

bvkj.

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

Heft 12/14+1/15 · 45. (63.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Unser Verband
schaut nach vorne

Fortbildung:

Zervikale
Lymphadenop-
athien

Berufsfragen:

BVKJ – Anwalt
der Kinder
bei der Politik

Magazin:

Windeln –
Unser erstes
Kleidungsstück

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

bvkJ.



© BeTa-Artworks - Fotolia.com



© Yvan Traver/akg-images.

S. 719

"In Windeln gewickelt..."

Eine kurze Geschichte unseres ersten Kleidungsstücks

Inhalt 12/14 + 1/15

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

Forum

- 667 **Jahresrückblick 2014**
Wolfram Hartmann
- 668 **Impressum**
- 669 **Personalien**
- 670 **Kinder erkennen Online-
werbung häufig nicht**
- 671 **Chronische Schmerzen
bei Kindern mit
Migrationshintergrund**
- 672 **ADHS bei Drei- bis
17-jährigen**
- 674 **Das Leser-Forum**
- 675 **Das gesamte Spektrum der
Pädiatrie in San Diego**
Georg Bingel
- 677 **Dyskalkulie**
- 678 **TropPaed-Kurs der ATP**
Christian Schmidt
- 680 **Päd-Ass 2015**
- 683 **LA-med-Umfrage 2014**
Christoph Kupferschmid
- 684 **PraxisApp**
- 685 **Jeder Zehnte probiert
E-Zigaretten aus**
- 686 **Armutrisiko in
Deutschland**

Fortbildung

- 687 **Zervikale
Lymphadenopathien**
*Wolfram Scheurlen/
Gerhard Hammersen*
- 693 **Der besondere Fall:
Iselin'sche Erkrankung**
*Jürgen Hower/
Thomas Lamberti*
- 695 **Welche Diagnose wird
gestellt?**
Anne Siegmund
- 697 **Impfforum**
Ulrich Heining
- 698 **Review aus englisch-
sprachigen Zeitschriften**
- 702 **Consilium: Familiäres
Übertragungsrisiko von
Mykoplasmeninfektionen**
Reinhard Berner

Berufsfragen

- 704 **BVKJ trifft... Manuela
Schwesig**
Christel Schierbaum
- 706 **Psychosomatische Grund-
versorgung in Thüringen**
Uwe Büsching
- 708 **Ambulant oder stationär
oder Internet**
Regine Hauch
- 711 **Aufruf Arbeitsgruppe
Jungenmedizin/
Jungengesundheit**
Bernhard Stier
- 712 **Politik für bessere Kinder-
und Jugendgesundheit**
- 714 **Elektronische
Gesundheitskarte**
Regine Hauch
- 716 **Wahlergebnis**

Magazin

- 719 **„In Windeln gewickelt...“**
Regine Hauch
- 723 **Christoph Kupferschmid
zum 65. Geburtstag**
Wolfram Hartmann
- 724 **Fortbildungstermine des
BVKJ**
- 725 **Ehrungen in Bad Orb 2014**
Christoph Kupferschmid
- 726 **Freude, Glück und
Empathie**
Hermann Josef Kahl
- 727 **Buchtipp**
- 728 **Die Welt der Kinder im
Blick der Maler**
Peter Scharfe
- 729 **Personalien**
- 732 **Nachrichten der Industrie**
- 735 **Wichtige Adressen des BVKJ**

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage das Programmheft 21. Kongress für Jugendmedizin, Weimar, eine Beilage der Firma Norgine GmbH, eine Information der Ärztlichen Akademie und ein Supplement der Firma GlaxoSmithKline GmbH bei.

Als Teilbeilage finden Sie das Programmheft PZA Rostock.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Jahresrückblick 2014 – Kinderrechte im Fokus

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dem Jahr 2014 geht erneut ein turbulentes Jahr für den BVKJ zu Ende. Der BVKJ kann wieder auf eine insgesamt erfolgreiche Verbandsarbeit zurückblicken. Die Kontakte zur neuen Bundesregierung und zu den Abgeordneten im Gesundheitsausschuss, im Familienausschuss und in der Kinderkommission sind weiterhin sehr intensiv, wir werden gehört, auch wenn die Entscheidungen nicht immer unseren Vorstellungen und Forderungen entsprechen. In den Medien sind wir absolut Spitze. Kein anderer ärztlicher Berufsverband wird so häufig in den Medien zitiert oder als kompetenter Gesprächspartner eingeladen wie der BVKJ. Wir haben darüber in unseren in diesem Jahr neu gestarteten Newslettern und auch in unserem Intranet PädInform berichtet.

In Bad Orb hat die Delegiertenversammlung des BVKJ in diesem Jahr ein neues Präsidium gewählt, das seine Amtsgeschäfte dann mit dem restlichen Vorstand, der im Oktober 2015 gewählt wird, zum 01.11.2015 aufnimmt. Das Wahlergebnis wurde in PädInform veröffentlicht, auch in der Novemberausgabe dieser Zeitschrift wurden Sie darüber informiert.

Entwicklung der Mitgliederzahlen

Unsere Mitgliederzahl hat inzwischen die Marke von 12.000 deutlich überschritten und steigt erfreulicherweise immer stärker an, insbesondere durch den Beitritt junger Kolleginnen und Kollegen während ihrer Weiterbildungszeit. Damit sind wir weiterhin der viertgrößte ärztliche Berufsverband in Deutschland. Auch zahlreiche andere angestellte Ärztinnen und Ärzte haben bemerkt, dass der BVKJ berufspolitisch sehr aktiv ist die berufspolitischen Interessen aller Kinder- und Jugendärzte vertritt, und haben uns durch ihren Beitritt unterstützt.

Zusatzeinnahmen durch neue Leistungen in der Kinder- und Jugendmedizin

Durch unsere rege Vertragstätigkeit mit den gesetzlichen Krankenkassen ist es gelungen, unseren vertragsärztlich tätigen Mitgliedern Zusatzeinnahmen in Höhe von ca. 28 Millionen € pro Jahr zu sichern. Wenn mehr Mitglieder diese Möglichkeiten nutzen würden, wären diese Zusatzeinnahmen noch deutlich steigerungsfähig. In diesen Verträgen bieten wir den Versicherten in erste Linie Zusatzleistungen aus dem Bereich der Prävention an und keinen überflüssigen Schnickschnack. Wir bauen mit unserer BVKJ-Service GmbH, einer 100-prozentigen Tochter des BVKJ, diese Selektivverträge immer weiter aus und sind hier neben dem Hausärzterverband der erfolgreichste Berufsverband in Deutschland.

EBM-Änderungen

Auch mit den Änderungen im EBM kommt es zunehmend zu einer besseren Abbildung der Kinder- und Ju-

gendmedizin, auch wenn die Wege zu einer optimalen Abbildung unserer Leistungen außerordentlich steinig sind.

Gesundheitsreform

Es gab mit dem GKV-VSG (GKV-Versorgungstärkungsgesetz) einen erneuten Versuch der Politik, Probleme im Gesundheitswesen zu lösen und Zukunftsperspektiven für eine hochwertige, wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung zu eröffnen. Das ist ganz sicher nicht gelungen. Wir erkennen keine klaren Signale der Politik zur Sicherung einer bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen entsprechend der UN-Kinderrechtskonvention von 1989. Wir haben unsere Kritikpunkte mündlich und schriftlich in Berlin vorgetragen. Sie können unsere Stellungnahmen und unsere politischen Forderungen in unserem Intranet PädInform im Ordner „BVKJ Aktuell“ und unter www.bvkj.de im Presseordner nachlesen.

Der angekündigte Entwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention liegt inzwischen vor und wir können erfreut feststellen, dass der Gesetzgeber unsere Vorschläge zur Änderung des §26 SGB V aufgegriffen und nun allen gesetzlich versicherten Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr einen Anspruch auf kostenlose Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen zubilligt.

Das ist ein wesentlicher Erfolg unserer politischen Arbeit in Berlin. Unsere Stellungnahme zu diesem Gesetzesentwurf mit weiteren Forderungen finden Sie im Ordner BVKJ Aktuell und in PädInform und unter www.bvkj.de im Pressebereich.

Zukünftige pädiatrische Versorgung

Der BVKJ steht auch im neuen Jahr vor großen Aufgaben. Wir müssen neue Strukturen entwickeln, um die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Zusammenarbeit mit anderen Professionen auszubauen und zukunftsfähig zu machen. Dazu wurde in der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) eine Arbeitsgruppe aus allen medizinischen Professionen gebildet, die im weitesten Sinne mit der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen zu tun haben und Mitglied in der DAKJ sind. Der BVKJ hat ein Grundlagenpapier erstellt, das wichtige Aspekte aufgreift und Lösungsansätze aufzeigt. Die Arbeitsgruppe wird das Papier ergänzen und dann hoffentlich im Laufe des Jahres 2015 ein gemeinsames Konzept der Öffentlichkeit vorstellen können. Die DAKJ feiert im kommenden Jahr ihr 25-jähriges Bestehen, das wäre eine hervorragende Gelegenheit, den wichtigen Stellenwert der Kinder- und Jugendmedizin in der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen öffentlich darzustellen.



Dr. Wolfram
Hartmann

Weitere Forderungen an die Politik

Die Kinderarmut in Deutschland macht uns sehr zu schaffen. Zuletzt ist die Zahl der Kinder, die Transferleistungen nach Hartz IV beziehen, wieder auf 1,9 Millionen gestiegen. Die Politik ist bisher nicht auf unsere Forderung eingegangen, in einem jährlichen Bericht darzulegen, was sie in den vergangenen zwölf Monaten gegen die Kinderarmut unternommen und welche Erfolge sie erzielt hat. Mit finanziellen Zuwendungen an die Eltern allein ist es dabei nicht getan. Zuvorderst muss die Arbeitslosigkeit verringert und die Bildung von Kindern und Familien wesentlich verbessert werden. Einige Familien müssen wirksam von Fachleuten begleitet und in ihrer Erziehungs- und Alltagskompetenz gestärkt werden. Dazu gehören neben aufsuchender Betreuung der Familien ebenso kostenlose Kindertageseinrichtungen, in denen neben der Erziehung und Bildung der Kinder auch den Familien Kompetenz und Stärke vermittelt wird. Anlässlich des 25-jährigen Bestehens der UN-Kinderrechtskonvention in diesem Jahr haben wir die Problematik in einem umfangreichen Positionspapier noch einmal ausführlich dargestellt und auch im persönlichen Gespräch mit der Bundesfamilienministerin erörtert.

Ausblick

Ich werde natürlich im meinem letzten Amtsjahr, dem Zwölften und somit nach drei vollen Amtsperioden und weiteren zwölf Jahren im Vorstand des BVKJ, weiterhin mit aller Kraft für das gesunde Aufwachsen aller Kinder und Jugendlichen, für den Erhalt einer qualifizierten

Kinder- und Jugendmedizin auf allen Ebenen kämpfen. Ich freue mich, dass es viele Mitstreiterinnen und Mitstreiter im BVKJ gibt, die mich hier unterstützen, insbesondere im Vorstand und in den Landesverbänden. Ihnen allen und auch unserer rührigen Geschäftsstelle in Köln mit unserer Geschäftsführerin, Frau Schierbaum, gilt mein ganz besonderer Dank. Unsere Landesverbände und unsere Obleute betreuen Sie vor Ort mit großem Einsatz, unsere Ausschüsse arbeiten fleißig, meist im Stillen, unsere Beauftragte bringen sich mit ihrer Kompetenz ein. Wir alle können auf diesen Verband stolz sein. Auch die BVKJ-Service GmbH mit ihrem Geschäftsführer, Herrn Klaus Lüft, an der Spitze verdient die Anerkennung unserer Mitglieder, insbesondere aus dem niedergelassenen Bereich.

Bitte lassen Sie sich mitreißen, bringen Sie sich nach Ihren Möglichkeiten ein und gestalten Sie mit. Im Jahr 2015 wird es wieder eine Mitgliederumfrage geben, damit wir wissen, wo wir uns noch verbessern und noch mehr Ihren Vorstellungen entsprechen können. Ich würde mich sehr freuen, wenn die Beteiligung besonders hoch wäre.

Nutzen Sie unsere vielfältigen Fort- und Weiterbildungsangebote, denn auch so können Sie Solidarität mit Ihrem BVKJ zeigen und unsere Arbeit unterstützen.

Ich wünsche Ihnen allen ein schönes Weihnachtsfest und alles Gute für das Jahr 2015

Dr. Wolfram Hartmann
Präsident des BVKJ

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

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

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

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

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

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

Druckauflage 12.900

lt. IVW III/2014

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 48 vom 1. Oktober 2014

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

© 2014. 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.

● Personalien

Bundesverdienstkreuz für Prof. Dr. Dr. h.c. Hubertus von Voß

In Anerkennung der um Volk und Staat erworbenen besonderen Verdienste hat Bundespräsident Joachim Gauck Professor Dr. Dr. h.c. Hubertus von Voß aus München das Bundesverdienstkreuz verliehen.

ReH



**Prof. Dr. Dr. h.c.
Hubertus von Voß,
Staatsministerin Emilia Müller**

NRW: Interkulturelle Väterarbeit fördert Integration und Bildungschancen

Väter mit Migrationshintergrund in NRW zeigen zunehmend mehr Interesse an einem veränderten Rollenverhalten bei der Kindererziehung: Dies ist ein Ergebnis eines Forschungsprojektes des Zentrums für Türkeistudien und Integration (ZfTI) mit Sitz in Essen. Erste Ergebnisse dieses Projektes wurden nun bei der Fachtagung „Frag doch Papa! Interkulturelle Väterarbeit in NRW: Erprobt, Erforscht ... Verankern...“ vor rund 170 Fachleuten in der Volkshochschule in Essen vorgestellt. „Wir haben zum Ziel, interkulturelle Väterarbeit in NRW stärker zu verankern. Dies fördert die gesellschaftliche Integration und insbesondere die Bildungschancen“, erklärte NRW-Integrationsstaatssekretär

Thorsten Klute bei der Veranstaltung. Klute ist Schirmherr des interkulturellen Väternetzes NRW.

Für das Forschungsprojekt wurden nach Angaben des Zentrums rund 60 Väter mit Zuwanderungsgeschichte befragt, die bereits an Angeboten für Väterarbeit teilnehmen. „Durch unsere Untersuchungen haben wir festgestellt, dass sich die Väter aus den Vätergruppen nachhaltig in ihrer Erziehungskompetenz und in ihrem Selbstbild bestätigt fühlen“, erklärte Professor Dr. Haci-Halil Uslucan, wissenschaftlicher Leiter des ZfTI in Bezug auf die Zwischenergebnisse, die ein sich veränderndes Rollenverhalten in Familien mit Migrationshintergrund widerspiegeln.

Bei der Fachtagung in Essen ging es darum, wie und wo solche Angebote in Zukunft flächendeckend in NRW gemacht werden können. Dies könnte beispielsweise über die landesweit eingerichteten Kommunalen Integrationszentren passieren. Integrationsstaatssekretär Klute lobte die Arbeit des Facharbeitskreises Interkulturelle Väterarbeit und betonte: „Väter mit Migrationshintergrund werden bisher in den Regelstrukturen wie Kindergarten, Schule, Verbänden zu wenig berücksichtigt. Interkulturelle Väterarbeit ist aber ein Gewinn für jede Einrichtung. Und: Väter im Land haben ein Recht darauf – und ihre Kinder auch.“

Red: ReH

„Kinder erkennen Onlinewerbung häufig nicht“

Gemeinsame Studie der Landesanstalt für Medien NRW (LfM) und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorgestellt

Die Hälfte der 100 Lieblings-Webseiten von Kindern enthält Werbung oder werbliche Botschaften – aber nur 18 Prozent der Kinder im Alter von sechs bis elf Jahren sind in der Lage, alle diese Werbebotschaften

In der Studie untersucht das Hans Bredow-Institut in Hamburg Erscheinungsformen von Werbung im Internet und ihre Wahrnehmung durch Kinder. Dafür haben die Wissenschaftler die derzeitige Werbe-

praxis auf 100 von Kindern als Lieblingsangebote genannten Webseiten untersucht und das Werbeverständnis von Kindern analysiert. Die Untersuchung basiert auf einer Repräsentativbefragung von 633 Kin-

rektor der Landesanstalt für Medien NRW (LfM), **Dr. Jürgen Brautmeier**: „Gerade Kinder müssen in die Lage versetzt werden, Werbung von anderen Inhalten zu unterscheiden. Die Werbeindustrie, die werbenden Unternehmen und die Werbeausspieler müssen viel genauer als bislang ihrer Verantwortung in Sachen Kennzeichnung von Werbung nachkommen.“

Für **Caren Marks**, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesfamilienministerium, sind die Ergebnisse ein klares Signal, die Medienkompetenz und die Rechte von Kindern zu stärken: „Im Online-Werbemarkt sind Kinder keine kleinen Erwachsenen, sondern eine Verbrauchergruppe, die Schutz und Förderung braucht. Denn wir können nicht automatisch voraussetzen, dass Kinder Onlinewerbung erkennen, verstehen und souverän damit umgehen, wie sie ihre Aufmerksamkeit steuert und persönliche Daten verarbeitet. Wichtig ist eine gute Medienerziehung in Familien und an Schulen, die Kinder für den Umgang mit Werbung stark macht.“

Red: ReH



© jackfrog – Fotolia.com

eindeutig zu identifizieren. Zu diesem Schluss kommt die neue Studie „Kinder und Onlinewerbung“, die gemeinsam von der Landesanstalt für Medien NRW (LfM) und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) in Auftrag gegeben und am 3. November in Berlin vorgestellt wurde.

Kindern sowie qualitativen Interviews mit 100 Kindern zwischen sieben und elf Jahren.

Kinder und Eltern wüssten in der Regel viel zu wenig über die Spuren, die sie im Netz hinterlassen, und welche Profildaten die Industrie beim „Tracking“ sammelt und dann für ihre Zwecke einsetzt, sagte der Di-

Was unterscheidet Werbung im Fernsehen von Werbung im Internet?

Anders als im herkömmlichen Fernsehen ist Werbung im Internet omnipräsent, sie erscheint zudem in vielfältigen Formen und Spielarten. Kinder haben dabei oft Probleme beim Erkennen von Werbebotschaften, die sich ihrer Umgebung gestalterisch angleichen oder inhaltliche Bezüge aufweisen. Erst mit zunehmendem Alter und entsprechender Erfahrung mit Inhalten im Netz fällt es Kindern leichter, ein breites Spektrum an unterschiedlichen Werbeformen zu erkennen. Je deutlicher die Werbung als solche gekennzeichnet ist und sich vom eigentlichen Inhalt der Internetseite abgrenzt, umso einfacher können Kinder diese einordnen. Häufig sind Werbeaussagen mit Aufrufen zur Interaktion verbunden („Jetzt hier klicken!“; „Hast

Du kurz Zeit, Dir das Angebot anzusehen?“). Besonders aufdringliche werbliche Segmente wie Pop-Ups oder die sogenannten Pre-Rolls werden dabei von Kindern durchaus als störend empfunden.

Parallel zur Studie stellten Brautmeier und Marks bei der Tagung eine Infobroschüre für Eltern mit dem Titel „Kinder und Onlinewerbung – Ein Ratgeber für Eltern“ vor. Der Ratgeber – in den die Ergebnisse der Studie eingeflossen sind – bietet Eltern eine praxisnahe Hilfe, Kinder bei der Entwicklung ihrer Werbekompetenz im Internet zu unterstützen. Er kann über die Homepage der Landesanstalt für Medien NRW heruntergeladen werden:

<http://lfmpublikationen.lfm-nrw.de>.

Chronische Schmerzen bei Kindern mit Migrationshintergrund: Animationsfilm in fünf Sprachen erklärt Hintergründe und Therapie

Um chronische Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen zu behandeln, ist Aufklärung oft wichtiger als viele Tabletten. Darum hat das Deutsche Kinderschmerzszentrum an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln, Universität Witten/ Herdecke, mit der Techniker Krankenkasse (TK) einen zehnmündigen Animationsfilm für Kinder und Jugendliche produziert. Jetzt gibt es diesen Film auch in türkischer, russischer, serbo-kroatischer, spanischer und polnischer Sprache. "Rund ein Drittel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland haben einen Migrationshintergrund. Sie und ihre Eltern wollen wir erreichen", erläuterte Prof. Dr. Boris Zernikow, Macher des Films und Leiter des Deutschen Kinderschmerzszentrums.

"Obwohl Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund häufiger an chronischen Schmerzen leiden, wissen sie wenig über ihre Krankheit, das zeigen Studien", sagte Prof. Zernikow anlässlich des Deutschen Schmerzkongresses im Oktober in Hamburg. "Sprachliche Barrieren können entscheidend daran beteiligt sein, dass eine Therapie scheitert. Dabei spielen vor allem die Eltern als Ko-Therapeuten eine wichtige Rolle. Ihre Deutschkenntnisse sind oft sehr viel eingeschränkter als die der Kinder",

erläutert Zernikow. Der Film möchte daher die ganze Familie über das Phänomen Schmerz aufklären. Nur so könne eine erfolgreiche Schmerztherapie gelingen.

Die fünf Sprachversionen für Kinder mit Migrationshintergrund sind auf der Homepage des Deutschen Kinderschmerzszentrums abrufbar: www.deutsches-kinderschmerzszentrum.de

Info:

Das Deutsche Kinderschmerzszentrum: Das Deutsche Kinderschmerzszentrum an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln – Universität Witten/Herdecke gilt als Referenzzentrum in der Versorgung chronisch schmerzkranker Kinder und Jugendliche. Es baut auf große Erfahrungen in der Behandlung schmerzkranker Kinder und Jugendlicher auf: Schon seit Jahren gibt es hier eine einzigartige Kinderschmerzstation und ein ambulantes Angebot in der Kinderschmerzambulanz. Etwa zehn Prozent der behandelten Patienten weisen einen Migrationshintergrund auf.

Red: ReH

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.



ADHS unter den am häufigsten diagnostizierten Störungen bei Drei- bis 17-jährigen

Das bei Medien so sehr beliebte Thema ADHS hat jetzt auch wieder im Ärzteblatt-Online Einzug gehalten, interessanterweise unter der Rubrik: Politik – nicht Medizin! Es werden dort Aussagen der AOK zitiert aus einer bisher unveröffentlichten Studie. Wieso aus Studien zitiert wird, die unveröffentlicht und damit für interessierte Leser nicht zugänglich sind, ist schwer nachzuvollziehen. Man kann weder Zahlen, deren Herkunft noch die genutzte Statistik auf ihre Korrektheit überprüfen. Solche Studien sollten sich jedoch – wie alle medizinischen Studien – mit wissenschaftlichen Kriterien überprüfen lassen. Doch davon abgesehen, was sagt diese "bisher unveröffentlichte Studie" aus?

ADHS unter den am häufigsten diagnostizierten Störungen bei Drei- bis 17-jährigen.

Ja, richtig! ADHS ist eine häufige Störung im Kindes-, Jugend- und auch im Erwachsenenalter. Wie oft die Diagnose bei Drei- und Vierjährigen gesichert gestellt wurde, bleibt die Veröffentlichung schuldig. Aber 4,6 Prozent ist realistisch und stimmt mit den früheren und aktuellen Erhebungen der KIGGS-Studie überein – also nichts Neues. Damit liegt Deutschland international im Mittelfeld der ADHS Diagnosehäufigkeit. Die beiden anderen „häufigsten Diagnosen“ bleiben leider im Dunkeln.

Weniger als die Hälfte der ADHS-Patienten erhalten eine medikamentöse Behandlung.

Das spricht für einen sorgfältigen Umgang und leitliniengerechte multimodale Betreuung durch die Ärzte.

Diese Menge lässt auf einen chronischen Gebrauch schließen, wenn man die gängige Praxis von Therapiepausen am Wochenende oder in den Schulferien berücksichtigt.

Schon die Wortwahl „chronischer Gebrauch“ vermittelt Negatives – erinnert an „Missbrauch“. Dabei wünschen wir uns sonst bei chronischen Krankheiten eine regelmäßige, kontinuierliche Medikamen-

teneinnahme nach unserer Vorgabe. Und eine Therapiepause an Wochenenden und in den Ferien ist durchaus nicht bei allen Patienten sinnvoll und wünschenswert.

Zwischen 1999 und 2013 stieg die Zahl dieser Verordnungen GKV-weit um mehr als 600 Prozent.

Die ständige Wiederholung von möglichst noch höheren Prozentzahlen (Man muss nur noch mal zehn Jahre zurückgehen) verbessern die Aussage nicht – oder vergleichen sie den Anstieg etwa mit der Zunahme der Verordnung von Zahnspannen, Cortisoninhalation bei Asthma oder der Verordnung von Ibuprofen? Diese Zahlen sprechen nur dafür, dass ein Nachholbedarf bestand und die Zunahme des Wissens um ADHS zu einem Anstieg der Diagnosen geführt hat. Jetzt ist eine gewisse Sättigung erreicht und kein weiterer Anstieg seit 2012 mehr erfolgt (Siehe Grafik des Medikamentenanstiegs)!

Und besonders interessant ist die Aussage...„belegt das bayerische Amberg den Spitzenplatz im Ranking der 412 Regionen Deutschlands.“

Wenn man die Veröffentlichungen in den Medien verfolgt war erst Würzburg Hochburg ADHS (*DER SPIEGEL* - 24.06.2013 *MEDIZIN: Psychopille & Pausenbrot Nirgendwo wird bei Schülern öfter ADHS diagnostiziert als in Würzburg. Die*

Zappelphilipp-Hochburg ist ein Lehrbeispiel dafür, wie sich die Grenze zwischen krank und gesund verschiebt) dann Hamburg (*SPIEGEL ONLINE - Gesundheit* - 31.07.2013 *ADHS:Hamburger Kinder bekommen am meisten Methylphenidat: Trauriger erster Platz für Hamburgs Schulkinder: Im Bundesvergleich schlucken sie am meisten Medikamente gegen das Zappelphilipp-Syndrom ADHS, so der Verband der Ersatzkassen. Rheinland-Pfalz und Bremen belegen Platz zwei und drei*) und jetzt soll also Amberg die Stadt mit den meisten Verordnungen sein. Das zeigt nur, wie fragwürdig diese Aussagen und wie wenig aussagekräftig die zugrunde liegenden Zahlen sind.

Resümee: Die Aussagen des Artikels bringen inhaltlich nichts Neues, folgen aber der Lust der Medien, ADHS als zu häufig diagnostiziertes und mit gefährlichen Medikamenten behandeltes Störungsbild darzustellen, deren Behandler mit Argusaugen zu überwachen sind. Wann endlich wird ADHS als psychische Störung anerkannt, deren Diagnostik und Behandlung wissenschaftlich begründeten Leitlinien folgt?

Dr. Klaus Skrodzki
91301 Forchheim
E-Mail: skrodzki@skrodzki.franken.de

Red: ReH

Das Leser-Forum



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



Sprachleitfaden des BVKJ – die richtigen Schritte tun
 Von Dr. Klaus Rodens und Dr. Wolfram Hartmann, KiJuA (2014), Heft 4, S. 190;
 Leserbrief von Sonja Utikal, Deutscher Bundesverband für Logopädie, KiJuA (2014) Heft 10, S. 531

Eine Recherche vor der Kritik hätte ergeben, dass das Therapieindikationsschema auf den Daten von 2650 Kindern beruht, die in den Instituten der Autorin erfasst wurden. Details hierzu sind in fünf Veröffentlichungen nachzulesen, davon vier im Kinderarzt bzw. Kinder- und Jugendarzt (KiJA).

Darin gibt es Hinweise, dass die aus der empirischen Langzeituntersuchung abgeleitete entwicklungsangepasste Intervention zu einem erheblich reduzierten Verordnungsvolumen für Sprachtherapie führt, ohne die Ergebnisse der Kinder zum Einschulungstermin negativ zu beeinflussen. Diese gezielte Therapie mit Kontrollen über einen längeren Zeitraum ist vermutlich effizienter, als die noch immer massenweise abgearbeiteten Therapieserien, teilweise zu einem zu frühen und ungeeigneten Zeitpunkt.

Leider bietet nur das der herrschenden Lehrmeinung entsprechende Vorgehen (Frühintervention) einer wachsenden Zahl von Sprachtherapeuten ausreichende Erwerbsmöglichkeiten. Damit ist das Festhalten der berufspolitischen Akteure am Ist-Zustand mit jährlich steigenden Verordnungsvolumina zu erklären, wenn gleich es nicht nachhaltig sein kann, Hinweise auf effizientere und an der Gesamtentwicklung des Kindes orientierte Interventionszeitpunkte zu ignorieren.

Die „interdisziplinäre“ Leitlinie - ohne Beteiligung der Pädiater - zur Diagnostik von USES wurde in 2011 von der AWMF publiziert – die letzte Veröffentlichung zum Therapieindikationsschema hingegen im KiJA Nr.1, 2008. Sie orientiert sich an der Terminologie der bereits länger bestehenden und praxisrelevanten Heilmittelrichtlinie.

Dr. Cornelia Tigges-Zuzok
 audiente Institut
 E-Mail@audiente.de

Red.: Kup



KiTa: An den Bedürfnissen der Kinder und Familien vorbei
 Von Dr. Stephan H. Nolte, KiJuA (2014), Heft 9, S.464 ff

Sehr geehrter Herr Nolte, in vielen Punkten geht Ihr Artikel an der Realität vorbei. Zitat: „Die Kinder sind nach übereinstimmenden Daten unter Dauerstress und – wie wir in unseren Praxen sehen – krank, chronisch krank mit aller

lei Neuen Morbiditäten.“ Wo bitte ist die Quellenangabe der „übereinstimmenden Daten“? Definieren Sie einen anhaltenden Schnupfen ohne Fieber im Kleinkindalter schon als chronische Krankheit? Im Übrigen kann ich dies aus eigener Erfahrung nicht bestätigen, denn unabhängig von der Betreuungsform ist die Erkrankungsrate individuell einfach sehr unterschiedlich, da viel mehr Faktoren eine Rolle spielen.

Zitat: „Eine junge Familie, das ist heute Krisenmanagement im Dauerzustand.“ Der Stress entsteht doch vor allem durch unflexible Betreuungszeiten und unflexible Arbeitszeit! Warum gibt es z.B. in vielen KiTas so viele Schließtage und unflexible Öffnungszeiten? Nur dadurch müssen viele die entferntere KiTa wählen. Welcher (z.B. Klinik-)Arbeitgeber stellt denn Frauen nach langer Arbeitspause mit mehreren Kindern und vielleicht noch nicht abgeschlossener Weiterbildung ein? Wie viele Teilzeitangebote gibt es denn wirklich und wer bekommt diese? Wie sieht denn meine Rente aus, wenn ich über einen längeren Zeitraum nicht oder nur Teilzeit arbeiten gehe? Im Übrigen: Die Witwenrente wurde vom Staat ja schon vor einiger Zeit abgeschafft.

