiv durchgeführten Operationen (MIC) publiziert, die sich wegen unterschiedlich definierter Erfolgskriterien nur schwer bewerten lassen. Wir selber haben ein eigenes Pilotprojekt aus ethischen Gründen gestoppt, da die Zahl der frühtransplantierten Patienten in der MIC-Gruppe höher war und sich außerdem keine wesentlichen Vorteile gegenüber dem offenen Vorgehen abgezeichnet haben. Die klassische Portoenterostomie nach Kasai ist heute weltweit standardisiert, und kleinere Modifikationen sind der Präferenz des Operateurs vorbehalten. In Zentren, die über eine entsprechende Erfahrung verfügen, benötigt dieser Eingriff nur noch ca. 2 Stunden Operationszeit, und die Erholung der Kinder verläuft unter adäquater Schmerztherapie so, dass eine orale Ernährung meisten schon nach ca. 24 Stunden wieder aufgenommen werden kann. Der Verzicht auf Drainagen und eine zweiwöchige parenterale Antibiotikagabe haben das postoperative Infektionsrisiko drastisch reduziert. Obwohl die Sinnhaftigkeit der Nachbehandlung mit Glukokortikosteroiden bisher in keiner zuverlässigen Studie nachgewiesen werden konnte, wird diese Therapie fast überall angeschlossen. Hintergrund für diese nicht Evidenz-basierte Maßnahme ist die Hypothese zur Ätiologie und Pathophysiologie der BA, die hier nur kurz gestreift werden soll.

Die Erkrankung ist seit über 130 Jahren bekannt, und der Wandel im Verständnis der BA spiegelt sich bereits in der Änderung der Krankheitsbezeichnung wider. **Bis in die 90er-Jahre definierten die Lehrbücher die Erkrankung noch als „kongenitale extrahepatische Gallengangsatresie“.** Das Attribut „kongenital“ wurde gestrichen, als man realisierte, dass die BA sich in den meisten Fällen innerhalb der ersten Lebenswochen entwickelt.



**Abb. 2: Sieben Wochen altes Neugeborenes mit Sklerenikterus und acholischem Stuhl**

Allerdings gibt es offensichtlich auch Kinder, bei denen eine zystische und vermutlich prästenotische Erweiterung des Ductus choledochus schon pränatal beobachtet wurde. Hier unterscheidet man tatsächlich eine angeborene Form der BA, welche der sogenannten syndromalen Form zugerechnet wird. Diese seltenen Fälle, bei denen immer anatomische Begleitveränderungen abdominal und thorakaler Organe vorliegen, werden von der nicht-syndromalen Gallengangatresie unterschieden, die sehr wahrscheinlich erst nach der Geburt entsteht. Dennoch werden beide Arten der BA gleichermaßen dadurch definiert, dass die extrahepatischen Gallenwege vollständig und irreversibel verschlossen bzw. fibrotisch umgebaut sind. **Das zweite Attribut „extrahepatisch“ wurde ebenfalls aus der Bezeichnung entfernt**, da man mittlerweile weiß, dass die BA eine fortschreitende und letztendlich selbstlimitierende Entzündung der intra- und auch der extrahepatischen Gallengänge ist.

Eine allgemein akzeptierte Hypothese zur Entstehung der BA gibt es bisher nicht, sodass viel Raum für pathophysiologische Spekulation bleibt. **Die heute am häufigsten genannte Theorie besagt, dass bei einer genetischen Disposition (der Mutter?) durch ein wahrscheinlich hepatotropes Virus eine Entzündung entlang der Gallenwege (und in der Leber?) induziert wird, die sich im Sinne einer autoimmunologischen Reaktion selbstständig.** Wir können diesen Prozess ursächlich nicht beeinflussen, und der klinische Verlauf der BA ist nicht vorhersehbar.

Diese Überlegungen zur Ätiologie und Pathophysiologie der BA spiegeln bereits die Hilflosigkeit ärztlicher Tätigkeit wider, die sich bis heute ausschließlich gegen die Symptome richtet. Denn auch eine rechtzeitig durchgeführte Kasai-Operation beeinflusst nicht den intrahepatischen Entzündungsprozess, sondern schafft nur die Voraussetzung für den Abfluss von Galle. Und da dieser Zeitpunkt nicht vorhersehbar ist, muss der Eingriff so schnell wie möglich erfolgen, um bei einem günstigen Verlauf unter anderem auch die möglichen Sekundärschädigungen durch die mechanisch bedingte Cholestase zu verhindern. **Bei den meisten Patienten schreitet die Schädigung der Leber aber fort und erfordert früher oder später eine Lebertransplantation (LTx) mit nachfolgend erforderlicher Immunsuppression.** Neben den operativen Risiken bestehen danach auch die Risiken der

Immunsuppression (Medikamentennebenwirkungen, Abstoßungsreaktionen, Infektionserkrankungen). **Das 10-Jahre-Überleben mit BA liegt heute in erfahrenen Zentren bei über 90 % (davon 20 bis 35% mit der eigenen Leber).**

Wenn wir uns immer noch eingestehen müssen, dass wir der BA relativ hilflos gegenüberstehen, so wissen wir trotzdem, wie wir das Behandlungskonzept dieser Kinder weiter verbessern können. Da steht an erster Stelle natürlich die Früherkennung der Verdachtsfälle. Erfahrungen mit Screening Untersuchungen (z.B. Einsatz von Farbkarten zur Identifizierung von entfärbtem Stuhl, s. a. Abb. 2) haben gezeigt, dass die Kinder früher diagnostiziert und behandelt wurden, wodurch sich die Quote der frühen LTx reduzieren ließ. Leider ist bei uns die Einführung einer solchen Vorsorgemaßnahme in absehbarer Zeit nicht zu erwarten. Dennoch können wir die aktuelle Situation allein schon dadurch verbessern, dass wir immer wieder auf dieses Thema hinweisen, wozu auch diese Übersicht beitragen soll. Leider wird in diesem Zusammenhang die zentrale Rolle der Hebammen oft unterschätzt. Sie müssen über die Frühsymptome der BA ebenso gut informiert sein, damit die Kinder möglichst früh einem Pädiater vorgestellt werden.

Einen weiteren Faktor zu Verbesserung der BA-Ergebnisse ist die Anbindung dieser Kinder an ein pädiatrisches Leberzentrum. In einer pro- und retrospektiven Studie konnten wir alle Patienten erfassen, die zwischen 2001 und 2005 in Deutschland an einer BA erkrankt sind. Erwartungsgemäß entsprach das Überleben der Kinder mit eigener Leber dem internationalen Standard, sofern die ganze Behandlung in pädiatrischen Leberzentren erfolgte. Kinder aus Kliniken mit niedriger Fallzahl mussten fast ausnahmslos innerhalb des ersten Lebensjahres transplantiert werden. Und die Studie ergab noch eine weitere interessante Beobachtung: von den 183 BA Patienten, die wir in diesem Zeitraum dokumentiert haben, fanden wir 21 Kinder, denen die Möglichkeit einer Kasai Operation vorenthalten wurde, da man diese für prinzipiell aussichtslos hielt. Von diesen Patienten, die alle primär transplantiert wurden, könnten heute etwa sechs bis sieben Kinder noch mit ihrer eigenen Leber und klinisch weitgehend gesund leben.

Außer den Möglichkeiten einer zeitnahen und zuverlässigen Diagnostik und Operation gibt es ein weiteres sehr wichtiges Argument für eine Betreuung von BA-Patienten in kompetenten Leberzentren. Denn unabhängig vom akuten klinischen Verlauf sind diese Kinder chronisch leberkrank und benötigen eine fachkompetente Begleitung nicht nur in Hinblick auf eine mögliche LTx. Dazu gehört eine hochkalorische Ernährung mit überwiegend mittelkettigen Triglyzeriden, die Substitution fettlöslicher Vitamine und die Anpassung einer antibiotischen Prophylaxe, um aufsteigende Cholangitiden zu verhindern. Viele BA-Patienten, die mit ihrer eigenen Leber überleben, entwickeln dennoch über die Jahre eine portale Hypertension, deren klinische Auswirkungen und Risiken kontinuierlich überwacht und ggf. auch therapiert werden müssen, wie z.B. die endoskopische Be-

handlung von Ösophagusvarizen (Bandligaturen, Sklerosierung).

**Zusammenfassend** ist festzustellen, dass man bei jedem Neugeborenen mit einem verlängerten Ikterus auch an eine Gallengangatresie denken muss. Zügige Vordiagnostik und Überweisung dieser Kinder an ein pädiatrisches Leberzentrum erhöhen die Chance jedes einzelnen Patienten, mit der eigenen Leber möglichst lange zu überleben. Dank der immer besseren Resultate der pädiatrischen LTx ist die 10-Jahre-Überlebenserwartung der BA-Patienten auf über 90% gestiegen. Ziel unserer gemeinsamen Anstrengung muss es aber sein, das Überleben der Patienten mit der eigenen Leber deutlich zu verbessern oder die Erkrankung ursächlich zu behandeln oder sogar zu verhindern. Allerdings ist es bis dahin noch ein weiter Weg, den klinisch und wissenschaftlich tätige Kindermediziner gemeinsam gehen müssen.

### Choledochuszyste

Die zweite Ursache der direkten Hyperbilirubinämie im Säuglingsalter, die einer chirurgischen Behandlung bedarf, ist im Gegensatz zur BA nicht zwangsläufig an die Neugeborenenperiode gebunden. Choledochuszysten werden zwar oft schon pränatal entdeckt, fallen aber meistens erst durch cholestatische Symptome auf. Diese können entweder durch die mechanische Abflussbehinderung der Galle bedingt sein oder aber durch eine aufsteigende Cholangitis, die sekundär in den dilatierten Gallenwegen entsteht. In jedem Fall ist auch bei dieser Erkrankung eine anspruchsvolle Diagnostik einzuleiten, auch wenn zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Symptome aufgetreten sind.

Die Ätiologie der Choledochuszysten ist bis heute noch nicht überzeugend geklärt worden. Überlegungen, dass diverse obstruktive cholestatische Erkrankungen des Neugeborenen, zu denen auch die Choledochuszyste gezählt wird, nur unterschiedliche Manifestationen einer gemeinsamen Ursache sind, werden in der Literatur gelegentlich erörtert (Caroli-Erkrankung, Caroli-Syndrom). Allerdings bleiben alle Erklärungen in dieser Richtung Spekulation. Die bisher gängige Arbeitshypothese für die Entstehung der Choledochuszyste ist eng mit dem Begriff des „Common channel“ verbunden. Er beschreibt den in der Endstrecke gemeinsamen Verlauf des Ductus choledochus und des Ductus pancreaticus. An diesem Punkt weichen die Theorien zum Pathomechanismus aber voneinander ab. Als eine Variante wird diskutiert, dass durch diese anatomische Besonderheit der Abfluss der Galle mechanisch behindert wird und diese sich prästenotisch aufstaut, was dann wiederum zur kontinuierlichen Aufdehnung des Ductus Choledochus führt. Alternativ könnte aber auch der gemeinsame Verlauf der beiden Ausführungsgänge einen Reflux des aggressiven Pankreassekrets in die Gallenwege ermöglichen, sodass deren Wände durch eine Art Verdauungsprozess geschwächt werden und sekundär durch Druck dilatieren. Diese Hypothesen stehen weiterhin unbewiesen im Raum, während die Überlegung, dass stehende oder langsam fließende Gallenflüssigkeit die Entstehung

von Entzündungen begünstigt, unbestritten ist. Aus dieser Tatsache leitet sich auch das therapeutische Konzept ab.

Im Rahmen des diagnostischen Algorithmus zur neonatalen Cholestase erfolgt bereits sehr früh eine Sonographie des Abdomens, bei der die erweiterten Gallenwege beschrieben werden. Die Labordiagnostik schließt neben den Entzündungsparametern die Funktionswerte der Leber und des Pankreas ein. Dabei muss nicht jede sonographisch diagnostizierte Choledochuszyste von einer cholestatischen Laborkonstellation begleitet werden, da sie auch über lange Zeit völlig asymptomatisch bleiben kann. Nach dem Ultraschall richtet sich der Umfang der weiteren Diagnostik nach der Aussagekraft der ersten Bildgebung. Das bedeutet, dass eine sonografisch diagnostizierte typische Erweiterung der extrahepatischen Gallenwege nicht zwangsläufig weitere Bildgebung erfordert. Bleibt der Befund aber unklar, dann ist ein MRCP in Narkose der nächste logische Schritt. **Im Gegensatz zur BA ist die Kernspintomographie die optimale Bildgebung zur Bestätigung der Diagnose.** Die Durchführung einer ERCP ist nur selten indiziert und sollte alleine wegen des Risikos der iatrogen induzierten Cholangitis nur unter strengster Indikation erfolgen.

**Die Behandlung der Choledochuszyste erfolgt ausschließlich chirurgisch. Behandlungsziel ist die komplette Entfernung der Gallenblase und der extrahepatischen Gallenwege.** Alle Versuche, hier rekonstruktiv tätig zu werden oder den Eingriff unvollständig durchzuführen, sind obsolet. Es ist bekannt, dass die verbleibenden Anteile der extrahepatischen Gallenwege bei der Choledochuszyste ein vielfach erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Gallenwegskarzinoms darstellen. Wie hoch diese Gefahr tatsächlich ist und ab welchem Alter mit einer malignen Entartung gerechnet werden kann, ist bisher nicht bekannt.

Die Operation kann sowohl offen über eine Laparotomie als auch minimal-invasiv durchgeführt werden. Das Prinzip ist in beiden Fällen gleich: die Gallenblase wird in konventioneller Form entfernt und der Ductus choledochus (DC) aus dem Ligamentum hepatoduodenale isoliert. Bei der distalen Absetzung des DC ist darauf zu achten, dass der Ductus pancreaticus nicht kompromittiert wird, da deren gemeinsamer Verlauf von außen nicht immer gut zu erkennen ist. Liegt aber ein sogenannter Common Channel vor und verbleibt ein zu langer Stumpf des DC in situ, dann kann es weiterhin durch Reflux von Pankreassekret in den Stumpf des DC zur Bildung von Konkrementen und zu Entzündungen des Pankreas kommen. Nach Entfernung der extrahepatischen Anteile des Gallenwegsystems, wird eine nach Y-Roux ausgeschaltete Dünndarmschlinge als bilio-digestive Anastomose an die Leberpforte anastomosiert. Die Nachbehandlung dieser Patienten ist weniger aufwendig als bei der BA, da diese eine gesunde Leber haben. Um aufsteigende Cholangitiden zu vermeiden, wird eine anfängliche Antibiotikaprophylaxe nach drei bis sechs Monaten beendet. Hier ist ein freier Abfluss der Galle ausreichend, um Infekten vorzubeugen.

Die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt der Operation lässt sich dahingehend beantworten, dass bei cholestatischen Patienten der Gallefluss möglichst früh wiederhergestellt und dass bei asymptomatischen Patienten das Auftreten einer ascendierenden Cholangitis verhindert werden sollte; letzteres nicht nur, um den Patienten die Erkrankung zu ersparen, sondern auch um die Operation technisch einfacher zu halten. Denn jede Entzündung des zystisch veränderten DC induziert Verwachsungen im Ligamentum hepatoduodenale und damit Verklebungen des DC mit der Pfortader. Wenn diese sehr ausgeprägt sind, steigt das Risiko intraoperativer Komplikationen.

**In unserer eigenen Serie konnten wir zeigen, dass das minimalinvasive Vorgehen eine sichere und für den Patienten weniger belastende Alternative ist.** Lediglich bei komplexen Fällen mit komplizierten Verläufen in der Vorgeschichte würden wir uns für ein primär offenes Vorgehen entscheiden. Die Langzeitergebnisse der legetypischen operierten Patienten sind gut. Mögliche Spätkomplikationen sind narbige Schrumpfungen der biliodigestiven Anastomose mit konsekutiver Entwicklung von Gallensteinen in der Leberpforte und sekundärer Cholestase und Cholangitis. Diese Steine treten aber erst nach jahre- oder jahrzehntelanger Latenz auf und können u.U. interventionell mittels ERCP zertrümmert werden.

**Für die Choledochuszysten lässt sich zusammenfassend feststellen,** dass die Diagnose in den meisten Fällen alleine durch die Sonographie gestellt werden kann und dass die vollständige Entfernung des erkrankten Gewebes und die Erstellung einer biliodigestiven Anastomose die Behandlung der Wahl ist, zu der es keine Alternative gibt. Die Operation sollte nach der Diagnosestellung erfolgen, und die langfristigen klinischen Verläufe sind erwartungsgemäß gut.

### **Progressive familiäre intrahepatische Cholestase (PFIC)**

Die dritte Erkrankung, die in dieser Zusammenstellung erwähnt werden soll, ist die progressive familiäre intrahepatische Cholestase (PFIC), die sich zwar auch durch eine direkte Hyperbilirubinämie im Säuglingsalter manifestieren kann, meistens aber erst später diagnostiziert wird. Man unterscheidet drei Typen, deren Gendefekte auf unterschiedlichen Chromosomen lokalisiert sind (FIC1-Mangel, BSEP-Mangel, MDR3-Mangel). Bei den Typen 1 (FIC1-Mangel) und 2 (BSEP-Mangel) gibt es eine – zwar nur symptomorientierte – oftmals aber effektive chirurgische Maßnahme, von der die Patienten profitieren können.

Es war einer mehr zufälligen Beobachtung zu verdanken, dass Patienten mit der damals noch M. Byler genannten Erkrankung von einer externen Abteilung ihrer Galle eine drastische Verbesserung ihres Pruritus erfuhren. Dieses Phänomen war Grund genug, eine chirurgische Lösung zu suchen. Es wurden zwei Verfahren entwickelt, um einen Teil der Galle ab- bzw. umzuleiten. Bei der sogenannten internen Galle-Diversions-OP wurde unter der Vorstellung, einen Teil der Galle am resorbierenden terminalen Ileum vorbeizuleiten, eine Seit-zu-Seit-Anastomose zwischen dem mittleren Ileum und dem Colon ascendens angelegt. Dieses Verfahren wurde aber bald wieder verworfen, da es sich nur selten als effektiv erwies.

Sehr viel erfolgreicher war die Alternative einer externen Galle-Diversions-OP, bei der ein ca. 10 bis 15 cm langes Segment des oberen Dünndarms aus der Kontinuität herausgelöst und als Galle-Conduit End-zu-End mit dem Fundus der Gallenblase anastomosiert wird. Das andere Ende dieses Conduits wird dann wie ein Ileostoma endständig aus der Haut heraus geleitet und die Galle über eine Versorgung mit Stomabeuteln aufgefangen. Dieser Eingriff kann ohne Probleme minimal-invasiv erfolgen, sodass dem Patienten eine größere Laparotomie erspart wird. Auf diese Weise wird ein wesentlicher Teil der in der Gallenblase gespeicherten Galle aus dem enterohepatischen Kreislauf herausgenommen. Leider ist diese Behandlung nicht bei allen Patienten erfolgreich, wobei es sich nicht voraussagen lässt, ob der jeweilige Patient tatsächlich davon profitiert. In eigenen und anderen Serien konnte aber gezeigt werden, dass sich bei den meisten Patienten nicht nur die klinischen Symptome wesentlich verbessern, sondern dass die Leberfunktion über unbestimmte Zeit stabil bleiben und so eine LTx verschoben oder sogar überflüssig werden kann.

Die chirurgischen Möglichkeiten bei der Behandlung der PFIC waren bisher auf den Organersatz beschränkt. Heute ergibt sich gerade bei rechtzeitiger Diagnose die Option, den Verlauf der Erkrankung durch die Anlage einer partiellen externen Gallediversion günstig zu beeinflussen und vor allem den unerträglichen Juckreiz zu lindern.

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

Korrespondenzanschrift:  
Prof. Dr. med. Claus Petersen  
Kinderchirurgische Klinik  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover  
Tel.: 0511 532 9240  
E-Mail: [petersen.claus@mh-hannover.de](mailto:petersen.claus@mh-hannover.de)

Red.: Christen

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

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

**0211 / 758 488-14**

für telefonische Beratungen zur Verfügung.



# Verschreibungsfähigkeit von wirkstofffreien Externa (Basistherapie) bei Neurodermitis

Nachdruck aus Pädiatrische Allergologie, 16, 1/2013, S. 16 ff.

Im Behandlungsstufenplan der Neurodermitis nimmt die Basistherapie als topische Behandlung mit wirkstofffreien Grundlagen einen hohen Stellenwert ein (Abb. 1). Die Basistherapie umfasst die rückfettende und hydratisierende Pflege mit Cremes bzw. Salben und gegebenenfalls Umschlägen und Verbänden sowie die Anwendung von Ölbädern.

Durch die regelmäßige Pflege der trockene Haut kann die der Neurodermitis zugrunde liegende funktionelle Störung der Hautbarriere teilweise kompensiert und erscheinungsfreie Intervalle können verlängert werden. Auch kann die Schwere und Dauer von Ekzemschüben abgemildert und der Verbrauch an topischen Kortikosteroiden reduziert werden. Die Basistherapie wird daher bei jedem Schweregrad der Neurodermitis und – gemeinsam mit der Reduktion von Triggerfaktoren – auch im erscheinungsfreien oder -armen Intervall empfohlen.

Die große Bedeutung der regelmäßigen Basistherapie als wichtiges Element des Behandlungskonzeptes wird in den aktuellen Leitlinien zur Neurodermitistherapie hervorgehoben [1–4] und explizit auch die großzügige Ausstattung des Patienten mit Emollientien empfohlen [4].

Diesen Empfehlungen stehen Einschränkungen der Verordnungsfähigkeit von wirkstofffreien Externa und Badezusätzen entgegen. Die rechtlichen Grundlagen und auch Aspekte, die sich aus Bestimmungen zur Herstellung von Dermatika in Apotheken ergeben, möchten wir im Folgenden zusammenfassen.

Ziel der Publikation unserer Arbeitsgruppe ist es, auf wiederkehrende Gerüchte zu antworten, die Basistherapie sei bei Neurodermitis auch bei Kindern generell nicht verordnungsfähig. Weiterhin häufen sich seit Einführung der neuen Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) im Juni dieses Jahres Irritationen bei Verordnung von Rezepturen, weshalb auch Apotheker-spezifische Aspekte der Herstellung von Arzneimitteln zur Basistherapie erläutert werden sollen.

## Verordnungsfähigkeit der Basistherapie zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung – Rechtliche Grundlagen

Nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs (SGB V) haben Krankenversicherte einen Anspruch auf die Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln (AM). Bezogen auf die Basistherapie bei Neurodermitis gehören hierzu alle Fertigpräparate wirkstofffreier Basiscremes und -salben, die eine Zulassung als Arzneimittel haben und in der Roten Liste mit dem Kürzel „Ap“ gekennzeichnet sind, sowie in der Apotheke anzufertigende AM, d. h. Magistral- bzw. Individualrezepturen. Der

weitaus größere Teil der in Deutschland verfügbaren Basisexterna besitzt keine Arzneimittelzulassung (nicht-apothekenpflichtige Arzneimittel, Medizinprodukte, Kosmetika).

Mit Einführung des GMG (GKV-Modernisierungsgesetz) schloss der Gesetzgeber zum 1.1.2004 jedoch die Verordnungsfähigkeit nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel zu Lasten der GKV grundsätzlich aus (§ 34 Abs 1 S 1 SGB V) – dies betrifft sämtliche Ekzem-Basistherapeutika, da diese ja keine verschreibungspflichtigen Wirkstoffe enthalten (sollen). Von dieser Ausschluss-Regelung sind Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ausgenommen. Demnach sind für diese Altersgruppe wirkstofffreie Externa, die als Fertigpräparate eine AM-Zulassung besitzen oder als Rezeptur in der Apotheke angefertigt werden, bei entsprechender medizinischer Indikation zu Lasten der GKV verordnungsfähig (Tab. 1).

In § 34 SGB V wird weiterhin bestimmt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) festlegt, welche nicht verschreibungspflichtigen AM mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können. Die entsprechenden zugelassenen Ausnahmen vom Verordnungsausschluss sind im Teil F der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) aufgeführt, der sogenannten OTC-Liste („Over the Counter“). Ausnahmen können zugelassen werden, wenn ein AM bei der Behandlung einer



Dr. med.  
Katja Nemat

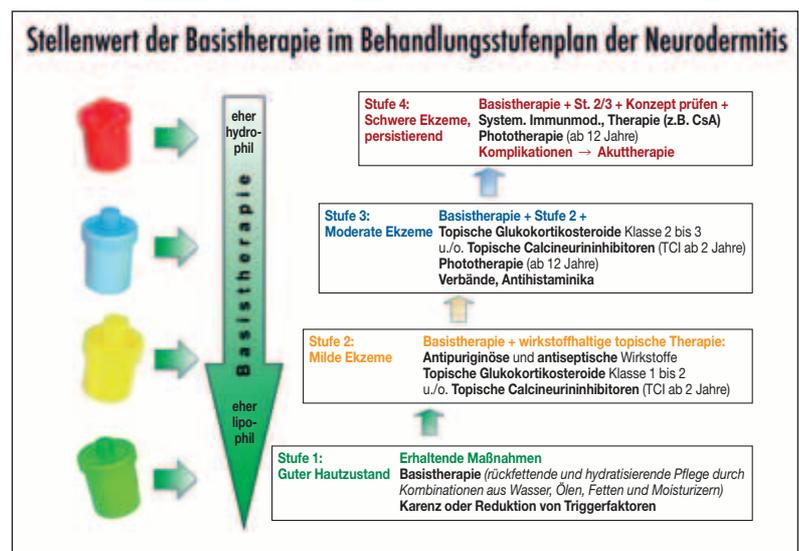


Abb. 1: nach S2-Leitlinie und PRACTALL-Empfehlungen. Darstellung nach ARNE-Modellprojekt, modifiziert von S. Abraham und K. Nemat.

schwerwiegenden Erkrankung als Therapiestandard gilt. Die entsprechenden Kriterien sind nach AM-Richtlinie folgendermaßen definiert:

*Schwerwiegende Erkrankung:* Lebensbedrohlich oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigend.

*Therapiestandard:* Therapeutischer Nutzen entspricht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis.

Unseres Erachtens sind zumindest bei den mittelschweren und schweren Formen des Atopischen Ekzems diese Kriterien sicher erfüllt. Zweifelsohne wird die Basistherapie bei Neurodermitis – wie oben bereits aufgeführt – von allen Expertengremien und Leitlinienkommissionen und bei jedem Schweregrad der Erkrankung empfohlen [1–4], da der Nutzen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis entspricht.\* Zweitens ist für die Neurodermitis eine anhaltende und – auch im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus – sehr ausgeprägte Beeinträchtigung der Lebensqualität gut belegt [5–7].

Allerdings ließ der GBA die wirkstofffreie Basistherapie bei Neurodermitis in seinen Arzneimittelrichtlinien nicht ausnahmsweise als verordnungsfähig zu. In der OTC-Liste sind lediglich für Patienten mit nachgewiesener Ichthyose harnstoffhaltige Dermatika als zulässige Ausnahme aufgeführt, wenn der Urea-Gehalt mindestens 5 % beträgt. Bei koexistenter Ichthyosis können dementsprechend diese Externa auch bei Patienten mit Atopischem Ekzem zu Lasten der GKV verordnet werden.

Der prinzipielle Ausschluss der Basisexterna bei Neurodermitis von der Verordnung zu Lasten der GKV wurde am 6. März 2012 noch einmal in einem Urteil des Bundessozialgerichtes Kassel bestätigt (AZ B 1 KR 24/10 R). Die Entscheidung der Richter verweist Pflegemittel in den Bereich der Eigenvorsorge [8]. Darüberhinaus wird in der Urteilsbegründung der Basistherapie der Stellenwert als Therapiestandard bei Neurodermitis abgesprochen, was aus ärztlich-allergologischer Sicht nicht akzeptabel ist.

Unangetastet von den dargestellten rechtlichen Rahmenbedingungen gilt bei jeder ärztlichen Verordnung das **Wirtschaftlichkeitsgebot**. Problematisch ist unseres Erachtens, dass in verschiedenen regionalen Empfehlungen Kassennärztlicher Vereinigungen diese beiden Aspekte nicht hinreichend getrennt werden. Häufig erfolgt die

\* Die Studienlage bezüglich der Effektivität der Basistherapie wird in der deutschsprachigen S2-Leitlinie ausführlich dargestellt. Dabei erläutern die Autoren, dass aus methodischen Gründen prospektive randomisierte kontrollierte Studien zur Basistherapie schwerer durchzuführen sind als Studien zur antiinflammatorischen Therapie (Problem der Vehikelkontrolle bei Prüfung der Basistherapie). Auch auf die mangelnden Finanzierungsmöglichkeiten kontrollierter Studien hoher Qualität zu Basistherapeutika (welche keine AM-Zulassung benötigen) wird hingewiesen. Insgesamt schlussfolgern die Autoren, dass auch bei schmaler Studienlage aus den vorhandenen kontrollierten Studien abzuleiten ist, „dass Basistherapeutika wirksam sind und für die Behandlung der Neurodermitis eine zentrale Rolle einnehmen [3b, B].“ [1]

### Verschreibungsfähigkeit von wirkstofffreien Externa zur Basistherapie zu Lasten der GKV

Zur Basistherapie bei Atopischem Ekzem verordnungsfähig zu Lasten der GKV sind:

- **Für Kinder bis zum Alter von einschließlich 11 Jahren bzw. 17 Jahren bei Vorliegen einer Entwicklungsstörung:**
  - Apothekenpflichtige Arzneimittel (Rote Liste: Ap)
  - Standardisierte Rezepturen nach DAC/NRF
  - Individuelle Magistralrezepturen (Plausibilitätsprüfung der Apotheke bei Rezepturen erforderlich)
- **Für Jugendliche  $\geq 12$  Jahre und Erwachsene:**
  - Externa mit einem Urea-Anteil von  $\geq 5$  % bei Diagnose einer Ichthyose (bei Komorbidität mit Atopischem Ekzem)

Tab. 1

Verordnung bzw. Nicht-Verordnung schließlich aufgrund von Gerüchten, das „dürfe man“ oder auch „dürfe man nicht“ verordnen, ohne dass klar ist, ob rechtliche oder wirtschaftliche Kriterien herangezogen wurden. Die rechtlichen Bestimmungen zur Verschreibungsfähigkeit sind zur Übersicht in Tab. 1 dargestellt.\*\*

Selbstverständlich sollten behandelnde Ärzte die Kosten der verordneten Therapie im Blick haben. Unter diesem Gesichtspunkt kann die Anwendung von nicht-apothekenpflichtigen Arzneimitteln oder Medizinprodukten zur Basistherapie bei Neurodermitis teilweise empfohlen werden, wenn andere Kriterien, nach denen die stadienadaptierte Basistherapie ausgewählt wird (z. B. ausreichender Lipidanteil, kein Zusatz von kontaktallergenen Substanzen, möglichst keine Hautbarriere-schädigenden Emulgatoren), erfüllt sind. Jedoch bleibt es unbefriedigend, wenn bei der Therapie einer chronischen, die Lebensqualität schwer beeinträchtigenden Erkrankung keine Kostenübernahme durch die GKV gewährt wird.

### Verordnung von Rezepturen zur Basistherapie – Eigenherstellung von Arzneimitteln in der Apotheke

Andere Aspekte ergeben sich bei Verordnung von Magistralrezepturen zur Basistherapie teilweise aus Sicht der Apotheken; diese sollten auch bei Überprüfung wirtschaftlicher Aspekte in Betracht gezogen werden. Hier sorgte aktuell die Einführung der neuen Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) zum 12.6.2012 für Irritationen. Nach dieser Neuregelung wird die Herstellung von

\*\* In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die AOK Plus seit Juli 2012 auch für Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren die Kosten für zugelassene Arzneimittel zur Basistherapie bei Neurodermitis übernimmt, das heißt dieselben Kriterien anwendet wie für Kinder unter 12 Jahren. Es handelt sich hierbei um eine Erweiterung des Leistungsangebots einer einzelnen Krankenkasse. Im Interesse der Patienten wäre eine Modellwirkung für andere Krankenversicherungen wünschenswert. Die unbefriedigenden rechtlichen Bestimmungen bleiben hiervon jedoch unberührt.

Rezepturen strenger geregelt. Insbesondere muss vor Herstellung und Abgabe durch den Apotheker eine **Plausibilitätsprüfung der Rezeptur** erfolgen in Hinsicht auf verordnete Dosierung, Applikationsart, Haltbarkeit sowie Art, Menge und Kompatibilität der Ausgangsstoffe. Die ordnungsgemäße Qualität der Ausgangsstoffe muss festgestellt werden und eine Verwendbarkeitsfrist ist anzugeben. Vor Abgabe an den Patienten hat eine organoleptische Prüfung zu erfolgen. Der gesamte Vorgang der Prüfung muss durch den Apotheker in einem Protokoll dokumentiert werden.

Bereits in der Arzneimittelverschreibungsverordnung von 2005 (§ 2 Abs. 1 AMVV) ist festgehalten, dass der Anforderung einer Individualrezeptur eine **schriftliche ärztliche Gebrauchsanweisung (Signatura)** beizufügen ist (da ansonsten keine allgemeine Festlegung z. B. laut Fachinformation eintritt). Bei Verordnung von Dermatika wurde diese Regelung in der Praxis häufig vernachlässigt, da der Gebrauch einigermaßen selbsterklärend ist. Zur nach neuer ApBetrO geforderten Plausibilitätsprüfung durch den Apotheker sind mindestens folgende Angaben bei Verordnung einer Rezeptur notwendig:

- Wo anwenden?
- Wie oft anwenden?
- Wie lange anwenden?

Beispiel: „Zur täglichen Dauerbehandlung am gesamten Körper mind. zweimal täglich, bei stärkerer Trocken-

heit oder vermehrter Rötung häufiger“. Denkbar ist auch der Passus „zur Basistherapie bei Neurodermitis“ – hiermit könnte es aber zu Rückfragen aus Apotheken kommen. Als Alternative kann, wenn ein Behandlungsplan erarbeitet und ausgehändigt wurde, einfach „laut schriftlichem Therapieplan“ ans Ende des Rezeptes gesetzt werden.

Wir empfehlen, um Irritationen beim Einlösen von Rezepten mit Magistralrezepturen zu vermeiden, der Neuregelung mit diesen Angaben entgegenzukommen. Insgesamt bleibt die schwache Hoffnung, dass die neue ApBetrO eine Erhöhung der Arzneimittelqualität und -sicherheit zur Folge hat und nicht allein eine Erhöhung des bürokratischen Aufwandes für Ärzte und vor allem für Apotheker. Eine diesbezüglich sehr kritische Stellungnahme wurde vor In-Kraft-Treten der neuen Apothekenbetriebsordnung am 27.4.2012 von der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft (DPhG) veröffentlicht [9].

Weiterhin ist regelmäßig (und nun auch wieder nach In-Kraft-Treten der neuen ApBetrO) die Meinung zu hören, in Individualrezepturen dürften keine Kosmetika oder überhaupt nur zugelassene Arzneimittel als Ausgangsstoffe verarbeitet werden. Tatsächlich ist die Problematik eine andere und betrifft die Feststellung der ordnungsgemäßen Qualität von Ausgangsstoffen wie Kosmetika und AM-Halbfertigwaren bezüglich Identi-

tät, Gehalt, Reinheit sowie sonstiger chemischer, physikalischer und biologischer Eigenschaften in der Apotheke. Die entsprechende Prüfung hat bei Eigenherstellung eines AM durch die Apotheke zu erfolgen und wird erheblich vereinfacht, wenn ein entsprechendes Prüfzertifikat des Ausgangsstoffes vorliegt bzw. es sich hierbei um ein Fertigarzneimittel handelt. Unter Umständen entstehen durch die Prüfung eines Kosmetikums oder einer Halbfertigware so in der Apotheke bei Herstellung einer „einfachen“ Rezeptur ein erheblicher Aufwand und dementsprechende Kosten. Die Verordnung einer – möglichst bereits vorher von kompetenter Seite galenisch geprüften – Individualrezeptur, die ein Kosmetikum enthält, ist aber durchaus möglich und vor allem in den Bereichen sinnvoll, in denen das NRF keine Standardrezeptur vorsieht (z. B. lipophile Lotion).