„Die immensen Kosten der Fremdbetreuung...“ Wenn Frauen nach einer vom Staat finanzierten Akademiker-Ausbildung länger als 1 Jahr zu Hause bleiben kostet das dem Staat doch viel mehr als die Fremdbetreuung mitzufinanzieren, während die Frau arbeiten geht und noch Steuergelder und Tagesmutter/KiTa-Betreuung selbst zahlt! Viele Familien können oder wollen ohne das 2. Einkommen auch nicht leben bzw. auch einfach gerne dem Beruf weiter nachgehen.

Ich wünschte mir, dass die verschiedenen Familienbilder nebeneinander mehr akzeptiert werden würden! Die eine Familie ist glücklicher, wenn beide arbeiten gehen - und die andere wenn sie selbst die Betreuung übernimmt. Nur müssen für alle die Möglichkeiten zur freien Entscheidung gegeben sein und es darf nicht weiter wie bisher an unzureichend qualifizierten und flexiblen Betreuungsmöglichkeiten fehlen! Geeignete Tagesmütter sind nun mal schwer zu finden, also bleibt oft nur die KiTa. Gleiches gilt für die Hort- und Ferienbetreuung, die ebenso unzureichend ist.

Dr. Sabine Straßburg

Red.: ReH

Das gesamte Spektrum der Pädiatrie in San Diego

Neue Horizonte erschließen - dies war das Motto der diesjährigen Jahrestagung der American Academy of Pediatrics (AAP), die vom 10.-14.10. 2014 in San Diego, USA, stattfand. Als weltweit größte pädiatrische Konferenz mit mehr als 14.000 Teilnehmern aus aller Welt (9000 Professionals, davon ein Viertel internationaler Herkunft aus 71 Ländern) wurden Hunderte von Vorträgen, Seminare, meet the expert etc. angeboten. Diese spiegeln das gesamte Spektrum der Pädiatrie wider.

Highlight war der Gastvortrag der ehemaligen Außenministerin und eventuell zukünftigen Präsidentin der USA Hillary R. Clinton. „In die Schule ohne angemessene Sprachkenntnisse zu kommen ist wie ohne Frühstück und Bücher dorthin zu gehen“, so Clinton in ihrer Einführung. Weniger als 50 Prozent der Kinder unter fünf Jahren in den USA bekommen regelmäßig vorgelesen. Die Clinton Stiftung unterstützt in Zusammenarbeit mit der AAP die Verbreitung von Lesebüchern über Pädiater in Klinik und Praxis. Bei uns in Deutschland existieren schon längere Zeit solche Bemühungen, zum Beispiel über die Aktion Lesestart.

Haut und Allergien

Jeff Sugarman aus San Francisco gab einen Überblick zum Thema Sonnenschutz und -exposition. Der Zusammenhang von Sonnenexposition und Hautkrebsgefahr ist seit langem evident. Deshalb empfiehlt er Präparate mit hohem Lichtschutzfaktor (50+). In einer Studie hatten 50 Probanden ein Präparat mit LSF 15 benutzt, der tatsächlich gemessene Wert habe einen LSF von 2 ergeben.

Kalifornische Kinder benötigen nur etwa zehnmündigige Sonnenexposition täglich, um ihren Vitamin D Bedarf zu decken. Neville Golden (Stanford) erwähnte in diesem Zu-



Hauptmotto der diesjährigen Jahrestagung der AAP

sammenhang, dass die Gabe von Vitamin D umstritten sei. Er negiert ein generelles Screening und empfiehlt dies nur für Risikogruppen (z.B. alle Erkrankungen, die mit einer reduzierten Knochendichte einhergehen). Alle Kinder mit einem nachgewiesenen Mangel (<20ng/ml) sollten sechs bis acht Wochen mit 2000IE täglich und danach mit 400-1000IE pro Tag behandelt werden.

Sheila Friedländer aus San Diego beschreibt die Rolle des Vitamin D im Zusammenhang mit dem atopischen Ekzem als nach wie vor unklar.

Infektiologie und Immunologie

Im Antibiotikum Update startete John Bradley (San Diego) mit der sogenannten RIVUR Studie (Randomized Intervention for Children with Vesico-ureteral Reflux), die den Nutzen einer Antibiotikum-Prophylaxe – hier Trimethoprim sulfamethoxazole bei mittelgradigem VUR untersuchte. Durch die Gabe von TMS konnten im Vergleich zur Placebogruppe 50 Prozent Infektionsdurchbrüche verhindert werden, jedoch gab es keinen signifikanten Ef-

fekt auf die Reduktion von Narbenbildung der Nieren.

Bei ambulant erworbenen Pneumonien sollte Azithromycin aufgrund überdurchschnittlicher Resistenzen nur selten eingesetzt werden. Bei zunehmender Bedeutung des Mikrobioms („gute Bakterien“) wird der Gebrauch von Antibiotika kritisch betrachtet.

Lymphknotenvergrößerungen als mögliches Korrelat einer Infektion stellen eine regelmäßige Herausforderung im pädiatrischen Alltag dar. Nach Rachael Grace aus Boston haben 40 bis 60 Prozent der Kinder im Alter von sechs Monaten bis fünf Jahren tastbare Lymphknoten. Sie empfiehlt bei Lymphknotenvergrößerungen >3cm spezifische Diagnostik (z.B. Labor, Bildgebung). In die Entscheidungsfindung weitergehender Diagnostik sollte auch die Lokalisation der LK Einfluss haben.

Entwicklungs pädiatrie

Paul Carbone aus Salt Lake City vertritt den Standpunkt, dass alle Kinder im Alter von 18 bis 24 Monaten bei Vorsorgeuntersuchungen auf Autismus-Spektrum Störung (ASS) gescreent werden sollten. 1 von 68



Hillary R. Clinton, erste zukünftige Präsidentin der USA?

Kindern in den USA falle unter diese Gruppe, Symptome würden sich häufig in den ersten beiden Lebensjahren zeigen, die durchschnittliche Diagnosestellung erfolge jedoch erst nach dem vierten Lebensjahr. Der

Autor beschreibt beispielhaft die Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT-R/F), die sich in der Diagnostik bewährt habe, aber andererseits auch viel falsch positive Resultate ergebe.

Für Douglas Gentile (Iowa) und Edward Donnerstein (Arizona) ist die Datenlage klar: Je mehr Gewaltspielen medial Kinder ausgesetzt sind, umso mehr zeigen sich aggressive Verhaltensweisen. Natürlich spielen auch andere Faktoren eine Rolle für aggressives Verhalten.

Weitere Studien zeigen, dass, wenn Eltern die Zeit des Medienkonsums limitieren, Kinder weniger aggressiv sind, besser schlafen und bessere Schulleistungen zeigen.

Insgesamt ist das Zusammentreffen mit Kolleginnen und Kollegen aus aller Herren Länder und der damit verbundene Blick über den eigenen Tellerrand als sehr positiv zu bewerten.

Im Oktober 2015 (24.-27.10.) findet das nächste große Event in Washington DC statt.

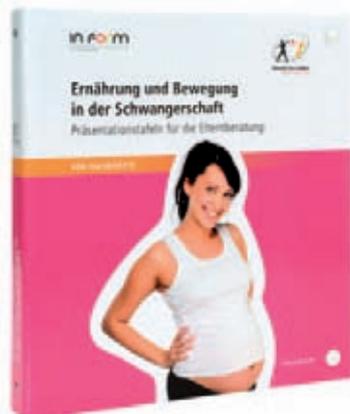
Dr. Georg Bingel
21218 Seevetal
E-Mail: Georg.Bingel@t-online.de

Red.: ReH

Ernährung und Bewegung in der Schwangerschaft: Neue Präsentationsmappe für die Elternberatung

Mit einem bewussten Lebensstil können werdende Eltern von Anfang an daran mitwirken, dass ihr Kind gesund auf die Welt kommt und gesund heranwächst. Was die Schwangere und ihr Partner konkret tun können, fasst eine neue Präsentationsmappe des Netzwerks Gesund ins Leben für die Elternberatung zusammen. Im Mittelpunkt stehen Tipps zur Bewegung und Ernährung in der Schwangerschaft. Weitere Themen sind Supplemente, Lebensmittelinfektionen und bestimmte Risiken in der Schwangerschaft.

Die 27 aufstellbaren Präsentationstafeln haben jeweils eine "Elternseite" und eine "Fachkräfteseite". Auf der Elternseite machen es kurze Texte und selbsterklärende Bilder den werdenden Eltern leicht, die praxisnahen Empfehlungen und Alltagstipps zu erfassen. Die Beratungskraft sieht auf der Rückseite gleich-



zeitig Hintergrundinformationen, die bei der Erläuterung der Botschaften hilfreich sind.

Die Präsentationstafeln lassen sich in der Beratung von Kleingruppen oder Einzelpersonen einsetzen, beispielsweise in der persönlichen Betreuung in Elternkursen oder im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen. Grundlage sind die einheitlichen Handlungsempfehlungen zur

Schwangerschaft des Netzwerks Gesund ins Leben, die von allen einschlägigen Fachgesellschaften, Verbänden und Institutionen in Deutschland inhaltlich unterstützt werden.

Info: Die neue Präsentationsmappe "Ernährung und Bewegung in der Schwangerschaft" gibt es unter: www.aid.de/shop/shop_detail.php?bestellnr=3668

Im Warenkorb den Gutschein-Code "schwanger24" eingeben.

Preis: 20,00 Euro.

Das Angebot gilt, solange der Vorrat reicht.

Weitere Informationen unter: www.gesundinsleben.de/fuer-fachkraefte/medien-materialien/schwangerschaft

Red.: ReH

Dyskalkulie - Qualen nach Zahlen

Zwischen drei und sechs Prozent der Schulkinder leiden an einer ausgeprägten Rechenstörung. Und obendrein, das konnten Forscher der LMU München jetzt zeigen, haben diese Kinder weit häufiger als bislang angenommen mit einer Legasthenie zu kämpfen.

Addieren und subtrahieren, multiplizieren und dividieren – es sind vor allem die Grundrechenarten, an denen Kinder mit Dyskalkulie scheitern. Ihnen fehlt die Vorstellung für Zahlen, für Mengen, fürs Abschätzen, fürs Überschlagen. In den Mathematikstunden kommen sie auf keinen grünen Zweig, auch wenn sie sonst passable Schüler sind. Rund fünf Prozent aller Schulkinder teilen dieses Schicksal. Je nachdem, um welche Rechenoperation es geht, schwanken die Werte zwischen drei und sechs Prozent. Das belegen LMU-Wissenschaftler um Professor Gerd Schulte-Körne, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, in einer aktuellen Studie. Für die Untersuchung machten sie entsprechende Tests mit 1633 Schulkindern aus dritten und vierten Klassen im Münchner Raum.

Die Rechenstörung kann die schulische und psychische Entwicklung der Kinder massiv beeinträchtigen. Sie haben Angst vor der Schule, fürchten sich vor dem Versagen, davor, dass sie vor der Klasse bloßgestellt werden. Wo es geht, behelfen sie sich mit Vermeidungsstrategien. Sie entwickeln ein negatives Selbstbild, lassen in der Schule schließlich auch das verkümmern, was sie können. Spätestens, wenn der Übertritt auf eine weiterführende Schule ansteht, verbaut das Versagen in Mathematik den Kindern meist die Bildungschancen.

Vielversprechendes Intensiv-Training

Dass Kinder an einer Dyskalkulie leiden, beklagt Schulte Körne, werde im Schulalltag immer noch zu häufig zunächst übersehen. Und anders als für die Lese- und Rechtschreibstö-

rung gebe es für die Dyskalkulie in Bayern keine schulrechtliche Regelung, die die betroffenen Kinder entlastet und ihre Lernvoraussetzungen verbessert. „Das kann bei einer Krankheit, die auch biologische Ursachen hat, nicht angehen.“ Dabei wäre es möglich, den Kindern bei Klassenarbeiten eine Zeitverlänge-

sche Diagnostik, vor allem aber für die Förderung müssen wir umdenken. Die betroffenen Kinder brauchen eine intensive und spezifische Förderung, sonst eben besteht die Gefahr des schulischen Scheiterns, trotz guter Begabung.“ Auch für die Behandlung der Dyskalkulie gibt es laut Schulte-Körne vielverspre-



© contrastwerkstatt – Fotolia.com

ng einzuräumen, Hilfsmittel an die Hand zu geben und schließlich bei ihnen in dem Fach die Notengebung auszusetzen.

Schulische Entwicklungsstörungen treten aber nicht isoliert auf, konnten die LMU-Forscher zeigen. Weit häufiger als bislang angenommen gibt es Komorbiditäten. So hatten laut der Studie 57 Prozent der Kinder mit einer Rechenstörung obendrein mit einer Lese- oder Rechtschreibstörung oder gleich mit beiden Ausprägungen der Legasthenie zu kämpfen, berichtet Dr. Kristina Moll, Psychologin und Mitglied der Forschergruppe: „Für die schuli-

chende Ansätze, die aber ein intensives, längerfristiges Training mit den Schulkindern voraussetzen.

Auch das Geschlecht, so zeigte die Untersuchung, scheint eine Rolle zu spielen: Jungen haben häufiger eine Rechtschreibstörung, Mädchen eine Rechenstörung. Schwierigkeiten beim Lesen haben Mädchen und Jungen indes ähnlich oft. Die Ursache dafür haben die Forscher nicht gefunden. Schulte-Körne vermutet biologische Faktoren als Auslöser, da die Lernumgebungen für beide Geschlechter vergleichbar gewesen seien.

Red: ReH

TropPaed-Kurs der ATP

Vorbereitung auf kinder- und jugendärztliche Tätigkeit in Entwicklungsländern

Paten gesucht für Gastärzte

Die Arbeitsgemeinschaft Tropenpädiatrie e.V. wurde 1983 als AG der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin gegründet und ist seit 2003 ein eingetra-

diatrie mit leicht abgewandeltem Kursprogramm den fünftägigen Kurs Ende Januar/Anfang Februar am Missionsärztlichen Institut in Würzburg. Neben den in der Entwicklungshilfe tätigen Dozenten aus dem Kreise der ATP konnten schon primär Vortragende aus Afrika und Asien

gewonnen werden, die den Kurs erheblich bereicherten. Um eine Teilnahme auch für Ärzte aus den Partnerländern zu ermöglichen, entschloss man sich 2014, den Kurs erstmals in englischer Sprache zu veranstalten. Zwölf Teilnehmer aus acht afrikanischen und asiatischen Ländern konnten mit finanzieller Unterstützung der Hermann-Mai-Stiftung, des päpstlichen Missionswerk für Kinder (PMK) und der ATP deshalb an diesem Kurs teilnehmen und diesen durch ihre Diskussionsbeiträge und Vorträge noch einmal um ein anderes qualitatives Moment erweitern. Denn



ATP Course on Tropical Paediatrics 2014 in Würzburg

gener, gemeinnütziger Verein. Sie strebt eine enge Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Gesellschaften (u.a. WHO) an, die sich mit tropenpädiatrischen Problemen und internationaler Kindergesundheit befassen. Dabei engagiert sie sich sowohl durch wissenschaftliche als auch praktisch-klinische Aktivitäten. Im Jahr 2009 konzipierte eine Arbeitsgruppe der ATP einen pädiatrisch ausgerichteten Vorbereitungskurs für Ärzte, die einen Auslandseinsatz in einem Partnerland der Entwicklungszusammenarbeit planen. Neben den tropenpädiatrischen Themen sollten Grundlagen von Global Health vermittelt werden.

Der erste TropPaed-Kurs der ATP im Jahre 2010

Der initial für ca. 25 Kursteilnehmer konzipierte Kurs wurde schon im ersten Jahr aufgrund sehr großer Nachfrage auf 50 Kursteilnehmer erweitert. Schon für den ersten Kurs im Jahr 2010 gingen 170 Anmeldungen ein. Seither veranstaltet die Arbeitsgemeinschaft für Tropenpä-

neben dem unmittelbaren organisierten Programm war so allen Kursteilnehmern ein reger Austausch über andere (z.B. interkulturelle) Aspekte der Arbeit und des Lebens im Partnerland möglich. Für Ärzte in der Vorbereitung eines Einsatzes ist dieser Austausch willkommen und hilfreich. So können auf den ersten Blick banal erscheinende Randerscheinungen für Gelingen oder Scheitern einer Aktivität entscheidend sein. Zudem konnte den Kursteilnehmern aus den Partnerländern aufgrund der terminlichen Nähe auch eine Teilnahme an der Jahrestagung der ATP ermöglicht werden und auch hier folgte daraus eine wechselseitige Bereicherung.

Info: Im nächsten Jahr findet der Tropenpädiatrische Intensivkurs 2015 vom 02.02. bis 06.02.2015 am Missionsärztlichen Institut in Würzburg statt. Anschließend veranstaltet die ATP ihre 33. Jahrestagung an der Universitätskinderklinik in Mainz (Infos zu beiden Veranstaltungen unter www.tropenpaediatric.de und www.jahrestagung-tropenpaediatric.de). Das Schwerpunktthema der Tagung 2015 lautet „PraeventivePaediatrics in Developing Countries“.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer können durch die Teilnahme am nächsten Kurs bzw. an unserer Jahrestagung 2015 schon mal einen ersten sehr lebendigen Eindruck von den Verhältnissen in unseren Partnerländern der Entwicklungszusammenarbeit gewinnen - schon allein durch den direkten Austausch im Gespräch mit den Kollegen aus den Partnerländern.

Paten gesucht

Die Teilnahme von zwölf Gästen aus Afrika und Asien wurde im Jahre 2014 unter anderem durch Finanzmittel der ATP und der Hermann-Mai-Stiftung getragen. Das exzellente Echo bei den Kursteilnehmern und Dozenten haben das Vorbereitungsteam der ATP darin bestärkt, zukünftige TropPaed-Kurse weiter in englischer Sprache anzubieten und eine Teilnahme jeweils für circa zehn Ärzte aus Partnerländern zu ermöglichen. Ein weiterer intensiver Austausch soll durch sich anschließende Hospitationen an hiesigen Institutionen gebahnt werden.

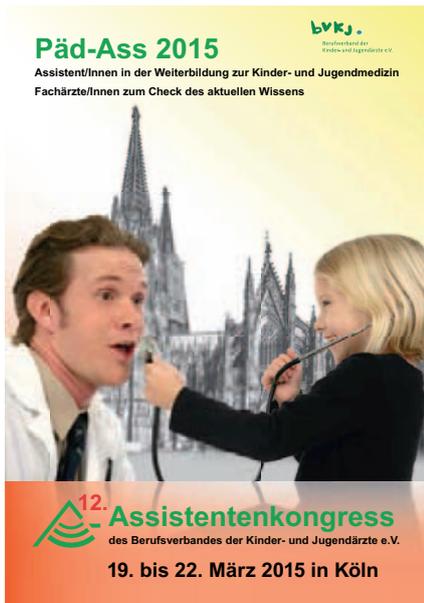
Doch dafür brauchen wir finanzielle Hilfe. Wir su-

chen daher dringend Paten für Kinder- und Jugendärzte aus den Partnerländern. Interessenten mögen sich bitte an den Schatzmeister der ATP (Dr. Christian Schmidt, drchrisch@gmail.com) wenden oder mit dem Verwendungszweck (Patenschaft GastarztTropPaed Kurs 2015) einen Betrag direkt auf das Konto der Arbeitsgemeinschaft Tropenpaediatric e.V. überweisen:

Arbeitsgemeinschaft Tropenpaediatric e.V.
Volksbank Ahlen-Sassenberg-Warendorf
IBAN: DE 79 412 625 01 110 216 3200
BIC: GENODEM1AHL
In diesem Fall erhalten Sie eine Spendenbescheinigung der ATP

Dr. Christian Schmidt
E-Mail: drchrisch@googlemail.com

Red: ReH



Donnerstag, 19. März 2015

Klinikseminare (1 Tag – 8 Stunden):
Sonographie, EKG, EEG, Pneumologie, Reanimation von Kindern und Jugendlichen, Allergien, Neuropädiatrie und Neugeborenenreanimation.

Als Fortbildungsblock wird über 8 Stunden mit begrenzter Teilnehmerzahl (je nach Kurs 8–30 Teilnehmer) in vier 1½ Stundenblöcken die Thematik abgehandelt. Wesentlicher Inhalt dieses Angebots ist die Vermittlung von praktischen Kenntnissen sowie fallbezogenen Arbeit mit klinischer Korrelation. Die Veranstaltungen finden in den Kliniken in Köln und Umgebung statt.

Freitag, 20. März 2015

Plenarvorträge Päd-Ass Basiswissen:

Neonatologische Notfallversorgung im Kreissaal; Epilepsie erkennen und behandeln; Diagnose und Therapie der arteriellen Hypertonie; Atmungsstörungen im Schlaf;

Impfempfehlungen 2015; Stoffwechselstörungen; Jugendmedizin; Pädiatrische Sportmedizin; Perspektiven und Chancen des Kinder- u. Jugendarztes; Zielorientierte Arztgespräche in der Kinder- u. Jugendmedizin – der direkte Weg zu den Eltern
Referenten: Prof. Dr. B. Roth; Prof. Dr. F. Aksu; Prof. Dr. J. Dötsch; Dr. A. Wiater; Prof. Dr. M. Weiß; Dr. B. Stier; Prof. Dr. C. Graf; Dr. W. Hartmann; Prof. Dr. W. Kölfen

Samstag, 21. März 2015

Allergische Erkrankungen; Abklärung von Herzgeräuschen; Kopfschmerzen; Behandlung von thermischen Verletzungen; Was sollte die/der Assistent/in in Weiterbildung noch wissen?; Diagnostische Möglichkeiten zur Erfassung von psycho-emotional-sozialen Erkrankungen

Referenten: Dr. L. Lange; Prof. Dr. K. Brockmeier; Prof. Dr. F. Heinen; Dr. M. Marathovouniotis; Dr. M. Goecke; Dr. J. Harris; Prof. Dr. G. Esser

Sonntag, 22. März 2015

Televoting-Quiz: Röntgenbilder und Sonographie des Urogenitaltrakts für die Weiterbildungsprüfung

Referenten: PD Dr. F. Körber; PD Dr. U. Vester

Samstag 21.03. und Sonntag, 22.03.2015

Seminare zur Erweiterung des Basiswissens: Hämatologie, Kinderkardiologie, Pulmologie, Gastroenterologie, Neuropädiatrie, Kinderneurologie, Regulations- und Beziehungsstörungen, Onkologie, Neonatologie, Reanimationstraining, Stoffwechselerkrankungen, Kinderdermatologie

Seminare zum Erwerb spezieller Kenntnisse: Anfälle im Kindesalter, Entwicklungsdiagnostik, Lungenfunktionsdiagnostik, Infusionsplan in der Neonatologie,

Nahrungsmittelunverträglichkeit, Tatort Haut, EEG-Diagnostik, Diabetes mellitus, Vorsorgeuntersuchungen, Spannendes aus dem Praxisalltag, Dringende Einweisungsindikationen aus niedergelassener Sicht, Strategien zur Verhinderung des plötzlichen Kindstodes, Jugendmedizin, ADHS – Hyperkinetische Störungen, Fehlervermeidung in der Praxis und Notfallpraxis, Sonderseminar Radiologie, Sonderseminar Sonographie - Urogenitaltrakt, Pädiatrische Rheumatologie, Säuglingsernährung, Bauchschmerzdiagnostik, Harnwegsinfektionen, Medienkonsum; Basisdiagnostik bei Entwicklungs- und Verhaltensstörungen; EKG-Diagnostik, Beatmung Früh- und Neugeborener, Früherkennung von Kindesmisshandlung, Sozialmedizinische Aufgaben des niedergelassenen Kinderarztes; Akute kinderchirurgische Erkrankungen des Abdomens; Neuropädiatrische Untersuchung.

Ausführliches Programm:

bvkj.de

Infos und Anmeldungen:

BVKJ e.V. Kongressabteilung
Mielendorfer Str. 2, 51069 Köln
Tel.-Nr. 0221/6 89 09-15
bvkj.kongress@uminfo.de

Teilnehmergebühren:

Für Mitglieder im BVKJ e.V.:

- Teilnahme am 19.03.2015: 85,- €
- Teilnahme vom 20.–22.03.2015: 280,- €

Für Nichtmitglieder im BVKJ e.V.:

- Teilnahme am 19.03.2015: 170,- €
- Teilnahme vom 20.–22.03.2015: 490,- €

Die Mitgliedschaft für Assistenten in der Weiterbildung zur Kinder- und Jugendmedizin ist während der Weiterbildungszeit kostenlos!

Bitte per Fax senden an: 02 21/6 89 09 78

ANMELDUNG zum 12. Assistentenkongress in Köln vom 19.–22.03.2015

- ich bin Mitglied im BVKJ ich bin kein Mitglied im BVKJ
 ich bin noch kein Mitglied im BVKJ e.V. und bitte um Zusendung der Beitrittsinformationen

Ich möchte teilnehmen:

- am Donnerstag, 19.3.2015
für Mitglieder € 85,- Mein Klinik-Seminarwunsch: _____
 für Nichtmitglieder € 170,-
 von Freitag, 20.3. bis Sonntag, 22.3.2015
für Mitglieder € 280,- für Nichtmitglieder € 490,-

Meine Seminarwünsche für Samstag und Sonntag sind: 1. _____ 2. _____
3. _____; Alternativ 4. _____ 5. _____ 6. _____

Name/Vorname: _____ Mail: _____

Anschrift: _____

Datum / Ort _____ Unterschrift / Stempel _____

Jeder Zehnte probiert E-Zigaretten aus

Fast zehn Prozent der 16- bis 19-Jährigen in Deutschland probieren E-Zigaretten aus - etwa so viele, wie in dieser Altersgruppe Tabakzigaretten rauchen. Das geht aus einer vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Auftrag gegebenen Umfrage hervor.

0,2 Prozent der befragten Ex-Raucher gaben unterdessen an, sich im laufenden Jahr mithilfe von E-Zigaretten das Rauchen abgewöhnt zu haben.

E-Zigaretten: Jeder kennt sie, jeder zehnte Jugendliche probiert sie aus

Praktisch jeder in Deutschland kennt E-Zigaretten und fast zehn Prozent der 16- bis 19-Jährigen probieren sie auch aus – das sind etwa so viele, wie in dieser Altersgruppe Tabakzigaretten rauchen. Es sind auch vor allem Raucher, die sich für die E-Zigarette interessieren: Rund ein Viertel der 16- bis 39-jährigen Raucher probiert sie zumindest einmal aus, dauerhaft verwendet sie allerdings nur weniger als ein Prozent der Raucher. Im Jahr 2014 wurden E-Zigaretten in Deutschland seltener für einen Rauchstopp verwendet als Nikotinersatzprodukte und nur 0,2 Prozent der Exraucher gaben an, sich mithilfe von E-Zigaretten das Rauchen abgewöhnt zu haben. Dies zeigt

eine vom Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) bei der Gesellschaft für Konsumforschung in Auftrag gegebene Umfrage, die in zwei Publikationen des DKFZ zusammengefasst wird.

„In Deutschland findet momentan keine Substitution der Tabakdurch E-Zigaretten statt, sondern – wenn überhaupt – gibt es einen dualen Konsum“, erklärt Dr. Martina Pötschke-Langer, die Leiterin der Stabstelle Krebsprävention, die die Umfrage in Auftrag gegeben hatte. Sie ergänzt: „Vor allem jüngere Menschen probieren die Produkte kurzzeitig aus, favorisieren jedoch keinen Dauerkonsum.“

Obwohl immer mehr Menschen E-Zigaretten verwenden, lehnen es fast drei Viertel der Befragten ab, die Produkte in der Öffentlichkeit auch in Rauchverbotsbereichen zu verwenden.

Den Gebrauch von E-Zigaretten in Nichtraucherbereichen zu verbieten, empfiehlt auch die Weltgesundheitsorganisation. Denn beim Gebrauch von E-Zigaretten gelangen lungengängige Partikel und geringe Mengen krebserzeugender Substanzen in die Raumluft und beeinträchtigen die Luftqualität. Zudem bekommen Raucher Lust auf eine „echte“ Zigarette, wenn sie jemanden eine elektrische Zigarette ver-

wenden sehen; dadurch rauchen sie mehr und haben eine geringere Motivation, einen Rauchstopp zu versuchen.

Um Jugendliche und Erwachsene wirksam vor einer möglichen Nikotinsucht und daraus resultierenden Gesundheitsgefahren zu schützen, sollten E-Zigaretten – ähnlich wie Tabakprodukte – weiteren regulatorischen Maßnahmen unterworfen



© PhotoSG - Fotolia.com

werden. Dazu zählen beispielsweise ein Abgabeverbot an Jugendliche und das Verbot von Aromen, die für Kinder attraktiv sind. Darauf weist das Deutsche Krebsforschungszentrum in seiner aktuellen Publikation „Regulierungsempfehlungen für elektronische Inhalationsprodukte“ hin.

Die Publikationen sind abrufbar unter www.tabakkontrolle.de

Red: ReH

Gesagt ist gesagt....

Eine Pressemitteilung zum Präventionsgesetz zitiert Ingrid Fischbachs, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesministerium für Gesundheit, Worte auf einer Veranstaltung der Schwenninger Krankenkasse:

„Gegenwärtig sei man in der Abstimmung mit allen beteiligten Akteuren. Man wolle im dritten Anlauf ein Präventionsgesetz nicht wieder an der Hürde Bundesrat scheitern lassen. Laut Fischbach sollen die

Mittel, die die Krankenkassen für Prävention einsetzen, zunächst auf sieben und später zehn Euro je Versicherten angehoben werden. 20 Prozent davon sollen in die Prävention in den sogenannten Lebenswelten (Settings) – Betriebe, Schulen, Kitas, Pflegeheime – fließen. Bisher hatte es geheißen, dass 80 Prozent in diesen Ansatz fließen sollen. Die Staatssekretärin begründet die Änderung damit, dass die Krankenkassen ihre bisherigen Angebote beibehalten

können sollen – allerdings müssten sie sich einer Qualitätskontrolle unterziehen. Es habe keinen Sinn, Tabula rasa zu machen, sondern man müsse auf dem aufbauen, was bereits da ist, betont sie.“

Quelle:
<http://www.gerechtes-gesundheit.de/news/archiv/detail/news-eintrag/2014/1496.html>

Red: ReH

Relatives Armutsrisiko in Deutschland unverändert bei 16,1 Prozent

Fast jede sechste Person war nach den Ergebnissen der Erhebung LEBEN IN EUROPA (EU-SILC) 2013 in Deutschland armutsgefährdet – das entsprach 16,1 Prozent der Bevölkerung oder rund 13 Millionen Menschen. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, blieb damit der Anteil der armutsgefährdeten Personen in der Bevölkerung vom Berichtsjahr 2012 auf das Berichtsjahr 2013 unverändert.