### Zusammenfassung

Laut Arzneimittel-Richtlinie können apothekenpflichtige Basiscremes und Basissalben für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr bei gegebener medizinischer Indikation zu Lasten der GKV verordnet werden. Weiterhin können für dieselbe Patientengruppe – ebenfalls unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes –

Rezepturen nach DAC/NRF oder Individualrezepturen verschrieben werden, wobei eine detaillierte vorherige Plausibilitätsprüfung durch den Apotheker von der neuen Apothekenbetriebsordnung vorgeschrieben wird. Zur Vereinfachung sollten bei Verordnung von Rezepturen exakte Angaben zur Anwendung auf dem Rezept vermerkt oder den Eltern ein schriftlicher Behandlungsplan mitgegeben werden. Auf eine generelle Kostenübernahme der Basistherapie bei Neurodermitis auch für Jugendliche und Erwachsene ist hinzuwirken.

Literatur bei der Verfasserin

**Interessenkonflikt:** Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. med. Katja Nemat  
 Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und Allergologie  
 Kinderpneumologie und Allergologie am Kinderzentrum  
 Dresden-Friedrichstadt (Kid)  
 Friedrichstraße 38/40, 01067 Dresden  
 E-Mail: katja.nemat@uniklinikum-dresden.de



## 2. Orientierungskongress

des BVKJ und der DGKJ

„Endlich Facharzt/-ärztin – und danach?“

vom 30.11. bis 01.12.2013 in Frankfurt

Wissenschaftliche Leitung:

Dr. med. Wolfram Hartmann, Kreuztal

Prof. Dr. med. Norbert Wagner, Aachen

Ausführliches Programm und Anmeldeformulare:

<http://kongress.bvkj.de>

Information und Anmeldung:

BVKJ e. V. Kongressabteilung

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.-Nr. 0221/6 89 09-15

Fax-Nr. 0221/6 89 09-78

Mail: [bvkj.kongress@uminfo.de](mailto:bvkj.kongress@uminfo.de)

Terminhinweis: Praxisabgabeseminar 29.11. – 30.11.2013 in Frankfurt

# Welche Diagnose wird gestellt?

Julia Grothaus

## Anamnese

Ein 15-jähriger Junge stellt sich wegen seit ca. einem Jahr bestehender entzündlicher, sehr schmerzhafter Hautveränderungen an der Kopfhaut in der Notaufnahme vor. Zuletzt war mit einem Klasse 4 Steroid lokal behandelt worden. Darunter war es zu einer Ausbreitung der pustulösen Läsionen auf die gesamte Kopfhaut gekommen. Systemisch hatte er zuvor Amoxicillin und Doxycyclin eingenommen, jedoch ohne durchgreifenden Therapieerfolg.

## Untersuchungsbefund

15-jähriger Junge in gutem Allgemeinzustand. Multiple, folliculär akzentuierte Papulopusteln ohne Konfluenz im Bereich des Capillitiums. Zervical sind druckdolente Lymphknoten zu palpieren. Der übrige pädiatrische und dermatologische Befund ist unauffällig. Im Labor mäßig erhöhte Entzündungszeichen (CRP 21 mg/l, Leukozyten 11,8/nl). Im mikrobiologischen Abstrich aus einer Pustel Nachweis



Abb.: Multiple, folliculär betonte Papulopusteln ohne Konfluenz im Bereich des Capillitiums

von Koagulase-negativen Staphylokokken. Die mykologische Diagnostik ist unauffällig. Sonographisch nuchal Nachweis einiger Lymphknoten ohne Zeichen der Einschmelzung.

## Wie lautet die Diagnose?

## IMPRESSUM

### KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

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

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

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

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

Die „Nachrichten aus der Industrie“ sowie die „Industrie- und Tagungsreporte“ 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 12.600

lt. IVW I/2013

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



LA-MED

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

**Verlag:** Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. (04 51) 70 31-01 –

**Anzeigen:** Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com

– **Redaktionsassistentz:** Christiane Daub-Gaskow, Tel. (0201) 8130-104, Fax (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Druck:** Schmidt-Römhild, 23547 Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

**Anzeigenpreisliste:** Nr. 46 vom 1. Oktober 2012  
**Bezugspreis:** Einzelheft € 9,90 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 99,- zzgl. Versandkosten (€ 7,70 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

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

Hinweise zum Urheberrecht: Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

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

## Diagnose: Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens

Bei initialem Verdacht auf bakterielle Follikulitis der behaarten Kopfhaut erfolgte eine antibiotische Therapie mit Cefuroxim i.v., eine analgetische Therapie mit Ibuprofen sowie eine Lokaltherapie mit Polihexanid Gel, Octenisept- Umschlägen und Haarwäschen mit einem ke-tonazolhaltigen Shampoo. Dadurch kam es kurzfristig zu einer Befundbesserung. Nach Entlassung aus dem Krankenhaus traten jedoch über Monate rezidivierende Verschlechterungen des Lokalbefundes ein, die zunächst auf eine mangelnde Compliance hinsichtlich der empfohlenen antiseptischen Lokalmaßnahmen zurückgeführt wurden. Zum Ausschluss möglicher Differenzialdiagnosen erfolgte schließlich eine Probebiopsie. Dabei zeigte sich eine neutrophile Follikulitis mit partieller Follikelwandruptur, angrenzender Fibrose und granulozytenreicher Entzündung. Pilzelemente wurden nicht nachgewiesen. Insgesamt sprach der histologische Befund für eine abszedierenden Follikulitis und Perifollikulitis. In Zusammenschau mit der Klinik ergab sich die Diagnose der *Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens*. Durch eine antibiotische Therapie mit Doxycyclin p.o. sowie lokale Anwendung von Metronidazol Gel wurde nur ein mäßiger Rückgang der Erkrankung erzielt, sodass die Behandlung im Verlauf auf Isotretinoin (0,5 mg/kgKG/d) umgestellt wurde. Unter dieser Therapie stellte sich eine langfristige Stabilisierung des Hautbefundes ein.

Bei der Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens, die erstmals 1903 von Spitzer beschrieben wurde (1), handelt es sich um eine seltene, chronisch-rezidivierende,

entzündliche Erkrankung der Kopfhaut unklarer Ätiologie, die überwiegend männliche Afroamerikaner zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr betrifft (1-3). Selten kommt sie bei Frauen, Menschen anderer Ethnie oder familiär gehäuft vor. Klinisch zeigen sich initial meist im Bereich des Vertex oder des Occiput einzelne Follikulitiden, welche sich im Verlauf in Patches, perifollikuläre Pusteln, Nodi, Abszesse und Sinus ausweiten können. Später verbleibt eine narbige Alopezie (3,4). In 30% der Fälle tritt die Erkrankung in Kombination mit einer Akne vulgaris auf (2). Als Akne-Triade bezeichnet man das gemeinsame Vorkommen der Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens mit Akne conglobata und Hidradenitis suppurativa. Liegt zusätzlich ein Pilonidalsinus vor, so nennt man es Akne-Tetrad (3).

Weiterhin wurden in der Literatur Krankheitsverläufe skizziert, in denen zudem noch muskuloskeletale Probleme sowie Arthropathien auftraten. Komplizierend kam es in Einzelfällen zur Ausbildung einer Osteomyelitis unterhalb der Entzündungsherde (3). Zudem besteht bei (älteren) Erwachsenen die Gefahr, dass sich auf dem Boden chronisch-rezidivierender Entzündungsherde ein Plattenepithelkarzinom entwickelt.

### Differenzialdiagnosen

Als Differenzialdiagnosen kommen u.a. in Betracht: Pseudopelade, Tinea capitis, Folliculitis decalvans und die aggressive, großzellige Variante einer follikulotropen Mycosis fungoides (2,3).

### Diagnostik

Bei dem V.a. eine Perifolliculitis abscedens et suffodiens empfiehlt es sich neben der Entnahme eines mikrobiologischen Abstriches, der Anlage einer mykologischen Kultur auch eine Probebiopsie durchzuführen, um die Diagnose dermatohistopathologisch zu sichern.

### Therapie und Prognose

Insgesamt gilt diese Erkrankung aufgrund ihres häufig chronisch-rezidivierenden Verlaufs als schwer therapierbar. Es bestehen folgende konservative Therapiemöglichkeiten: orale Gabe von Doxycyclin, Dapson, systemische oder intraläsionale Gabe von Steroiden, topische oder orale Gaben von Isotretinoin. Eine chirurgische Intervention (Inzision und Drainage) empfiehlt sich nur bei therapierefraktären, nodulären Läsionen. Kasuistisch wurde über Erfolge mit einer Lasertherapie berichtet.

### Literaturangaben

1. Spitzer L. Dermatitis follicularis et perifollicularis conglobata. Dermatol Z. 1903; 10: 109-120
2. Karpouzis A et al. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens successfully controlled with topical isotretinoin. Eur J Dermatol. 2003; 13: 192-5
3. Scheinfeld NS. A Case of Dissecting Cellulitis and a Review of the Literature. Dermatol Online J. 2003; 9 (1): 8
4. Stites PC, Boyd AS. Dissecting Cellulitis in a white Male: A Case Report and Review of the Literature. Cutis 2001; 67: 37-40

Dr. Julia Grothaus  
Abt. Pädiatrische Dermatologie  
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift  
Liliencronstr. 130  
22149 Hamburg

Red.: Höger



### 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.**

# BESTELLSCHEIN

## Erweitertes Vorsorgeheft Paed.plus

Hiermit bestelle/n ich/wir (bitte ankreuzen):

**Paket 1 zum Preis von € 20,-**

10 Vorsorgehefte

**Paket 2 zum Preis von € 50,-**

25 Vorsorgehefte

**Paket 3 zum Preis von € 100,-**

50 Vorsorgehefte

Alle genannten Preise inkl. MwSt. zzgl. € 5,- Versandkosten.

Auslieferung nur an Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands e.V.!



### Liefer-/Rechnungsadresse:

Praxis

Name, Vorname

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon + Fax

Praxis-Stempel

Datum

Unterschrift

**Bitte senden Sie Ihre Bestellung an:**

**Max Schmidt-Römhild KG • Mengstr. 16 • 23552 Lübeck**

**Telefon: (04 51) 70 31 267 • Telefax: (04 51) 70 31 281**

**www.schmidt-roemhild.de vertrieb@schmidt-roemhild.com**

**SCHMIDT  
RÖMHILD**



## Review aus englischsprachigen Zeitschriften

### Mumps-Ausbruch in Jüdisch-Orthodoxen Gemeinden in den USA Wirkung einer dritten MMR-Dosis auf die Mumps-Ausbruchs-Rate nach Mumps-Exposition

#### Mumps Outbreak in Orthodox Jewish Communities in the United States

Barskey AE, Schulte C, Rosen JB, et al.; *N Engl J Med* 367: 1704-13, November 2012

#### Impact of a Third Dose of Measles-Mumps-Rubella Vaccine on a Mumps Outbreak

Oqbuanu IU, Kutty PK, Hudson JM, et al.; *Pediatrics* 130: e 1567-74, Dezember 2012

Seit 2005 ist die jährliche Mumps-Inzidenz in den USA >99% zurückgegangen. 2006 wurden in den USA und weltweit einzelne Mumps-Ausbrüche innerhalb weitestgehend durchgeimpfter Populationen beobachtet.

Die Autoren beschreiben einen Mumps-Ausbruch, der 2009–2010 in jüdisch-orthodoxen Gemeinden auftrat. Dafür untersuchten sie Fälle von Parotis-Schwellungen und anderen Mumps-kompatiblen Symptomen. Klinische, demographische, Laborbefunde und Impfdaten wurden analysiert.

Zwischen dem 28. Juni 2009 und dem 27. Juni 2010 wurden in New York City, in zwei New York upstate Bezirken und in einem Bezirk in New Jersey 3502 Mumps-verdächtige Fälle gemeldet.

Von 1648 Fällen, für die klinische Daten vorlagen, wurden 50 % durch Labortests bestätigt. 97 % der Betroffenen lebten in jüdisch-orthodoxen Gemeinden. Jugendliche im Alter von 13–17 Jahren (27 % aller Erkrankten) und männliche Personen (78 % der Erkrankten in dieser Altersgruppe) waren überproportional betroffen. Unter den 13–17-jährigen mit dokumentiertem Impfstatus hatten 89 % 2 Dosen eines Mumps-haltigen Impfstoffes erhalten, weitere 8 % eine Dosis. Der Infektionsweg konzentrierte sich auf die jüdischen Jungen-Schulen, in denen die Schüler viele Stunden

(15) in intensivem Interaktions-/Gesichtskontakt über kleine Tische verbringen. Die Orchitis trat (120 Fälle bei 7 % der männlichen Erkrankten  $\geq 12$  Jahre) mit signifikant höheren Raten bei nicht-Geimpften im Vergleich mit 2x Geimpften auf.

Die epidemiologischen Daten dieses Ausbruchs weisen darauf hin, dass intensive Exposition, besonders bei Jungen in Schulen, die Übertragung ermöglichten und deren impfbedingten Schutz überwandern. Hohe Raten einer 2-Dosis-Durchimpfung verminderten die Schwere der Erkrankung und die Übertragung auf Personen in Einrichtungen mit geringerer Exposition.

Oqbuanu et al. konnten in einer aktuellen Studie nachweisen, dass in einem Kollektiv von 2178 zweimal MMR-geimpften Schülern in 3 Schulen bei 1755 Schülern nach einer zusätzlichen dritten MMR-Dosis die Mumps-Ausbruchs-Rate von 4,93 % auf 0,13 % ( $p < 0.001$ ) zurück ging. Die Verträglichkeit der dritten MMR-Dosis war besser bzw. nicht schlechter als bei der 1. und 2. Dosis.

### Kommentar

Die vorliegenden Untersuchungen geben wichtige Hinweise auf die Schutzdauer der zweimaligen Mumps-Impfung und auf die Bedeutung des engen „Tröpfchen-Kontaktes“ für die Übertragung des Wildvirus auf Geimpfte.

Die Frage, ob generell bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine dritte MMR-Dosis zu erwägen ist, kann mit den begrenzten Daten der Studie von Oqbuanu et al. noch nicht entschieden werden, verdient aber weitere Aufmerksamkeit.

(Helmut Helwig, Freiburg)

### Tocilizumab bei Mb. Still

#### Randomized Trial of Tocilizumab in Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis

De Benedetti F, Brunner HI et al.; *N Engl J Med* 367: 2385-2395, Dezember 2012

Die Therapie der systemischen juvenilen idiopathischen Arthritis (sJIA, M. Still) ist bis zum heutigen Tag eine Herausforderung. Kortisonbeinhaltende Therapieregime haben ein großes Nebenwirkungspotenzial, Methotrexat und Tumornekrosefaktor-Inhibitoren eine begrenzte Wirkung. Die pathogenetische Relevanz von IL-6 bei der sJIA ist gut bekannt, sodass eine Anti-IL6-Therapie mit Tocilizumab (TOCI), einem humanisierten monoklonalen IL-6-Rezeptor Antikörpers, erfolgversprechend ist.

Die Autoren randomisierten hierzu 112 Kinder und Jugendliche mit einer seit mindestens sechs Monaten dauernden sJIA und unzureichendem Ansprechen auf nichtsteroidale Antiphlogistika und Kortison. Die Therapiearme waren TOCI oder Placebo, jeweils in zweiwöchigen Abständen verabreicht.

In der 12. Woche wurde der primäre Endpunkt (kein Fieber und Verbesserung eines Aktivitätsscores um mindestens 30 %) bei mehr Patienten mit TOCI im Vergleich zu Placebo erreicht (85 vs 24 %,  $P < 0,001$ ). Zur Woche 52 hatte sich bei 80% der Patienten mit TOCI der Score 70%, und bei 59% um 90% verbessert. 48%

hatten keine Arthritis mehr und 52% konnten die orale Glukokortikoidtherapie beenden. In den ersten 12 Wochen traten in der TOCI-Gruppe 60 Infektionen (zwei schwerwiegende), in der Placebogruppe 15 Infektionen auf. Eine Neutropenie Grad 3 (500-1000 Neutrophile/ $\mu$ l) war bei 17 Patienten, Grad 4 (< 500 Neutrophile/ $\mu$ l) bei 2 Patienten, Leberwerterhöhungen (> 2,5 des oberen Normwertes) bei 21 Patienten zu beobachten. Somit zeigte sich TOCI effektiv bei der Therapie der schweren langdauernden sJIA. Nebenwirkungen waren häufig und betrafen Infektionen, Neutropenien sowie Transaminasenerhöhungen.

### Kommentar

Zur Behandlung der sJIA standen bis dato nur nicht zugelassene Biologika zur Verfügung. Die vorliegende Arbeit war ein Meilenstein bei der mittlerweile auch für Deutschland geltenden Zulassung dieses wichtigen Medikamentes zur Behandlung der sJIA. (Toni Hospach, Stuttgart)

### Altersabhängige Größe der Adenoide

#### Age-Dependent Changes in the Size of Adenotonsillar Tissue in Childhood: Implications for Sleep-Disordered Breathing

*Papaioannou G, Kambas I, Tsaoussoglou M; J Pediatr 162, 269-274, Februar 2013*

Schnarchen bei Kindern ist in den meisten Fällen bedingt durch vergrößertes lymphatisches Gewebe im Bereich der Adenoide und der Tonsillen. In 149 MR-Studien des Kopfes aus unterschiedlichen Indikationen wurden an der Athener Universitätskinderklinik Aghia Sophia genaue Messungen der Flächenausdehnung von Adenoiden, Tonsillen und des Pharynxlumens über ein großes Altersspektrum (0–16 Jahre) durchgeführt und die Kinder mit einer Schnarchanamnese (eine Nacht in der Woche mit Schnarch-Symptomen, 18%) mit den nicht-schnarchenden Kindern verglichen. Die Autoren fanden bei der Untersuchung, dass das adeno-tonsilläre Gewebe das obere Atemwegslumen während der ersten 8 Lebensjahre zu unterschiedlichen Graden einengt, danach kommt es durch spontane Regression des lymphatischen Gewebes zu einer Erweiterung des Lumens der oberen Atemwege. Bei den schnarchenden Kindern hingegen ist die Einengung – wie zu erwarten – durch das lymphatische Gewebe größer, persistiert aber auch über das 8. Lebensjahr hinaus unverändert.