Grundlage für die Einkommensmessung in einem Berichtsjahr ist das verfügbare Haushaltsnettoeinkommen (nach Steuern und Sozialabgaben) des Vorjahres. Um eine einheitliche Darstellung mit der europäischen Sozialberichterstattung zu gewährleisten, wird die Armutsgefähr-

wenn sie über weniger als 60 Prozent des mittleren Einkommens der Gesamtbevölkerung verfügt (Schwellenwert für Armutsgefährdung). 2013 lag dieser Schwellenwert für eine alleinlebende Person in Deutschland bei 979 Euro im Monat (11 749 Euro im Jahr) und damit ähnlich hoch wie im Berichtsjahr 2012 (980 Euro im Monat). Für zwei Erwachsene mit zwei Kindern unter 14 Jahren lag der Schwellenwert im Berichtsjahr 2013 bei 2 056 Euro im Monat.

Frauen armutsgefährdeter als Männer

Frauen trugen – wie bereits in den Jahren zuvor – ein höheres Armutsgefährdungsrisiko als Männer. Dies gilt ausnahmslos für alle Altersgruppen. So lag die Quote der armutsgefährdeten Personen bei den Frauen unter 18 Jahren mit 15,4 Prozent zwar unter dem Bundesdurchschnitt, jedoch höher als das Armutsrisiko für die gleichaltrige männliche Bevölkerung (14,2 Prozent). Ähnlich hohe Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern ergaben sich in der Altersklasse zwischen 18 und 64 Jahren (Frauen:

17,7 Prozent, Männer: 16,0 Prozent). Bei den Frauen ab 65 Jahren fiel das Armutsgefährdungsrisiko im Jahr 2013 mit 17,0 Prozent deutlich höher aus als bei den Männern derselben Altersklasse mit 12,7 Prozent.

Alleinerziehende besonders armutsgefährdet

Untergliedert nach Haushaltstypen haben Personen aus Alleinerziehendenhaushalten sowie Alleinlebende ein Armutsgefährdungsrisiko, das über dem Bundesdurchschnitt liegt. Im Jahr 2013 waren mehr als ein Drittel der Personen (35,2 Prozent) aus Alleinerziehendenhaushalten armutsgefährdet. Bei den Alleinlebenden betrug der Anteil der armutsgefährdeten Personen 31,9 Prozent. Bei Personen aus Haushalten mit zwei Erwachsenen und Kindern war das Armutsgefährdungsrisiko im Jahr 2013 dagegen eher unterdurchschnittlich: Beispielsweise lagen die Quoten für zwei Erwachsene mit einem Kind bei 11,1 Prozent und mit zwei Kindern bei 8,5 Prozent.

Differenziert nach dem überwiegenden Erwerbsstatus im Referenzjahr waren im Berichtsjahr 2013 mit 69,3 Prozent weit mehr als zwei Drittel der Arbeitslosen ab 18 Jahren armutsgefährdet. Bei den überwiegend Erwerbstätigen ab 18 Jahren betrug der Anteil dagegen nur 8,6 Prozent.

ReH



© thomberlin - Fotolia.com

ungsquote ab sofort auf das Berichtsjahr bezogen.

Eine Person gilt nach der EU-Definition für EU-SILC als armutsgefährdet,

die Bevölkerung (14,2 Prozent). Ähnlich hohe Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern ergaben sich in der Altersklasse zwischen 18 und 64 Jahren (Frauen:

Ausschreibung des Förderpreises „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. schreibt gemeinsam mit der Firma Krewel-Meuselbach GmbH für das Jahr 2015 den Förderpreis „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“ aus, für den Kinder- und Jugendärzte vorgeschlagen werden können, die sich über einen längeren Zeitraum für benachteiligte Kinder in Krisenregionen oder in der Entwicklungszusammenarbeit persönlich eingesetzt haben.

Die schriftliche Bewerbung sollte den Einsatz und den Grund für die Preisverleihung detailliert beschreiben.

Der Preis ist mit 5.000,- € dotiert. Er soll Anerkennung und Dank für die Bereitschaft des Bewerbers sein, eine Zeitlang aktiv mitzuhelfen, die Not der Kinder unserer Welt zu lindern.

Bewerbungen sind bis zum 28.02.2015 zu richten an den

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

– Kennwort „Förderpreis“ –

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln

Die Verleihung des Preises an eine Organisation ist nicht möglich.

Zervikale Lymphadenopathien

Eine Vergrößerung der Lymphknoten im Kopf- und Halsbereich über 10-15 mm ist ein im Kindes- und Jugendalter häufig auftretendes und meist harmloses Symptom, welches Patienten und insbesondere Eltern dennoch oft sehr stark beunruhigt. Für den Kinder- und Jugendarzt gilt es, beim Auftreten von zervikalen Lymphomen zwischen reaktiven, selbst limitierenden und spontan rückläufigen Lymphknotenvergrößerungen und denjenigen zu unterscheiden, die einer intensiven diagnostischen Aufarbeitung und gegebenenfalls Therapie bedürfen. Ein strukturierter Diagnosealgorithmus hilft, das überaus häufige Bild einer zervikalen Lymphadenopathie korrekt zu beurteilen und ggf. zeitgerecht die notwendigen Therapiemaßnahmen einzuleiten.

Physiologische Bedeutung der zervikalen Lymphknoten

Die zervikalen Lymphknoten (LK) stellen eine erste immunologische Barriere bei Infektionen im Bereich des Nasopharynx, des Mundes, der Zähne oder auch der Haut (Occiput, Unterkiefer, untere Gesichtshälfte) dar. Dies erklärt die häufige Mitreaktion dieser Strukturen insbesondere bei der großen Zahl der meist durch Tröpfcheninfektion verbreiteten (Virus-) Infektionen der oberen Luftwege im frühen Kindesalter. Virusinfektionen können durchaus zu präferentiellen entzündlichen Lymphknotenvergrößerungen unterschiedlicher Lokalisationen führen: bei Infektionen mit EBV, CMV oder HIV kommt es vorzugsweise zur Mitbeteiligung der zervikalen LK während eine zervikale Lymphknotenvergrößerung bei HHV-6 -, Adenovirus- oder Enterovirusinfektion oft nur ein Teil einer generalisierten Lymphadenopathie darstellt.

Anamnese, klinisches Bild, klinische Untersuchung

Bei der Erhebung der Anamnese und des klinischen Befundes stehen eine Reihe von Fragen und Beobachtungen im Vordergrund, die wegweisend sein können für Richtung und erforderlichen Umfang des weiteren diagnostischen Vorgehens:

Folgende **Fragen** können helfen, eine grobe Unterteilung zwischen infektiöser oder anderer Genese vorzunehmen. Gefragt werden sollte nach

- Dauer und Wachstumsdynamik der LK-Vergrößerung
- Schmerzhaftigkeit: Hinweis für bakterielle Infektion bzw. Abszedierung
- Begleitsymptome wie Abgeschlagenheit, Gewichtsverlust und/oder Nachtschweiß (sogenannte B-Symptomatik) oder verstärkte Blutungsneigung und Knochenschmerzen als Hinweis auf eine maligne Systemerkrankung, z.B. Leukämie oder Non-Hodgkin-Lymphom
- Lokale Entzündungen oder Eintrittspforten, die zu einer meist bakteriellen Lymphadenitis führen können: z.B. Zahnaffektionen, Tonsillitis, Wunde oder Kratzspuren / Infektionen der Haut

- Umgebungserkrankungen? Durch Tröpfcheninfektion werden bei engerem Kontakt bakterielle Erreger wie Streptokokken übertragen. Gleiches gilt für die die meisten Viruserkrankungen, die mit einer zervikalen Lymphadenopathie einhergehen
- Haustiere z.B. Katzen als Überträger von Toxoplasmose oder Katzenkratzkrankheit
- Impfstatus
- Reisetätigkeit

Bei der **klinischen Untersuchung** ist wichtig zu beobachten

- wie der lokale Inspektions- und Palpationsbefund des/der veränderten Lymphknoten beschrieben werden kann: Zahl, Größe, Konsistenz (hart, weich), Hautrötung, Druckschmerzhaftigkeit oder Fluktuation als Hinweis für eine bakterielle Infektion bzw. Abszedierung. Des Weiteren Abgrenzbarkeit und Verschieblichkeit der Lymphknoten gegen Haut oder Unterlage. Bei der Größenbestimmung ist eine metrische Größenbestimmung (cm, mm) einer vergleichenden Bemessung („kirschgroß“) unbedingt vorzuziehen
- ob sich Lymphknotenvergrößerungen in malignomverdächtiger Lokalisation finden, z.B. fossa supraclavicularis, dorsal vom M. sternocleidomastoideus, axilläre Lymphome im Zusammenhang mit zervikalen Lymphknotenvergrößerungen (ist allerdings auch bei EBV-Infektion möglich)
- ob es sich wirklich um eine pathologische Lymphknotenvergrößerung handelt oder um eine andere Raumforderung, z.B. Halszyste, Lymphangiom u.a.m
- ob eine isolierte (ein- oder beidseitige) zervikale Lymphadenopathie vorliegt oder ob die Veränderungen Teil einer generalisierten Lymphadenopathie sind
- ob im Versorgungsgebiet der Lymphknoten eine mögliche lokale Eintrittspforte nachzuweisen ist
- ob eine Milz- und/oder Lebervergrößerung (Malignom?, Speicherkrankheit?, EBV-Infektion?) vorliegt oder
- ob sich weitere Symptome finden, die auf ein malignes Geschehen hinweisen (Blässe, Hämatome, Petechien?)



Prof. Dr.
Wolfram Scheurlen



Dr. Gerhard
Hammersen

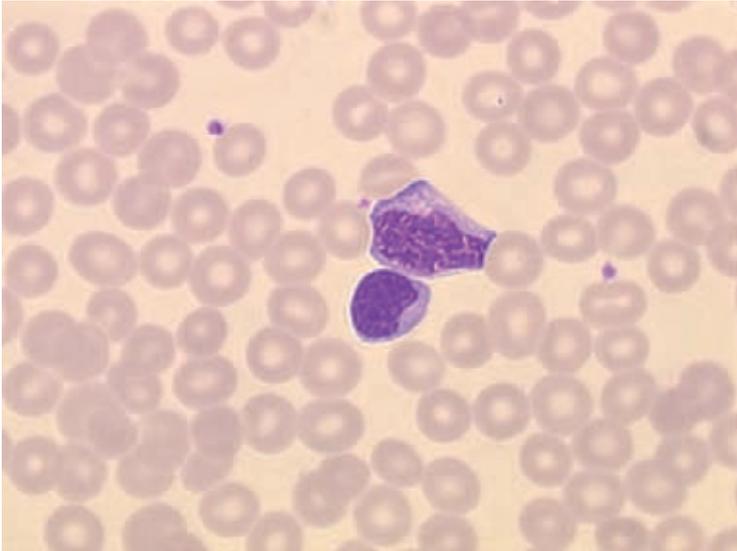


Abb. 1: Typische "Pfeifferzelle" mit teils gelappten Kernen, das Zytoplasma "fließt" zwischen die Erythrozyten, die Zelle scheint an den Erythrozyten anzukleben. Die Kern/Plasma-Relation ist im Gegensatz zu Blasten einer Leukämie zugunsten des Plasma verschoben.

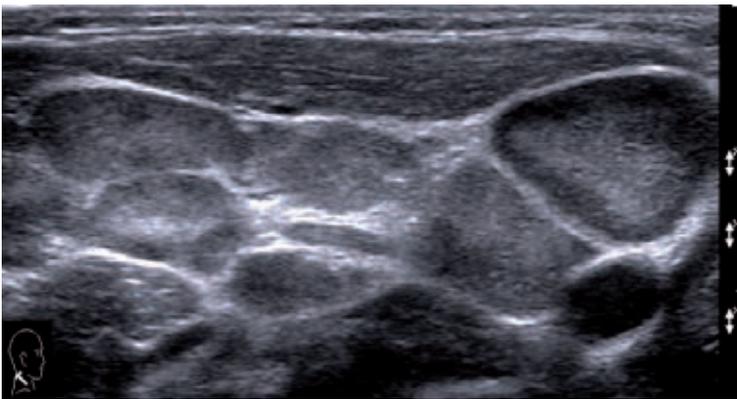


Abb. 2: Unspezifische Lymphknotenvergrößerung bei Virusinfekt. Die vergrößerten Lymphknoten erscheinen als scharf begrenzt und glatt begrenzte Areale mit homogener, feingranulärer Echotextur. In dem Lymphknoten links unten erkennt man zentral den bandförmigen, echoreichen Hilus.

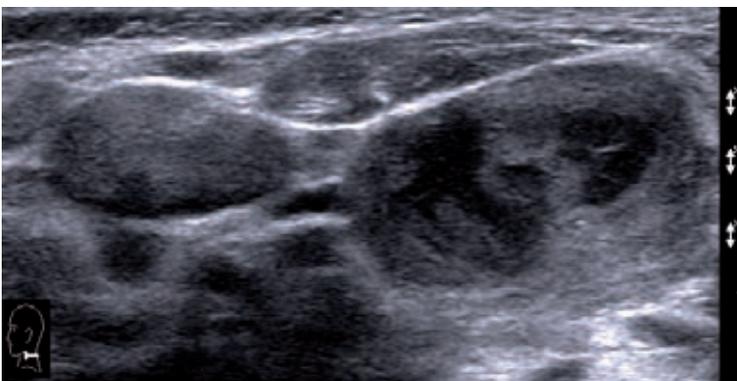


Abb. 3: Lymphknotenabszedierung bei bakterieller Infektion. Die normale Anatomie des Lymphknoten rechts im Bild ist zerstört: die Echotextur ist inhomogen mit unscharf begrenzten echoarmen Arealen im Lymphknoten. Links im Bild nicht abszedierter Lymphknoten mit homogener Echotextur.

Differenzialdiagnose

Grundsätzlich können abgegrenzt werden

- Entzündliche Lymphknotenveränderungen infolge einer Infektion mit Viren, Bakterien, atypischen Mykobakterien (MOTT), Pilzen oder Parasiten (z.B. Toxoplasma)
- Immunologische Erkrankungen im Sinn von überschießenden Entzündungsreaktionen (Kawasaki-Syndrom) oder mit z.T. Malignom-artiger Ausbreitung (Hämophagozytische Lymphohistiozytose (HLH), Langerhans-Zell-Histiozytose (LCH))
- Maligne Erkrankungen, z.B. Leukämie, Non-Hodgkin-Lymphom, M. Hodgkin, Metastasen solider Tumoren.
- -Andere regionale Raumforderungen, z.B. Halszyste, Lymphangiom, Parotitis (Mumps)

Diagnostisches Vorgehen

Labordiagnostik

Blutuntersuchungen können wertvolle differenzialdiagnostische Informationen geben, die über Notwendigkeit, Dringlichkeit und Intensität weiterer Untersuchungen entscheiden. Folgende Untersuchungen können je nach vorab erhobenen anamnestischen und klinischen Befunden indiziert sein und eine differenzialdiagnostische Hilfestellung bieten:

- Blutbild: Anämie, Leukopenie/Leukozytose, Thrombopenie bei Leukämie, Thrombopenie und evtl. Leukozytose/Leukopenie bei EBV-Infektion möglich
- Differenzial-Blutbild: Nachweis von Blasten oder Reizlymphozyten („Pfeiffer-Zellen“, Abb. 1)
- BSG, CRP: je nach Höhe kann die differenzialdiagnostische Abgrenzung einer Virusinfektion von einer bakteriellen Infektion oder einem Malignom erleichtert werden
- LDH, Harnsäure als Hinweis auf einen erhöhten Zellerfall bei Leukämie oder Lymphom; eine LDH-Erhöhung wird auch bei EBV-Infektionen beobachtet
- Transaminasen: eine Erhöhung findet sich v.a. bei EBV-Infektionen im Sinn einer Begleithepatitis,
- Erregerdiagnostik durch Schnelltests, Kulturen oder PCR
- gezielte serologische Untersuchungen zur Erregerdiagnostik z.B. bei EBV-Infektion oder einer HIV-Infektion;
- Interferon-Gamma-Freisetzungstests bei v. a. Tbc-Infektion

Bildgebung Sonographie

die Sonographie ist die bildgebende Untersuchung der Wahl bei der Beurteilung pathologisch veränderter zervikaler Lymphknoten. Die oberflächliche Lokalisation der zu untersuchenden Strukturen und die universelle Verfügbarkeit dieser Untersuchungsmethode machen sie zu einem idealen Werkzeug für Initialdiagnostik und Verlaufsbeobachtung des Krankheitsprozesses. Sie erlaubt auch die Differenzierung zwischen zervikalen Lymphknotenvergrößerungen und anderen zervikalen Raumforderungen, z.B. Halszyste, Erkrankungen der Speicheldrüsen oder der Schilddrüse, Lymphangiom, Dermoiden, Tumoren.

Erreger	Anamnese	Klinik	Labor	Bildgebung	Therapie
bakteriell					
Streptokokken	Umgebungs-anamnese	Tonsillitis, syst. Krankheitsgefühl	Leukozytose, BSG und CRP ↑	-	Penicillin
Staphylokokken		Einseitig, syst. Krankheitsgefühl, Zahnstatus?	s.o.	Abszessbildung?	Antibiot., evtl. Abszessinzision
MOTT, meist Mycobakterium avium	Orale Aufnahme v. Schmutz	Einseitig. Kein allg. Krankheitsgefühl	Geringe syst. Entzündungsaktivität, Pos. Tuberkulin-Test, neg. IFN- μ -release assay	Zunehmende Abszessbildung	OP, wenn inoperabel antibiot. Therapie
Toxoplasmose		Selten Fieber, Muskelschmerzen, Exanthem, Hepatosplenomegalie	Lymphozytose, Serologie		Antibiot. Therapie
Bartonella henselae	Katzen?	Einseitig, lokale Eintrittspforte?, selten allg. Krankheitsgefühl u. Fieber	Serologie		i.d.R. keine, bei schwerer system. Form Makrolide
Zervikale Aktinomykose	Verletzung im Mundbereich, begleitende Erkrankungen	Brettharte zervikale, nicht schmerzhaftige Schwellung und Rötung	Probeexzision	Sonographie, NMR	Antibiot. Therapie
viral					
EBV, CMV, HSV, Masern, Röteln,	Tröpfcheninfektion, Umgebungs-anamnese, z.T. auch nach Impfungen	Allg. Krankheitsgefühl und Fieber unterschiedlicher Ausprägung, weitere erregerspez. klin. Symptome (Hauteffloreszenzen unterschiedlicher Morphologie und Verteilung, Enantheme, Vergrößerung von Milz und/oder Leber...)	Erregerspez. Blutbild-Veränderungen bzgl. Verteilungsmuster und Zellmorphologie, Serologie	Evtl. Sonographie	symptomatisch
HIV	Rez. oder pers. Infektionen, Durchfälle, persist. Fieber,	Zytopenien, Dermatitis, Hepatosplenomegalie, Parotisschwellung, interst. Pneumonie, atyp. Infektionen	Serologie, RNA-Nachweis	Echokardiographie, Rö. Thorax, Sonographie Abdomen...	Kombinierte antiretrovirale Therapie
Andere (Influenza, Rhinoviren, Enteroviren...)	Tröpfcheninfektion, Umgebungs-anamnese	Allg. Krankheitsgefühl und Fieber unterschiedlicher Ausprägung Infekte der oberen Luftwege, Tonsillitis, Pharyngitis, Exantheme...	Unspezifische BB-Veränderungen. Selten Serologie erforderlich	Keine	symptomatisch

Tab. 1: Häufige bzw. wichtige differenzialdiagnostisch zu beachtende Infektionen, die mit cervikalen Lymphknotenvergrößerungen einhergehen können

Die sonographische Beurteilung der Lymphknoten umfasst genaue Lokalisation, Zahl, Form, Größe, Lagebeziehung der Lymphknoten untereinander und zum umgebenden Gewebe, Abgrenzbarkeit, Verschieblichkeit, Echotextur, Echogenität und Durchblutung des lymphatischen Gewebes (Abb.2-6). In ausgewählten Fällen können typische sonographische Veränderungen der Lymphknoten auf die Pathogenese und Ätiologie der Lymphknotenvergrößerung hinweisen, z.B. bei einer Entzündung (Abb. 2), Abszedierung (Abb. 3) oder atypischen Mykobakterieninfektion (Abb. 4). Lymphknotenveränderungen bei Malignomen wie beim M. HODGKIN (Abb. 5) oder Lymphknotenmetastasen (Abb. 6) zeigen charakteristische, wenn auch nie diagnostisch beweisende Veränderungen.

Wichtig ist dabei nicht nur eine einmalige Untersuchung sondern ggf. kurzfristige Verlaufsuntersuchungen: das Auftreten inhomogener Bezirke in einem entzünd-

lich veränderten Lymphknoten im Verlauf mehrerer Tage weist auf eine Abszedierung hin und erfordert eine chirurgische Intervention. Die Sonographie weiterer Lymphknotenstationen des Körpers (Axilla, Inguinalregion) und des Abdomens auf der Suche nach weiteren pathologisch veränderten Lymphknoten, nach Milz- oder Lebervergrößerung bzw. Echogenitätsveränderungen dieser Organe ist bei V.a. einen malignen Prozess ebenso unerlässlich wie die Sonographie des oberen Mediastinums (Thymus? Tumor? Lymphome?).

Röntgenuntersuchungen

Sie spielen eher eine untergeordnete Rolle. Dennoch ist bei V.a. auf malignes Lymphom oder Leukämie eine Röntgenuntersuchung des Thorax indiziert, um Thymusgröße (Leukämie, Lymphom?) oder die Größe der mediastinalen Lymphknoten (z.B. M. Hodgkin?) genau beurteilen zu können.

Probeexzision

Eine Probeexzision mit Entnahme eines gesamten Lymphknotens ist bei V.a. Lymphom oder Metastase indiziert. Feinnadelbiopsien sind obsolet. Bei dringendem V.a. Lymphom ist in der gleichen Narkose eine Knochenmarkspunktion bzw. Knochenstanze durchzuführen.

Wegen der unbedingt notwendigen überaus komplexen histologischen und molekulardiagnostischen Diagnostik im Rahmen der Initialdiagnostik von Lymphomen und Leukämien sollten bei Verdacht auf maligne Systemerkrankung solche diagnostischen Eingriffe nur an kinder-onkologischen Zentren durchgeführt werden, um für die Patienten belastende Doppeleingriffe zu vermeiden.

Die vollständige Exstirpation eines oder mehrerer fallener Lymphknotens bei Infektion mit atypischen Mykobakterien (MOTT, mycobacteria other than tuberculosis) – stellt die Therapie der Wahl dar. Eine Teilentfernung birgt das hohe Risiko eines Rezidivs oder einer Fistelbildung. Ist eine vollständige Exstirpation nicht möglich ist eine dreifache antibiotische Behandlung mit Clarithromycin (oder Azithromycin), Ethambutol und Rifampicin (oder Rifabutin) über 6 bis 12 Monate, im Einzelfall bis 24 Monate indiziert.

Differenzialdiagnostische Überlegungen

Zahlenmäßig bei weitem am häufigsten ist eine Infektionskrankheit die Ursache einer zervikalen Lymphadenopathie (Tab. 1). Hier gilt es, angesichts therapeutischer Konsequenzen zeitnah eine bakterielle Ursache von einem viralen Geschehen abzugrenzen. Immunologische Erkrankungen mit nicht – infektiös entzündlichen Lymphknotenvergrößerungen z. B. bei periodischen Fiebersyndromen oder Kawasaki-Syndrom müssen angesichts anderer Therapiemaßnahmen bedacht werden (Tab. 2). Eine maligne Systemerkrankung ist deutlich seltener der Grund einer Lymphknotenschwellung im Halsbereich, dennoch ist diese differenzialdiagnostische Überlegung die häufigste Ursache für eine Abklärung dieses Symptoms in Spezialsprechstunden. Ein Immundefekt oder eine angeborene Speicherkrankheit hingegen bilden die Ausnahme (Tab. 3).

Therapieoptionen

Die Mehrzahl der im Kindesalter beobachteten zervikalen Lymphadenopathien sind viraler Genese und i.d.R. selbst limitierend (Ausnahme HIV-Infektion). Eine zuwartende Haltung ist vertretbar, ein Größenrückgang innerhalb von 4-6 Wochen oder eine Größennormalisierung innerhalb von 8-12 Wochen ist aber zu fordern. Bakterielle Erreger bedürfen nach diagnostischer Sicherung einer gezielten antibiotischen Therapie bzw. operativen Sanierung bei Abszedierung z.B. bei Staphylokokkeninfektionen. Bei fehlendem Erregernachweis ist eine probatorische antibiotische Therapie für höchstens zwei Wochen gerechtfertigt, bevor bei ausbleibender Besserung eine erweiterte Diagnostik (Probeexzision) durch-

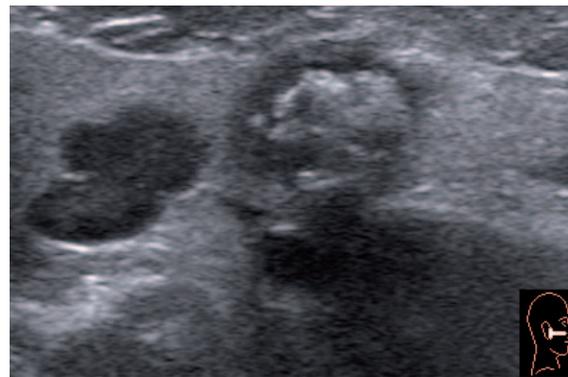


Abb. 4: Lymphadenitis im Bereich der Wange / Parotis bei Infektion mit nichttuberkulösen Mykobakterien. Links im Bild zwei dicht nebeneinanderliegende, vergrößerte Lymphknoten: relativ echoarm mit homogener Echotextur, charakteristisch für Frühstadium der MOTT-Lymphadenitis. Im weiteren Verlauf treten bei Verkäsung der Lymphknoten charakteristische krümelige Echovermehrungen auf, rechts im Bild.

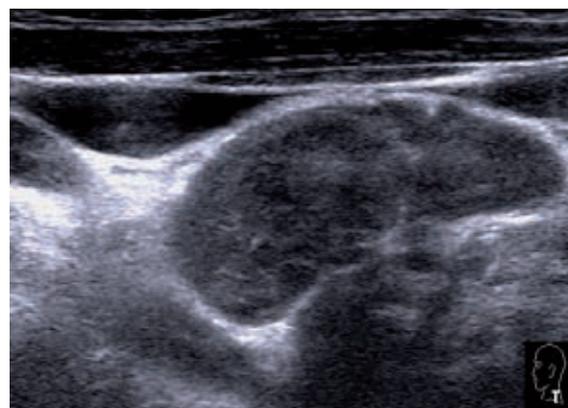


Abb. 5: Lymphknotenvergrößerung bei M. Hodgkin. Zwei stark vergrößerte Lymphknoten mit etwas inhomogener, retikulärer Echotextur. Auch die supraclaviculäre Lage der Lymphome ist verdächtig für maligne Systemerkrankung.

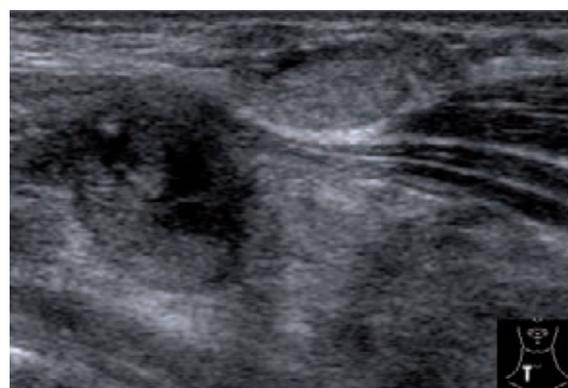


Abb. 6: Lymphknotenmetastasen bei Schilddrüsenkarzinom. Der im Bild rechts gelegene Lymphknoten zeigt eine homogene Echotextur wie bei unspezifischer Lymphadenitis; bei der Metastase links im Bild ist die normale Lymphknotenarchitektur zerstört mit entsprechend inhomogener Echotextur.