### Kommentar

Mit dieser sehr präzisen Größenuntersuchung konnten die klinischen Beobachtungen bestätigt werden, dass das 8. Lebensjahr den Wendepunkt des Wachstums von lymphatischem Gewebe im Naso-Pharynxraum darstellt und es danach im Normalfall zu einer Rückbildung kommt. Bei den Schnarchern ist schon in den ersten Lebensjahren das Gewebe ausgeprägter und bildet sich auch nach dem 8. Lebensjahr nicht wie üblich zurück. Rückschlüsse auf die Ursache dieser verzögerten Rückbildung bei den schnarchenden Kindern kann diese Untersuchung natürlich nicht anbieten, aber der Kinderarzt kann bei durch schlafbezogenen Atemstörungen mit Schnarchen mit einer entsprechenden Ursache rechnen und neben einer operativen Verkleinerung des Gewebes auch evtl. über den vorübergehenden lokalen Einsatz von intranasalen Steroiden zur Reduktion von lymphatischem Gewebe nachdenken.

(Frank Riedel, Hamburg)

# Haustiere bei Hausstaubmilbenallergikern

CONSILIUM  
INFECTORUM

Prof. Dr. med.  
Matthias Kopp

## Frage:

- Ist bei einem Hausstaubmilbenallergiker das Risiko, eine Tierhaarallergie durch ein neu angeschafftes Tier (in diesem Fall ein Hund) zu entwickeln, höher, als bei einem Nicht-Allergiker?
- Wenn ja, sollten Hausstaubmilbenallergiker dann Kontakte zu Tieren ganz meiden oder können Kontakte beispielsweise im Freundeskreis weiter bestehen?
- Spielt die Wahl des Haustieres eine Rolle in Bezug auf die Höhe des Risikos, eine Tierhaarallergie zu entwickeln (beispielsweise Hund vs. Wellensittich vs. Katze)?

## Antwort:

1. Generell gilt: In einer Familie, in der eine Person mit einer klinisch relevanten, im Haut-Prick-Test bzw. mit spezifischer IgE-Bestimmung gesicherten Hausstaubmilbenallergie lebt, sollten keine felltragenden Tiere angeschafft werden. Für diese Empfehlung gibt es folgende Argumente:

- a. Personen, die bereits eine allergische Sensibilisierung auf ein Inhalationsallergen entwickelt haben, zeigen ein höheres Risiko, bei entsprechender Allergenexposition weitere allergische Sensibilisierungen hinzu zu erwerben. Dies ist exemplarisch in einer Untersuchung an 242 Kindern gezeigt worden, die eine positive Familienanamnese für allergische Erkrankungen hatten und einen positiven Haut-PRICK-Test auf ein Inhalationsallergen. Alle diese Kinder hatten initial noch keine allergische Sensibilisierung auf die Hausstaubmilbe. Die Interventionsgruppe erhielt milbendichte Matratzenüberzüge. Nach 12 Monaten erfolgte eine Nachuntersuchung. Dabei konnte gezeigt werden, dass Kinder aus der Interventionsgruppe, die einer geringeren Hausstaubmilbenkonzentration ausgesetzt waren, signifikant seltener eine allergische Sensibilisierung entwickelt hatten (2,5 %) als Kinder aus der Kontrollgruppe (9,4 %, OR 0.14, CI:0,03-0,79) (1). Aus dieser Untersuchung kann abgeleitet werden, dass eine höhere Allergenbelastung dann zu einer Allergie und klinischen Beschwerden führen kann, wenn bereits eine allergische Sensibilisierung besteht.

- b. Es muss darauf hingewiesen werden, dass Patienten mit vielen allergischen Sensibilisierungen klinisch mehr Beschwerden haben als monosensibilisierte Patienten. Das Risiko, weitere Sensibilisierungen zu erwerben, sollte also möglichst gering gehalten werden.
- c. Ein weiteres Argument gegen die Anschaffung von Felltieren ist, dass ein felltragendes Tier durch den Verlust von Haaren und Hautschuppen den Hausstaubmilben eine Nahrungsgrundlage liefert.
2. Gegen einen flüchtigen Kontakt von Hausstaubmilbenallergikern zu Tieren z. B. im Freundeskreis ist nichts einzuwenden. Hier gibt es keine belastbaren Hinweise, dass dadurch das Risiko einer allergischen Sensibilisierung signifikant erhöht wird.
3. Die dritte Frage, die Sie stellen, ist schwierig zu beantworten. Die Informationen aus epidemiologischen und klinischen Studien sind hierzu sehr heterogen.

Zunächst einmal gilt: Für Familien ohne erhöhtes Allergierisiko gibt es keine Argumente, von einer Haustierhaltung aus Gründen der Allergieprävention abzuraten.

Anders ist es bei Risikokindern mit einer familiären Allergiebelastung: Auch wenn die Auswirkungen der Haustierhaltung auf die Allergieentwicklung nicht ganz eindeutig abzuschätzen sind, empfiehlt die aktuelle Leitlinie, dass eine Katzenhaltung vermieden werden soll (2). Im Gegensatz zu der Katze ist die Hundehaltung wahrscheinlich nicht mit einem höheren Allergierisiko verbunden. Es gibt bisher keine Hinweise, dass die Anschaffung von Vögeln mit einem erhöhten Allergierisiko einher gehen.

## Literatur:

- (1) Arshad SH, Bojarskas J, Tsitoura S, Matthews S, Mealy B, Dean T, Karmaus W, Frischer T, Kuehr J, Forster J; SPACE study group. Prevention of sensitization to house dust mite by allergen avoidance in school age children: a randomized controlled study. *Clin Exp Allergy*. 2002 Jun;32(6):843-9
- (2) Muche-Borowski C, Kopp M, Reese I, Sitter H, Werfel T, Schäfer T. Allergy prevention. *Dtsch Arztebl Int* 2009 ;106: 625-31

Prof. Dr. med. Matthias Kopp  
Uniklinikum Schleswig Holstein Campus Lübeck  
Kinderklinik/Päd. Pneumologie u. Allergologie  
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

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

## Medizinische Ausbildung und Identitäten:

# Wie entsteht pädiatrische Identität in einer außer Kontrolle geratenden Welt?



Dr. Folkert Fehr

Dieser Artikel beschäftigt sich damit, wie Identität durch Bildung entsteht: Insbesondere kinder- und jugendärztliche Identität durch unsere Weiterbildung. Unsere Vorgänger haben viel erreicht, wenn es zum Beispiel heißt, dass Kinder- und Jugendärzte die Monitore der Gesellschaft für Kinder- und Jugendgesundheit sind (und sich nicht zuerst ums Geld sorgen). Dabei wird angenommen, dass es eine selbstbestimmte, demokratische Tätigkeit ist, eine Identität anzunehmen. Die Weiterbildung soll dabei die vorbereitete Umgebung schaffen, in der sich werdende Kolleginnen und Kollegen zu dem bilden können, was sie als Ideale erkannt und anerkannt haben. Die Details dieser vorbereiteten Umgebung sind dabei bedeutsam, besonders das Weiterbildungsziel, die Kultur der Rückmeldung und das Prüfungssystem. Daran anschließend ist eine interessante Frage, ob die Identität des medizinischen Lehrers dadurch hinreichend legitimiert ist, dass eine Person Erfahrungen in dieser Rolle sammelt, ohne eine formale Qualifikation darin zu haben.

### Die Verwandlung zum Arzt – zum Facharzt

Medizinische Ausbildung ist nicht einfach ein Unternehmen, bei dem es sich um Erwerb und Anwendung von Wissen dreht. Es spielt dabei eine Rolle, wer wir werden als Medizinstudenten, Weiterbildungsassistenten, Fachärzte und Lehrende in der Medizin. Arzt oder Ärztin zu werden bedeutet, eine Identität anzunehmen, die wie eine Gestalt aus mehreren Teilen zusammengesetzt und dennoch mehr als die Summe ihrer Teile ist. Diese Teile bezeichnen wir als Rollen, nämlich klar definierte, sozial entwickelte und legitimierte Aktivitäten wie zum Beispiel die Oberarztrolle in der Führung einer Station oder die Anästhesistenrolle bei einer Operation. Die Identität ist nicht angeboren, sie ist gemacht. Nicht ohne Grund gibt es in der medizinischen Ausbildung Lernen am Modell, Simulationspatienten, Supervision und schließlich Akkreditierung, die mit dem Privileg unabhängiger Praxis einhergeht. Die Verwandlung vom Studierenden zum Arzt kann nicht auf die Übersendung einer Urkunde beschränkt sein. Und vom Arzt zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin wird man nicht durch ein Logbuch oder ein kollegiales Gespräch, sondern indem man Wissen mit Erfahrung integriert und Haltungen wie Respekt, Neugier und den Wunsch nach Verbesserung annimmt, sagt der Carnegie-Report 2010.

### Patienten-zentriert ist noch nicht Standard

Ist es trivial, nach der pädiatrischen Identität zu fragen und Kriterien zu suchen, die sie näher bestimmt? Diese Frage kann man sicher mit „ja“ beantworten. Denn das Wort „trivial“ kommt von lateinisch *trivialis* und bedeutet „jedermann zugänglich“. Die pädiatrische Identität kann und darf kein Mysterium sein, das nur Eingeweihten wichtig und zugänglich ist. Lehrer und Lerner müssen wissen, worum es sich handelt und wie man diese

Identität bilden kann. Außerdem enthält der Begriff die Elemente *tres* und *via*. Man kommt auf mehr als zwei Wegen zum Ziel, das heißt, der konkrete Weg ist mehrdeutig und unbestimmt. Das Ziel ist da, aber die Bewegung dorthin hängt von der Konstitution und Disposition des Gehenden ab. Umso bedeutsamer ist es, dass jedermann ersehen kann und es leicht zu erfassen ist, wann man dort ist.

Der Zweck medizinischer Ausbildung besteht darin, den Patienten zu nutzen, indem die Arbeit von Ärzten verbessert wird. Ärzte können Patienten helfen, wenn sie ihnen sorgfältig zuhören und ihnen ihren rechtmäßigen Platz einräumen: Im Herzen der Medizin. Patienten-zentrierte medizinische Ausbildung ist nicht neu, aber noch längst nicht Standard. In der Medizin ist es wichtig, zu wissen, warum man etwas tut, über Verbesserungen nachzudenken und es dann auch besser zu tun. Analog zur klinischen Medizin brauchen wir auch in der medizinischen Ausbildung die beste verfügbare Evidenz, um unser Handeln zu leiten.

Antworten auf die drängenden Fragen der medizinischen Ausbildung können – und sollen – in der Versorgung unserer Patienten gefunden werden. Dazu ist es nötig, von wissenschaftlichen Lerntheorien zu lernen, die sich dafür interessieren, wie Lernen tatsächlich vonstatten geht. In diesem Feld führen ‚communities of practice‘ (Wenger 1998), ‚actor-network theory‘ (Law & Hassard 1999) und ‚cultural-historical activity theory‘ (Engeström 2008). Studierende, Lehrer und Patienten lernen voneinander, miteinander und übereinander.

### Den Patienten lesen lernen

Unsere eigenwilligen und intuitiven Traditionen medizinischer Ausbildung bedingen ein perpetuiertes Machtgefälle, das dazu führen kann, dass Patienten und Lernende ausgeschlossen und entfremdet werden. Hier

hat Lehrforschung das Potential, medizinische Ausbildung demokratischer zu machen, was zu einer demokratischeren und Patienten-zentrierteren Medizin führt. Damit kann verhindert werden, dass die Erfahrung des Patienten mit seiner Krankheit gewissermaßen kolonialisiert wird: Ärzte laufen Gefahr, mit ihrer Sprache, ihren Haltungen und ihrem Verhalten Patienten zu dominieren und zu überwältigen. Der Patient muss die Sprache des Arztes lernen, seine Führung anerkennen, seinen Rat befolgen, seinen Lebensweg mit ihm verhandeln oder um den Arzt herum verfolgen. Dies alles führt zu der beobachtbaren historischen Entwicklung des Kolonialismus, nämlich der Non-Compliance, weil Patienten nicht wahrnehmen, dass all das zu ihrem Besten ist. Deshalb hat medizinische Ausbildung die Aufgabe, die Zwillingshaltung der Sensibilität und Sensitivität zu vermitteln, Patienten zu ‚lesen‘ wie man einen Text liest.

Der Soziologe Michel Foucault beschreibt 1988 in *Naissance de la clinique* die Entstehung der modernen Medizin als Zusammenspiel von Macht, Ort und Identität. Der Arzt sei charakterisiert durch die Kultivierung des diagnostischen Blicks, der eine besondere Expertise in Untersuchung und Diagnose signalisiere. Lingard et al. untersuchten 2003 diesen Prozess, wobei sie auf die besondere Bedeutung von Patientenvorstellungen durch Fallpräsentationen zwischen Ärzten stießen. Dabei gerät die Konstruktion der ärztlichen Identität in eine Zwickmühle. Einerseits wird es oft belohnt, wenn besonders junge Ärzte Patienten und Kollegen eine Fassade von Sicherheit präsentieren, während andererseits tatsächlich Unsicherheit und Mehrdeutigkeit in der Medizin vorherrschen. Es sind also gewissermaßen rhetorische Instrumente, die professionelle Identität etablieren. Und dabei gerät die Transition leicht auf eine schiefe Bahn, an deren unterem Ende der Boykott von Fehlersuch- und -Vermeidungssystemen steht.

### Identität zielgerichtet

Identität kann laut dem Soziologen Bauman (2004) grundsätzlich auf zwei Weisen gedacht werden. Erstens die Identität, die von einer Gemeinschaft geteilt wird, die von ‚Leben und Schicksal‘ zusammengebracht worden ist. Die erweiterte Familie ist dafür ein Paradebeispiel. Hier ist Identität durch Geburt mitgegeben, nicht gewählt worden. Zweitens die Identität, die von einer Gemeinschaft geteilt wird, die durch gemeinsame Ideen, Prinzipien und Werte zusammengehalten wird. Hierfür wären die Medizin und die Bildung Beispiele, aber sicher auch religiöse Gemeinschaften. Während bei letzteren die Prinzipien und Werte ziemlich fix sind, werden in Medizinischen und Bildungswissenschaften Ideen, Prinzipien und Werte diskutiert, wissenschaftlich untersucht und gelegentlich reformuliert. Bauman hat dafür den Ausdruck ‚liquid modernity‘ geprägt, der ausdrücken soll, dass es beispielsweise innerhalb der Medizin Arbeitsbereiche gibt, deren Ideen und Werte einander widersprechen und dass die gegenwärtige Welt unbeständig, im Fluss und ungewiss ist. Es reicht nicht mehr aus, sich zu einer Tätigkeit auszubilden, um dann mit einem



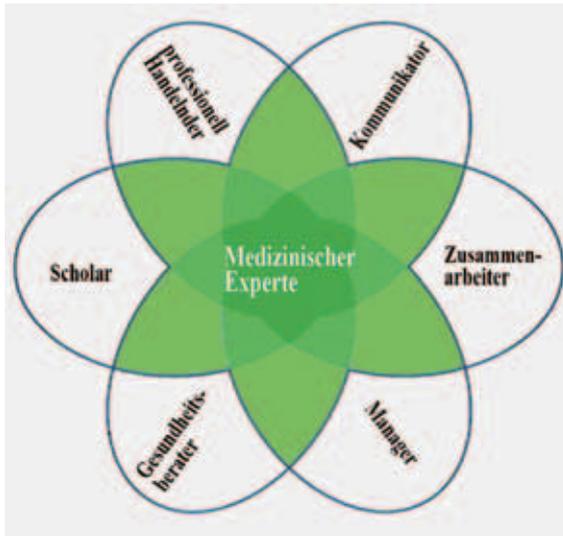
© Peter Atkins – Fotolia.com

für allemal ausreichendem Wissen, Fähigkeiten und Haltungen ein Arbeitsleben lang erfolgreich zu sein. Das zweite Bild für die gegenwärtige Welt ist die außer Kontrolle geratene Lore, die mit hoher Geschwindigkeit und sehr wenig Sicht für die Insassen durch ein Labyrinth saust. Die Kräfte, die auf sie einwirken, kommen hauptsächlich von außen, durch die Umgebung. Der Steuermann kann möglicherweise ein wenig abbremsen, aber die Richtungsentscheidungen und das Ziel sind durch die äußerliche Konstruktion vorgegeben. Wie also muss die Weiterbildung konstruiert werden, damit die Passagiere in der Lore zielgerichtet mitwirken und sicher am naheliegenden Ziel ankommen?

### Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten alleine genügen nicht

Im antiken Griechenland wurde zwischen Bürgern und Nicht-Bürgern unterschieden. Bürger konnten ein erfülltes Leben der kulturellen Teilhabe führen, während Nicht-Bürger ein eher animalisches Leben führen mussten. Auch die Medizin unterscheidet Mitglieder und Nicht-Mitglieder. Mitglied wird man durch Qualifikationen und Examina, kann allerdings auch wieder ausgestoßen werden, wenn man seine Privilegien missbraucht oder bestimmten Pflichten nicht nachkommt. Auch für die Patienten hat dieser Unterschied Gewicht, wenn man an die Versorgungsqualität beim Pädiater oder eben Nicht-Pädiater denkt. Hier macht es Sinn, über die Kriterien der Mitgliedschaft nachzudenken. In erster Näherung soll dafür ein Satz von Identitäten vorgeschlagen werden.

Warum Identitäten und nicht Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, wie es in der Weiterbildungsordnung stehen? Weil Wissen allein nicht ausreicht, weil Lerner nicht wie Teebeutel für eine festgesetzte Zeit ins Krankenhaus eingetaucht werden und dann immer ein gleich gut genießbares Ergebnis zeitigen, weil Fertigkeiten nicht ein für allemal exzellent sind, sondern nach den Umfeldanforderungen geübt, modifiziert und erweitert werden müssen. Nach Heidegger geht die Suche nach sinnhaften Bezügen vom Dasein in der Alltäglichkeit aus und vollzieht sich im hermeneutischen Zirkel. Die Bewegung dieses Zirkels verläuft so, dass sich das Einzelne nur im Bezug zum Ganzen verstehen lässt und das Ganze sich nur am Einzelnen zeigt. Viktor von Weizsäcker und Thure



nach CanMED

von Uexküll haben mit vielen Vorarbeitern, Mitarbeitern und geistigen Erben an solchen Kreisläufen gearbeitet. Eine Ableitung dieser Theorien für die Didaktik der medizinischen Weiterbildung wurde von kanadischen Kollegen im CanMEDS Framework zusammengefasst.

### Lernen für konkrete Vorstellungsanlässe

Der Medizinische Experte steht im Zentrum, gewissermaßen als Ganzes. Diese Identität kann zu didaktischen Zwecken in Teil-Identitäten untergliedert werden, die im Einzelnen randunscharf sind und ineinander

übergehen, aber im Kern doch durch die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen legitimierbar und ausweisbar sind. Dieses Modell weist weit über die Weiterbildungsordnung hinaus, indem dem Medizinischen Experten als Diagnostiker, Symptomatologe und Kenner Handlungsfelder zugewiesen werden, die unterschiedliche Expertise erfordern: Die Kommunikation mit Patienten, Angehörigen und dem Umfeld – die Zusammenarbeit mit Kollegen und Fachkräften – das Management – die Gesundheitsfürsprache – das lebenslange Lernen – die Vorbildfunktion. Jede dieser Handlungsfelder oder Teil-Identitäten sind allgemein beschrieben und für die häufigen, wichtigen Vorstellungsanlässe spezifizierbar. Diese Arbeit wird beispielsweise in der Deutschen Gesellschaft für Allgemeine Ambulante Pädiatrie (DGAAP) gemacht. Im Ergebnis führt sie dazu, dass Lehrer, Lerner, Patienten und Akkreditierungskörperschaften leicht zu erfassende Tätigkeiten nachlesen können, deren meisterliche Ausführung im Einzelnen beobachtbar sind und im ganzen ein Urteil erlauben: Wer all das tut, hat eine bestimmte Entwicklungsstufe erklommen. Man kann ihm oder ihr diese Tätigkeiten anvertrauen. Und wenn die Summe der Tätigkeiten die Pädiatrie gut abbilden, hat diese Person die Identität eines Pädiaters.

Folkert Fehr  
 Karlsplatz 5, 74889 Sinsheim  
 07261-976267  
 folkert.fehr@t-online

Red.: Kup

## BVKJ bittet Mitglieder um Datenschutzerklärung

Im November 2012 hat die Geschäftsstelle des BVKJ an alle Mitglieder des Verbandes eine Aussendung vorgenommen, die der Aktualisierung der hinterlegten Mitgliederdaten dienen sollte. Inhalte dieser Aussendung waren unter anderem ein Ausdruck des jeweils gespeicherten Datensatzes aus Gründen der größtmöglichen Transparenz sowie eine Datenschutzerklärung mit der Bitte, diese unterschrieben an die Geschäftsstelle in Köln zurückzusenden.

Das Bundesdatenschutzgesetz schreibt vor, welche Daten ein Verein über seine Mitglieder erheben, verarbeiten oder nutzen darf. Damit der Verband auch weiterhin den Service für seine Mitglieder unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen ausführen darf und auch unsere Dienstleistungspartner sie beliefern dürfen, sind wir auf die Rückgabe ihrer Datenschutzerklärung angewiesen.

Bei der Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen wird der BVKJ unterstützt von Dr. Matthias Otto (kinderumwelt gGmbH), der seit 2012 als Datenschutzbeauftragter für den Verband tätig ist.

BVKJ-Mitglieder, die ihre Datenschutzerklärung noch nicht an die Geschäftsstelle geschickt haben, bitten wir dies bis zum 30.06.2013 nachzuholen. Falls die Formulare Ihnen nicht mehr vorliegen sollten, können Sie diese hier erneut anfordern:

*Geschäftsstelle des BVKJ in Köln,  
Tel. 0221-6890912,  
E-Mail: [bvkj.datenschutz@uminfo.de](mailto:bvkj.datenschutz@uminfo.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](http://www.kinder-undjugendarzt.de)**

Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

# Weibliche Beschneidung – auch ein Thema für die Pädiatrie

## Teil 2



Dr. med. Nikolaus  
Weissenrieder

FGM (Female genital Mutilation) ist im Gegensatz zur Beschneidung bei Jungen in der deutschen Kinderheilkunde und Jugendmedizin bisher wenig thematisiert worden. Auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Hamburg 2012 fand ein Workshop zu diesem Thema statt.

Die Aufgabe in der pädiatrischen Praxis ist neben der Erkennung von genitaler Beschneidung vor allem die Prävention. Wir müssen den Eltern unmissverständlich darlegen, dass die Tradition der FGM historisch nicht begründet ist und keinen Vorschriften aus der Religion entspricht. Wir müssen die bekannten Risiken bezüglich somatischer, psychosomatischer und psychischer Komplikationen darstellen und das Recht von Kindern und Jugendlichen auf eine unversehrte körperliche, geistige und seelische Entwicklung in den Vordergrund stellen.

### Strafrechtliche Bewertung von FGM in Deutschland

Die Verstümmelung weiblicher Genitalien ist eine Straftat (§ 223-§ 226 StGB), das Strafmaß kann bis zu 10 Jahren betragen. Die Verletzung der elterlichen Fürsorgepflicht (§ 171 StGB) kann mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren bestraft werden. Zudem kann die Tat aufenthaltsrechtliche (Ausweisung), asylrechtliche (Widerruf der Flüchtlingsanerkennung) und familienrechtliche (teilweise oder vollständige Entziehung der elterlichen Sorge) Konsequenzen haben.

Die Genitalverstümmelung ist in jedem Fall als einfache Körperverletzung gemäß § 223 StGB strafbar. Da sie regelmäßig mit einem Messer oder ähnlichem Werkzeug durchgeführt wird, stellt sie darüber hinaus in der Regel eine gefährliche Körperverletzung im Sinne des § 224 StGB dar. Führt die Genitalverstümmelung zum Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit, liegt eine schwere Körperverletzung gemäß § 226 StGB vor. Planen Eltern eines in Deutschland lebenden Mädchens eine Beschneidung im Ausland, machen sie sich nach den Grundsätzen der Beihilfe, Anstiftung oder der mittelbaren Täterschaft schuldig.

Die ärztliche Schweigepflicht resultiert aus dem Persönlichkeitsrecht des Einzelnen, welches durch Art. 2 GG geschützt ist. Sie beruht u.a. auf straf- und standesrechtlichen Regelungen. § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB stellt die unbefugte Offenbarung von Privatgeheimnissen durch den Arzt unter Strafe. Beruflich ist die ärztliche Schweigepflicht in § 3 der Musterberufsordnung Ärzte geregelt. Die Weitergabe eines Verdachts an das Jugendamt oder die Polizei stellen eine Offenbarung dar.

### Offenbarung erlaubt, keine Meldepflicht

Nach einer Güter- und Interessenabwägung ist es der Ärztin / dem Arzt zum Schutze höherrangiger Rechtsgüter im Einzelfall erlaubt, das Jugendamt oder die Polizeibehörde über eine bevorstehende Beschneidung zu informieren, ohne gegen die Schweigepflicht zu verstoßen (§ 34 StGB „Rechtfertigender Notstand“). Dies setzt allerdings voraus, dass ein konkreter Verdacht besteht und nicht nur eine bloße Vermutung. Nach § 4 Bundeskinderschutzgesetz haben Angehörige von Gesundheitsberufen zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung Anspruch auf eine fachliche Beratung und sie sind befugt, das Jugendamt zu informie-

ren, um eine Gefährdung eines Kindes oder Jugendlichen abzuwenden. Sofern der wirksame Schutz eines Heranwachsenden infrage gestellt wird, müssen Betroffene darüber vorab nicht informiert werden.

Ob die Offenbarung „befugt“ erfolgt und damit strafrechtlich nicht geahndet werden kann, richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls. Je gravierender die konkreten Verdachtsmomente einer bevorstehenden Genitalverstümmelung (z.B. bevorstehender Urlaubs im Hochrisikoland bei bereits verstümmelter Mutter, Schwester o.a.) sind, desto sicherer kann der betreffende Arzt die Daten weitergeben. Die Befugnis zur Offenbarung kann sich aus einer mutmaßlichen Einwilligung und den Grundsätzen der Notwehr (§ 32 StGB) sowie des Notstandes (§ 34 StGB) ergeben. Eine explizite Meldepflicht wie in Frankreich gibt es in Deutschland jedoch nicht.

Es gibt Bestrebungen, dass FGM in den medizinischen Diagnoseschlüssel in Deutschland und das Abrechnungssystem der Krankenkassen aufgenommen wird. Ein neuer Gesetzentwurf sieht vor, einen eigenen Straftatbestand FGM zu schaffen und FGM in den Katalog der Auslandsstraftaten aufzunehmen. Wie

bisher bei der Misshandlung Schutzbefohlener wird die Verjährung beim Straftatbestand FGM bis zum 18. Lebensjahr ausgesetzt.

### FGM oft übersehen

Das österreichische Bundesministerium für Gesundheit und Frauen führte 2006 zusammen mit der Ärztekammer und UNICEF eine Studie bei 493 niedergelassenen Gynäkologen oder Kinderärzten zur Genitalverstümmelung durch. Hiernach hatten 14 % der mindestens einmal in ihrem Berufsleben ein genitalverstümmeltes Mädchen oder eine genitalverstümmelte Frau behandelt.

Die Häufigkeit der beobachteten Fälle von FGM bei Kindern und Jugendlichen liegt eindeutig unter der zu erwartenden Häufigkeit. Dies kann durch unterschiedliche Faktoren bedingt sein. Zum einen ist die Kenntnis über die anatomischen Veränderungen nach FGM wahrscheinlich nicht ausreichend. Es kann vorkommen, dass die Beschneidungen unerkannt bleibt, wenn keine Infibulation vorliegt. Zum anderen wird das weibliche Genitale nicht routinemäßig in die Inspektion mit einbezogen. Besonders wenn die Mädchen das Schulkindalter erreicht haben. Dies bestätigen eigene Erfahrungen in zahlreichen Seminaren und Vorträgen zu kinder- und jugendgynäkologischen Themen in den letzten 20 Jahren mit ca. 2000 Teilnehmern.

### Empfehlungen zum Umgang mit FGM

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat 2005 Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalbeschneidung abgegeben. Leider beziehen sich die Empfehlungen nicht auf den präventiven Umgang bei Kindern und Jugendlichen. Eine neue Stellungnahme ist für das Jahr 2013 vorgesehen, leider wieder ohne die angebotene Unterstützung durch Vertreter der Kinder- und Jugendärzte. Andere Empfehlungen kamen von der Arbeitsgemeinschaft Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (AGFIDE) der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Verschiedene Organisationen, die sich mit FGM beschäftigen (z.B. Plan international, Intact, Terre des Femmes, UNICEF) setzen auf unterschiedliche Konzepte, um FGM zu verhindern. Dazu gehören Aufklärung, finanzielle, technische, organisatorische und moralische Hilfe, allgemeine Bildung mit Schwerpunkt Gesundheitsbildung aber auch direkte Einflussnahme auf politische und gesundheitspolitische Entscheidungen in Deutschland. Ein anderes Konzept versucht Einfluss auf Koiranschulen und andere Schlüsselfiguren zu nehmen mit dem Ziel, FGM zu ächten. Einzelne Gruppen fordern gesetzliche Verbote und Strafen in den praktizierenden Ländern sowie in den Aufnahmeländern von Migrantinnen.

### Empfehlungen für die Kinder- und Jugendarztpraxis im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen

Anhand der länderspezifischen Tabellen und der Untersuchungen von Terre des Femmes ist es möglich Familien zu identifizieren, in denen Mädchen von einer möglichen Beschneidung bedroht sind (siehe Heft 3/2013, S. 76). Bei selbst betroffenen Müttern aus diesen Regionen kann es sich um Migrantinnen mit einfachem Bildungsstand handeln, die über ihre „Besonderheit“ wissen, und sich damit aber abgefunden haben. Es können auch Frauen sein, die zwar beschnitten, sich aber nicht darüber im klaren sind, dass sie sich dadurch von anderen Frauen in Europa unterscheiden. Diese Mütter können entweder aus eigener Überzeugung oder unter dem sozialen Druck ihrer im Heimatland verbliebenen Familie ihre Töchter beschneiden lassen wollen oder einen Weg suchen, genau dies umgehen zu können.

Auch Kinder- und Jugendärzte müssen Information über Anatomie, Physiologie und FGM-Folgemorbidität vermitteln. Wir müssen überprüfen, ob diese angekommen und verstanden worden sind und auf Strafbarkeit, Kontrolle und Sanktionswahrscheinlichkeit im Falle einer FGM-Kindesmisshandlung hinweisen. Migrantenfamilien haben häufig

ein großes Informationsdefizit bezüglich unterstützender Angebote wie frühe Hilfen, Selbsthilfegruppen und unterstützenden Organisationen.

Bei der routinemäßigen Inspektion erfolgt die Kontrolle des Genitalbereiches nicht nur bezüglich der Entwicklung, sondern auch hinsichtlich seiner Unversehrtheit. In den jeweiligen Elterngesprächen sollte einfühlsam aber unmissverständlich auf die Wichtigkeit der körperlichen Unversehrtheit für die allgemeine Entwicklung des Kindes hingewiesen werden.

### Handeln sollte zur effektiven Prävention führen

So wie zum generellen Thema Kindesmisshandlung die Notwendigkeit einer effektiveren Prävention durch Intensivierung und Verbindlichkeit von Untersuchungen und Kontrollen gesehen wird, so sollte die spezielle Variante von Kindesmisshandlung FGM in gleicher Weise betrachtet und gehandhabt werden, einschließlich der sorgfältigen Schulung des jeweils involvierten Personals. Idealerweise sollte FGM ein weiteres Mal mit der Familie thematisiert werden, wenn das Mädchen vier und 8 Jahre alt ist. Dies kann im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen U 8 bzw. U 10 erfolgen. Hierbei ist es sinnvoll auch die Position der Bezugspersonen der Familie zu kennen, da diese auf die Einhaltung der Familientradition achten.

Ergibt sich der Verdacht einer drohenden Beschneidung eines Mädchens, so erfordert unser Handeln ganz besondere Umsicht. Verständliche und einführende Information sowie Vertrauensbildung sind besonders wichtig. Damit kann vermieden werden, dass die Familie sich der Betreuung entzieht und die Beschneidung während eines Heimaturlaubs vornimmt. Entsprechend den oben vorgestellten Vorgaben ist bei gewichtigen Anhaltspunkten im Einzelfall die Information von Einrichtungen der Jugendhilfe oder Polizei erforderlich.

Dr. med. Nikolaus Weissenrieder  
Saarstraße 7, 80797 München  
E-Mail: mail@Praxiszentrum-Saarstrasse.de

Red.: Kup

# Ein Netz aus Helfern

BVKJ-Mitglieder haben zahlreiche Helfer, die ihren Praxen mit Rat und Tat zur Seite stehen und damit dazu beitragen, dass sich Kinder- und Jugendärzte auf ihr Kerngeschäft, das Heilen, konzentrieren können.

In loser Reihenfolge stellen wir Ihnen die wichtigsten Helfer vor.

## Die BVKJ-Service GmbH ...

**... Ihr Partner bei allen Fragen rund um die Selektivverträge!**



Die BVKJ-Service GmbH ist eine 100-prozentige Tochtergesellschaft des BVKJ e.V.

Geschäftsführer ist Klaus Lüft, Mitarbeiterinnen in der Geschäftsstelle in Köln

sind Anke Emgenbroich und Uschi Horst.

### Was tun Sie für den BVKJ und seine Mitglieder?

#### Die BVKJ-Service GmbH

- ✓ verhandelt Selektivverträge auf Bundesebene und unterstützt die BVKJ-Landesverbände bei Vertragsverhandlungen auf Landesebene
- ✓ unterstützt die BVKJ-Landesverbände und die Kinder- und Jugendärzte bei der Umsetzung der Selektivverträge
- ✓ genehmigt die Verwendung der vom BVKJ entwickelten grünen Vorsorgehefte
- ✓ stellt die Elternfragebögen zur primären Prävention im Rahmen der U7a (erweitert), U10, U11 und J2 kostenlos zur Verfügung (Verwendungsrechte wurden von der BVKJ-Service GmbH gegen eine jährliche Lizenzgebühr erworben und liegen im Rahmen dieser Untersuchungen ausschließlich bei der BVKJ-Service GmbH)
- ✓ beantwortet Fragen der eingeschriebenen Kinder- und Jugendärzte und der MFA
- ✓ arbeitet in den Vertrags-Koordinierungsgruppen und Lenkungsgruppen mit
- ✓ organisiert und unterstützt Informationsveranstaltungen über die Selektivverträge für Kinder- und Jugendärzte und MFA



BVKJ-Service GmbH  
in Köln

© Felix Pergande - Fotolia.com

- ✓ bietet Dienstleistungen für Kinder- und Jugendärzte durch Kooperationen mit div. Firmen etc. an

### Wie können BVKJ-Mitglieder Sie erreichen?

BVKJ-Service GmbH  
Mielenforster Str. 2  
51069 Köln

Ansprechpartner in der Geschäftsstelle:  
Anke Emgenbroich, Tel. 0221 - 689 09 27  
Ursula Horst, Tel. 0221 - 689 09 28  
E-Mail: [bvkjservicegmbh@uminfo.de](mailto:bvkjservicegmbh@uminfo.de)  
Fax: 0221 - 689 09 29

Alle Informationen zu den Verträgen erhalten Sie auch über PädInform®, das geschlossene Netz der Pädiater!