Erkrankung	Anamnese	Klinik	Labor	Bildgebung	Therapie
Kawasaki-Syndrom	Therapie- (Antibiotika-) resistentes Fieber über 5 Tage, deutliches Krankheitsgefühl	4 der 5 Hauptsymptome: Fieber, (laterale) Konjunktivitis, „Lacklippen“ und „Erdbeerzunge“, Palmar-/Plantarerythem mit späterer Schuppung der Fingerkuppen, polymorphes Exanthem, zervikale Lymphknotenschwellung	Thrombozytose, CRP und BSG ↑↑, Leukozytose mit Linksverschiebung, Transaminasen ↑, IgE ↑, C3 und C4 ↓, evtl. Liquorpleozytose, Proteinurie	Sono Abdomen (Gallenblasenhydrops?, Echokardiographie (Coronara-neurysmen?))	ASS, Immunglobuline. Steroide bei Hochrisiko-Pat. (Kobayashi-Score ≥ 5 und/ oder prim. Herzeteiligung)
PFAPA	Periodisches Fieber für 4-5 Tage, 4-6-wöchentliche Intervalle, unauffällig zwischen Attacken, Beginn < 5 Jahre, normale Entwicklung	Aphthöse Stomatitis, Pharyngitis, Lymphadenitis, Fieber bis >40°C, Ausschluss anderer Formen des periodischen Fiebers	Leukozytose, CRP ↑, Procalcitonin normal	keine	Evtl. eine Gabe Steroide, Cimetidin, Tonsillektomie?
Syst. Lupus erythematodes	B-Symptomatik, spez. klinische Symptome je nach vorrangig betroffenen Organ	Charakteristische Hautveränderung, Fieber, B-Symptomatik, Beteiligung u.a. von Niere, Herz, ZNS, Lunge, Muskeln Knochenmark	Hoch positive antinukleäre Antikörper, hohe Entzündungsaktivität, path. Befunde je nach betroffenen Organen,	Sonographie oder MR betroffener Organe	Immunsuppression

Tab. 2: Auswahl immunologischer Erkrankungen mit nicht infektiös-entzündlicher zervikaler Lymphknotenvergrößerung

Erkrankung	Anamnese	Klinik	Labor	Bildgebung	Therapie
Maligne Systemerkrankungen					
Leukämie, T- oder B-Zell-Lymphom, Histiozytose,	Leistungsknick, B-Symptomatik, Knochenschmerzen, Infektionen, Blutungszeichen	Anämie, Hämatome, Petechien, Milz-, Lebervergrößerung, Hautveränderungen	Anämie, Leukozytose, Leukopenie, Thrombopenie, Erhöhung von LDH, Harnsäure, CRP, BSG, Kreatinin	Rö-Thorax: Thymusvergrößerung, Ergussbildung. Sonographie des Abdomens: Vergrößerung oder Infiltration der parenchymatösen Bauchorgane, der Darmwand und/oder der intraabdominellen Lymphknoten	Polychemotherapie
M. Hodgkin	Leistungsknick, B-Symptomatik	Lymphknotenvergrößerung per continuitatem, Milz-, Lebervergrößerung	Anämie, Leukozytose, Leukopenie, Thrombopenie, Erhöhung von LDH, Harnsäure, CRP, BSG, Kreatinin	Rö-Thorax: Vergrößerung der mediastinalen Lymphknoten; Sonographie des Abdomens: Vergrößerung oder Infiltration von Leber, Milz, intraabdominellen Lymphknoten	Polychemotherapie, evtl. Bestrahlung
Immundefekte: dauerhafte Stimulation lokaler Lymphknoten im Rahmen von Granulombildungen oder ineffektiver immunologischer Abwehr, z.B.					
Sept. Granulomatose	Anfälligkeit gegenüber bzw. nicht-Abheilen von bakteriellen und Pilzinfektionen	Rez. schwere bakterielle oder Pilzinfektionen, fehlendes Gedeihen,	Erhöhung von Leukozyten, CRP, BKS Erregernachweis in Abszessen, seltene Erreger	Röntgen: Pneumonien, Vergrößerung thorakaler Lymphknoten, Osteomyelitis. Sonographie: Organabszesse, gen. Lymphknotenvergrößerung	Antibiot. Behandlung, kurativ KMT
Speicherkrankheiten: Speicherung von Stoffwechselzwischenprodukten in Makrophagen und retikuloendothelialen System					

Tab. 3: Ausgewählte seltene Ursachen einer zervikalen Lymphadenopathie

geführt wird. Bei einer Infektion mit atypischen Mykobakterien sollte primär eine operative Sanierung angestrebt werden. Für die Behandlung von nicht-infektiösen entzündlichen zervikalen Lymphadenopathien s. Tab. 2. Maligne Systemerkrankungen müssen ebenso wie Speicherkrankheiten oder Immundefekte in Spezialabteilungen an erfahrenen Zentren gemäß der aktuellen Therapierichtlinien behandelt werden.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzanschrift:
 Prof. Dr. Wolfram Scheurlen
 Dr. Gerhard Hammersen
 Cnopf'sche Kinderklinik
 St.-Johannis-Mühlgasse 19
 90419 Nürnberg
 Tel.: 0911/3340-3000
 E-Mail: Wolfram.Scheurlen@diakonieneuendetelsau.de

Reg.: Huppertz

Der besondere Fall ●●●

Die Traktions-Apophysitis der Tuberositas des fünften Os metatarsale (Iselin'sche Erkrankung)

Fallbericht

Ein 9 5/12 Jahre altes Mädchen, stellte sich in der Praxis wegen anhaltender und zunehmender einseitiger Fußschmerzen vor. Sie hatte seit etwa 2 Monaten eine druckschmerzhaft Beule am rechten Fuß beobachtet, die zwischenzeitlich zugenommen hatte. Die Patientin ist sportlich sehr aktiv und betreibt neben dem wöchentlichen Schulsport seit 2 Jahren intensiv Leichtathletik, Geräteturnen, Badminton, springt zu Hause auf dem Trampolin und fährt Inliner. Die übrige familiäre und eigene Vorgeschichte des in der Praxis bekannten Kindes ist unauffällig.



Die allgemeine körperliche Untersuchung ergibt keine Besonderheiten (Größe 143,6 cm, Gewicht 41 kg, BMI 19,9;). Im Bereich der Tuberositas des rechten fünften Os metatarsale findet sich im Vergleich zur linken Seite eine Auftreibung mit Rötung und starker Druckschmerzhaftigkeit. Bei der weiteren Untersuchung des Fußes zeigt sich im Bereich des Calcaneus ebenfalls ein beidseitiger Druckschmerz als Hinweis auf eine gleichzeitig vorhandene Calcaneus Apophysitis. Über einen Patienten mit einer Apophysitis calcanei (ebenfalls eine Traktions-Apophysitis) hatten wir bereits im KJA Heft 11/2010 berichtet. Die ergänzenden Laboruntersuchungen (Blutbild, Ferritin, Transaminasen, alkalische Phosphatase und Vitamin D) waren unauffällig.

Eine ergänzend durchgeführte Röntgenuntersuchung bestätigt in Verbindung mit dem klinischen Bild die Verdachtsdiagnose einer Calcaneus Apophysitis und einer Apophysitis des fünften rechten Os metatarsale (Iselin'sche Erkrankung). Die Röntgenuntersuchung zeigt am Os metatarsale V eine angehobene Apophyse mit erweiterter Wachstumsfuge (siehe Abb.).

Die Traktions-Apophysitis ist eine häufige Erkrankung des wachsenden Jugendlichen und spiegelt den chronischen traumatischen Stress auf unterschiedliche Wachstumsfugen wider, z.B. medialer Malleolus, Olecranon, Acromion, Beckenkamm, Tuberschhiadicum, Trochanter major, Tuberositastibiae (Osgood Schlatter), Patella (Sinding-Larsen-Johannson), Calcaneus Apophysitis.

Iselin hat erstmals 1912 die Traktions-Apophysitis als Krankheitsbild an der Tuberositas des fünften Metatarsale in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie beschrieben. Seit der Erstbeschreibung wurde in der Literatur nur sporadisch über das Auftreten der Iselin'schen-Erkrankung berichtet. Das klinische Bild dürfte in der Praxis jedoch öfter auftreten, als es diagnostiziert wird. Die Erkrankung tritt vor allem in den Wachstumsphasen bei körperlich aktiven Jungen und Mädchen im Alter zwischen 8 und 13 Jahren auf. Die Apophyse wird bei Mädchen ungefähr mit 9,7 Jahren, bei Jungen mit 12,1 Jahren im Röntgenbild sichtbar. Dieses sekundäre Ossifikationszentrum legt sich plantar wie eine Schale über die Tuberositas des fünften Os metatarsale. Die Apophyse fusioniert mit dem fünften Metatarsale bei Mädchen im Alter von ungefähr 11 Jahren und 7 Monaten und bei Jungen im Alter von ungefähr 14 Jahren und 2 Monaten. In seltenen Fällen kann diese Fusion auch ausbleiben. Anatomische Studien haben gezeigt, dass die Apophyse in ein Knorpelgewebe eingebettet ist, in das der M. peroneus-



Dr. med.
Jürgen Hower



Dr. med.
Thomas Lamberti

brevis inseriert. Die betroffenen Jugendlichen stellen sich mit lateralen Fußschmerzen vor, die ihre Bewegungsfähigkeit einschränken. Hinweise für eine Trauma-Anamnese finden sich meist nicht. Die Schmerzen nehmen bei sportlicher Aktivität zu und bei Ruhe ab. Die Beschwerden werden durch einen verstärkten Zug auf die Apophyse des fünften Metatarsale (M peroneusbrevis) verursacht. Sie treten vor allem bei Kindern im Wachstumsalter auf, die aktiv Sport betreiben, vor allem wenn dieser mit Laufen und Springen verbunden ist. Die Diagnose kann primär klinisch bei einer Schwellung des fünften Os metatarsale im Bereich der Tuberositas in der Praxis gestellt werden. Röntgen-Aufnahmen sind nicht unbedingt erforderlich. Sie können aber andere Ursachen ausschließen und in einzelnen Fällen traktionsbedingte Veränderungen im Bereich der Apophyse aufzeigen. Bei unserer Patientin ist die Apophyse wahrscheinlich durch den Zug des M peroneusbrevis transloziert und nach proximal geöffnet. Therapeutisch führt die Ruhigstellung des Fußes über 2-3 Monate bei den meisten Betroffenen zur Ausheilung und zum Nachlassen der Schmerzen. Die Beschwerden verschwinden nach Verknöcherung der Wachstumsfuge.

In der Praxis sollte bei sportlichen Kindern im Wachstumsalter mit Beschwerden im Bewegungsapparat im-

mer an die Möglichkeit einer Traktions-Apophysitis gedacht werden. Damit können den Betroffenen eine aufwendige Diagnostik und viele unnötige Sorgen um ihre Gesundheit erspart bleiben.

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt

Korrespondenzadresse:

Dr. Jürgen Hower und Dr. Thomas Lamberti
Kinderärzte
Praxis KIDS 4.0 Standort Dümpten
Mellinghofer Strasse 256
45475 Mülheim an der Ruhr
E-Mail: juergen.hower@gmail.com

In Zusammenarbeit mit

Johannes E. Voelker und Dr. Dirk Trappmann
Fachärzte für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie
Die Unfallpraxis
Eppinghofer Str. 173
45468 Mülheim an der Ruhr

Red.: Huppertz

Schenken Sie



So können Sie Licht spenden:

- Eine Operation am grauen Star kostet in Ostafrika 30,- €
- Eine Tube Tetracyclinsalbe bewahrt in Afrika einen Erwachsenen ein Jahr vor Erblindung. Kosten: 5,- €
- Blinde Kinder in Deutschland brauchen für die Schulung ihres Orientierungssinnes Kurse im therapeutischen Reiten. Kosten pro Kind: 50,- €.

Sie bringen durch eine Spende Licht in das Dunkel blinder und sehbehinderter Menschen – ein Weihnachtslicht besonderer Art.



Spendenkonto: 7 213 300 bei Bank für Sozialwirtschaft, BLZ 370 205 00

Deutsches Blindenhilfswerk

Schulte-Marxloh-Str. 15, 47169 Duisburg
Tel. 0203 - 355 377; mail: info@blindenhilfswerk.de
Internet: www.blindenhilfswerk.de

Welche Diagnose wird gestellt?

Anne Siegmund

Anamnese

Ein 1,5-jähriges Mädchen wird mit einem seit Geburt bestehenden Plaque im Bereich der rechten Schulter vorgestellt. Dieser sei innerhalb der ersten Lebensmonate kontinuierlich mitgewachsen und nehme auch weiterhin an Größe zu. Das Mädchen, spontan geboren, ist das zweite Kind, Geburtsgewicht 2.700 g. Die weitere Eigen- und Familienanamnese ist leer.

Untersuchungsbefund

18 Monate altes weibliches Kleinkind in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Im Bereich der rechten Schulter zeigt sich ein 4,5 x 4,5 cm großer, erythematöser Plaque, der behaart und am Rand leicht erhaben ist. HNO-Bereich reizfrei. Keine vergrößerten Lymphknoten, keine Organomegalie.

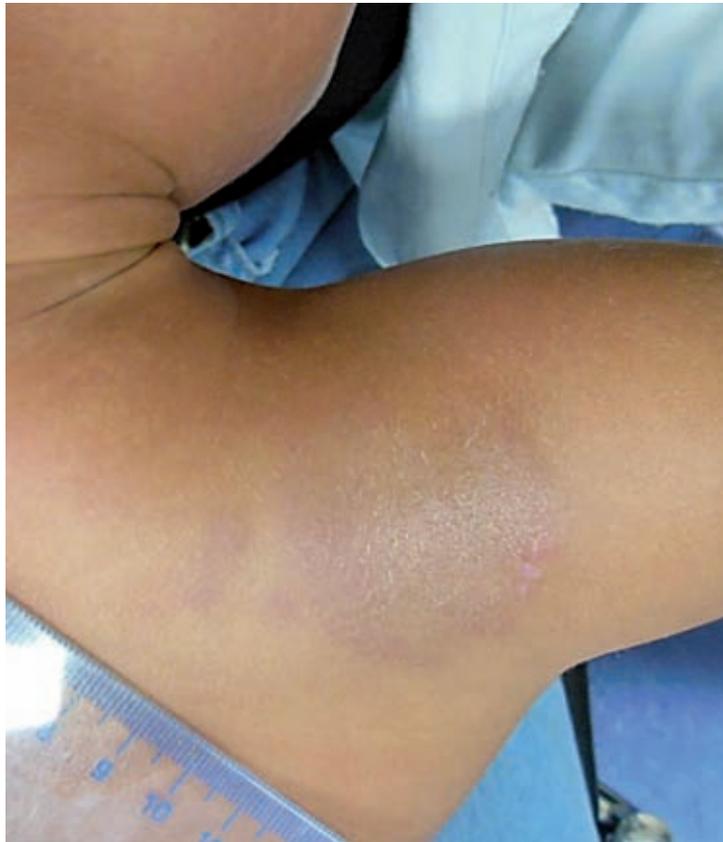


Abb. 1:
Rundlicher,
leicht erhabener
Tumor auf der
rechten
Schulter



Abb. 2:
Die Nahaufnahme zeigt eine umschriebene Hypertrichose, die differenzialdiagnostisch an ein Glattmuskelhmartom bzw. einen kongenitalen Naevus denken lässt

Welche Diagnose wird gestellt?

Diagnose:

Tufted Angioma

Das Tufted Angioma („Büschelförmiges Angiom“, Anbioblastom) ist ein seltener Gefäßtumor, der sich im Verlauf der ersten 5 Lebensjahre entwickelt; in etwa 15% ist er bereits bei Geburt manifest (1). Der Tumor wurde 1989 durch Wilson-Jones und Orkin (2) von Kaposi-Sarkom und Angiosarkom abgegrenzt. Der Name „Tufted Angioma“ bezieht sich auf das durch charakteristische „Büschel“ („tufts“) von Endothelzellen in der Dermis gekennzeichnete histologische Bild. Klinisch zeigt sich ein rötlicher, weicher, indurierter Plaque mit gummiartiger Konsistenz, der mit Hypertrichose und Hyperhidrose einhergehen kann und gelegentlich druckschmerzhaft ist. Der Tumor ist meist im Kopfbereich oder im Bereich des oberen Thorax lokalisiert.

Das Tufted Angioma weist viele histologische Gemeinsamkeiten mit dem Kaposiformen Hämangioendotheliom (KHE) auf und wird als eine oberflächlichere Variante bzw. Vorläuferläsion des KHE aufgefasst; im Verlauf kann es in der Tat zur Infiltration von Subkutis, Faszie und Muskelgewebe kommen. Der Tumor wird daher als semimaligne eingeordnet; Fernmetastasen treten nicht auf (1). Eine typische Komplikation ist das Kasabach-Merritt-Syndrom, bei dem es durch Thrombozytenaggregation im Tumor zu einer Aktivierung des Gerinnungssystems und schließlich zu einer Verbrauchskoagulopathie kommt. Die Mehrzahl der Fälle von Kasabach-Merritt-Syndrom treten in Zusammenhang mit KHE bzw. Tufted Angioma auf, entgegen weitverbreiteter Auffassung jedoch nicht bei klassischen Säuglingshämangiomen (3).

Diagnostik

Histologisch zeigen sich in der Dermis „kanonenkugelartige“ Gefäßknäuel, die teilweise von halbmondförmigen Hohlräumen umgeben sind. Die Immunhistologie zeigt Positivität für den

Marker WT1 (Willms-Tumor-Antigen), der typisch ist für proliferierende Tumoren. Im Unterschied zu Hämangiomen wird GLUT1 (Glukose-Transporter) nicht exprimiert.

Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch muss aufgrund der häufigen (aber nicht obligaten) umschriebenen Behaarung in erster Linie an ein Glattmuskelhamartom oder einen Naevuspigmentosus et pilosus gedacht werden; gelegentlich besteht auch Ähnlichkeit zu einem Hämangiom. Eine sichere Abgrenzung bei klinisch unklarem Befund kann nur histologisch erfolgen.

Therapie

Behandlung der Wahl ist die frühzeitige, möglichst radikale Exzision, um dem infiltrierenden weiteren Wachstum und der Entwicklung eines Kasabach-Merritt-Syndroms vorzubeugen bzw. Rezidive nach inkompletter Entfernung zu vermeiden.

Literaturangaben

1. Colmenero I, Hoeger PH. Vascular tumours in infants. Part II: Vascular tumours of intermediate dignity and malignant tumours. *Brit J Dermatol* 2014; 171: 474-484
2. Wilson-Jones E, Orkin M. Tufted angioma (angioblastoma). A benign progressive angioma, not to be confused with Kaposi's sarcoma or low-grade angiosarcoma. *J Am Acad Dermatol* 1989; 20:214-225
3. Enjolras O, Wassel M, Mazoyer E et al. Infants with Kasabach-Merritt syndrome do not have 'true' hemangiomas. *J Pediatr* 1997; 130: 631-640

Dr. Anne Siegmund
Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Lilientronstraße 130, 22149 Hamburg

Red.: Höger

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



Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine
Vertretung

einen
Weiterbildungsassistenten

einen
Nachfolger

einen
Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

dann wenden Sie sich bitte an die

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.,
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. (02 21) 68 90 90, Tfx. 02 21 / 68 32 04
E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Ebola

Diese Viruskrankheit, benannt nach einem Fluss in der Demokratischen Republik Kongo, früher Zaire, in dessen Region 1976 dieses Filovirus erstmals isoliert wurde, hält die Welt in Atem. Auch wenn täglich mehr Menschen an Malaria sterben als bislang insgesamt (Stand Anfang November 2014) im momentanen Ebola-Ausbruch mit seinem Schwerpunkt in Westafrika, das Bedrohungspotential ist ungleich höher. Auch Kinder sind davon nicht verschont, wie der Bericht von Kollegen der Cap Anamur in dieser Fachzeitschrift anschaulich illustrierte (*Strahl W, Kinder- und Jugendarzt 45:524ff.*). UNICEF schätzt, dass ein Fünftel der Krankheitsfälle Kinder betreffen (Aerztezeitung online, 4.11.2014). Umso verständlicher ist daher der Wunsch nach einer effizienten Impfpfrophylaxe. Die bereits seit vielen Jahren laufenden Bemühungen einer Impfstoffentwicklung haben in Anbetracht der aktuellen, bisher grössten Ebola-Virus Epidemie eine ungeahnte Beschleunigung erfahren. In vielen Ländern, nicht zuletzt in den Epidemiegebieten selbst, laufen nun die Feldstudien an. In der Schweiz wird u.a. der Ebola-Impfstoff der Fa. GSK an 120 Freiwilligen in Lausanne getestet werden, die als medizinisches Personal bei der Bekämpfung der Ebola-Epidemie in Westafrika zum Einsatz kommen sollen: 100 Studienteilnehmer erhalten den Impfstoff, 20 erhalten Placebo. Der inaktivierte Impfstoff beruht auf einem gentechnisch veränderten Schimpansen-Adenovirus (Zaire Ebola Chimpanzee-Adenovirus, cAd3-EBO-Z) und soll insbesondere auf seine Immunogenität, aber auch Verträglichkeit geprüft werden. Wir dürfen auf die Ergebnisse gespannt sein.

Polio Endgame – neues Licht am Ende des Tunnels

Das so genannte „Polio Endgame“, also der von der WHO 1988 ausserufene Endspurt zur weltweiten Eliminierung der Poliomyelitis als zweite impfpräventable Infektionskrankheit des Menschen nach den Pocken, ver-

läuft nach zunächst grossen Erfolgen in den letzten Jahren leider eher stockend. Die einstmals bei hoher Krankheitslast in der Bevölkerung wegen der mitinduzierten Herdenprotektion so wertvolle orale Lebendimpfung (OPV) zeigt nun ihre Schattenseiten, indem immer wieder Poliomyelitiden durch Reversion der attenuierten Impfviren auftreten und asymptomatische Ausscheider der rückmutierten Polioviren diese in einstmals als poliofrei geltende Länder exportieren. Das führt dann immer wieder zu regionalen Krankheitsausbrüchen. Haben schon früher gewisse Religionsführer die Impfbemühungen der WHO in den wenigen verbliebenen epidemiologischen Hotspots der Poliomyelitis torpediert, indem sie hinter den Impfstoffen allerlei perfides Unheil witterten (z.B. Unfruchtbarkeit auslösende Substanzen), so erwies zuletzt die USA dem Eliminationsprogramm einen besonderen Bärendienst. Bekanntlich spürten als Polio-Impfhelfer getarnte US-Geheimdienstmitarbeiter das Versteck von Osama bin Laden auf und bereiteten so dessen Liquidierung vor.

Nun zeigt eine aktuelle Studie eines internationalen Forscherteams einen interessanten neuen Weg auf, die Poliomyelitis effizienter als bisher zu bekämpfen (*Science 2014;345:922-5*). Bisher glaubte man, dass insbesondere durch wiederholte Gabe von OPV nicht nur eine systemische, sondern auch eine effiziente lokale (=Darmmukosa) Immunität induziert werden kann. Im Gegensatz dazu könne mit der parenteral angewendeten inaktivierten (und somit prinzipiell keine Impfpoliomyelitis auslösenden) Poliovakzine (IPV) zwar die Poliomyelitis-Krankheit effizient verhindert werden, weniger gut aber die Replikation der Wildtypviren im Gastrointestinaltrakt- ergo sei mit IPV ein geringerer Herdenprotektionseffekt zu erwarten. Zwar hat die WHO schon länger darauf hingewiesen, dass in der Endphase der Polio-Elimination ein Wechsel von OPV zu IPV aus o.g. Gründen unabdingbar ist, jedoch kann man schon jetzt auf der Basis die-



Impfforum

ser neuen Studie den Stellenwert der IPV deutlich höher einstufen: Jafari und Mitarbeiter haben nämlich gezeigt, dass IPV eine durch OPV induzierte Mukosaimmunität besser boostert als OPV selbst. Sie verabreichten binnen einer Woche knapp 1000 mit OPV gegen Polio grundimmunisierten indischen Kindern (Alter 6-11 Monate, 5, oder 10 Jahre) randomisiert eine Boosterimpfung entweder als IPV, OPV, oder Placebo. Vier Wochen später erhielten alle Studienteilnehmer als so genannten „Challenge“ eine Dosis OPV (stellvertretend für Polio-Wildtypviren, die zu verabreichen sich aus ethischen Gründen verständlicherweise verbietet). Nach 3, 7 und 14 Tagen wurde die Exkretion von Polio-Impfviren im Stuhl als Marker für unzureichende Mukosaimmunität gemessen. Ergebnis war, dass die Ausscheidungsrate der Challenge-Viren bei den mit IPV geboosterten Studienteilnehmern zu allen Messzeitpunkten signifikant geringer als in der Placebo- und auch geringer als in der OPV-Gruppe war. Ferner zeigte sich, dass bei den 5- und insbesondere den 10-jährigen Kindern die Ausscheidungsrate konsistent höher lag im Vergleich zu den erst kürzlich grundimmunisierten Säuglingen – ein weiteres klares Indiz für die nachlassende Mukosaimmunität nach ausschliesslicher Impfung mit OPV.

Damit hat ein sequentielles OPV-IPV Impfschema, wie wir es in Deutschland vor bald 20 Jahren beim Wechsel von OPV auf IPV passager praktizierten, möglicherweise schon jetzt Potential

als bevorzugte Strategie zur Eliminierung der Poliomyelitis in den wenigen noch verbliebenen endemischen Regionen der Welt.

Impfempfehlungen anderer Länder

Fragen Sie sich manchmal bei neu aus dem Ausland zugezogenen Patienten in Ihrer Praxis, nach welchem Schema die Kinder und Jugendlichen bis dahin in ihrer Heimat geimpft wurden? Im Idealfall liegt eine Impfdokumentation vor, oftmals aber fehlt sie. Wenn sie fehlt bleibt nichts anderes übrig, als Nachholimpfungen gemäss STIKO-Empfehlungen (www.stiko.de, Tabelle 7) durchzuführen. Liegt die Dokumentation vor, so kann man auf der Internetseite der WHO (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary) sehr einfach die aktuellen Impfempfehlungen des Heimatlandes (von A wie Afghanistan bis Z wie Zimbabwe) mit dem Impfdokument des Patienten vergleichen. Sehr interessant ist auch ein neues Angebot der European Centers for Disease Control im Internet, indem Sie sehr anschaulich die Impfempfehlungen der EU-Länder vergleichen können (<http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx>). Tun Sie das einmal für Pertussis – das heterogene Bild ist beeindruckend. Haben wir in Europa so unterschiedliche Ansichten über den „richtigen“ Weg?

Prof. Dr. Ulrich Heining
Universitäts-Kinderspital beider
Basel (UKBB), Basel (Schweiz)

Red.: Huppertz



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Beeinflussen Narkosen im Säuglings- und Kleinkindalter das Erinnerungsvermögen und das Lernverhalten?

FDA Considers Data on Potential Risks of Anesthesia Use in Infants, Children

Kuehn BM, JAMA; 305 (17): 1749-53, 2011

Narkosen werden bei Säuglingen und Kleinkindern wegen unterschiedlicher Eingriffe durchgeführt. Über ihren Einfluss auf die Hirnentwicklung ist wenig bekannt. Es mehren sich aber auf Grund tierexperimenteller Befunde und erster epidemiologischer Untersuchungen die Sorgen, dass Narkosen im frühen Kindesalter die neurologische Entwicklung, insbesondere die Kognition und das Lernverhalten, negativ beeinflussen könnten.

Die vom National Center for Toxicology Research (NCTR) und der FDA auf Primaten ausgeweiteten Tierexperimente konnten die an Nagern gewonnenen Erkenntnisse bisher bestätigen. Die Gabe von Ketaminen, dem Prototyp eines N-methyl-D-aspartat-(NMDA)-Rezeptor-Antagonisten, führte bei jungen Rhesusaffen zu einem erhöhten neuronalen Zelltod. Bereits eine geringe Ketamin-Dosis, die für 9-24 Stunden verabreicht wurde, reichte aus, um bei 5-Tage alten Rhesusaffen eine neuronale Apoptose auszulösen. Dieser Effekt konnte nicht beobachtet werden, wenn Ketamine nur über 3 Stunden gegeben wurde, was eher eine typische Zeit für chirurgische Eingriffe im frühen Kindesalter ist.

Es konnte bisher noch nicht endgültig geklärt werden, ob diese Beobachtungen auch für menschliche Säuglinge und Kleinkinder gelten.

In einer retrospektiven Kohortenstudie an 383 Kindern des New York State Medicaid Programms wurden die Auswirkungen einer Hernienoperation in den ersten 3 Lebensjahren auf die spätere Hirnentwicklung untersucht. Die Entwicklung dieser Kinder wurde mit 5050 Kindern einer Kontrollgruppe ohne Operation im gleichen Zeitraum verglichen, nachdem das Alter, das Geschlecht und die Geburtsbedingungen berücksichtigt worden

waren. Die operierten Kinder wiesen doppelt so häufig Entwicklungsstörungen auf wie die Kontrollkinder (Hazard Ratio [HR] 2,3; 95% KI 1,3-4,3) auf.

In einer weiteren retrospektiven Geburtskohorten-Studie wurde in Olmsted County, Minnesota (1976-1982) die Assoziation zwischen Narkosebelastung in den ersten 4 Jahren und Lernschwierigkeiten im Alter von 5 Jahren untersucht. Bei der Datenanalyse wurden das Gestationsalter, das Geschlecht und das Geburtsgewicht berücksichtigt. Von den 5397 Kindern in der Kohorte erhielten 593 eine Narkose vor dem Alter von 4 Jahren. Im Vergleich zu den Kindern, die keine Narkose erhalten hatten (N=4.764), wiesen die Kinder, die nur einmal eine Narkose erhalten hatten (N=449) kein erhöhtes Risiko für eine Lernbehinderung (LB) auf (HR = 1,0; 95% KI 0,79-1,27). Bei Kindern mit zwei (N=100), drei (N= 44) oder mehr Narkosen nahm das Risiko für eine LB entsprechend zu (HR = 1,59; 95% KI 1,06-2,37 und HR = 2,60; 95% KI 1,60-4,24).

Sind es wirklich die Anästhetika, die die kognitive Entwicklung beeinflussen oder sind es vielleicht auch die Grunderkrankungen, oder vielleicht auch der Stress des Eingriffs, der auf ein noch unreifes Nervensystem trifft?

Die Ursache-Wirkungsbeziehung kann in epidemiologischen Studien nicht gesichert werden, da viele nicht kontrollierbare Variablen die Ergebnisse beeinflussen können. Kinder, die häufigere und auch längere Narkosen benötigen, sind meist kränker als Kinder mit nur einer Narkose.

Jetzt haben Autoren einer aktuellen Studie erneut geprüft, ob eine Narkose im Alter von 6-11 Monaten bei menschlichen Säuglingen das Gedächtnis beeinflusst. Achtundzwanzig Säuglinge, die eine Allgemeinnarkose erhalten hatten, wurden mit gleichaltrigen Säuglingen, die keine Allgemeinnarkose erhalten hatten, verglichen. Das Erinnerungsvermögen und die Vertrautheit mit Stimuli wurden in einem Objekt-Erkennungstest geprüft. Zusätzlich wurden der IQ und das kindliche Verhalten mit der Child Behavior Checklist gemessen.

Die Ergebnisse zeigten, dass Säuglinge, die im Alter von 6-11 Monaten eine Narkose erhalten hatten, sich schlechter erinnern konnten als die Säuglinge, die keine Narkose erhalten hatten. Diese Untersuchungs-Ergebnisse wurden in einer weiteren Studie von Yan et al. bestätigt, die auch nachweisen konnten, dass 3 oder mehr Ketamin-Narkosen die neurologische Entwicklung im Säuglingsalter negativ beeinflussen.

Die Reifung des menschlichen Gehirns zieht sich über viele Jahre hin. Die größte Entwicklungs-Aktivität wird in den ersten 2-3 Lebensjahren beobachtet (Myelinisierung und Synapsenbildung). Wenn auch der endgültige Beweis für eine durch eine Narkose bedingte Hirnschädigung im Säuglingsalter noch aussteht, ist ein negativer Einfluss möglich.

Diese Erkenntnisse stellen für Ärzte, die junge Kinder betreuen, ein Dilemma dar. Natürlich gibt es auch in diesem Lebensalter Eingriffe, die nicht unmittelbar notwendig sind, wozu z.B. auch die Beschneidung aus religiösen Gründen gehört. Die überwältigende Mehrheit der bei diesen Kindern durchgeführten Eingriffe sind jedoch unmittelbar notwendig und können meist auch nicht auf ein späteres Lebensalter verschoben werden. Keinesfalls sollten Eingriffe bei diesen Kindern ohne Narkose durchgeführt werden.

Weitere Untersuchungen sind notwendig, um herauszufinden, unter welchen Bedingungen eine Narkose weniger schädlich

sein könnte und ob die Auswahl des Anästhetikums einen Einfluss hat.