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

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

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



# Frühe Hilfen – Kinderschutz beginnt mit Prävention

© RRF – Fotolia.com

## Serie: Wie geht es der Familie?

Seit mehreren Jahren sind Frühe Hilfen ein fester Bestandteil der Familienpolitik in Deutschland. Kinder- und Jugendärzte spielen im Konzept der Frühen Hilfen eine wichtige Rolle. Doch was genau bedeutet dieses Konzept und wie sieht die Umsetzung in die Praxis aus?

Seit mehr als zehn Jahren arbeitet die Fachpraxis bereits an Konzepten, um belastete Familien früher zu erreichen und passgenau zu unterstützen. In einigen Kommunen gehören diese Frühen Hilfen bereits zum Regelangebot. Als Reaktion auf gravierende Fälle von Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern wurden im Jahr 2005 Maßnahmen zum bundesweiten Auf- und Ausbau von Netzwerken Früher Hilfen initiiert. Spätestens seit diesem Zeitpunkt sind Frühe Hilfen ein fester Bestandteil der Familienpolitik in Deutschland. Insbesondere Familien mit hohen Belastungen, durch die das Risiko für eine spätere Gefährdung des Kindes

erhöht werden kann, sollen frühzeitig unterstützt werden. Um dies zu erreichen, werden Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe mit gesundheitsbezogenen Leistungen und zivilgesellschaftlichem Engagement verzahnt. 2006 wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ein Aktionsprogramm auf den Weg gebracht, das den Prozess bundesweit vorangetrieben hat. Im Rahmen dieses Programms wurde 2007 bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)<sup>1</sup> eingerichtet. Am 1. Januar 2012 wurden Frühe Hilfen mit dem Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes

(BKISchG) gesetzlich verankert. Damit ist keineswegs der Schlusspunkt in der Etablierung von Frühen Hilfen erreicht. Vielmehr wurde dadurch ein wichtiger Meilenstein in der (Weiter-) Entwicklung Früher Hilfen als präventives Angebot im Kinderschutzsystem markiert.

### Frühe Hilfen – ein vielschichtiger Begriff

Um Frühe Hilfen besser verorten und qualitätsgesichert entwickeln zu können, hat das NZFH bereits 2009 gemeinsam mit seinem Wissenschaftlichen Beirat und Fachbeirat eine Begriffsbestimmung erarbeitet.<sup>2</sup> Gemäß dieser Begriffsbestimmung umfassen die Frühen Hilfen sowohl *primärpräventive* Hilfen, die



Prof. Dr. med.  
Elisabeth Pott

für alle Familien gedacht sind, als auch *sekundärpräventive* Hilfen, die insbesondere für belastete Familien infrage kommen. Damit sind Frühe Hilfen eindeutig im Vorfeld von Kindeswohlgefährdung angesiedelt. Sie dienen nicht dazu, eine akute Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden. Allerdings müssen die Anbieter von Frühen Hilfen die Schwelle zu einem weitergehenden Hilfebedarf bis hin zu Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung wahrnehmen und notwendige Schritte einleiten – aber nicht selbst erbringen. Diese Auffassung wird auch von der Fachpraxis geteilt. So stimmten die Mehrzahl der Gesundheits- und Jugendämter zu, dass es sich bei Frühen Hilfen um primärpräventive Hilfen – beginnend in der Schwangerschaft – für Familien mit Kindern bis drei Jahren handelt sowie um sekundärpräventive Hilfen für Familien in Problemlagen.<sup>3</sup>

Kennzeichnend für die Frühen Hilfen ist, dass mit „früh“ ein biographisch *frühzeitiger* Zeitpunkt gemeint ist. Je eher Hilfen angeboten werden können, desto früher kann eine tragfähige Eltern-Kind-Beziehung aufgebaut und die Kompetenzen der Eltern in Richtung einer guten und verlässlichen Versorgung ihrer Kinder entwickelt werden. Frühzeitig heißt hier, bereits in der Schwangerschaft mit den Unterstützungsleistungen zu beginnen. Diese Konzentration der Frühen Hilfen auf die Zielgruppe der Säuglinge und Kleinkinder (bis ca. drei Jahre) erklärt sich auch aus der Analyse von Fällen von Kindesvernachlässigung und -misshandlung<sup>4</sup>. Deren Auswirkungen auf den Entwicklungs- und Gesundheitszustand von Kindern sind erheblich, je früher sie von den Kindern erlebt werden. Entwicklungsstörungen, mangelnde Bindungs- und Beziehungsfähigkeit sowie erhöhtes Risikoverhalten sind häufig die Folgen. In diesem Alter sind die Kinder durch eine besondere Schutzlosigkeit und daher Vulnerabilität gekennzeichnet. Deshalb sind sie auf die zuverlässige Versorgung und die Fürsorge ihrer Eltern bzw. anderer Pflegepersonen angewiesen.

„Früh“ bedeutet aber auch „*rechtzeitig*“. Das heißt, dass eine Krise noch präventiv abgewendet werden kann und nicht manifest wird. Diese Auslegung impliziert, dass Belastungskonstellationen rechtzeitig erkannt werden, um frühzeitig auf sie reagieren und Hilfen anbieten zu können.

### **Vernetzung und Kooperation als zentrale Voraussetzung**

Frühe Hilfen finden in einem vernetzten System unterschiedlicher Anbieter statt. Häufig stehen Hilfen aber noch unverbunden nebeneinander und bauen bislang selten aufeinander auf. Insbesondere die Angebote des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe sind oft nicht miteinander vernetzt und wenig systematisch aufeinander bezogen<sup>5</sup>. Dabei bieten sich gerade hier viele Möglichkeiten synergetischen Handelns, um Kindesvernachlässigung und -misshandlung frühzeitig wirksam zu begegnen.

Das Gesundheitssystem verfügt durch seine Angebotspalette – z.B. Gynäkologie, Hebammenhilfe, Geburtskliniken, Kinderkliniken, sozialpädiatrische Zentren, niedergelassene Pädiatrie – über vielfältige Zugangswege auch zu belasteten Familien. Seine Unterstützungsangebote werden von vielen Eltern – ganz im Gegensatz zur Jugendhilfe – als nicht stigmatisierend erlebt und erfreuen sich daher einer hohen Akzeptanz – gerade auch bei jungen Eltern in der Zeit rund um die Geburt eines Kindes. Die Akteure des Gesundheitswesens können dazu beitragen, gesundheitliche Risiken, Entwicklungsverzögerungen von Kindern und auch Störungen in der Eltern-Kind-Interaktion frühzeitig zu erkennen, auf Hilfe- und Unterstützungsangebote hinzuweisen und Eltern zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen zu motivieren. Aber auch andere Akteure, wie z.B. die Schwangerschaftsberatungsstellen, können schon sehr früh Kontakt zu Schwangeren in besonders belasteten Lebenssituationen herstellen.

Die Kinder- und Jugendhilfe verfügt über vielfältige familienunter-

stützende, sozialpädagogische und psychosoziale Angebote, um vor allem besonders belasteten Eltern passgenaue Hilfen zur Bewältigung ihrer Lebenssituation und zu einer entwicklungsförderlichen Beziehungsgestaltung mit ihren Kindern anzubieten. Durch eine stärkere Verschränkung dieser beiden Bereiche sollte gerade belasteten Eltern der Weg zu geeigneten Angeboten geebnet werden. Häufig verfügen sie nicht über die Ressourcen zur Hilfesuche und sind über Zugangswege zu Hilfeangeboten nicht informiert.

*Frühe Hilfen sind nur als komplexe Systeme beschreibbar, die durch die Koordination von unterschiedlichen Hilfen vielfältiger Leistungserbringer aus unterschiedlichen Sozialleistungsbereichen vor Ort aktiv initiiert und nachhaltig implementiert werden müssen.*

### **Das neue Bundeskinder-schutzgesetz – Prävention und Intervention**

Diese Erkenntnis war leitender Gedanke für das Bundeskinder-schutzgesetz und das darin enthaltene Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Gemäß § 3, Abs. 1-3 KKG sollen deshalb insbesondere im Bereich Früher Hilfen flächendeckend verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit geschaffen werden. Ziel ist es, dass in diesen Netzwerken Früher Hilfen in erster Linie Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe, relevante Akteure aus dem Gesundheitswesen (wie zum Beispiel der öffentliche Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Geburts- und Kinderkliniken, Kinderärztinnen und -ärzte und Hebammen), Schwangerschaftsberatungsstellen sowie Einrichtungen der Frühförderung zusammenarbeiten. Die Netzwerkpartner sollen sich gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum informieren, strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung klären sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abstimmen.

Ergänzend zu diesem strukturellen Baustein beinhaltet § 4 KKG wichtige Regelungen zur Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung. Denn gerade bei der Einschätzung familiärer Belastungen bis hin zu möglichen Gefährdungen für das Kindeswohl, bestehen für viele Berufsgruppen, die einen frühen Kontakt zu Familien haben, Unsicherheiten. Das Gesetz bietet erstmals eine klare Regelung, die einerseits die Vertrauensbeziehung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient schützt, andererseits aber auch die Weitergabe wichtiger Informationen an das Jugendamt ermöglicht. Bereits im Vorfeld haben Ärztinnen und Ärzte einen Anspruch auf anonymisierte Fallberatung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft, die über den Träger der öffentlichen Jugendhilfe zur Verfügung gestellt wird.

### Die Bundesinitiative Frühe Hilfen – Auf- und Ausbau der Netzwerke

Darüber hinaus wurden weitere Erkenntnisse aus den bisherigen Programmen Früher Hilfen im Gesetz berücksichtigt: die Relevanz von leicht zugänglichen *niedrigschwelligen* Angeboten<sup>6</sup> wie Familienhebammen und vergleichbare Gesundheitsfachberufe, z.B. Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger, aber auch die Bedeutung alltagspraktischer Unterstützung durch Ehrenamtliche. Gerade rund um die Geburt sind Familien offen, Hilfe anzunehmen. Hebammen gegenüber haben Mütter zudem in der Regel großes Vertrauen. Aus diesem Grund können Familienhebammen leichter Zugänge zu weiteren Hilfen schaffen bzw. Familien für eine Annahme von Hilfe motivieren.

Deshalb werden die Netzwerke Frühe Hilfen durch den Einsatz von Familienhebammen gestärkt. Die „Bundesinitiative Frühe Hilfen“ (§ 3 Abs. 4 KKG) fördert neben dem Aus- und Aufbau sowie der Weiterentwicklung der kommunalen Netzwerke Frühe Hilfen ebenso den Einsatz von Familienhebammen und

vergleichbaren Gesundheitsberufen. Darüber hinaus können auch ehrenamtliche Strukturen über die Frühen Hilfen gefördert werden. Hierzu hat der Bund im vergangenen Jahr 30 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. In diesem Jahr stehen 45 Millionen Euro zur Verfügung und für die Jahre 2014 und 2015 jeweils 51 Millionen Euro.

Das NZFH ist die Koordinierungsstelle des Bundes für die Bundesinitiative Frühe Hilfen und wird diese bis zum 31. Dezember 2015 wissenschaftlich begleiten. Die Ergebnisse werden zeigen, ob und wie durch die Maßnahmen der Bundesinitiative eine Verbesserung der Situation von belasteten Eltern und ihren Kindern erreicht werden konnte. Die Erkenntnisse sollen insbesondere bei der Ausgestaltung eines dauerhaften Fonds von jährlich 51 Millionen Euro berücksichtigt werden, den der Bund ab 2016 zur Verfügung stellt. Dieser soll das Angebot der Netzwerke Frühe Hilfen und der psychosozialen Unterstützung von Familien langfristig sicherstellen. Die weitere Ausgestaltung gesetzgeberischer Regelungen und die Überprüfung von bestehenden Gesetzen – unter besonderer Berücksichtigung der Verschränkung von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen – wird auf der Grundlage der Erfahrungen aus der Bundesinitiative ebenfalls erneut beraten.

### Resümee – Nutzen und Chancen Früher Hilfen

Das bisherige Wissen im Bereich der Frühen Hilfen und die Erfahrungen des NZFH unterstreichen, dass Frühe Hilfen eine sinnvoll angelegte Zukunftsinvestition für die betroffenen Kinder und für die Gesellschaft insgesamt sind. Wenn Familien früh unterstützt und gestärkt werden, wird eine gute Basis für die gesunde Entwicklung von Kindern gelegt. Modellrechnungen zu Kosten-Nutzen-Vergleichen von Frühen Hilfen gegenüber Hilfen, die erst im späteren Kindesalter einsetzen, deuten daraufhin, dass Frühe Hilfen im Lebensverlauf um ein Vielfaches günstiger sind als spätere Interventionen.<sup>7</sup>



© sherrrie – Fotolia.com

Die wissenschaftliche Begleitung zur Bundesinitiative kann auf den schon vorliegenden Ergebnissen der Modellprojekte Frühe Hilfen aufsetzen. Diese wurden im Rahmen des Aktionsprogramms bereits von 2007 bis 2010 deutschlandweit durchgeführt und evaluiert. Erste Erkenntnisse zur Effektivität und zu spezifischen Wirkmechanismen der verschiedenen Ansätze Früher Hilfen liegen vor: So konnte von einer Forschungsgruppe nachgewiesen werden, dass eine hochdosierte Intervention im Rahmen des Programms STEEP (Steps towards effective and enjoyable parenting) die Bindungssicherheit von Kindern nachhaltig fördern kann.<sup>8</sup> Die Effektivität von Familienhebammen konnten zwei Forschungsgruppen in unterschiedlichen Bundesländern zeigen.<sup>9</sup>

Damit Frühe Hilfen überhaupt bei den Familien ankommen und wirken können, ist es wichtig, dass ein systematischer und umfassender Zugang besteht. Dieser besteht in erster Linie aus dem Gesundheitssystem. Allerdings weisen die Ergebnisse der Modellprojekte auf die Notwendigkeit hin, die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den Netzwerken Frühe Hilfen zu verbessern.<sup>10</sup> Aus diesem Grund fördert das NZFH in Kooperation mit der KV Baden-Württemberg die Durchführung von interdisziplinären Qualitätszirkeln, um darüber eine bessere Vernetzung zwischen niedergelassener Ärzteschaft und der Kinder- und Jugendhilfe zu erreichen. Darüber hinaus fördert das NZFH zurzeit die Entwicklung und Etablierung eines Instruments, das es niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten er-

leichtern soll familiäre Belastungen systematisch und objektiviert einschätzen zu können.

1 Träger des NZFH sind die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Deutsche Jugendinstitut

(DJI). Der Sitz des NZFH ist in Köln in der BZgA. In seiner Trägerstruktur bildet sich bereits eines der zentralen Anliegen der Frühen Hilfen ab: das Gesundheitssystem und die Kinder- und Jugendhilfe miteinander zu vernetzen. Auch nach Ablauf des Aktionsprogramms 2010 hat das NZFH bis 2014 weiterhin die Aufgabe vom BMFSFJ übertragen bekom-

men, den Ausbau der Frühen Hilfen zu fördern. Darüber hinaus wurde am 1. Juli 2012 beim NZFH die Koordinierungsstelle des Bundes für die „Bundesinitiative Frühe Hilfen“ eingerichtet, die bis zum 31. Dezember 2015 laufen wird.

2 [www.fruehehilfen.de/wissen/fruehe-hilfen-grundlagen/begriffsbestimmung/](http://www.fruehehilfen.de/wissen/fruehe-hilfen-grundlagen/begriffsbestimmung/) Die Begriffsbestimmung wurde auf der 4. Sitzung vom Wissenschaftlichen Beirat des NZFH verabschiedet. Sie wurde von ihm gemeinsam mit dem NZFH erarbeitet und mit dem Fachbeirat des NZFH besprochen. Die Begriffsbestimmung spiegelt den derzeitigen Stand der Diskussion über Frühe Hilfen wider. (September 2009)

3 Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH): Bestandsaufnahme. Kommunale Praxis Früher Hilfen in Deutschland. Teiluntersuchung 1: Kooperationsformen. Köln 2010.

4 Münder, J., Mutke, B., Schone, R.: Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln im Kindeswohlverfahren. Münster 2000

5 Elisabeth H. u.a.: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.), München, 2006

6 Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hg): Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Köln 2010.

Renner, I., Sann, A.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hg): Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln 2010.

7 Meier-Gräwe, U., Wagenknecht, I.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hg): Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse im Projekt „Guter Start ins Kinderleben“. Köln 2011.

8 Suess, G.J., Bohlen, U., Mali, A., Frumentia Maier, M.: Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP-Praxisforschungsprojekt „WiEge“. In: Bundesgesundheitsblatt. Band 53. Heft 11. Heidelberg 2010. S. 1143 – 1149.

9 Renner, I.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hg): Wirkungsevaluation „Keiner fällt durchs Netz“. Ein Modellprojekt des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Köln 2012

Ayerle, G.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hg): Frühstart: Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen. Köln 2012.

10 Renner, I., Heimeshoff, V.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hg): Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Köln 2010.

Prof. Dr. med. Elisabeth Pott  
E-Mail: [elisabeth.pott@bzga.de](mailto:elisabeth.pott@bzga.de)

Die Autorin ist Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

## ● Pädindex

Red: ReH

# Beat Richner – Ein Leben für die Kinder Kambodschas

Beat Richner wurde am 13. März 1947 in Zürich geboren. Als junger Pädiater ging er im Auftrag des Schweizer Roten Kreuzes 1974 mit zwei Krankenschwestern als Austauscharzt an das Kantha Bopha-Kinderspital nach Kambodscha und verlor sein Herz an dieses Land. Kantha Bopha heißt „duftende Blume“, nach dem Namen einer im Kindesalter verstorbenen Tochter des kambodschanischen Königs Sihanouk. Die Machtübernahme durch Pol Pot und die Roten Khmer zwang Richner 1975 zu fliehen. Er kehrte zunächst ans Kinderspital Zürich zurück und eröffnete 1980 eine eigene Kinderarztpraxis. Er veröffentlichte Kinderbücher und entwickelte die Rolle des Musikclowns „Beatocello“. In dieser trat er über die Grenzen der Schweiz hinaus auf.

## Neuanfang nach dem Steinzeitkommunismus

Im Dezember 1991 fragte die neue Regierung Kambodschas an, ob Richner das zerstörte Kantha Bopha Kinderspital in Phnom Penh wieder aufbauen und leiten würde. Von einst 953 Ärzten hatten nur 53 das Pol Pot Regime überlebt. Richner gründete die *Fondation Kantha Bopha als Stiftung für kambodschanisch-schweizerische Partnerschaft für Pädiatrie* und kehrte nach Kambodscha zurück. Unter seiner Leitung ging das Kantha Bopha Kinderspital im November 1992 wieder in Betrieb. Mittlerweile sind vier weitere Kinderspitäler hinzugekommen, drei in Phnom Penh und eines in Siem Reap. Zudem wurde 2001 in Siem Reap eine Maternité mit zuletzt 16.974 Geburten im Jahr eröffnet. Dort befindet sich auch eine Entbindungsstation für HIV-positive Mütter. In den Spitälern Richners werden 85–90 Prozent der kranken Kinder aus ganz Kambodscha behandelt. Im Jahr 2012 wurden 15.764 chirurgische Eingriffe und 580.000 Impfungen vorgenommen, 776.625 Kinder wurden ambulant behandelt, 150.136 Kinder stationär bei einer durchschnittlichen Krankenhausverweildauer von fünf Tagen. Die Mortalitätsrate hospitalisierter Kinder beträgt nur 0,5 Prozent. Jeden Tag kommen 3.000 kranke Kinder in die fünf Spitä-

ler, etwa 300 werden täglich hospitalisiert, vier von fünf Kindern würden sonst versterben.

Zwei der Spitäler sind heute Universitätskliniken, in denen medizinisches Personal für das ganze Land ausgebildet wird. Auf dem Gebiet der Tuberkulose wurden neue Diagnosemethoden entwickelt. Die Krankheit ist bei Kindern, insbesondere Säuglingen, schwer diagnostizierbar und wird oft nicht erkannt. 2012 ging in Siem Reap ein Erweiterungsbau mit 300 Betten und dem ersten MRT-Scanner in Betrieb. Dieser wurde nötig zur besseren Diagnostik der ossären und zerebralen Tuberkulose.

## Kostenlos und frei von Korruption

Die Behandlung in allen Kinderspitälern ist kostenlos. Die meisten Familien können bei einem Pro-Kopf-Einkommen von 440 Dollar im Jahr ohnehin nichts bezahlen. Vielen müssen sogar die Reisekosten ersetzt werden. Die Finanzierung erfolgt überwiegend durch private Spenden und staatliche Unterstützung aus der Schweiz (etwa 7 Prozent) und nur zu etwa 5 Prozent durch die kambodschanische Regierung. Richner wirbt mit Cellokonzerten, Vorträgen und Auftritten als Beatocello und mit Vorträgen Spendengelder ein. Das Budget beträgt jährlich etwa 22 Millionen Dollar. Etwa 2.400 kambo-



Foto: RDB/SI/CH

dschanische Mitarbeiter, vom ärztlichen Kollegen bis hin zur Putzfrau, erhalten eine für Kambodscha adäquate Entlohnung. In Richners Spitälern gibt es keine Korruption, niemand nimmt Geld an. Nach Meinung Richners ist Korruption tödlich im Gesundheitswesen.

Die Klinik in Siem Reap befindet sich nahe der berühmten Tempelanlage von Angkor Wat. Jeder Tourist passiert es auf dem Weg zu den Tempeln. Große Plakate weisen auf die wöchentlichen Beatocello-Konzerte hin. Im klimatisierten Konzert- und Ausbildungssaal präsentiert Beat Richner regelmäßig auch Bachsonaten und Eigenkompositionen. Auf der Bühne ähnelt er mit seinem runden Gesicht und dem lockigen Haarkranz ein wenig einem Zirkusclown. In seinen Konzerten vermittelt er darüber hinaus Informationen über Land und Leute.

Das Gesundheitssystem ist miserabel, Sozial- und Krankenversicherung fehlen. Besonders trifft es die Armen und die Kinder. Täglich lassen sich 3.000 Kambodschaner im Ausland medizinisch behandeln. Die Reichsten gehen nach Bangkok oder Singapur, die Mittelklasse verschuldet sich und geht nach Vietnam. AIDS, Hepatitis, Denguefieber, Malaria, Japanische Enzephalitis und Tuberkulose grassieren. Die Passivität der Verantwortlichen lässt in den Augen Richners ein fortdauerndes Sterben der Kinder zu.

Während viele Kambodschaner außer den Kleidern an ihrem Leib nichts besitzen und auf Almosen angewiesen sind, stopfen sich die Regierungsmitglieder um Premierminister Hun Sen die Taschen voll, errichten Villen und fahren teure Autos. Von den internationalen Hilfgeldern, die nach wie vor reichlich ins Land fließen, versickert der größte Teil. Im Rahmen der Samstags-Konzerte in Siem Reap verzichtet Richner auf Eintritt, bittet aber um Spenden, junge Touristen um Blutspenden, da chronischer Mangel an Blutkonserven besteht, ältere Touristen um Geldspenden. Die meisten geben Geld, viele überweisen später von daheim Schecks, so kommen jedes Jahr knapp sechs Millionen Dollar zusammen.



Foto: RDB/SI/Monika Flueckiger/SI

## Das Problem Dengue

Das hämorrhagische Dengue-Fieber stellt aktuell die größte gesundheitliche Bedrohung für die Kinder Kambodschas und die größte Herausforderung für Beat Richner dar. Im Jahr 2012 waren 28.151 stationäre Aufnahmen wegen schweren Verläufen erforderlich. Eine frühere Dengue-Fieber-Epidemie im Jahr 2007 hat

24.000 Krankenhausaufnahmen erfordert. Zwischen 1. und 9. Januar 2013 mussten bereits 163 Kinder mit dieser Infektion stationär aufgenommen werden, was für die Jahreszeit ungewöhnlich ist und nichts Gutes bezüglich der weiteren Entwicklung erwarten lässt.

Die Bedeutung des Lebens- und Hilfswerks von Beat Richner ist unschätzbar – die Zahlen und Fakten sprechen für sich. Ohne ihn würden in Kambodscha täglich 250 Kinder sterben. Er hat mehr als 500.000 Kindern das Leben gerettet. Die Kantha Bopha Spitäler sind Träger einer Vision, Richner ein Visionär, ein Einzelgänger, der nach Feierabend am liebsten Davidoff-Zigarillos raucht, liest oder Cello spielt. Für die Spitäler in Kambodscha hat Beat Richner bereits einen Nachfolger. Er wünscht sich, dass die Kliniken in zehn Jahren ohne seine Spenden laufen mögen. Daher sucht er nach Großspendern, aber die Konzerne geben nicht gerne Geld an Leute, die teure Medizin an chronisch un-

ternährte Kinder verschenken. Aber die Kinder Richners brauchen sein Geld und er möchte irgendwann wieder in die Schweiz zurückkehren, wo man ihn 2002 zum Schweizer des Jahres gekürt hat um dort einen ruhigen Lebensabend zu verbringen.

Weitere Informationen finden Sie unter [www.beatrichner.ch](http://www.beatrichner.ch)

Dr. Ingrid Mayer-Winter  
91301 Forchheim  
E-Mail: [imay-win@web.de](mailto:imay-win@web.de)

Red.: Kup

### Für Spenden:

Förderverein Kantha Bopha e.V.,  
Rathsberger Straße 15  
D-91054 Erlangen  
Sparkasse Erlangen, Hugenottenplatz 5,  
D-91054 Erlangen  
EUR-Konto-Nr.: 3045  
BLZ: 76350000  
IBAN: DE84 7635 0000 0000 0030 45  
BIC: BYLADEM1ERH

### Inhaltsangabe Heft 05/13

#### Intensivpflege

Pflege von Herzpatienten mit temporärem Schrittmacher

#### Portrait

Margaret Sanger – Verfechterin der Geburtenkontrolle

#### Aus Wissenschaft und Forschung

Infektionen in der Pädiatrie

#### Prävention

Sonnenschutzmittel als wichtige Säule des modernen Sonnenmanagements

#### Ernährung

Mythos gesunde Vitamine

#### Berufs- und Rechtsfragen

Überlastungsanzeigen

#### Ernährung

Ernährungserziehung



Ferner: Prävention, Ethik, Erfahrungsberichte, Berufs- und Rechtsfragen, Aus Wissenschaft und Forschung, Hochschulnachrichten, Personalien, Interview, Hinweise, Bücherhinweise, Terminkalender und Stellenmarkt

## VORSCHAU

Für das Juni-Heft 2013 sind u.a. vorgesehen:

#### Klinische Fortbildung

Acinetobacter baumannii

#### Portrait

Mary Breckinridge

#### Ernährung

Schlau essen

#### Ethik

Ethische Probleme bei der Planung von Therapiestudien

#### Chronisch kranke Kinder

Chronische Erkrankungen im Kindesalter

„kinderkrankenschwester“ ist das Organ des Fachausschusses Kinderkrankenpflege der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. und kann zum Jahresabonnementspreis von € 29,50 oder zum Einzelpreis von € 2,95 (inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten Inland € 4,50), Schülerabonnement € 29,00 inkl. MwSt. und Versandkosten beim Verlag Schmidt-Römhild, Mengstraße 16, 23552 Lübeck, bestellt werden.

## ● Sonstige Tagungen und Seminare

### Juni 2013

8.–9. Juni 2013, Wangen  
**Basismodul Trainerkompetenz**  
 Info: [www.aabw.de](http://www.aabw.de)

21.–22. Juni 2013, Passau  
**Pass' auf –  
 Passauer Forum für Kinder- und Familiengesundheit  
 Neugeborenenengesundheit, qua vadis?**  
 Info: [www.pass-auf.eu](http://www.pass-auf.eu)

### Juli 2013

13.–14. Juli 2013, Wangen  
**Aufbaumodul Neurodermitistrainer**  
 Info: [www.aabw.de](http://www.aabw.de)

### September 2013

26.–28. September 2013, Jena  
**50. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie  
 e.V. (GPR) 2013**  
 Info: [www.gpr-jahrestagung.de](http://www.gpr-jahrestagung.de)

27.–28. September 2013, Berlin  
**16. interdisziplinäres Symposium z. entwicklungsfördernden  
 und individuellen Betreuung von Frühgeborenen und  
 ihren Eltern**  
 Info: [stillen.de](http://stillen.de)

### Oktober 2013

11.–12. Oktober 2013, Tübingen  
**27. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische  
 Allergologie und Pneumologie Süd (AGPAS)**  
 Info: [www.agpas.de](http://www.agpas.de) und [info@wurms-pr.de](mailto:info@wurms-pr.de)

12. Oktober 2013, Dortmund  
**Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf  
 Abschluss-, Fortbildungs-, Refresherkurs**  
 Info: [dorothee-grosse@akademiedo.de](mailto:dorothee-grosse@akademiedo.de)

26.–27. Oktober 2013, Wangen  
**Aufbaumodul Asthmatrainer**  
 Info: [www.aabw.de](http://www.aabw.de)

### 2014

### Januar 2014

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

### März 2014

1. März 2014, Dortmund  
**Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf  
 Aufbaukurs**  
 Info: [dorothee-grosse@akademiedo.de](mailto:dorothee-grosse@akademiedo.de)

### November 2014

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

## ● Praxistafel

# Fortbildungstermine



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

## Mai 2013

24.–25. Mai 2013

### 23. Pädiatrie zum Anfassen

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

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

## Juni 2013

7.–9. Juni 2013

### 43. Kinder- und Jugendärztetag 2013

Jahrestagung des bvkj e.V., in Berlin

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

8.–9. Juni 2013

### 8. Praxisfieber Live Kongress für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen

des bvkj e.V., in Berlin

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

19.–21. Juni 2013

### Fortbildung für Leitende Ärztinnen und Ärzte

des bvkj e.V., in Osnabrück

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

## Juli 2013

6. Juli 2013

### „Pädiatrie am Bächle“

der Landesverbände Baden-Württemberg, in Freiburg

Auskunft: Dr. med. Barbara Lütticke, Elsa-Brandström-Str. 4, 79111 Freiburg, Tel. 0761/43771, Fax: 0761/472154 ①

27. Juli 2013

### Patientenorientierte ärztliche Selbsterfahrung

des bvkj e.V. in Stuttgart

(für Teilnehmer des Grundkurses „Psychosomatische Grundversorgung“)

Auskunft: Dr. med. Gudrun Jacobi, Tel. 0711/290350, E-Mail: info@dr.gudrun-jacobi.de

## August 2013

31. August 2013

### Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkj e.V., in Dresden

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

31. August – 1. September 2013

### Pädiatrie zum Anfassen

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

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

## September 2013

7. September 2013

### 16. Seminartagung des LV Hessen

des bvkj e.V., in Bad Nauheim

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

25. September 2013

### Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern

des bvkj e.V., in Rostock

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

## Oktober 2013

12.–16. Oktober 2013

### 41. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkj e.V., in Bad Orb

## November 2013

2. November 2013

### Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvkj e.V., in Verden

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

16.–17. November 2013

### 11. Pädiatrie zum Anfassen

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

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

29.–30. November 2013

### PRAXISABGABESEMINAR

und

30. November – 1. Dezember 2013

### 2. Orientierungskongress des BVKJ und der DGKJ

des bvkj e.V., in Frankfurt

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

## 2014

## März 2014

7.–9. März 2014

### 20. Kongress für Jugendmedizin

des bvkj e.V., in Weimar

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

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

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

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

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



## Geburtstage im Juni 2013

### 65. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. med. Martin *Stern*,  
Tübingen, am 01.06.  
Herrn Dipl.-Med. Hartmut *Kruse*,  
Bochum, am 02.06.  
Herrn Prof. Dr. med. Hans-Michael  
*Straßburg*, Gerbrunn, am 02.06.  
Frau Dr. med. dent. Carina *Landvogt*,  
Traunreut, am 07.06.  
Herrn Dr. med. Klaus-Jürgen *Taube*,  
Berlin, am 09.06.  
Herrn Carlos *Cordero-d'Aubuisson*, Melle,  
am 11.06.  
Herrn Dr. med. Wilfried *Huck*, Soest,  
am 11.06.  
Herrn Jochen *Starke*, Berlin, am 12.06.  
Frau Dr. med. Margaret *Niemann*,  
Aachen, am 17.06.  
Herrn Dr. med. Wolfgang *Berdau*, Kiel,  
am 18.06.  
Herrn Dr. med. Ulrich *Schaefer*,  
Heddesheim, am 18.06.  
Herrn Dr. med. Joachim *Freund*,  
Bürstadt, am 19.06.  
Herrn Dr. med. Klaus *Bethge*,  
Nordenham, am 20.06.  
Frau Dr. med. Gabriele *Prehl*,  
Gräfenheinichen, am 25.06.  
Frau Dr. med. Marianne *Allmendinger*,  
Kuchen, am 28.06.  
Herrn Dr. med. Heinz-Joachim *Kersten*,  
Essen, am 30.06.

### 70. Geburtstag

Frau MUDr. Gudrun *Andresen*,  
Senftenberg, am 02.06.  
Frau Dr. med. Wiltrud *Gordon*, Lüneburg,  
am 03.06.  
Frau Dr. med. Helga *Berbig*, Hannover,  
am 04.06.  
Frau MUDr. Regina *Brandhoff*,  
Wilkau-Haßlau, am 09.06.

Herrn Dr. med. Gotthard *von Czetrtritz*,  
München, am 09.06.  
Herrn Dr. med. Gero *Schumacher*,  
Hamburg, am 11.06.  
Frau SR Dr. med. Edith *Huth*, Berlin,  
am 13.06.  
Frau Dr. med. Ingeborg *Dronia-Haber*,  
Buxtehude, am 14.06.  
Frau Dr. med. Gisela *Riering*, Wendlingen,  
am 14.06.  
Herrn Dr. med. Albrecht *Fiedler*,  
Schwäbisch Gmünd, am 15.06.  
Herrn Dr. med. Wolfgang *Beil*, Miesbach,  
am 17.06.  
Frau Dr. med. Kristina *Kneppo*,  
Weinheim, am 19.06.  
Herrn Dr. med. Johann *Disselhoff*,  
Offenburg, am 20.06.  
Herrn Dr. med. Reinhard *Feindt*,  
Göttingen, am 22.06.  
Herrn Dr. med. Konstantin  
*von Puttkamer*, Tübingen, am 22.06.  
Frau Dr. med. Christa-Maria *Ziegeler*,  
Calbe, am 23.06.  
Frau Dr. med. Gundula *Nath*, Krumbach,  
am 25.06.

### 75. Geburtstag

Frau Dr. med. Uta *Haase*, Gotha,  
am 02.06.  
Frau Dr. med. Ingeborg *Bernsau*, Berlin,  
am 06.06.  
Frau Dr. med. Hertha *Eichstädt*, Leipzig,  
am 06.06.  
Herrn Dr. med. Martin *Achilles*, Aachen,  
am 08.06.  
Herrn Dr. med. Gabriel *Gbedevi Aguigah*,  
Datteln, am 15.06.  
Herrn Dr. med. Gerhard *Grundherr*,  
Schnaitsee, am 21.06.  
Herrn MR Dr. med. Jürgen *von Löbbecke*,  
Dresden, am 21.06.  
Herrn Dr. med. Hans-Georg *Kriebel*,  
Wetzlar, am 22.06.  
Frau Jutta *Kantis*, Moers, am 24.06.  
Herrn Dr. med. Herbert *Krahé*, Siegburg,  
am 29.06.  
Frau Dr. med. Helga *de Millas*,  
Guntersblum, am 30.06.