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

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

Rückgang der Pertussis-Erkrankungen bei Säuglingen in England nach Impfung der schwangeren Mütter

Pertussis Re-Emergence in the Post-Vaccination Era

Chiappini E, et al., *BMC Infectious Diseases*; 13: 151, März 2013

Obwohl die Einführung der Keuchhusten-Impfung im Säuglingsalter zu einem großen Rückgang der Keuchhusten-Erkrankungen geführt hat, ist die Erkrankungs-Inzidenz vor allem bei Jugendlichen und Erwachsenen in den westlichen Industrieländern wieder angestiegen. Mit der zunehmenden Erkrankungsrate sind auch die Todesfälle bei Säuglingen unter 6 Monaten, bei denen sich noch kein ausreichender Impfschutz entwickeln konnte, auf etwa 0,2% angestiegen. Säuglinge unter 6 Monaten tragen im Vergleich zur übrigen Bevölkerung ein 20fach erhöhtes Krankheitsrisiko, da sie in den ersten Lebensmonaten noch keinen ausreichenden Impfschutz besitzen. Mehr als 90% aller Pertussis-Todesfälle treten in dieser Altersgruppe auf. Es ist insgesamt nicht ganz klar, ob die Zunahme der beobachteten Erkrankungen auch auf eine vermehrte Wahrnehmung oder auf verbesserte diagnostische Methoden (z.B. polymerasechainreactionassay) zurückgeführt werden muss. Auch genetische Veränderungen des Erregers könnten eine zusätzliche Rolle spielen. Letztlich muss auch berücksichtigt werden, dass der Keuchhusten-Schutz weder nach einer Erkrankung noch nach einer Impfung lebenslang bestehen bleibt, sondern sich auf einen Zeitraum von etwa 5-8 Jahren beschränkt.

Die zunehmende Keuchhusten-Inzidenz hat die amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (CDC) veranlasst, zu empfehlen, schwangere Frauen zwischen der 27. und 36. Schwangerschaftswoche gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis mit einer Tdap-Vakzine zu impfen.

In Großbritannien wurde 2011/2012 mit 14 Todesfällen bei Säuglingen unter 12 Monaten die höchste Mortalitätsrate seit 1982 beobachtet. Im Oktober 2012 wurde deshalb als Antwort auf

den Anstieg der Keuchhusten-Erkrankungen ein Keuchhusten-Impfprogramm, das die Impfung gegen Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten einschloss, für Schwangere eingeführt. Jetzt wurden die Ergebnisse dieses Impfprogramms für England veröffentlicht.

Die Autoren haben die Daten aller zwischen dem ersten Januar 2008 und dem 30. September 2013 an Keuchhusten erkrankten und stationär wegen Keuchhusten behandelten Säuglinge ausgewertet.

Die monatlichen Keuchhusten-Erkrankungen erreichten im Oktober 2012 mit 1.565 gemeldeten Fällen ihren Höhepunkt. Im Vergleich der ersten 9 Monate aus dem Jahr 2013 mit der gleichen Zeitperiode aus dem Jahr 2012 betraf der größte Rückgang (-78%) Säuglinge unter 3 Monaten (328 gemeldete Keuchhusten-Fälle im Jahr 2012 versus 72 Fälle im Jahr 2013). Bei den stationären Erkrankungen zeigte sich ebenfalls ein Rückgang von -68% (440 Krankenhaus-Aufnahmen wegen Keuchhusten im Jahr 2012 versus 140 Krankenhaus-Aufnahmen im Jahr 2013). In Verbindung mit dem „Practice Research Datalink“ wurde für die Pertussis-Vakzine bei Säuglingen unter 3 Monaten eine Wirksamkeit (Effectiveness) von 91% und für Säuglinge unter 2 Monaten eine Wirksamkeit von 90% errechnet. Die Autoren vermuten, dass die große Wirksamkeit des Impfprogramms wahrscheinlich auf zwei Ursachen zurückgeführt werden muss: Zum einen der Schutz des Neugeborenen durch die Übertragung mütterlicher Antikörper, zum anderen über eine verminderte Pertussis-Exposition über die Mutter.

Es mag neben der Impfung von Schwangeren deshalb sinnvoll sein, was europäische Impfexperten vorschlugen, Tdap-Booster-Impfungen in regelmäßigen Abständen auch bei Erwachsenen durchzuführen, um die individuelle Morbidität und die Übertragung auf andere, vor allem auf noch nicht immune Säuglinge, weiter einzuschränken. Insgesamt würde mit diesen Maßnahmen auch der Herden-Schutz erhöht.

Wie sicher ist aber die Impfung von Schwangeren mit Tdap? In einer britischen Beobachtungsstudie wurde der Schwangerschaftsverlauf von 20.074 geimpften Frauen mit dem ungeimpften Frauen verglichen. Zwischen beiden Gruppen konnte kein Unterschied im Schwangerschaftsverlauf nachgewiesen werden. Pertussis im frühen Säuglingsalter ist mit einem hohen gesundheitlichen Risiko für die betroffenen Säuglinge verbunden. Dieses Risiko kann durch eine Impfung im letzten Drittel der Schwangerschaft und durch die Impfung der familiären Umgebung reduziert werden.

In Deutschland werden Schwangere bisher nur gegen Influenza geimpft.

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

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

**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.



bvkj.

Familiäres Übertragungsrisiko von Mykoplasmeninfektionen

Frage:

Ich habe eine Frage zur familiären Übertragung einer Mycoplasmen-Infektion. In einer Familie mit drei Kindern wurden bei allen Geschwisterkindern Mycoplasmen nachgewiesen. Derzeit werden sie antibiotisch behandelt, das Älteste mit Roxithromycin (Unverträglichkeit ggü. Erythromycin) und die beiden jüngeren Geschwisterkinder mit Erythromycin. Die Mutter der Kinder ist nun ggf. eine asymptomatische Trägerin.

Daraus ergeben sich folgende Fragen:

1. Im DGPI-Handbuch werden Kleinepidemien in Familien beschrieben. Wie sieht es hinsichtlich einer möglichen Infektion der Mutter aus? Besteht ein akutes Infektionsrisiko für Erwachsene?
2. Ist bei asymptomatischen Trägern innerhalb einer Familie eine Antibiotikatherapie indiziert? Sollte die Mutter, sofern sie eine asymptomatische Trägerin ist, ggf. prophylaktisch mittherapiert werden, um eine Reinfektion der Kinder zu minimieren?
3. Wenn ja, mit welchem Antibiotikum sollte therapiert werden (Doxycyclin?) und wie lange?

Antwort:

Es ist gut bekannt, dass es eine Übertragung von Mykoplasmen-Infektionen innerhalb von Familien geben kann (1, 2), die Angaben zur Häufigkeit schwanken von 17 % bei Erwachsenen und 64 % bei Kindern (1), andere Autoren fanden Häufigkeiten von 41 und 48 % (2). Demgegenüber sind Übertragungen in Schulklassen eher seltenere Ereignisse (3). Klar ist, dass die Transmission während der Akutphase der Krankheit stattfindet und von der Keimdichte abhängt. Eine Übertragung durch Personen mit asymptomatischer Infektion oder gar Trägerschaft ist nicht beschrieben (3).

Eine antibiotische Prophylaxe ist – auch in Familien – grundsätzlich nur dann gerechtfertigt, wenn eine Person aufgrund von Grunderkrankung (z. B. Sichelzellanämie) oder Immunsuppression ein erhöhtes Risiko für eine schwer verlaufende Erkrankung durch Mycoplasma pneumoniae aufweisen würde und gegenüber einer Person mit akuter Erkrankung in engem Kontakt gestanden hätte (4).

Insofern sind die gestellten Fragen folgendermaßen zu beantworten:

- 1) Ja, es besteht ein Infektionsrisiko auch für Erwachsene, ohne Frage. Sofern die Mutter jedoch kein Risiko für eine schwere Erkrankung aufweist, ist dies ohne praktische Konsequenz.
- 2) Eine Therapieindikation ergibt sich bei asymptomatisch Infizierten nicht. Eine Therapie- bzw. Prophylaxeindikation ergibt sich bei einer exponierten Person ausschließlich dann, wenn ein Risiko für eine schwer verlaufende Erkrankung angenommen werden müsste. Eine Indikation der Therapie asymptomatischer Personen zur Verhinderung sekundärer Infektionen ergibt sich allein deswegen nicht, weil eine Übertragung durch diese Person nicht zu erwarten ist. Eine unmittelbare Reinfektion der Kinder mit (demselben) Stamm von *M. pneumoniae* wäre ohnehin nicht zu befürchten. Ergänzend ist zu betonen, dass eine Untersuchung auf Mykoplasmen in einer Familie mit Indexfall auch nur dann gerechtfertigt ist, wenn eine entsprechende klinische Symptomatik bei dem entsprechenden Familienmitglied besteht. Eine "Umgebungsuntersuchung" asymptomatischer Personen ist nicht indiziert. Im geschilderten Fall wird vom Nachweis von Mykoplasmen bei allen drei Geschwisterkindern gesprochen. Ob alle drei tatsächlich symptomatisch waren, ist nicht überliefert.
- 3) Wenn sich unter den genannten Bedingungen eine Therapie- bzw. Prophylaxeindikation ergibt, so sind alte Studiendaten für Tetrazykline und deren Wirksamkeit im Kontext Familie (5) sowie für Azithromycin im Kontext Krankenhaus (6, 7) verfügbar; meine favorisierte Empfehlung wäre Doxycyclin für 10 Tage.

Literatur bei InfectoPharm

Prof. Dr. med. Reinhard Berner
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

Das „CONSILIUM“ ist ein Service im „KINDER- UND JUGENDARZT“, unterstützt von INFECTOPHARM. Kinder- und Jugendärzte sind eingeladen, Fragen aus allen Gebieten der Infektiologie an die Firma InfectoPharm, z. Hd. Frau Dr. Kristin Brendel-Walter, Von-Humboldt-Str. 1, 64646 Heppenheim, zu richten. Alle Anfragen werden von namhaften Experten beantwortet. Für die Auswahl von Fragen zur Publikation ist der Chefredakteur Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, redaktionell verantwortlich.

Alle Fragen, auch die hier nicht veröffentlichten, werden umgehend per Post beantwortet. Die Anonymität des Fragers bleibt gegenüber dem zugezogenen Experten und bei einer Veröffentlichung gewahrt.

BVKJ trifft... ● ● ●

Manuela Schwesig, Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Es hatte recht lange gedauert und auch einiger nachdrücklicher Worte bedurft, bis das Büro der Ministerin den BVKJ-Präsidenten zu einem Gespräch einlud.

Pünktlich um 14 Uhr stehen Präsident Dr. Hartmann, die designierte Vizepräsidentin Dr. Sigrid Peter und Geschäftsführerin Christel Schierbaum im Ministerium zum Gespräch bereit. Wir treffen auf eine große Runde, es ist erfreulich, dass so viele Vertreterinnen aus verschiedenen Fachreferaten am Gespräch beteiligt werden, unter anderem eine Juristin, die mit der Novellierung des § 26 befasst ist.

Eine gut gelaunte Ministerin ergreift das Wort und begrüßt herzlich. Sie hat sich gut vorbereitet. Wie immer bei Gesprächen mit Politikern hatte der BVKJ vorab umfangreiche Informationen eingereicht.

Schwesig skizziert ihre Vorstellungen:

Gesundheits- und Kinder- und Jugendhilfe-Bereich sollen verzahnt werden, das sei ihr bereits als Kommunalpolitikerin und später Landesministerin wichtig gewesen. Sie betont, Kinderschutz gegen Gewalt und Vernachlässigung beginne bei der Prävention. Sie spricht von der Herausforderung, als Bundesministerin das Gesundheitsministerium ins Boot zu holen. Hier möchte sie sich zu Gunsten der Kinder noch mehr einbringen, auf positiven Erfahrungen aufbauen und betont:

„Die Kinder- und Jugendärzte sind immer der Motor dieser Diskussion gewesen.“

Dr. Wolfram Hartmann betont, dass einerseits bereits die Zusammenarbeit beim RUNDEN TISCH gegen Missbrauch sehr erfreulich war und auch im BVKJ-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern die gute Zusammenarbeit mit ihr als Landesministerin sehr gelobt werde.

Dann kommt er zu den Anliegen des BVKJ.

Kinder- und Jugendbericht: zahlreiche Punkte nicht erfüllt

Erstes Stichwort: der Kinder- und Jugendbericht, der 2009 an das Kabinett übergeben wurde. Immer noch seien zahlreiche Punkte nicht erfüllt. Auch die Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe sei verbesserungswürdig. Durch die drastische Personalreduzierung des ÖGD sei dessen Einfluss leider auch gering, zudem sei er vielerorts nicht eingebunden. Er könne dadurch selbst den ureigenen Aufgaben kaum noch nachkommen, z.B. Impfungen seien so gut wie nicht mehr zu leisten.

Auch im Referentenentwurf zum Versorgungstärkungsgesetz sei die Kinder- und Jugendmedizin in keiner Weise ausreichend abgebildet. Hartmann bittet auch hier die Ministerin um Unterstützung und dieses Thema im Kabinett anzusprechen.

Präventionsgesetz: wo bleibt der Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen für alle Grundschüler?

Ein weiteres Thema ist das Präventionsgesetz. Der BVKJ plant an, dass gesetzlich versicherte Kinder im Alter von sechs bis

zehn Jahren außer im Rahmen von Selektivverträgen keinen Anspruch auf jährliche Früherkennungsuntersuchungen haben, hierzu muss der § 26 SGB V dringend geändert werden. Vorher hat auch der GBA keinerlei Möglichkeit, entsprechende Inhalte in den Kinderrichtlinien einzubringen.

Der kleine Sohn der Ministerin ist sieben Jahre alt und im zweiten Schuljahr. Dr. Wolfram Hartmann greift das Beispiel auf und erläutert es anhand des alten gelben Vorsorgeheftes und dem neuen Konzept des BVKJ, vor allem die wichtigen Gespräche anhand des Fragebogens, mit dem der BVKJ in Vorarbeit gegangen ist. Leider entspricht das nicht der Regelversorgung.

Die Ministerin spricht sich eindeutig für die modernen Vorsorgen aus: „Das sollte Standard in der Vorsorge sein und kein Graubereich!“ Und: die Vorsorgen gehörten in die Praxis der Kinder- und Jugendärzte, das sei nicht Aufgabe des ÖGD.

Dr. Hartmann erwähnt, dass es schon in Minister Bahrs Entwurf des Präventionsgesetzes einen Entwurf für eine Änderung des § 26 gab, der alle Lücken geschlossen und primäre Präventionsanteile eingeschlossen hätte. Hier will die Ministerin nun ansetzen und „nicht dahinter zurückbleiben“. Sie wird sich bis zur Anhörung weiter informieren und sich dann im Sinne des BVKJ beteiligen.

„Mit jährlichen Früherkennungsuntersuchungen vom zweiten bis 14. Lebensjahr ist die Zwei-Klassen-Medizin staatlich vorgegeben“, skizziert der Präsident das System der GOÄ, die vom BMG gemacht wird und außerdem werde hier gegen das geltende Recht der UN-Kinderrechtskonventionen auf bestmögliche Versorgung verstoßen.

Die Kassen hätten in den Beratungen des GBA eine Anpassung der Vorsorgen an die Erfordernisse der Zeit weitgehend verhindert, gleichzeitig aber aus Marketinggründen im Rahmen von Selektivverträgen die Vorsorgen angeboten und höher honoriert als in der Regelversorgung. Dies sei sehr unglaublich. Die Ministerin zeigt sich empört: „Kinder sind keine Marketing-Tools!“

Der Präsident erwähnt die Vorsorgelücken, durch die sich der Impfschutz verschlechtere und durch die für den Herdenschutz notwendige Durchimpfungsrate von 95 Prozent unerreichbar bleibe.

Die Ministerin bittet dann um Erläuterung, welche konkreten Nutzen die zusätzlichen Vorsorgen bringen.

Dr. Wolfram Hartmann und Dr. Sigrid Peter machen an Hand von Beispielen wie Lese-Rechtschreib-Schwäche, Sozialverhalten, Depression/Psychischen Störungen die Bedeutung der zusätzlichen Vorsorgen für Störungen deutlich, die erst im Schulalltag erkennbar werden. Wenn die betroffenen Kinder nicht in den Genuss der Vorsorgen kommen, kann es sein, dass sie nur bei konkreten Erkrankungen in der Praxis vorstellig werden könnten – damit werden gravierende Entwicklungsstörungen übersehen und nicht behandelt.

Die Ministerin versichert, ihre neugewonnenen Erkenntnisse in die Anhörung einzubringen.



v.l.n.r.: designierte
Vizepräsidentin
Dr. Sigrig Peter, Ministerin
Manuela Schwesig,
Präsident Dr. Wolfram
Hartmann, Geschäfts-
führerin Christel
Schierbaum

Kinderrechte: Aufnahme ins Grundgesetz

Das Thema Kinderrechte treibt zur Zeit den BVKJ besonders um: Es wird derzeit vom Dachverband DAKJ eine Petition zur Verankerung der Kinderrechte im Grundgesetz vorbereitet – nach dem Gespräch wissen wir die Familienministerin auf unserer Seite. Sie merkt an, dass zu einer Zwei-Drittel-Mehrheit die CDU/CSU-Fraktionen fehle. „Ablehner holen sich die Justiz an die Seite, Verfechter argumentieren mit dem Grundgesetz. Die Diskussion ergibt nicht genug Druck auf die Skeptiker“.

Neben der Verankerung im Grundgesetz fordert der BVKJ auch einen Kinderbeauftragten. Hier gab es bereits eine intensive Zusammenarbeit mit Bärbel Bas, MdB sowie Marlene Rupprecht. Kurz berichtet Dr. Hartmann über die Haltung des BVKJ zur Beschneidung.

Der BVKJ hat eine umfangreiche Stellungnahme erarbeitet und legt diese vor.

Kindesmisshandlung: Reicht das Bauchgefühl?

Sehr bedauerlich sei, so Dr. Hartmann, dass im Falle von Kindesmisshandlung die involvierten Jugendämter keine Rückmeldung geben dürften, dieses schade der Qualitätskontrolle und motiviere nicht gerade zur Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe. Dies insbesondere bei vagen Fällen und einem reinen Bauchgefühl, das auf der Erfahrung und Beobachtung des Kinder- und Jugendarztes beruht, aber kaum gesetzlich definierbar sei.

Das Fachreferat der Ministerin konstatiert an dieser Stelle, dass hier das Bauchgefühl reiche, die Entscheidung könne dem Arzt nicht abgenommen werden. Im Ministerium werden derzeit Daten erhoben, hier sei aber der Schwerpunkt die sexuelle Gewalt. Die Ministerin bittet hier um Unterstützung und Lieferung von Daten aus den kinder- und jugendärztlichen Praxen. Der BVKJ sagt hier eine interne Befragung sowohl in Intranet als auch als Umfrage fest zu. Das Ministerium wird die vorhandenen Fragen als Grundlage übermitteln.

Eine Mitarbeiterin des Hauses antwortet Ministerin Schwesig auf Nachfrage, dass das Problem darin bestehe, dass durch Kin-

deswohlgefährdung die Schweigepflicht des Pädiaters aufgehoben ist, im umgekehrten Falle der Rückmeldung aber keine Kindeswohlgefährdung als Grundlage bestehe. Grundsätzlich würden die Jugendämter ebenso gern den Austausch führen, dürfen dieses aber nicht. Die Ministerin möchte diese Fragestellung mitnehmen, um vielleicht eine Zwischenlösung zu finden, die den sinnvollen Dialog möglich macht, z. B. in einer Form der Rückmeldung, die den Verdacht der Misshandlung/Vernachlässigung bestätigt, aber Daten schützt. „Datenschutz steht hier vor Kinderschutz“, kritisiert sie.

Am Ende von 45 Gesprächsminuten stand die feste Absicht, gemeinsam an den besprochenen Zielen weiterzuarbeiten.

Eine erste Gelegenheit für die Unterstützung durch die Ministerin ist die Anhörung am 20.11.2014.

Und schon entschwindet sie, nicht ohne sich von allen persönlich und herzlich zu verabschieden, aus dem Raum und Staatssekretär Dr. Kleindiek erscheint, jetzt wird er hier weitere Gespräche führen.

Wieder ein politischer Tag in Berlin, ein großer Zeit- und Kostenaufwand für den BVKJ. Ob er sich gelohnt hat für den Verband und die Zukunft von Kindern und Jugendlichen?

Ein paar Tage später erreicht uns aus dem BMG der Referentenentwurf für das Präventionsgesetz:

Er enthält viele der jahrelang vorgetragenen BVKJ-Forderungen, insbesondere in § 26 SGB V den lückenlosen Anspruch von Kindern und Jugendlichen auf Vorsorgeuntersuchungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ausdrücklich kommt die primäre Prävention zum Zuge und eine Präventionsempfehlung ist enthalten.

Auch wenn die Umsetzung erst ab dem 1.1.2016 zu erwarten ist, bleibt die Hoffnung, dass unsere Forderung im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes den § 26 SGB V bereits im Rahmen dieses Gesetzes geändert werden, denn das soll zum 01.01.2015 in Kraft treten.

Christel Schierbaum
Geschäftsführerin BVKJ
E-Mail: christel.schierbaum@uminfo.de

Red: ReH

Endlich ein Kurs Psychosomatische Grundversorgung in Thüringen!

Save the dates: 06. – 08. Februar 2015 und 8. – 10. Mai 2015 in Erfurt.

Die alltäglichen Probleme in der pädiatrischen Praxis erfordern Kenntnisse und Fähigkeiten bei der Beratung von Kindern, Jugendlichen und deren Eltern. Die "Neuen Kinderkrankheiten", das bio-psycho-soziale Krankheitsgeschehen, die Ent-

wicklungspsychologie werden im Kurs aus den Praxen von Kinder- und Jugendärzten für niedergelassene Pädiater aufbereitet.

Wir freuen uns über Ihre Anmeldung zu o.g. Kurs oder auch einen Kurs in Ihrer Region. Anmeldungen/Auskunft bitte

über die BVKJ-Geschäftsstelle, Frau Rottländer: Yvonne.Rottlaender@uminfo.de.

Dr. Uwe Büsching
33611 Bielefeld
E-Mail: ubbbs@gmx.de

Red.: ReH

„Hilfe – ich werde erwachsen“

Der 21. Kongress Jugendmedizin in Weimar greift das Jahresthema des Berufsverbandes: „Seelische Gesundheit“ für Jugendliche auf und soll unter der Überschrift körperliche Pubertät auch den aktuellen Stand der Jugendmedizin für die Praxen, die Klinik und den öffentlichen Gesundheitsdienst widerspiegeln.

Der Ausschuss Jugendmedizin will vom 6. – 8. März 2015 vorstellen, wie viel Wissenschaft zu Jugendlichen von der Pädiatrie und anderen Fachgruppen als „state of the art“ referiert werden kann. Wir wollen Ihr Interesse wecken, sich vermehrt weiterhin oder ab jetzt um Jugendliche zu kümmern. Diese Altersgruppe ist auch nach 20 Jahren Jugendmedizin eine vernachlässigte Altersgruppe, trotz vieler Untersuchungen mit biologischen, psychologischen und sozialen Ansätzen. Jugendmedizin ist multimodal, nicht nur etwas für Kinderärzte. Jugendmedizin ist fachübergreifend und in den Praxen auch eine zusätzliche Herausforderung für die MFAs. Bringen Sie also Ihre MFAs aus den Praxen mit nach Weimar, für diese plant wir mehrere Fortbildungsangebote.

Gerade in Zeiten der schwer nach zu besetzenden pädiatrischen Kassenarztsitzen gilt es, den Versorgungsbedarf Jugendli-

cher zu demonstrieren. Weder die klinische Ausbildung noch die ambulante Tätigkeit darf unter dem Eindruck knapper werdender Versorgungsressourcen den Eindruck verbreiten, man könne am ehesten auf Jugendmedizin verzichten. Während auf der einen Seite ein nicht enden wollender Wettstreit zwischen Pädiatern aus Klinik und Praxis und auf der anderen Seite zwischen Pädiatern und anderen Fachgruppen besteht, wird Jugendmedizin noch immer viel zu oft als nebensächlich angesehen. Wenn schon nicht die Pädiater selbst die Jugendmedizin für einen unverzichtbaren Bestandteil der medizinischen Versorgung halten, so ist es nicht verwunderlich, dass Politik und gesetzliche Krankenkassen diese Altersgruppe nicht im Fokus haben.

Dabei sind Jugendliche viel besser als ihr Ruf. Ihre Art mit den Herausforderungen des Lebens umzugehen, ist für „Macher“ (entscheidungswillige Menschen) nicht nachvollziehbar; dass „Macher“ Opposition provozieren, ist ihnen nicht verständlich. Wenn ein Jugendlicher nicht umsetzt, was von ihm erwartet wird, wird er als „non-compliant“ abqualifiziert, es gibt auch „intelligente Non-Compliance“! Man vermeidet lieber, sich mit den Anfor-

derungen des Lebens an die Jugendlichen auseinanderzusetzen. Stattdessen wird von ihnen verlangt, der Schritt von der Kindheit zum Erwachsensein solle nur ein kleiner Schritt sein. Wenn diese Forderung unerfüllt bleibt, werden Jugendlichen wie kleine Erwachsene behandelt, die nicht wissen, was sie wollen.

Wir wollen mit dem Thema: „Hilfe - ich werde erwachsen“ allen Pädiatern den Gedanken nahe bringen, dass auch aus Sicht der Jugendlichen, Erwachsen werden schwierig ist. Jugendliche haben in der Kindheit erworbene Strategien, die sie bei den unterschiedlichsten Herausforderungen einsetzen. Wenn diese erfolglos sind, auf Missfallen stoßen, wird der Misserfolg zu Unrecht dem Jugendlichen angelastet.

Zu wenige sind bereit, sich mit den Lebensbedingungen von Jugendlichen auseinanderzusetzen, um Fehlentwicklungen verständnisvoll abzufedern. Deswegen hoffen wir immer wieder, dass wir mit unseren Themen auch die Kolleginnen und Kollegen erreichen, die bisher eher mit kritischer Distanz auf das Reizthema Jugendmedizin reagieren.

Dr. Uwe Büsching
33611 Bielefeld
E-Mail: ubbbs@gmx.de

Red.: ReH

**Herzkrank geboren –
mitten im Leben.**

Ihre Spende hilft.

www.bvhk.de



**DZI
Spenden-
Siegel**

BVHK-Spendenkonto:

Kto.-Nr.: 460 10 666
Bank: Sparkasse Aachen
BLZ: 390 500 00



**Bundesverband
Herzranke
Kinder e.V.**

www.bvhk.de

Ambulant oder stationär oder Internet – Die Internetmedizin kommt in der Kinderheilkunde an



Die Internetmedizin hat das Gesundheitswesen erreicht und verändert die Versorgung der Patienten. Neue Dienste, die es den Patienten ermöglichen, ihre medizinische Versorgung via Internet nach Hause zu holen oder unterwegs via Smartphone und Tablet die eigene Gesundheit zu organisieren, erobern den Alltag. Das Spektrum der Internetmedizin reicht von Internetportalen, die die Suche und Bewertung von Ärzten und Krankenhäusern anbieten über internetbasierte elektronische Patientenakten bis hin zu diagnostischen und therapeutischen Angeboten. Einer der Vorreiter auf dem Gebiet der Internetmedizin ist der Kinder- und Jugendarzt Dr. Markus Müschenich. Er hat mit FLYINGHEALTH ein Unternehmen gegründet, das Internetmedizin-Startups gründet und berät. Im Gespräch mit unserer Zeitschrift erläutert Müschenich, wo die Chancen der Internetmedizin speziell in der Pädiatrie liegen.

Sie behaupten, dass die Internetmedizin vor allem die Pädiatrie verändern wird. Warum?

Weil es die Pädiatrie mit den Digital Natives zu tun haben, also der Generation, die mit dem Internet aufgewachsen ist und aufwächst und ganz selbstverständlich damit umgeht. Bei allem Vertrauen zu ihren behandelnden Ärzten in Praxis und Krankenhaus, suchen mindestens die jüngeren Patienten und Eltern für die individuelle medizinische Versorgung das, was sie in der Welt jenseits des Gesundheitswesens längst als unverzichtbar in ihren Alltag integriert haben: Die maximal vernetzte Information und Kommunikation kombiniert mit dem niedrighschwelligem Zugang zu praktisch allen möglichen Dienstleistungen und Produkten. Wer heute das Internet vom Online-Banking bis zur Hotelbuchung und vom Autokauf bis zum Expertenrat nutzt und routiniert via E-Mail, Skype oder über die sozialen Medien á la Facebook und Twitter kommuniziert, fragt sich natürlich, ob jede Diagnose einen persönlichen Arztbesuch erfordert, ob Untersuchungsbefunde exklusiv beim Arzt verbleiben sollen oder doch vielleicht besser in der persönlich gepflegten Krankenakte gespeichert werden und so helfen, Doppeluntersuchungen zu vermeiden und Notfallsituationen besser zu meistern.

Wie wird sich die medizinische Versorgung durch das Internet verändern?

Das kann ihnen heute noch kein Mensch genau sagen. Fest steht nur: Die Entwicklung der medizinischen Versorgung via Internet wird die Gesundheitsversorgung nicht weniger verändern als es die Einführung des iPhones mit unserer Alltagskommunikation getan hat. Noch steht das Gesundheitswesen in Sachen Internetmedizin am Anfang. In etwa dort, wo wir standen, als wir vor 20 Jahren unser erstes Mobiltelefon in der Hand hielten. Wir dachten, dass wir nun ein Gerät hätten, dessen wichtigste Anwendung das Telefonieren ohne feste Leitung zur nächsten Wandsteckdose wäre. Wir fanden es damals faszinierend, nicht mehr von der Länge eines Anschlusskabels oder der Telefonzelle unterwegs abhängig zu sein. Heute macht das mobile Telefonieren – gemessen am Datenvolumen – nur noch einen Bruchteil der Gesamtnutzung aus. Stattdes-

sen erleben wir die gesamte Welt des Internets – gesteuert über das Betriebssystem unseres Smartphones und unterstützt durch unzählige Apps.

Sie erwarten also einen völlig neuen Gesundheitsmarkt.

Ja. In wenigen Jahren wird die Kombination aus Internet und medizinischen Dienstleistungen einen völlig neuen Markt mit alternativen Versorgungswegen und neuen Regeln schaffen. Viele Startups haben sich auf den Weg gemacht und bieten ihre Gesundheitsservices aus dem Netz heraus an. Von Informationsportalen, die bei der Suche nach dem richtigen Arzt und Krankenhaus helfen bis zu Angeboten, die Patienten unterstützen, die richtige Diagnose schnell zu finden, wenn der Facharzt den nächsten Termin erst Wochen später anbietet. Therapieempfehlungen via Internet sind sicherlich nicht unproblematisch, doch spätestens wenn die Entwicklung der medizinischen Expertensysteme weiter fortschreitet wird auch hier ein relevanter und qualitätsgesicherter Markt entstehen können. Bereits heute bietet der IBM-Supercomputer Watson den Ärzten im Sinai Cancer Institute in Los Angeles seine Hilfe in Diagnostik und Therapie von Krebspatienten an. Watson erreicht dabei eine Rechenkapazität, die 200 Millionen Seiten Fachliteratur in drei Sekunden auf relevante medizinische Informationen durchsuchen lassen kann – selbstverständlich abgestimmt auf die individuelle Krankengeschichte jedes einzelnen Patienten. Hier kann auch der erfahrenste Mediziner nicht in den Wettkampf um medizinisches Wissen einsteigen.