### 80. Geburtstag

Herrn Dr. med. Gerhard *Stephan*,  
Darmstadt, am 09.06.

### 81. Geburtstag

Herrn Dr. med. Klaus *Kevenhörster*,  
Mülheim, am 01.06.  
Frau OMR Dr. med. Gertrud *Mey*,  
Fernwald, am 05.06.

### 82. Geburtstag

Frau Dr. med. Marie-Luise *Lorenzmeier*,  
Bad Salzflun, am 04.06.  
Frau Dr. med. Hannelore *Kambach*,  
Potsdam, am 14.06.  
Herrn Prof. Dr. med. Hansjörg *Cremer*,  
Heilbronn, am 18.06.

### 83. Geburtstag

Herrn Dr. med. Joachim *Heidrich*,  
Oppenheim, am 06.06.

### 84. Geburtstag

Frau Dr. med. Hannelore *Brück*,  
Neumünster, am 18.06.  
Herrn Dr. med. Georg *Jäkle*, Landshut,  
am 23.06.

### 85. Geburtstag

Herrn Dr. med. Anton *Schäffner*, Grafing,  
am 27.06.

### 87. Geburtstag

Frau Dr. med. Gerta *Weidner*, München,  
am 03.06.

### 88. Geburtstag

Herrn Dr. med. Wilhelm *Plettenberg*,  
Essen, am 01.06.

### 89. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela *Viersbach*, Köln,  
am 01.06.

### 90. Geburtstag

Herrn Dr. med. Heribert *Pauly*, Essen,  
am 19.06.  
Herrn Dr. med. Ernst *Bickel*,  
Bremerhaven, am 29.06.

## Als neue Mitglieder begrüßen wir

Unter dieser Überschrift finden Sie „normalerweise“ die Namen der im Vormonat dem BVKJ beigetretenen Mitglieder.

In diesem Monat lassen wir diese Übersicht einmal ausfallen. Das hat folgenden Hintergrund:

Der BVKJ hat sich zum Ziel gesetzt, die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz umfassend zu beachten und umzusetzen. Eine Veröffentlichung von Mitgliederdaten in der Zeitschrift *Kinder- und Jugendarzt* darf also nur erfolgen, wenn der Geschäftsstelle des Verbandes eine ausdrückliche Genehmigung des einzelnen Mitgliedes vorliegt.

Da uns die Datenschutzerklärung neuer Mitglieder nicht immer zeitnah vorgelegt werden, müssen wir zukünftig die Namen (natürlich nur bei Genehmigung) mit einer Verzögerung von einem Monat veröffentlichen.

**91. Geburtstag**

Frau Dr. med. Ruth *Klaus*, Nordhorn,  
am 07.06.

Frau Dr. med. Gisela *Lottermoser*,  
Oldenburg, am 18.06.

Frau Dr. med. Gisela *Wengler*,  
Bad Kreuznach, am 28.06.

**92. Geburtstag**

Frau Dr. med. Eva *Frey*, Stuttgart,  
am 19.06.

Frau Dr. med. Helmi *Freisinger*,  
Völklingen, am 29.06.

**93. Geburtstag**

Frau Dr. med. Brigitta *Englisch*, Itzehoe,  
am 09.06.

Herrn Dr. med. Hans-Ulrich *Sauerbrei*,  
Essen, am 25.06.

Herrn Dr. med. Günther *Eisold*,  
Gelsenkirchen, am 28.06.

**96. Geburtstag**

Herrn Dr. med. Friedrich *Hosemann*,  
Nordhorn, am 12.06.

**Wir trauern um:**

Frau Dr. med. Christel *Beggerow*,  
Hamburg

Frau Dr. med. Carla *Hellmann*,  
Hamburg

Herrn Dr. med. Hermann *Klößner*,  
Mainz

Herrn Dr. med. Jörg *Pehlke*,  
Idar-Oberstein

Herrn Dr. med. Harald *Stein*,  
Ludwigshafen

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



Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine  
Vertretung

einen  
Weiterbildungsassistenten

einen  
Nachfolger

einen  
Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis  
bzw. ein Jobsharingangebot

dann wenden Sie sich bitte an die

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.,

Frau Gabriele Geße, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. (02 21) 6 89 09 23, Tfx. 02 21 / 68 32 04

E-Mail: [gabriele.gesse@uminfo.de](mailto:gabriele.gesse@uminfo.de)

## ADHS – eine facettenreiche Erkrankung

# Herausforderungen beim Übergang ins Erwachsenenalter

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) tritt zwar vorwiegend im Kindes- und Jugendalter zum ersten Mal auf, ist aber keineswegs auf diesen Lebensabschnitt beschränkt. Wie sich die Symptome beim Übergang ins Erwachsenenalter verändern, welche Herausforderungen für das Management der Störung im Praxisalltag besonders relevant sind und wann welche therapeutische Intervention sinnvoll erscheint, stand im Fokus eines Symposiums unter Vorsitz von Prof. Dr. Manfred Döpfner, Köln, im Rahmen des diesjährigen Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP). Darüber hinaus wurden aktuelle Daten einer Studie vorgestellt, die über einen Zeitraum von bis zu 15 Jahren belegen, dass eine Therapie mit retardiertem Methylphenidat (MPH, Medikinet® retard) auch mit einem langfristigen Nutzen für die betroffenen Patienten verbunden ist.

Bei einem Großteil der betroffenen Kinder wächst sich die ADHS mit der Adoleszenz nicht aus. Wie Prof. Dr. Martin Holtmann, Bochum, berichtete, kann auch nach der Pubertät noch eine therapiebedürftige Funktionsbeeinträchtigung bestehen bleiben. Allerdings verändert sich ab dem Jugendalter das Ausmaß der Symptome; psychiatrische Komorbiditäten nehmen zu und können das klinische Bild der ADHS überlagern. Bisher gibt es aber keine separaten Diagnosekriterien für die unterschiedlichen Altersgruppen. „Das führt möglicherweise dazu, dass durch den Wandel des klinischen Bildes im Altersverlauf die Prävalenz in bestimmten Altersgruppen unterschätzt wird“, so Holtmann.

Im Jugendalter besteht die besondere Herausforderung darin, dass die typischen Kernsymptome der ADHS im Alltag häufig überlagert sind von Problemen der Pubertät, Beziehungskrisen, Substanzkonsum, emotionaler Labilität und Defiziten im Bereich der sozialen Interaktion. Gleichzeitig steigen aber die Anforderungen an die Jugendlichen. Infolge von mangelnder Selbstorganisation, Defiziten im eigenverantwortlichen Arbeiten, Impulsivität, Stimmungsschwankungen, Substanzmissbrauch und ausbleibender sozialer Anerkennung fällt es Jugendlichen mit ADHS schwer, Alltag, Schule und Ausbildung zu meistern. Durch eine gute Anamnese kann man erkennen, dass sich hinter diesen Problemen möglicherweise eine unbehandelte ADHS verbirgt. „ADHS ist eine klinische Diagnose“, unterstrich Holtmann. Standardisierte Instrumente können eine kriterienbasierte Diagnose unterstützen und das Risiko von Fehleinschätzungen reduzieren. Ergebnisse testpsycho-

logischer Untersuchungen können bei Bedarf zur Sicherung der Diagnose hinzugezogen werden, reichen aber laut Holtmann zur Diagnosestellung nicht aus.

„Emotionale Labilität mit Agitiertheit, Unruhe, Unaufmerksamkeit, Stimmungsschwankungen, Depression und Angst ist ein Prädiktor für einen ungünstigen Verlauf“, sagte der Experte. Dieses Phänomen sollte deshalb schon bei Kindern entsprechend ernstgenommen werden. Eine medikamentöse oder psychotherapeutische Therapie der ADHS wird in der Adoleszenz häufig durch den zunehmenden Wunsch nach Selbstbestimmung erschwert. „Die Jugendlichen lassen sich ungern in strukturierte Hilfesysteme einbinden, die Adhärenz sinkt“, so Holtmann. „Auf der anderen Seite nimmt die Kluft zwischen Selbstanspruch und tatsächlicher Problembewältigung zu.“ In der Folge kann es zu Vermeidungsverhalten und Motivationsminderung kommen. Eine motivierende Gesprächsführung ist daher eine wichtige Grundlage für eine kontinuierliche Behandlung.

### Multimodale Therapie am erfolgversprechendsten

Was eine langfristige Therapie zu bewirken vermag, zeigen die Ergebnisse der Kölner Adaptive Multimodale Therapie-Studie (CAMT), die Prof. Dr. Manfred Döpfner präsentierte. Im Rahmen der Studie konnten 75 Kinder im Alter zwischen 6 und 10 Jahren über insgesamt 15 Jahre begleitet werden. Sie erhielten eine adaptive Therapie aus Verhaltenstherapie und/oder Pharmakotherapie. Unter beiden Therapiestrategien war eine relativ hohe Normalisierungsrate zu beobachten. Auf dem

DGKJP-Kongress stellte Döpfner die ersten 15-Jahresdaten der CAMT-Studie vor. Von den bereits 59 erfassten Studienteilnehmern nimmt gegenwärtig nur noch ein Patient (3,5%) MPH ein. 70% der Patienten sind weiterhin unauffällig, 63,8% haben eine abgeschlossene Berufsausbildung und 76,3% sind aktuell berufstätig. Nur 5% haben keinen Schulabschluss. Über die Hälfte (57%) der inzwischen 21- bis 30-Jährigen hatten während der gesamten Zeit keinen Polizeikontakt gehabt. Nach 8,5 Jahren wurde bei 56% der Patienten und nach 15 Jahren bei 63% eine gute soziale Anpassung festgestellt.

Ähnlich wie in der Multimodal Treatment (MTA)-Studie<sup>1,2</sup> wurde laut Döpfner auch in der CAMT-Studie eine starke Verminderung der ADHS-Symptomatik und Katamnesen beobachtet. Kurzfristig (bis zu 14 Monaten) war die MPH-Therapie in beiden Studien einer alleinigen Verhaltenstherapie überlegen. Im Langzeitverlauf hingegen waren keine wesentlichen Unterschiede zwischen medikamentös und alternativ behandelten Patienten erkennbar. Wichtig ist laut Döpfner der Einsatz eines adaptiven multimodalen Therapiekonzepts, in dessen Rahmen die Notwendigkeit einer fortgesetzten Medikation regelmäßig überprüft und an die jeweiligen Ergebnisse angepasst oder auch abgesetzt wird.

<sup>1</sup> Jensen PS et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46(8):989-1002

<sup>2</sup> Molina BS et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;48(5):484-500

Nach Informationen der Medice Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG, Iserlohn

# Nutricia-Wissenschaftspreis zur Erforschung der Muttermilch und des Stillens

In diesem Jahr wird der Nutricia-Forschungspreis zur Erforschung der Muttermilch und des Stillens zum ersten Mal vergeben. Der mit 10.000 Euro dotierte Preis wird vom Nutricia-Forum für Muttermilchforschung, einer Initiative von Milupa, verliehen. Mit ihm werden fortan jährlich herausragende wissenschaftliche Arbeiten, die der Muttermilch- und Stillforschung gewidmet sind, ausgezeichnet.

Forscherinnen und Forscher aus Deutschland, Österreich und der Schweiz können bereits veröffentlichte oder zur Publikation akzeptierte wissenschaftliche Arbeiten bis zum 5. Juli 2013 einreichen. Über die Vergabe des Preises entscheidet ein unabhängiges Komitee. Für Deutschland konnten Professor Dr. Michael Abou-Dakn, ehemaliger Vorsitzender der Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“, und mit Professor Dr. Walter A. Mihatsch ein Mitglied der Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. gewonnen werden. Die Schweiz vertritt Privatdozent Dr. Andreas Nydegger, Facharzt FMH für Kinder- und Jugendmedizin an der CHUV Lausanne. Komplettiert wird der Expertenausschuss durch Professor Dr. Karl Zwiauer aus Österreich, Vorsitzender der Ernährungskommission der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde.

Bewerbungen können per Email in elektronischer Form bei dem Nutricia-Forum für Muttermilchforschung

*info@nutricia-forum-muttermilch-  
forschung.org*

eingereicht werden.



Das Nutricia-Forum für Muttermilchforschung wurde im Dezember 2012 als Initiative von Milupa gegründet. Sein Ziel ist es, herausragende Forschungsprojekte zu fördern, Wissen aus der Muttermilchforschung zu verbreiten und die Stillmotivation bei Müttern zu unterstützen.

Das Forum vernetzt auf unterschiedlichen Ebenen Wissenschaftler und Ärzte miteinander und fördert gezielt den Aus-

tausch zwischen den Experten. Dazu gehören unter anderem Maßnahmen wie Symposien für Ärzte und Hebammen sowie ein regelmäßiger Newsletter. Aktuelle Studienergebnisse werden zudem online in Form von Übersichtsartikeln der Fachöffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Weitere Informationen zu den Teilnahmebedingungen unter [www.nutricia-forum-muttermilchforschung.org](http://www.nutricia-forum-muttermilchforschung.org)

# Halsschmerzen: Virus- oder GAS-Pharyngitis? Antwort in nur 3 Minuten

- Jetzt Streptokokken A und CRP mit einem Testsystem ermitteln
- Zuverlässiger Nachweis in minutenschnelle

Halsschmerzen sind häufige Vorstellungsgründe in der Kinderarztpraxis. Zu 50 bis 80 Prozent sind akute Pharyngitiden viral bedingt, aber auch bakterielle Infektionen können die Ursache sein. Bei 15 bis 30 Prozent sind Infektionen mit  $\beta$ -hämolyzierenden Streptokokken der Gruppe A (GAS) die Ursache (1).

In der klinischen Untersuchung lassen sich virale und bakterielle Pharyngitiden nur schwer voneinander unterscheiden. Um einen unnötigen Antibiotika-Einsatz bei viralen Infektionen zu vermeiden, ist die Abklärung der Infektionsursache notwendig. Das Auftreten von Fieber ( $> 38^\circ\text{C}$ ), das Fehlen von Husten, schmerzhaft vordere Halslymphknoten und Tonsillenschwellung sowie das Alter ( $< 15$  Jahren) gelten als Prädiktoren zur Abschätzung der Wahrscheinlichkeit einer bakteriellen Pharyngitis (2). Einen zuverlässigen Nachweis bringt ein Rachenabstrich für einen GAS-Antigen-Schnelltest.

## Neu: GAS-Antigen-Nachweis in nur 3 Minuten

Mit dem handlichen Instrument QuikRead go<sup>®</sup> und gebrauchsfertigen Strep-A

Testkits ist jetzt eine automatische Auswertung der Rachenabstrichprobe noch während der Konsultation möglich. Nach nur 3 Minuten zeigt das Display ein eindeutiges Ergebnis an. Das Testsystem QuikRead go<sup>®</sup> lässt sich einfach mittels Touchscreen bedienen und kann auch von Personal ohne Laborerfahrung angewendet werden. Die Ergebnisse können mit Patienten- sowie Bediener-ID gespeichert werden.

QuikRead go<sup>®</sup> wurde speziell für die medizinische Grundversorgung entwickelt und wird auch zur minutenschnellen, quantitativen Bestimmung des CRP-Wertes eingesetzt. In Verbindung mit einer klinischen Untersuchung kann der CRP-Wert als Grundlage zur Unterscheidung zwischen bakteriellen und viralen Infek-



tionen sowie zur Ausschlussdiagnostik herangezogen werden und kann so den effektiven Einsatz von Antibiotika unterstützen.

Weitere Informationen zu QuikRead go<sup>®</sup> von Orion Diagnostica im Internet [www.oriondiagnostica.com/de](http://www.oriondiagnostica.com/de) und per Telefon 040/52 95 94 38.

### Referenzen:

- (1) DEGAM Leitlinie 14: Halsschmerzen
- (2) McIsaac et al. CMAJ 1998;158: 75-83

**Präsident des BVKJ e.V.**

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

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

**Vizepräsident des BVKJ e.V.**

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

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

**Pressesprecher des BVKJ e.V.**

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

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

**Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.**

Dr. med. Roland Ulmer

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

Sie finden die Kontaktdaten sämtlicher Funktionsträger des BVKJ unter [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de) und dort in der Rubrik „Berufsverband“.

**Geschäftsstelle des BVKJ e.V.**

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/6 89 09-0

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag – Donnerstag  
von 8.00–18.00 Uhr,  
Freitag von 8.00–14.00 Uhr

**Geschäftsführerin:**

Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-14

christel.schierbaum@uminfo.de

**Büroleiterin:**

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

**Bereich Mitgliederservice/ Zentrale**

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

bvkj.buero@uminfo.de

**Bereich Fortbildung/Veranstaltungen**

Tel.: 0221/68909-15/16,

Tfx.: 0221/68909-78

bvkj.kongress@uminfo.de

**BVKJ Service GmbH**

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag – Donnerstag  
von 8.00–18.00 Uhr,  
Freitag von 8.00–14.00 Uhr

**Geschäftsführer: Herr Klaus Lüft**E-Mail: [bvkj-servicegmbh@uminfo.de](mailto:bvkjservicegmbh@uminfo.de)

Tfx.: 0221/6890929

**Ansprechpartnerinnen:**

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-27

E-Mail: [anke.emgenbroich@uminfo.de](mailto:anke.emgenbroich@uminfo.de)

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28

E-Mail: [uschi.horst@uminfo.de](mailto:uschi.horst@uminfo.de)**Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“**

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

E-Mail: [Christen@HKA.de](mailto:Christen@HKA.de)

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

E-Mail: [p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de](mailto:p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de)

Prof. Dr. med. Frank Riedel

E-Mail: [f.riedel@uke.uni-hamburg.de](mailto:f.riedel@uke.uni-hamburg.de)

Dr. med. Christoph Kupferschmid

E-Mail: [Ch.Kupferschmid@t-online.de](mailto:Ch.Kupferschmid@t-online.de)

Regine Hauch

E-Mail: [regine.hauch@arcor.de](mailto:regine.hauch@arcor.de)**Sonstige Links**

Kinderärzte im Netz

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

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

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

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

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

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

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