Und im deutschsprachigen Raum?

Da ist zum Beispiel die Internetplattform mySugr (www.mysugr.com). Wie der Name schon suggeriert geht es um Diabetiker, die über das Internet die Möglichkeit erhalten, mit Ihrer Zuckerkrankheit besser zu leben. Blutzuckerwerte werden automatisch aus den Blutzuckermessgeräten in das Profil der Patienten hochgeladen und die verköstigten Broteinheiten werden ebenso dokumentiert, wie Blutdruck, Gewicht und die weiteren Medikamente, die der Patient täglich einnimmt. Ein Algorithmus erkennt, ob die Therapie verbessert werden kann-Tipps für die Optimierung in-

klusive. Eine Diabetes Academy schult Diabetiker online im Umgang mit ihrer Erkrankung.

Sie haben gesagt, dass die Internetmedizin speziell die Pädiatrie verändern wird. Welche Angebote gibt es für Kinder?

Das mySugr-Angebot gibt es auch für Kinder, die auf der Website gegen das Diabetes-Monster kämpfen und so spielerisch lernen, mit ihrer Erkrankung umzugehen. Die Eltern sind dabei - sei es beim gemeinsamen Spiel am Bildschirm oder immer informiert über eine Companion-App, mit der sie sehen können, wie der letzte Blutzucker war, welche Insulindosis gespritzt wurde und was die Kinder gegessen haben. Mittlerweile versorgt mySugr 150.000 Patienten und die Einstellungsvoraussetzung für Mitarbeiter in der Betreuung von Patientenfragen ist, dass sie selber Diabetiker sein müssen.

Wie man über spielerische Angebote Kindern helfen kann, mit Ihrer Erkrankung umzugehen, zeigt auch Luftikids. Kinder und Jugendliche können unter www.luftikids.de online an einer Asthma-Nachschulung teilnehmen und frischen so die Inhalte der Basis-schulung auf. Die Internetschulung dauert vier Wochen, täglich werden u.a. die Peak-Flow-Werte kontrolliert und Besonderheiten im Krankheitsverlauf festgehalten. Es gibt spannende Geschichten, thematisch passende Spiele und den ein oder anderen Wissenstests.

Wohin die Zukunft der Internetmedizin gehen kann, zeigt die Firma Caterna Vision (www.caterna.de), die als Ausgründung der Technischen Universität Dresden startete und auf der Basis intensiver Forschung eine nur über das Internet verfügbare digitale Sehschule anbietet. Online behandelt werden Kindern im Alter von 3-14 Jahren bei denen eine Amblyopie vorliegt. Da die Ursachen dieser funktionellen Sehschwäche, in einer falschen Signalverarbeitung des kindlichen Gehirns liegen, lag es für die Forscher nahe, das Gehirn in der Programmiersprache anzusprechen, die es am ehesten auch versteht. Sehr vereinfacht gesprochen, also in der Sprache der Bits und Bytes. Sie programmierten visuelle Stimulationsmuster, die - während die Kinder einfache und transparente Computerspiele spielen - im Hintergrund ablaufen. Damit die Kinder Freude daran haben, Ihre Augen zu trainieren, werden die konzentrischen oder streifenförmigen therapeutisch wirksamen Muster mit Computerspielen im Bildschirmvordergrund kombiniert. Die Behandlung ergänzt die Occlusionsbehandlung, wird ärztlich verordnet und als Medizinprodukt ausschließlich über das Internet bereitgestellt. Während die Eltern die Behandlung über eine Companion-App mit Erinnerungsfunktion und Occlusions-Tagebuch begleiten, können sich der behandelnde Arzt und die betreuende Orthoptistin online über den Therapieverlauf informieren. Ziel ist es, dass die Caterna Sehschulung die gesamte Therapiedauer deutlich verkürzt. Seit April 2014 hat die Barmer GEK diese Therapie in ihren Leistungskatalog aufgenommen und bezahlt - neben der ärztlichen Leistung - das Training via Internet als weltweit erste „App-auf-Rezept“ für eine vollständig digitale Therapie. Für das Jahr 2015 ist es geplant, zusammen mit zwei Universitätsklinik eine Multicenter-Studie auf den Weg zu bringen, um die vorhandenen Forschungsergebnisse abschließend auch klinisch zu validieren.

Neben den genannten Beispielen, haben sich weitere Health Startups auf den Weg gemacht, die Internetmedizin in die Zukunft der Kinderheilkunde zu bringen. Alleine zum Thema Autismus sind zwei Startups kurz vor der Markteinführung: Die Firma Ha-

rimata entwickelt dazu ein diagnostisches Spiel, das auf jedem Tablet-PC laufen soll und mit Affective Signals wird eine Ausgründung der Freien Universität Berlin, die ein Behandlungsprogramm für Kinder mit Störungen im Formenkreis des Autismus anbietet, an den Start gehen.

Bereits in der Schwangerschaft wird das StartupOneLife aktiv werden. Mit einer sogenannten Health-Companion-Application werden ab 2015 Frauen die Möglichkeit haben, während Ihrer gesamten Schwangerschaft 24 Stunden am Tag und sieben Tage in der Woche medizinisch begleitet zu werden. Informationen zum Befinden der Schwangeren werden in Echtzeit dokumentiert und über spezielle Algorithmen können Risiken wie z.B. eine drohende Frühgeburt rechtzeitig erkannt werden. Im Nebenschluss können Ultraschallfotos mit Freunden geteilt und die Ehegatten mit Raucherentwöhnungskursen versorgt werden.

Ist das Kind geboren, geht es weiter mit Stillratgeber, Impf-Informationen und umfangreichen Informationen in Sachen Prävention. Ein Advisory-Board aus Kinderärzten wird für die Qualitätssicherung sorgen.

Dies sind jetzt nur die Start-ups, an denen ich selbst mitarbeite. Daneben gibt es zahlreiche weitere.

Können Kinder- und Jugendärzte ihre Patienten auch via Internet betreuen?

Auch das ist dank eines gerade gestarteten Unternehmens mit dem Namen Patientus möglich. Patient und Arzt werden dabei via Online-Sprechstunde zusammengebracht. Und so funktioniert es: Der Patient erhält zusätzlich mit der Information zum nächsten Termin von seinem Arzt eine TAN-Nummer. Am Tag der Wiedervorstellung bekommt der Patient eine E-Mail, klickt auf den angegebenen Link und gibt dann die TAN-Nummer ein. Daraufhin landet er erst im virtuellen Wartezimmer dann im virtuellen Sprechzimmer seines Arztes. Die Sprechstunde läuft so über Kamera und Bildschirm. Röntgenbilder, Laborbefunde usw. können eingblendet und direkt besprochen werden.

Und wo bleibt der persönliche Kontakt zwischen Arzt, Eltern und Patient?

Die Kinderheilkunde lebt zweifellos vom persönlichen und direkten Kontakt insbesondere, wenn sich die Eltern sorgenvoll an ihren Kinderarzt wenden oder schlimme Nachrichten überbracht werden müssen. Es gibt aber auch viele Situationen, wo Eltern und Kinder nur zu einem kurzen Gespräch oder zu der Nachkontrolle z.B. eines Hautausschlags in die Praxis kommen. Hier ist eine Videosprechstunde ausreichend, spart Zeit und minimiert das Risiko, dass sich das Kind im Wartezimmer auch noch ansteckt.

Wie erleben Sie die Resonanz Ihrer Kollegen auf die Internetmedizin?

Noch steht die Internetmedizin am Anfang und das konservative Regelwerk des deutschen Gesundheitswesens reicht oft noch nicht aus, um die Chancen dieser neuen Welt zu nutzen, aber auch um die wirklichen Gefahren abzuwenden. Deshalb dominiert häufig noch die undifferenzierte Ablehnung gegen diese neue Welt der Medizin. Die Aufgabe der Ärzteschaft wird es sein, diese Innovation zu begleiten und sinnvoll zu fördern. Das Internet wird ein weiterer Ort der Leistungserbringung. Den persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient wird es daneben immer weiter geben.

ReH

Aufruf zur Formierung einer Arbeitsgruppe/ Arbeitsgemeinschaft Jungenmedizin/ Jungengesundheit

Nach wie vor ist Jungenmedizin/-gesundheit ein in ihrer Besonderheit nicht wahrgenommener Bereich der Pädiatrie. Vereinzelt finden sich Artikel in pädiatrischen, urologischen, endokrinologischen und kinderchirurgischen Fachzeitschriften. Das macht es schwierig, diesen Bereich speziell zu erkennen und sich entsprechend fortzubilden. Dementsprechend gibt es nach wie vor große Unsicherheiten in der jungenmedizinischen Versorgung bei gleichzeitig bestehendem erhöhtem Bedarf an entsprechender Expertise. Diese ist aber die unabdingbare Voraussetzung für das Entstehen und die Inanspruchnahme von Beratungs- und Betreuungsangeboten durch die Jungen im Sinne einer nachhaltigen Verbesserung von Jungen- und damit auch Männergesundheit. Im deutschsprachigen Raum gibt es seit 2013 das erste umfassende Lehrbuch zur Jungenmedizin (Stier/Winter „Jungen und Gesundheit“. Kohlhammerverlag, Stuttgart). Weitere Materialien, u.a. der Flyer „Achte auf Deine Nüsse“ – ein Flyer zur Anleitung zur Selbstuntersuchung – sowie z.B. die Broschüre „Mann-oh-Mann“ für Eltern zu Informationen rund um das männliche Geniale stehen zur Verfügung.

Nach dieser Vorarbeit gilt es nun das Gebiet der Jungenmedizin/-gesundheit auf eine breitere interdisziplinäre Basis zu stellen. Nur so kann es gelingen, das erforderliche Wissen wissenschaftlich voran zu bringen, zu bündeln und in Klinik und Praxis umzusetzen. Ziel muss es sein, dieses Wissen curricular aufzubereiten und in die Aus-, Weiter- und Fortbildung zu integrieren.

Der Unterzeichner sucht daher Mitstreiter und Interessenten für die Gründung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe/Arbeitsgemeinschaft Jungenmedizin/Jungengesundheit. Diese wenden sich bitte an:

Dr.med. Bernhard Stier
35510 Butzbach
E-Mail: bstier@t-online.de

Red.: Kup

Politik für bessere Kinder- und Jugendgesundheit: Es bleibt viel zu tun

Am 16. Oktober trafen sich unter dem Motto "Initiative Kinder- und Jugendgesundheit" in Berlin Bundestagsabgeordnete, Vertreter der Krankenkassen und Pädiater zum Parlamentarischem Frühstück. Eingeladen hatte die Bundestagsabgeordnete Martina Stamm-Fibich.

Bei Kaffee und Brötchen ging es um die Herausforderungen der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. In der Diskussion über die Möglichkeiten einer besseren Prävention kristallisierten sich schnell vier Felder heraus, in denen Handlungs- und Regelungsbedarf besteht:

- Sicherheit von Arzneimitteln inklusive Impfstoffe für Kinder sicherstellen

Kindern werden zwischen 20 Prozent (ambulant) und 70 Prozent (stationär) Arzneimittel außerhalb oder ohne formale Zulassung verordnet („Off-Label-Use“). Die Kinder werden dabei unvorhersehbaren Gefahren durch Nebenwirkungen ausgesetzt. Zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit bei Kindern muss die Forschung und Entwicklung von speziellen Arzneimitteln für Kinder besser koordiniert und vorangetrieben werden.

Die Ziele für Durchimpfungsraten bei impfpräventablen Krankheiten werden bundesweit verfehlt.



Insbesondere für immungeschwächte Kinder (z.B. nach Transplantationen) ist aber eine Umgebung, die wenig Infektionsgefahr bietet, wichtig. Daher muss die Herdenimmunität, erzeugt durch hohe Durchimpfungsraten, verbessert werden. Unter anderem Erinnerungen für Auffrischungsimpfungen durch die Krankenkassen wären eine Hilfe.

Ebenfalls wünschenswert: Ein nationales Impfkonzept mit von der Politik definierten Impfzielen und ein für alle Akteure verbindlicher und zentral koordinierter Aktionsplan.

- Synergien bilden: Verankerung von Aufklärung und Verantwortung

Kindergesundheit muss als gemeinsame Aufgabe von Krankenkassen, Pädiatern, den Ärztinnen und Ärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), Bund (u.a. BZgA) und Ländern betrachtet werden. Dazu gehört auch, dass die Zusammenarbeit und Koordination für Prävention und Gesundheitsförderung zwischen den Akteuren verstärkt werden muss. Entsprechend dem Lebensweltenansatz, könnte z.B. im Bereich Infektionsschutz analog zu § 21 SGB V (Verhütung von Zahnerkrankungen) Gruppenprophylaxe ausgeweitet werden. Eine Präventionsfachkraft des Öffentlichen Gesundheitsdienstes könnte in diesem Rahmen primäre und sekundäre Präventionsarbeit in öffentlichen Einrichtungen wie Kindertagesstätten durchführen. Schulkrankenschwestern könnten in öffentlichen Einrichtungen Betreuung und Beratung anbieten, Versorgungslücken direkt in der Schule erkennen und schließen, oder ggf. an Pädiater verweisen.

Solche Aktivitäten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sollten nicht mehr nur modell- sondern regelhaft angeboten werden.

Ein weiterer wichtiger Punkt in dem Gespräch war die Vorsorgelücke bei Kindern zwischen sechs und elf Jahren.

Diese Lücke wird z.T. nur über Selektivverträge geschlossen. Die Früherkennungsuntersuchungen sollten aber regelhaft angeboten und als Primärpräventionsinstrument ausgerichtet werden. Damit mehr Jugendliche die J1-Vorsorguntersuchung zwischen zwölf und 14 Jahren wahrnehmen, sollten die Krankenkassen oder die Bundesländer die Einladung an die Patienten übernehmen.

Um die Prävention zu stärken wäre auch mehr Präventionsarbeit in Kindergärten und Grundschulen nötig. Diese sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Folglich müssten auch Gelder aus dem öffentlichen Haushalt in Prävention (z.B. Angebot von Schulsport, ÖGD) investiert werden.

- Ganzheitlich denken: Gesundheit darf nicht nur auf ein Politikfeld beschränkt werden

Kinder mit soziogenen Entwicklungsdefiziten werden heute zur Behandlung vermehrt in das Medizinsystem gelenkt. Die Kinder und Familien brauchen aber eine Begleitung sowie eine frühzeitige Förderpädagogik. Hier müsse ein Präventionsgesetz entsprechende Strukturen zur physischen, psychischen und sozialen Gesundheit flächendeckend gewährleisten. Die AOK Familienstudie 2014 zeigt, dass eine hohe zeitliche Belastung der Eltern sich negativ auf die Gesundheit der Kinder auswirkt. Hier werde deutlich, dass Gesundheit auch im Kontext der Vereinbarkeit von Beruf und Familie gedacht werden muss.

**- Benachteiligte Kinder inkludieren:
Gesundheitsleistungen müssen zielgruppen-
und individualspezifisch angepasst werden**

Flüchtlingskinder und unbegleitete Minderjährige erhalten keine ausreichende medizinische Versorgung. Sie haben nur einen Anspruch auf eine Behandlung akuter Erkrankungen. Neben einem ausreichenden Impfschutz sollten die Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit auch durch das Jugendamt und Bildungsangebote flankiert werden. Hier muss ein besonderes Augenmerk auf den Schutz vor Infektionskrankheiten gerichtet werden, insbesondere in Auffanglagern.

Kinder sollten das Recht auf ein gesundes und gleichberechtigtes Aufwachsen bekommen, indem Kinderrechte im Grundgesetz verankert werden.

Die Gesundheitskompetenz müsse gesteigert werden. Denn im Bereich Prävention haben 59,6 Prozent der Versicherten Schwierigkeiten, Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und umzusetzen.

Bei der Veranstaltung wurde allen Anwesenden klar, dass es noch viele ungelöste Aufgaben gibt und dass insbesondere die Politik handeln muss. Zur Erfolgskontrolle wurden weitere Gesprächsrunden im nächsten Jahr verabredet.

ReH

Neue Klarheit: Ab 1. Januar 2015 gilt nur noch die elektronische Gesundheitskarte

Kinder brauchen kein Foto



© Robert Kneschke – Fotolia.com

Ab dem 1. Januar 2015 müssen alle Versicherten eine E-Card mit Foto beim Arztbesuch vorlegen. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der GKV-Spitzenverband geeinigt. Die „alte“ Krankenversichertenkarte (KVK) kann noch bis Ende dieses Jahres verwendet werden. Danach verliert sie definitiv ihre Gültigkeit – unabhängig von dem aufgedruckten Datum.

„Es ist für alle Beteiligten gut, dass nun endlich Klarheit herrscht. Insbesondere war uns wichtig, dass die Ärzte die Sicherheit haben, auch noch im vierten Quartal dieses Jahres über die „alte“ Krankenversichertenkarte abrechnen zu können“, betonte der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen.

Drei Ausnahmen gibt es nach Angaben der KBV bei der Fotopflicht: Bei Kindern unter 15 Jahren ist die neue Karte auch ohne Foto gültig. Ebenso bei allen Versicherten, die an der Erstellung eines Fotos nicht mitwirken können, zum Beispiel pflegebedürftige Personen in Altenheimen oder geschlossenen Einrichtungen.

Zudem erhalten Personen, die aus Gründen der grundrechtlich geschützten Glaubens- und Gewissensfreiheit auf ein Lichtbild verzichten wollen, eine E-Card ohne Foto.

Bei Jugendlichen unter 15 Jahren müssen die Praxen laut KBV außerdem beachten, dass die Krankenkassen nicht vorsehen, deren eGK auszutauschen, wenn sie die Altersgrenze überschritten haben.

Damit bleibt deren Gesundheitskarte auch nach dem 15. Lebensjahr ohne Foto ein gültiger Versicherungsnachweis.

ReH


bvkj.

 Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

ERGEBNIS

für die Wahlen im Landesverband Schleswig-Holstein des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. für die Legislaturperiode 2014-2018

Landesverbandsvorsitzender
und 1. Delegierter

Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe

Stellv. Landesverbandsvorsitzender
und 2. Delegierter

Dr. Jens Hartwig, Schleswig

3. Delegierter

Dr. Ralf van Heek, Kiel

1. Ersatzdelegierter

Dr. Karsten Dick, Rendsburg

2. Ersatzdelegierter

Sebastian Groth, Rendsburg

3. Ersatzdelegierter

Dr. Christoph Weiß-Becker, Husum

Weiterbildungsförderung Pädiatrie wird 2015 eingeführt

Der Vorstand der KV-Baden-Württemberg hat bei einer Veranstaltung „Vorstand on Tour“ verkündet, dass die Weiterbildungsförderung in der ambulanten Pädiatrie analog zur Förderung Allgemeinmedizin im nächsten Jahr bundesweit umgesetzt wird. Dies sei aus seinen zahlreichen Gesprächen mit Gesundheitspolitikern in Berlin hervorgegangen.

Der KV Vorstand habe auch mit zahlreichen Abgeordneten die negativen Auswirkungen des geplanten GKV-Versorgungsstrukturgesetzes auf die Kinder- und Jugendärztliche Versorgung besprochen. Die Soll-Regelung bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen könnte zum Wegfall zahlreicher pädiatrischer Praxen mit einem katastrophalen Einbruch der Ver-

sorgung führen. Die KV Baden-Württemberg möchte in enger Zusammenarbeit mit den Kinder- und Jugendärzten auf vielfältige Weise die Nachbesetzung freier pädiatrischer Sitze sichern. Bleibt zu hoffen, dass die Initiative aus dem Südwesten Beispiel gebend für den Rest der Republik wird.

Kup

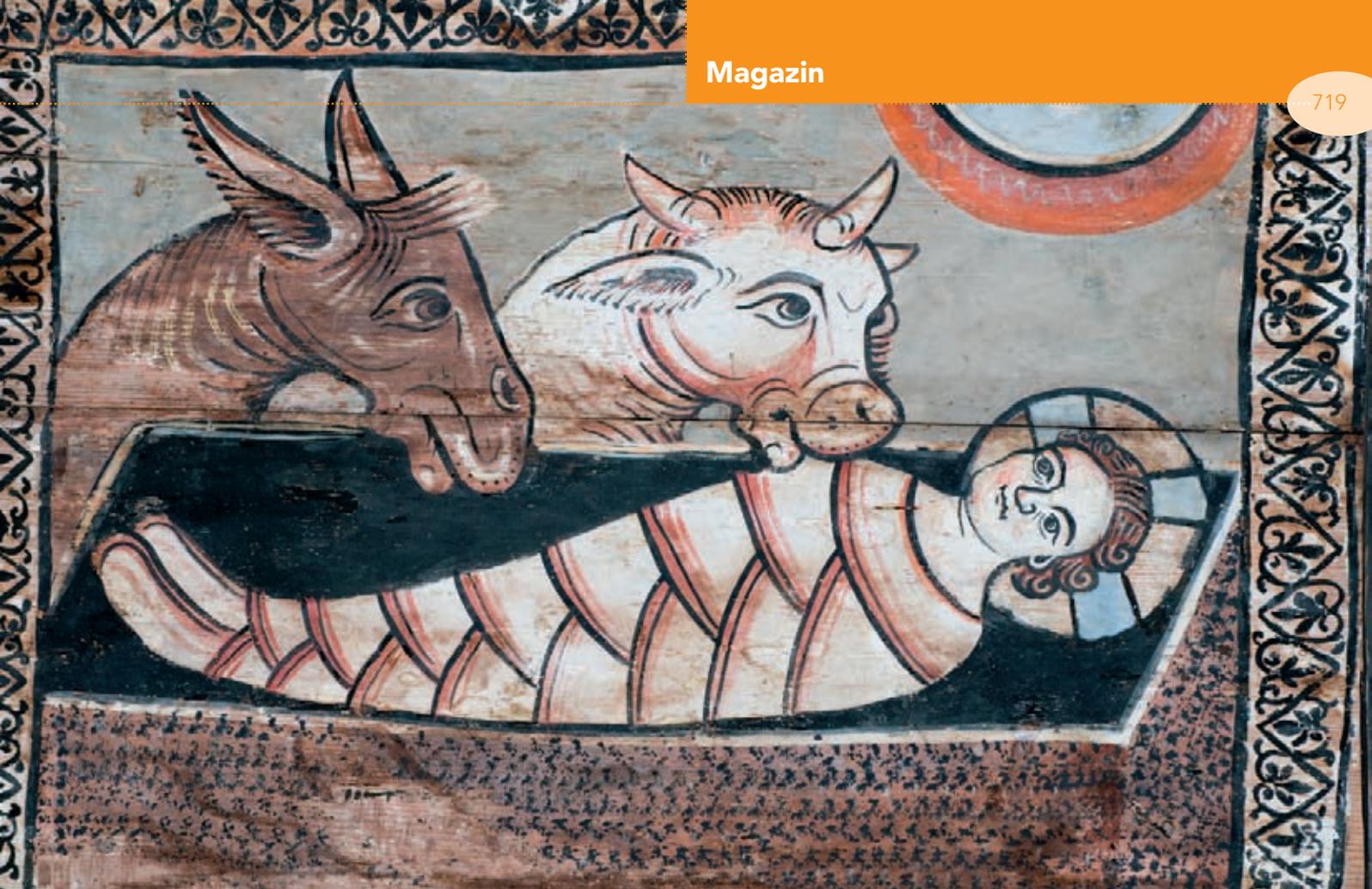
DGAAP

Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie

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

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

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



Ausschnitt Holzdecke St. Martin, Zillis, Schweiz, um 1130

© Yvan Traver/akg-images.

"In Windeln gewickelt...."

Eine kurze Geschichte unseres ersten Kleidungsstücks

Zweimal gleich zu Anfang kommen sie vor: "Und wickelte ihn in Windeln", schreibt Lukas über die Erstgebärende Maria. Und dann folgt: "Und das habt zum Zeichen: Ihr werdet finden das Kind, in Windeln gewickelt".

Wer etwas über die Geschichte der Windel herausfinden will, findet außer diesen beiden Bibelstellen erst einmal nicht viel. Seltsam, denn schließlich geht es hier um unser erstes Kleidungsstück. Der nackte Leib wird zum ersten Mal eingekleidet. Die Blöße wird bedeckt. Fest muss sie sitzen, die Windel, und gut halten. Neugeborene sollen sich nicht allein daraus befreien können. Und dann soll sie natürlich die verstoffwechselte Muttermilch auffangen.

Auf alten Gemälden sehen wir, wie Windeln aussahen, als es noch keine Wegwerf- oder wenigstens Baumwollwindeln gab: Ein quadratisches Tuch, in das das Kind eingepackt und mit Hilfe eines langen Wickelbandes fest eingeschnürt wurde, auch die Ärmchen. Ein Verfahren, das je nach Zeit und Weltgegend damit erklärt wurde, dass auf diese Weise die von Schwangerschaft und Geburt krummen Glieder des Kindes gerichtet würden oder dass es seiner Beruhigung diene.

Solcherart eingewickelte Säuglinge sehen auf Bildern aus wie verschnürte Päckchen oder wie Brote. Und tatsächlich findet man heute noch auf Flohmärkten in Österreich diese Brotformen mit einem kleinen Köpfchen und dem geschnürten Leib. Fatschen, abgeleitet vom lateinischen fascis - "Bündel", nannte man die Technik, bei der die Kinder bis zum Hals eingewickelt und verschnürt wurden. Und man ahnt, was für eine Tortur den Säuglingen damit zugemutet wurde. In einigen Weltgegenden, zum Beispiel in Russland, aber auch bei einigen indigenen Völkern in Südamerika, wird bis heute noch fest gewickelt.

Windeln statt Wickeln

Im 18. Jahrhundert kamen dann in Europa erste Windeltechniken auf: Die Mütter zogen ihren Kindern Schafwollhöschen an und stopften diese mit den damals saugfähigsten Rohstoffen aus, die sie zur Verfügung hatten: Mit Stroh und Heu. Der Vorteil des Verfahrens: Windel-dermatitis oder Pilze kannte man damals noch nicht. Das Schafwollhöschen musste nicht nach jedem Gebrauch



Regine Hauch

gewechselt werden. Ob die Babys sich in ihrer Einlage aus piksendem Heu und Stroh wohlfühlten, darf dagegen getrost bezweifelt werden. Aber die Zeit, in der Kinder Wickelkinder waren, dauerte ohnehin nicht lange. Spätestens wenn das Kind sich von alleine fortbewegen konnte, war es kein Wickelkind mehr. Natürlich war es dann noch lange nicht trocken. Aber da es damals weder wertvolle Teppichböden noch Matratzen gab, die hätten verschmutzt werden können, ließ man die Kinder ihre Bedürfnisse einfach verrichten und putzte sie dann weg. So ähnlich, wie es heute noch in ländlichen Gegenden in Afrika oder auch in Asien praktiziert wird. Die Mütter dort tragen ihre Kinder auf dem Rücken oder auf der Hüfte und spüren, wenn die Kinder "müssen". Sie halten sie dann einfach so, dass die Ausscheidungen auf den Boden fallen, wo sie nach dem Trocknen zusammengefeigt oder gleich von Hunden gefressen werden.



© Jenja – Fotolia.com

Ende des 18. Jahrhunderts wurde das Windeln in Europa wieder neu erfunden. Jetzt wickelten die Frauen drei Tücher übereinander, wovon das mittlere oft mit Öl, heißem Fett oder Bienenwachs imprägniert wurde.

Die ersten Stoffwindeln aus Baumwolle kamen im späten 19. Jahrhundert auf. Die Industrialisierung sorgte

für bezahlbare Preise und entsprechende Verbreitung. Damals wurde eine Gummihose über den Stoff gezogen: Diese verhinderte das Austreten der Flüssigkeit, jedenfalls ein wenig. Zur Reinigung wurden die Windeln dann am Waschtag in den Zuber gestopft, mit heißem Wasser ausgekocht und anschließend gebleicht an der frischen Luft oder mit Chlor. Wirksame Waschmittel gab es noch nicht.

1907 gelingt es dem Chemieunternehmen Henkel, das Waschen zu revolutionieren. Die Chemiker in dem Düsseldorfer Werk kombinierten Natriumsilikat mit Natriumperborat, das beim Kochen der Wäsche fein perlenden Sauerstoff freisetzt. "Waschen ohne Bleiche!" und "Das erste selbsttätige Waschmittel" jubelten die Anzeigen in der Düsseldorfer Zeitung. Das neue Waschmittel, nach den mittleren Silben seiner Inhaltsstoffe Persil genannt, nahm den Hausfrauen endlich das anstrengende und zeitraubende Reiben, Schwenken und Walken der Wäsche und insbesondere der Windeln ab.

Die Windelrevolution

Aus Amerika, woher auch sonst, kam die nächste Revolution. In den sechziger Jahren standen dort auf einmal die ersten Einwegwindeln in den Supermarktregalen. Eine amerikanische Hausfrau hatte bereits in den fünfziger Jahren die Idee dazu gehabt. In ein marktfähiges Produkt verwandeln konnte sie ihre Erfindung aber nicht. Das gelang erst



Victor Mills, der Mann, der Stoffwindeln leid war

Victor Mills. Der Ingenieur war es leid, seine Enkel mit Stoffwindeln zu wickeln und forschte nach einer alternativen Lösung. Zufälligerweise arbeitete er in der Forschungsabteilung bei Procter & Gamble. Das Unternehmen glaubte an die Windelidee seines Mitarbeiters. Fünf Jahre lang tüftelte und testete man unermüdlich. 1961 war es dann soweit. Die von Mills entworfenen ersten Einwegwindeln kamen auf den Markt. Anfang der 70er kam die Pampers Windel (vom englischen „to pamper“ = verwöhnen) auch in Deutschland in die Geschäfte und fortan sah man junge Eltern in Scharen die Riesenkartons nach Hause schleppen. Das aufwändige Abkochen und Waschen der Stoffwindeln hatte ein Ende. Eine Riesenerleichterung. Da nahm man es gerne hin, wenn die Einwegwindeln trotz aller Werbeversprechen doch immer wieder ausliefen, wenn das Klebeband nicht klebte und die Seitenbündchen je nach Babybeinchendumfang kniffen oder viel zu weit waren. Hauptsache, das lästige Waschen war vorbei.

War es früher der Stolz und das Glück jeder Mutter, wenn ihr Kind möglichst früh "trocken" war, nahm man sich jetzt Zeit. Die Kinder sollten selber lernen, ihre Ausscheidungen zu kontrollieren. So änderte ein einzelnes

Produkt auch die Erziehung nachhaltig. In den Kinderarztpraxen tauchten jetzt auch immer häufiger Kinder mit Hautproblemen im Windelbereich auf, denn die Einwegwindeln sorgten für ein feuchtwarmes Treibhausklima, in dem sich allerlei Keime und Pilze wohl fühlten, vermehrten und die empfindliche Babyhaut angriffen. Den Siegeszug der Pampers konnten solche Nachteile aber auch nicht stoppen.

Wettstreit um den Baby-Po

Bald kamen auch Wettbewerber mit ihren Einwegwindeln auf den Markt. Mit Pampers rissen sie sich um den lukrativen Markt. Ein Glück für die Eltern und Kinder. Die Preise sanken und die Einwegwindeln wurden besser und vielfältiger. Bald gab es dehnbare Seitenbündchen, dann den wiederverschließbaren Klettverschluss.

1997 kam - zunächst beim Marktpionier Pampers - der Durchbruch in der Saugfähigkeit. Die Entwicklung eines neuen Saugkerns verbesserte die Aufnahmefähigkeit und half, die empfindliche Babyhaut besser zu schützen. Und bald gab es auch für jede Entwicklungsstufe spezielle Einwegwindeln, es gab Windeln für besonders kleine und besonders große Kinder, es gab Windeln für besonders bewegungsaktive Kinder, für Kinder, die das Trockenwerden üben, Windeln für den Tag und Windeln für die Nacht und 2010 gabs endlich auch den "Superabsorber". Dafür wurde der bisher notwendige Zellstoff im Windelkern durch kleine Kügelchen ersetzt, die in Verbindung mit Flüssigkeit zu einem Gel werden und das Zwölfwache ihres Eigengewichts an Flüssigkeit aufnehmen. Auch wenn die Windel voll und schwer ist, bleibt nun die Babyhaut völlig trocken.

Alles öko, oder was?

Die Einwegwindeln mögen bequem sein, umweltfreundlich sind sie aber nicht. So wenig wie Stoffwindeln. Aber welche ist das kleinere Übel? Eltern streiten sich daher in Internetforen und auf Spielplatzbänken leidenschaftlich mit anderen darüber, welche Windeln die richtigen sind: Stoff- oder Einwegwindel. Mit Einwegwindeln



© Dron – Fotolia.com

kommt eine Menge Abfall zusammen. Stoffwindeln müssen dagegen gewaschen und getrocknet werden. Aktuelle wissenschaftliche Untersuchungen zur Ökobilanz von Einwegwindeln im Vergleich zu Stoffwindeln sind nicht bekannt. Ältere Studien sind nicht zuverlässig, denn ein Heer von Ingenieuren entwickelt ständig neue umweltschonendere Einwegwindeln: Einwegwindeln, die leichter sind, weniger Verpackung brauchen, die bei der Herstellung weniger Energie- und Wasser verbrauchen und weniger CO₂ erzeugen. Alles Pluspunkte für die Einwegwindel. Aber natürlich werden auch Waschmaschinen und Trockner sparsamer: Punkte für die Stoffwindel.

Eine allgemeingültige Ökobilanz ist also kaum aufzustellen. Bleibt die letztendlich entscheidende Frage: Welche Windel würde das Baby wählen?

Am liebsten gar keine, wahrscheinlich. Geht aber nicht. Oder doch? Aus den USA, dem Ursprungsland der Einwegwindel, kommt nun ein neuer Trend, der allerdings recht zeitraubend und anstrengend ist: Fortschrittliche Eltern wickeln hier ihre Kinder nicht mehr, sondern beobachten sie gut. Zeigen sie Anzeichen, sich zu entleeren, werden sie abgehalten - so wie es seit Jahrtausenden in Afrika oder Asien gemacht wird.

Regine Hauch
40545 Düsseldorf
E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Zahlen und Fakten

- Gut 5.000 Mal wird ein Kind gewickelt, bis es aus dem Windelalter heraus ist.
- Etwa 660.000 Neugeborene pro Jahr in Deutschland benötigen ca. vier Millionen Windeln pro Tag. Alle Wickelkinder zusammengenommen, sind es täglich mehr als acht Millionen Wegwerfwindeln, die in der Regel über die Restmülltonne und somit die Müllverbrennungsanlagen kommen.
- Umweltschützer schätzen den Anteil von Windeln am Müllaufkommen auf bis zehn Prozent zu.

Dr. med. Christoph Kupferschmid zum 65. Geburtstag

Am 26.12.2014 feiert Christoph Kupferschmid seinen 65. Geburtstag. Er wurde in Tuttlingen geboren und studierte nach dem Abitur 1969 Medizin in Ulm, Marburg und Berlin. Nach dem Staatsexamen im Jahre 1975 war er zunächst an der Universitäts-Kinderklinik in Ulm in der Allgemeinen Pädiatrie tätig und spezialisierte sich ab 1979 in der Kinderkardiologie.

1986 übernahm Christoph Kupferschmid eine kinder- und jugendärztliche Praxis in Ulm, die er bald zu einer Gemeinschaftspraxis mit zwei weiteren pädiatrischen Kollegen erweiterte.

Früh engagierte er sich im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte: 1991 wurde er zum Obmann seines Bezirkes gewählt, von 1995 bis 2003 übte er das Amt des Landesverbandsvorsitzenden aus. Daneben war er mitverantwortlich für den großen Erfolg der Fortbildungsveranstaltung „Pädiatrie zum Anfassen“ in Nellingen. Seit 2010 vertritt er seine Kolleginnen und Kollegen in der VV der KV Baden-Württemberg mit großem Engagement. Gerade in der KV Baden-Württemberg benötigt man schon ein ganz erhebliches Stand- und Durchsetzungsvermögen, wenn man die Interessen von Kindern und Jugendlichen durchsetzen und die KV von den Qualitäten der Kinder- und Jugendärzte überzeugen will.



Dr. med. Christoph Kupferschmid

2002 übernahm Christoph Kupferschmid die Redaktion der Verbandszeitschrift „Kinder- und Jugendarzt“. In dieser Funktion gelang es ihm, trotz eines wenig ermutigenden wirtschaftlichen Umfelds, die erfolgreiche Arbeit seiner Vorgänger fortzusetzen und die Zeitschrift weiterzuentwickeln. Dank seiner profunden wissenschaftlichen Kenntnisse und seines kritischen Geistes erreichte er eine deutliche Schärfung des Profils der Zeitschrift. Gesundheitliche Gründe zwangen ihn Ende 2006, beruflich etwas kürzer zu treten und neue Kräfte zu sammeln.

Sobald es ihm wieder möglich erschien, war Christoph Kupferschmid bereit, seine hervorragenden Qualifikationen erneut dem BVKJ zur Verfügung zu stellen. So übernahm er im April 2012 erneut die Redaktion unserer Verbandszeitschrift und übt dieses wichtige Amt bis heute in hervorragender Weise mit großem Engagement aus. Der BVKJ hat ihn für seine tolle Arbeit bereits 2007 mit der Meinhard von Pfaundler-Medaille und 2011 mit der Ehrennadel in Gold ausgezeichnet.

Lieber Christoph, wir alle wissen, dass Du sehr gerne in Deinem Haus in Frankreich bist, und gratulieren Dir ganz herzlich zu Deinem 65. Geburtstag, der, wie ich weiß, noch nicht der endgültige Eintritt in den Ruhestand sein wird. Aber Du wirst sicher mit Deiner Familie mehr Zeit in Frankreich verbringen wollen und Deinen vielen Interessen auch außerhalb der Medizin nachgehen. Alles Gute, bleib uns mit Deinem kritischen Geist erhalten und vielen Dank für Deinen großartigen Einsatz auf vielen Gebieten in all den Jahren. Du warst und bist immer eine Bereicherung für die Kinder- und Jugendmedizin!

*Herzlichst
Wolfram Hartmann
Präsident BVKJ*

21. Januar 2015

39. traditionelle Winterveranstaltung des LV Westfalen-Lippe

des bvkj e.V. in Bielefeld

„Teilleistungsstörungen und Hochbegabung, welche Rolle haben wir Kinder- und Jugendärzte in Diagnostik und Führung“

Auskunft:

Dr. med. Frank-Peter Drobnitzky (dr.fpdrobnitzky@googlemail.com),

Dr. med. Martin Möllers (martin.moellers@evkb.de)

Fortbildungstermine



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Februar 2015

21. Februar 2015
Patientenorientierte Selbsterfahrung
Essen
Info: dr.kohns@t-online.de

März 2015

6.-8. März 2015
Kongress für Jugendmedizin des bvjk e.V., in Weimar
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-15/26, Fax: 0221/68909-78, (bvjk.kongress@uminfo.de) ②

14. März 2015
24. Pädiatrie zum Anfassen, Rostock des BVKJ e.V., LV Mecklenburg-Vorpommern, Tag.-Leiter: Dr. A. Michel/St. Büchner, Auskunft: ①

19.-22. März 2015
Päd-Ass 2015
12. Assistentenkongress in Köln
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-15/26, Fax: 0221/68909-78, (bvjk.kongress@uminfo.de) ②

21. März 2015
Seminar für Medizinische Fachangestellte, Dresden des LV Sachsen, Tag.-Leiter: Dr. Klaus Hofmann, Auskunft: ①

April 2015

18. April 2015
38. Pädiatref 2015
des BVKJ, LV Nordrhein, Köln und
7. Kongress PRAXISfieber-regio für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen, Köln
Auskunft: www.paediatref.de ④

18. April 2015
27. Pädiatrie zum Anfassen des LV Rheinland-Pfalz und Saarland, Worms
Tag.-Leiter: Prof. Dr. Heino Skopnik
Auskunft: ①

24.-25. April 2015
13. Pädiatrie à la carte des BVKJ, LV Westfalen-Lippe, Hilstrup
Tag.-Leiter: Dr. Marcus Heidemann, Dr. Andreas Schmutte
Auskunft: ④

25. April 2015
Patientenorientierte Selbsterfahrung
Essen
Info: dr.kohns@t-online.de

Mai 2015

29.-30. Mai 2015
25. Pädiatrie zum Anfassen des LV Thüringen, Erfurt
Tag.-Leiterin: Dr. Anette Kriechling
Auskunft: ①

Juni 2015

12.-14. Juni 2015
45. Kinder- und Jugendärztetag 2015
Jahrestagung des BVKJ, Berlin
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-16/26, Fax: 0221/68909-78, bvjk.kongress@uminfo.de ①

13.-14. Juni 2015
10. PRAXISfieber-live Kongress für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen, Berlin
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-16/26, Fax: 0221/68909-78, bvjk.kongress@uminfo.de ①

Juli 2015

4. Juli 2015
Pädiatrie zum Anfassen
des bvjk e.V., LV Baden-Württemberg, und **Kongress PRAXISfieber-regio für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen**
Tag.-Leiter: Dr. Christian Stock ③

September 2015

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

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

Oktober 2015

9.-14. Oktober 2015
43. Herbst-Seminar-Kongress
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V., Bad Orb
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-15/26, Fax: 0221/68909-79, (bvjk.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. 09321-3907300, Fax 09321-3907399, info@interface-congress.de

Ehrungen in Bad Orb 2014

Dr. med. Rolf Huenges war 1972 einer der ersten internationalen Kinderärzte am „Kilimanjaro Christian Medical Centre“, Tansania. Auf Vermittlung der kirchlichen Entwicklungshilfeorganisation „Dienste in Übersee“ konzentrierte sich sein Einsatz auf Klinik und Lehrtätigkeiten. Er kümmerte sich viele Jahre um die Patientenversorgung und den täglichen Unterricht von



Studenten, Ärzten und Pflegekräften. Huenges erstellte Leitlinien und ein Handbuch für medizinische Hilfskräfte. Er konnte viele Kollegen ausbilden und auch motivieren, in Afrika oder in anderen Dritt-Welt-Ländern zu arbeiten und sich in der Arbeitsgemeinschaft Tropenpädiatrie einzubringen. Huenges ist Gründungsmitglied dieser Arbeitsgemeinschaft. Für seinen Einsatz erhielt der ehemalige Chefarzt der Kinderklinik Villingen-Schwenningen den **Preis Pädiater für Kinder in Krisenregionen**.

Die **Ehrenurkunde** wird vom BVKJ als höchst Auszeichnung für verdiente Menschen vergeben, die keine Ärzte sind. **Frau Brigitte März** erhielt sie als nimmermüder Motor bei der engen Zusammenarbeit zwischen BVKJ und ihrem Verband der medizinischen Fachberufe. Sie ist dort Mitglied im Vorstand und hat in dieser Funktion von Anfang an an der thematischen Gestal-

tung des Kongresses für medizinische Fachangestellte „Praxisfieber live“ mitgearbeitet. Durch ihre profunden Kenntnisse der Wünsche und Bedürfnisse der pädiatrischen Fachangestellten trug sie ganz wesentlich dazu bei, dass der BVKJ ein beispielhaftes Angebot für MFA in pädiatrischen Praxen aufbauen konnte.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte ehrt die hervorragenden Verdienste von **Dr. med. Josef Geisz** um die kinder- und jugendärztliche Fortbildung mit der Verleihung der **Meinhard-von-Pfaundler-Medaille**. Seit über 22 Jahre trägt Josef Geisz in verschiedenen Funktionen des BVKJ Verantwortung, lange Zeit war er De-

legierter und Vorsitzender des Hessischen Landesverbandes. Er engagierte sich unheimlich bei der Einführung des „Gesetzes zur



Stärkung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ zum 1. Januar 2008 mit Einführung der verpflichtenden Vorsorge, der Impfstatusbescheinigung vor Besuch einer öffentlichen Betreuung und umfangreichen Präventionsbegleitmaßnahmen wie Sprachscreening, Familienhebammen und Antige-waltprogrammen in Kindergärten und Schulen. Neben der berufspolitischen Arbeit hat sich Herr Geisz immer intensiv um die pädiatrische Fortbildung gekümmert. So organisierte er von 1996 bis 2012 das jährliche Symposium „Impfforum Hessen“ in der Fortbildungsakademie der Landesärztekammer in Bad Nauheim. Die „Seminartagung Hessen“ des BVKJ als Nachfolgeveranstaltung der Dreiländer- bzw. Vierländertagung organisierte er von 1997 bis 2012.

Kup

FREUDE, GLÜCK UND EMPATHIE

Was haben diese drei Begriffe mit der STIFTUNG KIND UND JUGEND des BVKJ zu tun?

Seit vielen hundert Jahren werden Stiftungen gegründet, um Gutes zu tun. Viele Bürger in verschiedenen Ländern der Erde sehen darin eine Möglichkeit, ihre Projekte, Lebensentwürfe, Vorstellungen von Humanismus usw. ohne den Einfluss des Staates zu verwirklichen. Menschen, die stiften, wollen Ideen unterstützen, die nur so eine Chance besitzen, verwirklicht zu werden. Stifterinnen und Stifter haben ein Gefühl für Visionen und nehmen selbst Teil an der Realisierung außergewöhnlicher Ideen.

Freude

Unsere Stiftung, die Stiftung der Kinder- und Jugendärzte erzeugt Freude, wenn z.B. durch unser schönes Projekt „THEATER AUF REZEPT“ Kinder teilweise erstmals eine Aufführung in einem Theater erleben dürfen. Sie erzeugt Freude bei den Projektgestaltern und sie erzeugt Freude bei den Unterstützern der Stiftung, die damit spüren, dass sie einen Beitrag zur Bildungsförderung geleistet haben

Glück

Unsere Stiftung macht Eltern und Kinder glücklich, wenn als Folge von For-

schungsergebnissen der Anteil der gesunden Kinder steigt, wenn die Benachteiligung von Kindern reduziert wird, wenn langfristig eine gefestigte emotionale und geistige Entwicklung der Kinder und Jugendlichen gewährleistet ist. Diese Arbeit macht die Forschenden glücklich und sie macht die Stifterinnen und Stifter glücklich. Denn es ist eine große Genugtuung, an der Gesundheitsentwicklung der Kinder aktiv beteiligt zu sein.

Empathie

Und unsere Stiftung „stiftet“ Empathie. Es ist ansteckend, dauerhaft an dem Wohl der Kinder mitzuarbeiten. Und wer weiß dies besser - neben den Eltern - als wir Kinder- und Jugendärzte?

Liebe Kolleginnen und Kollegen, unterstützen auch Sie die Stiftung. Auch Sie werden die Freude, das Glück und die Empathie verspüren, durch die Stärkung unserer gemeinsamen Stiftung, der STIFTUNG KIND UND JUGEND DES BVKJ das



Wohl aller Kinder und Jugendlichen kreativ, konstruktiv und voller Optimismus mitzugestalten.

Mit herzlichen und kollegialen Grüßen
Ihr Hermann Josef Kahl
40237 Düsseldorf
E-Mail: praxis@freenet.de

Red: ReH

Info

IBAN: DE38 3602 0186 0363 7486 00
BIC: HYVEDEMM360
Bayrische Hypo-Vereinsbank
Selbstverständlich können sie Ihre
Spende steuerlich geltend machen.



„Man muss Glück teilen, um es zu multiplizieren.“

Marie von Ebner-Eschenbach

SOS
KINDERDÖRFER
WELTWEIT

www.sos-kinderdoerfer.de

Buchtipps

Matthias Franz (Hrsg.)

Die Beschneidung von Jungen – ein trauriges Vermächtnis

Verlag Vandenhoeck und Ruprecht, 2014, 447 Seiten, 11 Abb., € 30,90, ISBN 978-3-525-40455-3

Die männliche Vorhautamputation (Beschneidung) ist einer der ältesten und auch heute noch einer der am häufigsten durchgeführten operativen Eingriffe. Sie wird zumeist in ritueller Absicht an minderjährigen, nicht einwilligungsfähigen Jungen durchgeführt.

Mit dem Kölner Urteil vom Mai 2012, das eine nicht medizinisch indizierte Beschneidung als strafbare Körperverletzung einstufte, wurde eine hitzige Debatte in Gang gesetzt, die eigentlich mit dem bereits im Dezember 2012 auftragsgemäß in Kraft getretenen Beschneidungsgesetz §1631d beendet werden sollte. §1631d legalisierte die nicht medizinisch indizierte Entfernung der männlichen Vorhaut bei minderjährigen und nicht einwilligungsfähigen Jungen und offenbarte sich damit als Schutzgesetz für Beschneider, in dem kindliche Grundrechte, z.B. die auf körperliche Unversehrtheit, völlig unberücksichtigt blieben. Mit dem nachfolgend vorgestellten Buch tritt die Kontroverse um die Jungenbeschneidung in die nächste Runde.

Der Herausgeber dieses Buches ist Professor Matthias Franz. Er ist Facharzt für Psychosomatik, Neurologie und Psychiatrie und stellvertretender Direktor des klinischen Instituts für psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Düsseldorf.

Er konnte namhafte Strafrechtsprofessoren, Kinderchirurgen, Kinderärzte, Psychoanalytiker, Historiker, Religionswissenschaftler und Politiker als Co-Autoren gewinnen, die in ihren Beiträgen die verschiedenen Aspekte des Beschneidungsthemas äußerst sachkundig und faktenorientiert dabei überzeugend, gut ver-

ständig und nicht polemisierend darlegen. Folgende Kernaussagen dieses Buches können dabei herausgestellt werden:

- Religionshistorisch ist die männliche Vorhautbeschneidung als Ablösung vom früher praktizierten Kinderopfer anzusehen.
 - Sie wird in der Psychoanalyse als Kastrationsandrohung interpretiert, die den Jungen der männlichen Autorität unterwerfen soll.
 - Insbesondere im Säuglingsalter ist die Beschneidung, wenn nicht in Narkose ausgeführt, immer äußerst schmerzhaft und fügt dem Jungen mit dem Verlust einer erogenen Zone ein körperliches und ein psychisches Trauma zu. Spätere Störungen im Sexual- und Sozialverhalten können die Folge sein.
 - Die nicht-symptomatische Vorhautverengung bei kleinen Jungen ist nicht pathologisch und bedarf deshalb nicht reflexhaft einer Beschneidung. Kortikoidhaltige Cremes gelten bei symptomatischer Phimose als Therapie der ersten Wahl.
 - Die Medikalisierung (Hygiene, HIV-Prophylaxe und Schutz vor STIs usw.) der Beschneidung ist eine beliebte Rechtfertigungsstrategie, die jedoch, wie in diesem Buch dargelegt, einer genauen Überprüfung nicht standhält.
 - In der auch für Nicht-Juristen gut verständlichen, juristisch-ethischen Diskussion werden nicht nur Widersprüche innerhalb von §1631d gezeigt, sondern es wird auch deutlich gemacht, dass das Beschneidungsgesetz mit zahlreichen Grundrechten des Kindes, z.B.: dem des Rechtes auf körperliche Unversehrtheit, kollidiert und damit einen vielfachen Verstoß gegen das Grundgesetz und die UN-Kinderrechtskonvention bedeuten.
- Ihre Ausführungen lassen die Autoren und damit auch den Leser eine deutlich beschneidungskritische Position einnehmen.
- Da sich die Autoren dadurch aber

auch immer wieder Anfeindungen seitens einer einflussreichen Religionslobby ausgesetzt sehen, sind die Beiträge von Jerome Segal (jüdischer Historiker) und Andreas Gotzmann (Professor für Judaistik) besonders herauszustel-

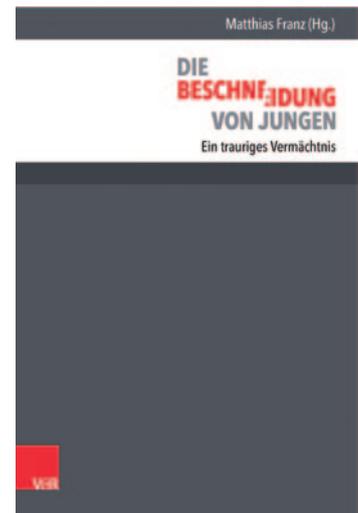
len. In ihren Beiträgen legen sie u.a. dar, dass es auch innerhalb des Judentums bereits früh eine kritische Auseinandersetzung mit der Beschneidungspraxis gab und dass auch im modernen Judentum die Zahl bewusst nicht-beschnittener Juden zunimmt. Eine lebendige Religion ist auch ohne blutig-schmerzhafte Rituale möglich.

Mit seiner beschneidungskritischen Position ist dieses Buch ein starkes Plädoyer für Kinderrechte, den Kinderschutz und die kindliche Unversehrtheit. Es offenbart die rituelle Jungenbeschneidung als ein archaisches und schmerzhaftes Ritual, das – nach dem Selbstverständnis eines säkularen Staates, auch seine jüngsten Bürger vor Schaden zu schützen – ,nicht akzeptiert werden kann.

Das Buch ist vor allem jedem als Lektüre zu empfehlen, der Beschneidungen an kleinen Jungen vornimmt.

Dr. med. Kolja Eckert

Der Autor ist Funktionsoberarzt und Fortbildungsbeauftragter an der Klinik für Kinderchirurgie Elisabeth-Krankenhaus Essen Klara-Kopp-Weg 1 45138 Essen
Tel.: 0201/897-3351
E-mail: eckert.kolja@me.com oder k.eckert@contilia.de



Red: ReH

Die Welt der Kinder im Blick der Maler



Paula Modersohn-Becker, Mädchen im Birkenwald mit Katze, um 1904, Kunstsammlung Böttcherstraße

© akg/P.Modersohn-Becker Museum

Wir sehen hier nicht ein strahlendes, fröhliches Kind, wie es sonst auf vielen Kinderbildnissen zu finden ist. Nein, dieses Mädchen, das in einem dunklen Wald steht, angelehnt an einen gelbgrünen Birkenstamm, wirkt einsam, in sich gekehrt, fast verbittert. Die Mundwinkel sind nach unten gezogen, die Lippen etwas aufgeworfen. Deutlicher als die Mimik spricht die Gestik. Beschützend, ja, liebevoll umschließen die Arme die Katze. Die rechte Hand des Mädchens hält sanft die rechte vordere Pfote der Katze. Der Rücken des Tieres und der getigerte Schwanz bilden einen Kreis, nur der Kopf lugt heraus. Mit großen dunklen Augen schaut die Katze auf den Betrachter, in den Händen des Mädchens scheint sie sich geborgen zu fühlen.

Am oberen Bildrand erkennen wir einen schmalen Ausschnitt des düsteren Himmels. Seitlich im Bild deuten rötlichbraune Farbtupfer auf weitere Kinder hin, aber mit ihnen hat das Mädchen keinen Kontakt.

Anscheinend handelt es sich um ein einsames Kind, das vielleicht nicht viel Zuwendung von seiner Familie erfahren hat und nun einen Ausgleich in seiner Hinwendung zum Tier sucht. Trotz aller Schwierigkeiten scheint es aber genügend Kraft in sich zu spüren, um einen eigenen Weg zu finden.

Paula Modersohn-Becker wurde 1876 als drittes von sieben Kindern in Dresden geboren. Bei der Erziehung der Kinder spielten Kunst, Literatur und Musik eine große Rolle. Trotzdem wäre

es den Eltern nicht in den Sinn gekommen, für Paula eine Karriere als Künstlerin ins Auge zu fassen. Sie sollte Lehrerin werden. Aber das Mädchen suchte immer wieder Gelegenheiten, Zeichen- und Malkurse zu besuchen. Schließlich gelang es ihr auch, die Familie von der Ernsthaftigkeit ihres künstlerischen Wollens zu überzeugen. Sie durfte 1897 nach Worpsswede gehen und Unterricht bei Fritz Mackensen nehmen. Allerdings empfand sie bald die provinzielle Enge der Worpssweder Künstlerkolonie. Statt einer poetischen Landschaftsschilderung suchte sie eine auf das Wesentliche zielende Ausdruckskunst. In ihrer Malerei dominierte die Darstellung der Frau, eng verbunden mit dem Thema des Kindes.

1901 heiratete sie den Maler Otto Modersohn. Sie stimmte ihren gesamten Lebensrhythmus und auch ihre Ehe auf das künstlerische Schaffen ab. In ihrer Suche nach neuen Horizonten unternahm sie mehrere lange Reisen nach Paris und kam dort in enge Berührung mit der künstlerischen Avantgarde. Besonders beeindruckt wurde sie von Paul Cézanne, Paul Gauguin, Vincent van Gogh, Pablo Picasso, den Nabis. Bewunderung empfand sie auch für altjapanische Kunst und für Rodin.

In ihren expressiven Werken greift sie diese Anregungen auf. Sie erkennt die Bedeutung der Eigengesetzlichkeit von Form und Farbe, verleugnet Illusionismus und Perspektive. Ihre Modelle rückt sie ganz nahe heran. Die Kinderbildnisse reduziert sie auf eine elementare Wesenhaftigkeit, ohne auf Individualität zu verzichten.

Während Kinderbildnisse in früheren Epochen oft die Sicht des Erwachsenen widerspiegeln, wandte man sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts bewusster dem Kind und dessen eigener Welt zu. Diese realistische Sicht ohne jeden romantischen Schleier findet man ausgeprägt in den Werken dieser Malerin. Alle sentimentalisierten Momente, das Verspielte und Anekdotische, werden ausgeschaltet, auch moralisierende Tendenzen fehlen. Modersohn-Becker zeigt die Kinder in einer eigenständigen, naturhaft-kreatürlichen Lebenswelt, oft ist eine gewisse Melancholie zu spüren. Ihre neue Bildwelt, ihr monumentaler, abstrahierender Ausdrucksstil wurden zunächst als hölzern und dilettantisch empfunden. Erst kurz vor dem 1. Weltkrieg gab es einen kleinen Kreis von Kunstfreunden, der die Einzigartigkeit ihrer künstlerischen Leistung erkannte. Von den Nazis wurde sie zu den „entarteten Künstlern“ gerechnet, etwa 50 Gemälde mussten aus deutschen Museen und Sammlungen entfernt werden.

Schon bald nach der Eheschließung erwachte in der Künstlerin die Sehnsucht nach einem eigenen Kind. Erst 1907 ging der Wunsch in Erfüllung, aber knapp drei Wochen nach der Geburt der Tochter starb die junge Mutter an einer Lungenembolie.

Heute erfüllt uns der neue Blick auf die Welt der Kinder, den die leidenschaftliche Malerin an der Schwelle des 20. Jahrhunderts gefunden und gegen alle Widerstände gestaltet hat, mit Bewunderung.

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

Red: ReH



Geburtstage im Januar 2015

65. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Wolfgang *Rascher*,
Erlangen, am 02.01.

Herr Dr. med. Ulrich *Arendt*,
Berlin, am 02.01.

Herr Dr. med. Thomas *Berger*,
Frankfurt, am 04.01.

Herr Dr. med. Herbert *Kollaschinski*,
Marktredwitz, am 05.01.

Frau Dr. med. Gerlinde *Reichelt*,
Lübben, am 08.01.

Frau Dr. med. Brigitte *Giersch*,
Berlin, am 09.01.

Herr Dr. med. Gerhard *Köhler*,
Wendelstein, am 13.01.

Herr Frank *Lütgert*, Berlin, am 15.01.

Herr Dr. med. Rolf J. *Kühnelt*,
Berlin, am 17.01.

Frau Sabine *Hoya*, Berlin, am 20.01.

Frau Dr. med. Barbara *Teichmann*,
Leipzig, am 20.01.

Herr Dr. med. Anton *Freilinger*,
Au-Hallertau, am 21.01.

Herr Dr. med. Juan-Carlos *Menendez-
Castro*, Bad Kissingen, am 22.01.

Herr Friedemann *Maechler*,
Berlin, am 23.01.

Frau Dipl.-Med. Karin *Thrum*,
Unterpörlitz, am 26.01.

Frau Dr. med. Eva-Maria *Geist*,
Schwerte, am 27.01.

Herr Dr. med. Hans-Rainer *Pleser*,
Lilienthal, am 28.01.

Frau Dr. med. Dorothea *Reinermann*,
Pulheim, am 28.01.

Herr Dr. med. Jürgen *Leiter*,
Bad Arolsen, am 30.01.

70. Geburtstag

Herr Dr. med. Klaus-Peter *Falkowski*,
Berlin, am 01.01.

Herr Dr. med. Wolfgang *Dennig*,
Plettenberg, am 04.01.

Herr Dr. med. Franz Josef *Bienefeld*,
Offenbach, am 06.01.

Frau Dr. med. univ./Univ. Budapest Gisela
Börzsönyi, Freising, am 07.01.

Herr Dr. med. Hans J. *Müller*,
Timmendorfer Strand, am 10.01.

Frau Dr. med. Dorothea *Eicker*,
Gladbeck, am 11.01.

Frau Dr. med. Helga *Blaschke*,
Fürstenfeldbruck, am 13.01.

Herr Dr. med. Georg *Poeschel*,
Bochum, am 15.01.

Frau Dr. med. Waltraud *Wahler-Brenk*,
Troisdorf, am 21.01.

Herr Dr. med. Rolf *Schlenk*,
Nürnberg, am 22.01.

Frau SR Dr. med. Annemarie *Rudolph*,
Oschersleben, am 24.01.

Frau Lemonia *Karatz-Bernhardt*,
Kassel, am 28.01.

Frau Dr. med. Brigitt *Zimmermann*,
Berlin, am 29.01.

Frau Dr. med. Ellen *Andrä*,
Fraureuth, am 29.01.

Frau Dr. med. Renate *Schmidt*,
Hagen, am 30.01.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Monika *Kasper*,
Hemmoor, am 01.01.

Frau MR Dr. med. Regina *Oertel*,
Magdeburg, am 03.01.

Herr Dr. med. Bernhart *Ostertag*,
Regensburg, am 05.01.

Herr Dr. med. Veit *Huber*,
Reutlingen, am 05.01.

Herr Dr. med. Karl F. W. *Anspach*,
Bonn, am 11.01.

Frau SR Dr. med. Angelika *Wendt*,
Dessau, am 14.01.

Frau Dorothee von *Rauchhaupt*,
Dieburg, am 16.01.

Frau Dr. med. Bärbel *Dirksen*,
Lindenfels, am 16.01.

Herr Dr. med. Gerd Jürgen *Breckling*,
Mülheim, am 17.01.

Frau Prof. Dr. med. Adelheid *Michel*,
Koserow, am 18.01.

Herr Dr. med. Anton *Gülpen*,
Würselen, am 22.01.

Frau Dr. med. Brigitte *Thomschke*,
Nordhausen, am 24.01.

Herr Dr. med. Bernd *Graubner*,
Göttingen, am 24.01.

Herr Dr. med. Christoph *Holzhausen*,
Bad Salzflun, am 29.01.

Frau MR Dr. med. Helga *Gräbner*,
Zwickau, am 31.01.

80. Geburtstag

Frau MR Dr. med. Roswitha *Schingnitz*,
Lübben, am 07.01.

Herr Dr. med. Ömer *Özüak*,
Lehrte, am 11.01.

Frau Dr. med. Wilma *Bockelmann*,
Schorndorf, am 15.01.

Herr Dr. med. Eberhard *Krüger*,
Schönwalde, am 20.01.

Herr Dr. med. Hans-Joachim *Wagner*,
Siegen, am 23.01.

Frau SR Sieglind *Todtenhaupt*,
Sömmerda, am 25.01.

Herr Dr. med. Otto *Zinsser*,
Herbolzheim, am 26.01.

Frau MR Brigitte *Karge*,
Finsterwalde, am 26.01.

Herr Prof. Dr. med. Bodo-Knut *Jüngst*,
Mainz, am 26.01.

81. Geburtstag

Frau Dr. med. Käthe *Heber*,
Goslar, am 13.01.

Frau Dr. med. Ingeborg *Baßler*,
Ladenburg, am 15.01.

Herr Dr. med. Peter *Scharfe*,
Dresden, am 20.01.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Ruth *Hackel*,
Bad Nauheim, am 01.01.

Herr Dr. med. Harald *Hückstädt*,
Hamburg, am 05.01.

Frau Dr. med. Helena *Reich*,
Baden-Baden, am 19.01.

Frau Dr. med. Irene *Seltsam*,
Gemünden, am 25.01.

Herr Dr. med. Hans Ludger *Heidtmann*,
Hildesheim, am 25.01.

84. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Jürgen *Spranger*,
Sinzheim, am 01.01.

Frau Prof. Dr. med. Ingeborg *Brandt*,
Königswinter, am 19.01.

85. Geburtstag

Herr MR Dr. med. Helmut *Hettmer*,
Torgau, am 02.01.

86. Geburtstag

Frau MR Dr. med. Ruth *Schnürer*,
Berlin, am 01.01.

Herr Dr. med. Anton *Oster*,
Köln, am 09.01.

87. Geburtstag

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

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Else *Trautwein*,
Volxheim, am 01.01.

Frau Dr. med. Eva *Joeden*,
Neustadt, am 06.01.

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Maria E. *Gertkemper*,
Detmold, am 28.01.

91. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Prechtel*,
Egloffstein, am 07.01.

Herr Dr. med. H. -Helmut *Schmidt*,
Worms, am 19.01.

95. Geburtstag

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

100. Geburtstag

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

Geburtstage im Februar 2015

65. Geburtstag

Frau Dipl.-Med. Evelyn *Reichmann*, Frankfurt/Oder, am 01.02.

Herr Dr. med. Detlef *Müller-Bühl*, Alzenau, am 03.02.

Herr Dr. med. Hermann *Häfele*, Memmingen, am 05.02.

Herr Olaf *Opitz*, Bodtstedt-Fuhlendorf, am 06.02.

Frau Dr. med. Ingrid *Schlenk*, Nürnberg, am 07.02.

Frau Petra *Müller*, Düsseldorf, am 07.02.

Herr Dr. med. Eberhard *Kuwertz-Bröking*, Münster, am 07.02.

Herr Jan-Dietrich *Kaiser*, Bergisch Gladbach, am 08.02.

Frau Dr. med. Heidrun *Hudler*, Bad Salzdetfurth, am 10.02.

Frau Dr. med. Helga *Lucke*, Berlin, am 11.02.

Herr Eberhard *Zimmermann*, Bremen, am 12.02.

Frau Dr. med. Maria Sophia *Blandfort*, Landau, am 16.02.

Herr Dr. med. Albrecht *Jahn*, Dannenberg, am 19.02.

Frau Dr. med. Marie-Luise *Herschbach-Düring*, Meschede, am 20.02.

Frau Dipl. med. Renate *Frahm*, Mölln, am 20.02.

Frau Marion *Schubert*, Warendorf, am 22.02.

Herr Dr. med. Stephan *Hohenschild*, Hamburg, am 23.02.

Frau Dr. med. Angelika *Wichmann*, Körner, am 25.02.

Frau Ursula *Brandenburg*, Laufenburg, am 26.02.

Herr Dr. med. Jochen *Hanke*, Hamburg, am 27.02.

70. Geburtstag

Frau Irene *Willig*, Berlin, am 02.02.

Frau Dr. med. Ute *Hellwig*, Niederaula, am 03.02.

Herr Dr. med. Erwin *Schlautd*, Koblenz, am 04.02.

Frau Dr. med. Bärbel *Weineck*, Lahr, am 04.02.

Frau Dr. med. Isa *Wenkebach*, Mainhausen, am 04.02.

Herr Dr. med. Peter *Neef*, Hamburg, am 06.02.

Herr Dr. med. Ernst-Detlev *Ruickoldt*, Bad Doberan, am 07.02.

Herr Dr. med. Bernhard *Staudt*, Winhöring, am 10.02.

Herr Wulf *Kothe-Eimermacher*, Gelsenkirchen, am 11.02.

Frau Dr. med. Renate *Bülow*, Bodenrode-Westhausen, am 13.02.

Frau Dr. med. Theresia *Roth*, Meiningen, am 17.02.

Frau Gisela *Gierth*, Berlin, am 17.02.

Frau Dr. med. Angelika *Raspe*, Lübeck, am 22.02.

Herr Dr. med. Walter *Junghanns*, Liederbach, am 22.02.

Herr Dr. med. Franz-Josef *Knust*, Iserlohn, am 23.02.

Herr Dr. med. Roland *Klingspor*, Nieder-Olm, am 25.02.

Herr Dr. med. Jürgen *Paechter*, Stuttgart, am 26.02.

Frau Elke *Reißig*, Schwedt, am 27.02.

Herr Dr. med. Rudolf *Havla*, Hof, am 27.02.

Herr Dietmar *Herrmann*, Salzgitter, am 28.02.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Hildegund *Tautenhahn*, Dresden, am 01.02.

Herr Hans *Grote*, Hannover, am 02.02.

Frau Dr. med. Jutta *Abendroth*, Königswinter, am 02.02.

Frau Barbara *Müller*, Burg, am 03.02.

Herr Dr. med. Hartmut *Wilke*, Zerbst, am 05.02.

Frau Dr. med. Käte *Aldag*, Bremen, am 06.02.

Frau Dr. med. Ursula *Langenkamp*, Krefeld, am 07.02.

Herr Dr. med. Hartmut *Kühl*, Überlingen, am 10.02.

Frau Dr. med. Edeltraud *Haus*, Dieburg, am 10.02.

Herr Dr. med. Klaus *Loh*, Karlsruhe, am 14.02.

Herr Dr. med. Kamal *Jawad*, Waltrop, am 14.02.

Herr Dr. med. Jobst *Biester*, Rheinfelden, am 16.02.

Frau Dr. med. Rosemarie *Mierzwa*, Pößneck, am 22.02.

Herr Dr. med. Johann *Brinkmann*, Leer, am 23.02.

Frau Dr. med. Maria *Reiter*, Aschau, am 24.02.

Frau Dr. med. Ingrid *Aboulkhair-Kaiser*, Mertesdorf, am 28.02.

80. Geburtstag

Herr Dr. med. Adolf *Wagener*, Coesfeld, am 08.02.

Herr Dr. med. Wolfgang Pieter *Kaas*, Köln, am 12.02.

Frau Dr. med. Brigitte *Frieling*, Arnsberg, am 17.02.

Herr Heinrich *Hundt*, Berlin, am 19.02.

Herr Dr. med. Claus *Prüfer*, Mainz, am 24.02.

Frau Dr. med. Luise *Bangert*, Esens, am 24.02.

Frau Dr. med. Eva *Lengyel*, Gernsbach, am 28.02.

81. Geburtstag

Frau SR Dr. med. Ingeborg *Lobers*, Berlin, am 15.02.

Herr Dr. med. Klaus *Passian*, Gronau, am 19.02.

Herr Prof. Dr. med. Hans *Jacobi*, Freiburg, am 19.02.

Frau Dr. med. Maria *Grips*, Willich, am 26.02.

82. Geburtstag

Herr Dr. med. Helmut *Volkers*, Bremen, am 05.02.

Herr MR Dr. med. Peter *Hein*, Potsdam, am 09.02.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Marianne *Haas*, Mannheim, am 07.02.

Frau Dr. med. Rita *Musiat*, Bautzen, am 13.02.

Herr MR Dr. med. Nikolaus *Kleinau*, Rostock, am 17.02.

Herr Dr. med. Friedrich *Vofß*, Berlin, am 20.02.

Frau Dr. med. Hildegard *Boland*, Essen, am 26.02.

84. Geburtstag

Frau SR Dr. med. Felicitas *Kühne*, Magdeburg, am 06.02.

Herr SR Dr. med. Ludwig *Herzfeld*, Halle, am 06.02.

Herr Dr. med. Dietrich *Mueller*, Hagen, am 07.02.

Frau Dr. med. Jutta *Spieß*, Braunschweig, am 15.02.

Frau Dr. med. Gisela *Sperling*, Höchberg, am 22.02.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Helga *Beater*, Braunschweig, am 06.02.

Herr Dr. med. Eberhard *König*, Pinneberg, am 20.02.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Helene I. *Metzger*, Erkrath, am 28.02.

88. Geburtstag

Herr Dr. med. Oskar *Felkel*, München, am 12.02.

Frau Dr. med. Elisabeth-Charlotte *Garmann*, Sonthofen, am 20.02.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. (B) Marieta *Constandache*, Aachen, am 02.02.

Frau Dr. med. Erika *Schröder-Habeth*, München, am 18.02.

90. Geburtstag

Herr Dr. med. Anton *Mössmer*, Landshut, am 03.02.

Frau Dr. med. Viola *Privat*, Bielefeld, am 20.02.

92. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Mock*, Bielefeld, am 02.02.

93. Geburtstag

Frau Dr. med. Ruth Hanna *Tron*, Ettlingen, am 06.02.

Frau Dr. med. Barbara *Borkowsky-Fehr*, Weiden, am 07.02.

Herr Dr. med. Hans Joachim *Ganzel*, Berlin, am 19.02.

94. Geburtstag

Herr Dr. med. Alexander *Preis*,
Hanau, am 19.02.

95. Geburtstag

Frau Med.Dir.Dr. med. Ingeborg *Otto*,
Hagen, am 02.02.

98. Geburtstag

Frau Dr. med. Marianne *Faaf*,
Hamburg, am 24.02.

99. Geburtstag

Frau Dr. med. Margarete *Barlach*,
Hamburg, am 03.02.

Wir trauern um:

Dr. med. Constanze *Bennek*, Leipzig

Dr. med. Rolf *Steinhilber*, Augsburg

Dr. med. Elfriede *Trautsch*, Augsburg

Im Monat Oktober durften wir 47 neue Mitglieder begrüßen.

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

**Landesverband
Baden-Württemberg**

Herrn Christian *Deklerk*
Herrn Dr. med. Saber *Seleman*
Frau Dr. med. Nicole *Zeller*

**Landesverband Hessen**

Frau Silvia *Satin*

**Landesverband Sachsen-Anhalt**

Herrn Matthias *Bernstädt*
Frau Dr. med. Sylvia *Teubner*

**Landesverband Bayern**

Frau Dr. med. Christine *Götz*

**Landesverband
Mecklenburg-Vorpommern**

Frau Dr. med. Victoria *Berthe*

**Landesverband Thüringen**

Frau Cathleen *Schwanenberger*

**Landesverband Berlin**

Frau Saskia *Brandt-Kuno*
Frau Dr. med.
Sabine *Haverkämper*
Herrn Dr. med. Thomas *Tewes*
Frau Dr. med. Margit *Thurmaier*

**Landesverband Nordrhein**

Herrn Dr. med. Christian *Asholt*

**Landesverband
Westfalen-Lippe**

Frau Dumitra *Lioveanu*
Frau Dr. med. Julia *Weege*

Schmerzmanagement bei Kindern und Jugendlichen

Schmerzen ernst nehmen: mit Diagnostik, Schmerzaufklärung und adäquater Therapie

Bei Kindern und Jugendlichen sind Kopfschmerzen ein häufiges Alltagsproblem. Selten stecken jedoch gravierende Ursachen dahinter, wie in einem Symposium der „Initiative Schmerzlos“ im Rahmen der 110. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in Leipzig erläutert wurde. Bei vielen Formen können verhaltenstherapeutische Maßnahmen gut greifen. Als medikamentöse Option gilt Ibuprofen laut Expertenrunde und Leitlinie als Mittel der ersten Wahl.



© claitreliz - Fotolia.com

Kopfschmerzen gehören für viele Jugendliche zum Alltag: Neun von zehn berichten über Kopfschmerzerfahrung, drei von zehn haben mehr als einmal die Woche Kopfschmerzen¹. Prof. Dr. med. Sven Gottschling, Homburg/Saar, beschrieb einen deutlichen Anstieg innerhalb der letzten 20 Jahre. Schmerzen schränken nicht nur die Lebensqualität ein, sondern können, vor allem wenn sie häufig wiederkehrend sind, zu Chronifizierung führen.

Doch auch wenn Gottschling Differenzialdiagnostik und Ursachensuche bei Migräne und Spannungskopfschmerz als Herausforderung beschrieb: Selten stecken hinter Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen gravierende Ursachen. Die kumulative Inzidenz, bis zum 16. Lebensjahr einen Hirntumor zu entwickeln, betrage nur 0,4 Promille, betonte er.

Die Anamnese erfasst die Häufigkeit der Attacken, mögliche Triggerfaktoren und Tageszeit, das Auftreten an Schul-

tagen oder in schulfreier Zeit. Hilfreich sei hier ein Schmerztagebuch, das laut Gottschling jedoch nicht länger als vier bis sechs Wochen geführt werden sollte, um eine Fixierung auf die Schmerzbeobachtung zu vermeiden.

Gottschling beschrieb auch Warnhinweise, die eine weiterführende Diagnostik notwendig machen: Plötzliche Kopfschmerzen mit ungewöhnlicher Intensität, zunehmender Schmerz, Kopfschmerzen, die nachts beginnen, Nüchternbrechen, epileptische Anfälle, neurologische oder anthropometrische Auffälligkeiten. „Der häufigste Grund für kraniale Bildgebung ist, wenn die Angst der Familie einen adäquaten Umgang mit den Kopfschmerzen verhindert“, so Gottschling.

Verhaltensmedizinische Strategien ausschöpfen

Wenn bei Jugendlichen Kopfschmerzen häufig und chronisch auftreten, sieht PD Dr. Friedrich Ebinger, Paderborn, verhaltensmedizinische Strategien zur Kopfschmerz-Prophylaxe im Vordergrund – vor allem bei Spannungskopfschmerz. Auch in der Akuttherapie bieten sich nicht-pharmakologische Methoden an, wie Reizabschirmung, Abdunklung und Schlaf bei Migräne, bei Spannungskopfschmerz auch Ablenkung oder ein feuchtes Tuch auf die Stirn, eventuell Wärme, Kälte oder ätherische Öle.

In der Akuttherapie frühzeitig und ausreichend dosieren

Da bei Migräne häufig eine medikamentöse Akuttherapie nötig sei, empfahl Ebinger, frühzeitig und ausreichend hoch zu dosieren und nicht bei jeder Attacke zu titrieren. Als Maximum sieht er 10 Tage Akuttherapie pro Monat und

warnte auch vor medikamenteninduziertem Kopfschmerz.

„Das Mittel der ersten Wahl ist Ibuprofen“, erklärte Ebinger. Auch in der aktuellen Leitlinie wird für die Behandlung akuter Migräneattacken oder heftiger Kopfschmerzen vom Spannungstyp Ibuprofen (10 mg pro kg Körpergewicht) empfohlen². Der Cyclooxygenasehemmer – zugelassen für Kinder ab drei Monaten – sei anderen Analgetika hinsichtlich Effektivität und therapeutischer Breite überlegen. Ibuprofen gibt es auch in für Jugendliche altersgerechten Dosierungen und Darreichungsformen, zum Beispiel als Schmelztablette oder als Weichkapsel mit Ibuprofen 200 mg. Bei Migräne empfahl Ebinger bis zu 15 mg/kg KG, oral oder rektal. Bei einzelnen Patienten könnten auch andere Analgetika – unter Berücksichtigung der Altersbeschränkung – wirksamer sein, wobei auf seltene spezifische Nebenwirkungen zu achten sei, etwa Naproxen, Acetylsalicylsäure³, Paracetamol oder Metamizol. Wenn Analgetika bei Migräne nicht ausreichen, können auch Kinder und Jugendliche Triptane⁴ einnehmen, bei starkem Schmerz eventuell auch in Kombinationen mit Ibuprofen.

Pragmatische psychosomatische Schmerztherapie

Die wichtigste Basis für den Behandlungsansatz in der psychosomatischen Schmerztherapie ist, eine Vertrauensbasis zu Kindern und Jugendlichen und auch den Eltern aufzubauen. Der Schmerztherapeut Dr. med. Raymund Pothmann, Hamburg, erläuterte, dass bei somatoformen Schmerzstörungen oft weder eine physiologische, noch körperlich erklär-bare Ursache erkennbar sei. Auslöser sind häufig psychosoziale Belastungen oder

innere Konflikte. Hinweise sind vage Beschreibungen von Schmerzen, etwa an verschiedenen Lokalisationen oder über anatomische Grenzen hinweg. Die rein organische Ursachendiagnostik wird hier durch ein funktionelles Schmerzverständnis ergänzt. Für Pothmann stehen vor allem lösungsorientierte Methoden im Vordergrund, die eine Therapie im ambulanten Setting erlauben.

Literatur:

- 1 Ellert U et al. Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007; 50: 711-717
- 2 Ebinger F et al. Therapie idiopathischer Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter. Monatsschr Kinderheilkd 2009; 157: 599-610
- 3 Für Kinder < 12 Jahren nicht empfohlen
- 4 Ab 12 Jahren zugelassen, kann aber off-label auch jüngeren Kindern gegeben werden.

Quelle:

Symposium „Schmerzmanagement bei Kindern und Jugendlichen“, 110. DGKJ-Kongress, Leipzig, 12. September 2014, Veranstalter: Initiative Schmerzlos – eine Aufklärungskampagne von RB (Reckitt Benckiser Deutschland GmbH, Mannheim).

Nach Informationen von Reckitt Benckiser Deutschland GmbH, Mannheim

Dexamfetamin bei ADHS jetzt auch Second-Line

Zur medikamentösen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) steht Pädiatern und Kinder- und Jugendpsychiatern ab sofort das bisher als 3rd-line-Therapie genutzte Stimulans **Attentin®** (Dexamfetamin) als 2nd-line-Therapieoption zur Verfügung. Bei Patienten, die trotz adäquater Dosistitration auf Methylphenidat nicht ausreichend ansprechen, stellt **Attentin®** eine hoch effektive Behandlungsalternative dar, die schnell anflutet, flexibel dosierbar ist und eine ähnlich gute Verträglichkeit aufweist wie Methylphenidat.

Attentin® ist ein ADHS-Medikament aus der Gruppe der Psychostimulanzien. Es ist in Deutschland in der 3rd-line-Therapie bereits seit 2011 zugelassen. Die jetzt durch das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ausgesprochene Zulassungserweiterung für die 2nd-line-Therapie geht zurück auf eine positive Beurteilung des Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), die durch die EU-Kommission bestätigt wurde¹.

Erst Methylphenidat-Dosis steigern, dann Wechsel erwägen

Die ADHS-Therapie bei Kindern und Jugendlichen ist eine multimodale Therapie, die sowohl psychotherapeutische als auch medikamentöse Maßnahmen beinhaltet. Goldstandard auf Seiten der medikamentösen Behandlung ist seit vielen Jahren der Einsatz von Methylphenidat, mit dem sich die Kernsymptome der ADHS, also Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität, effektiv lindern und soziale und kognitive Fähigkeiten verbessern lassen.

Bei Patienten, die auf Methylphenidat nicht ausreichend ansprechen, sollte im Rahmen der Titration zunächst solange die Dosierung erhöht werden, wie sich die Symptome dadurch bessern lassen und unerwünschte Wirkungen akzeptiert werden können. Erst wenn die ADHS-Symptome trotz Dosiserhöhung von Methyl-

phenidat nicht in den Griff zu bekommen sind oder unerwünschte Wirkungen nicht mehr zu tolerieren sind, sollte ein Wechsel der Medikation erwogen werden. Studien zufolge verbessert eine Behandlung mit Methylphenidat die Aufmerksamkeit sowie die Hyperaktivität und Impulsivität in bis zu 84 % der Fälle².

Hoch effektive Symptomkontrolle dank breiterem Wirkmechanismus

Für einen Wechsel der medikamentösen Therapie steht **Attentin®** (Wirkstoff: Dexamfetamin) jetzt als 2nd-line-Therapieoption zur Verfügung. Dexamfetamin zeichnet sich durch hohe Effektivität und gute Verträglichkeit aus. In zahlreichen klinischen Studien konnte gezeigt werden, dass die Effektivität ist ähnlich hoch ist wie jene von Methylphenidat, und sie erstreckt sich wie beim Methylphenidat auf alle Hauptsymptome der ADHS³. In einer Metaanalyse war Dexamfetamin mit einer Effektstärke von 1,24 die wirksamste Therapieoption, gefolgt von Methylphenidat (0,92) und Atomoxetin (0,63)⁴.

Neben der hohen Effektstärke die rasche Anflutung ein weiterer Pluspunkt von **Attentin®**. Die maximalen Plasmaspiegel werden nach 1,5 Stunden erreicht, die Halbwertszeit liegt bei etwa 10 Stunden. Die Ausscheidung erfolgt über den Urin.

Bei annähernd 90 % jener Kinder und Jugendlichen, die auf Methylphenidat nicht ausreichend ansprechen, gelang in einer auch von der EMA in ihrem Assessment Report hervorgehobenen Studie die Symptomkontrolle mit Dexamfetamin. Im EMA-Report wird Dexamfetamin auch eine gute Verträglichkeit bescheinigt, weshalb es für einen 2nd-line-Einsatz als geeignet angesehen wird⁵.

Snap-Tab: Feinjustierung der Dosis und individuelle Therapiesteuerung

Attentin® ist als Tablette mit 5mg Dexamfetamin erhältlich. Das erlaubt eine individuelle Dosistitration in kleinen Schritten. Dank ihrer Kleeblattform auf der Oberseite und einer Kreuzkerbe auf der Rückseite bietet die Tablette sichere Bruchkerben, die es ermöglichen, die Tablette in vier Teile zu brechen.

Literatur:

- 1 European Medicines Agency; 22. Mai 2014; Assessment report EMA/353952/2014
- 2 Fernández-Jaén A, Fernández-Mayoralas DM, Pardos A, Calleja-Pérez B, Muñoz Jareño N; Adv Ther 2009; 26(12)
- 3 Hodgkins P; Eur Child Adolesc Psychiatry 2012; 21:477-92
- 4 Faraone SV; PT 2009; 34(12):678-94
- 5 Elia J; Psychiatry Research 1991; 36:141-55

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

Für eine längere Stilldauer in den ersten 1.000 Tagen

In den ersten 1.000 Tagen eines Menschen stellt die Ernährung einen wichtigen Faktor für die langfristige Prägung von Stoffwechsel, Gehirnentwicklung und Immunsystem dar, wie wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen. Die optimale Form der frühkindlichen Ernährung ist Muttermilch. Die WHO empfiehlt 6 Monate ausschließliches Stillen. Jedoch führen Brustbeschwerden wie Milchstau häufig zu frühzeitigem Abstillen. Jede 5. Stillende leidet darunter. Zudem sind viele von bakteriell bedingter Mastitis betroffen, eine infektiöse Erkrankung der Brustdrüsen, die durch Milchstau begünstigt wird. Aufgrund von Resistenzen ist die Antibiotikabehandlung oft schwierig. Neue Behandlungsstrategien wie Probiotikagabe stellen deshalb einen interessanten Ansatz dar.

Lactobacillus salivarius wirkt gegen bakteriell bedingte Brustbeschwerden

In einer aktuellen Studie wurde die Wirksamkeit von oral verabreichten Laktobazillen bei bakteriell bedingter Mastitis untersucht. Dabei wurden über drei Wochen 352 Stillende mit bakteriell bedingter Mastitis untersucht. Alle zeigten als Symptome Brustentzündung, Schmerzen beim Stillen, Bakterienanzahl in der Muttermilch über 10^4 KBE/ml und eine

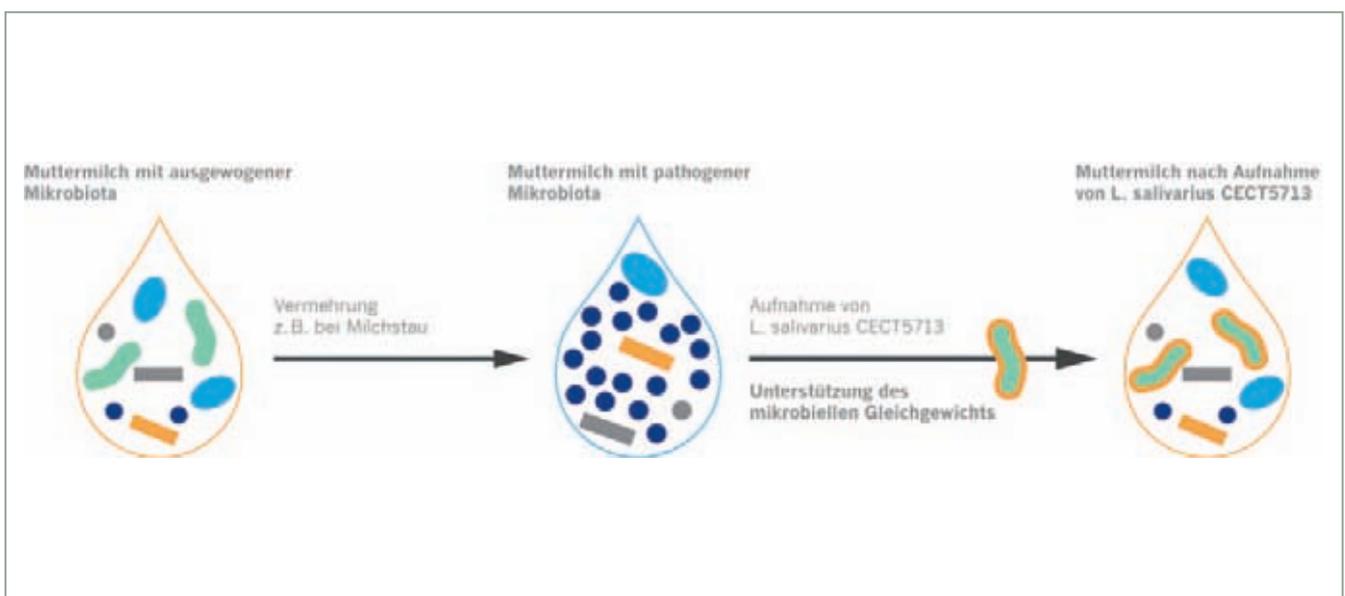
Leukozytenanzahl in der Muttermilch über 10^6 KBE/ml. Etwa ein Fünftel der Mütter hatte Fissuren an Brustwarze oder Warzenhof. Frauen mit Brustabszessen, Raynaud-Syndrom oder anderen Brustpathologien wurden ausgeschlossen. Die Mütter wurden randomisiert auf drei Gruppen aufgeteilt: In Gruppe A erhielten 124 Mütter täglich $9 \log_{10}$ KBE *L. fermentum* CECT5716, in Gruppe B 127 Mütter täglich $9 \log_{10}$ KBE *L. salivarius* CECT5713^b. Gruppe C mit 101 Müttern diente als Referenzgruppe mit einer individuell verordneten Antibiotikatherapie. Zu Beginn und Ende der Studie wurden die Symptome ermittelt sowie die Bakterienstämme und deren Anzahl in den Muttermilchen analysiert.

Studiendaten zeigen: Signifikante Besserung durch *L. Salvarius*

Zu Beginn der Studie war die Bakterienanzahl in den Muttermilchproben nicht unterschiedlich. Am häufigsten wurden *S. epidermidis* (73%), *S. aureus* (43%) und *S. mitis* (30%) gefunden. Die oral verabreichten Probiotika konnten nach dreiwöchiger Behandlung in den Muttermilchen nachgewiesen werden, bei Studienbeginn jedoch noch nicht. Zudem war die Bakterienanzahl in den Probiotikagruppen signifikant niedriger als in der Antibiotikagruppe und die mit

L. salivarius signifikant niedriger als mit *L. fermentum*. Die Mütter gaben nach der Behandlung auch signifikant niedrigere Schmerzwerte an. Während die Mütter in den Probiotikagruppen fast vollständig gesunden (85-88%), waren es in der Antibiotikagruppe nur 8-10%. Bei der Nachuntersuchung nach drei Monaten traten die Brustbeschwerden signifikant häufiger erneut in der Antibiotikagruppe auf (30,7%) als bei den Probiotikagruppen. Am seltensten trat die Mastitis bei der *L. salivarius*-Gruppe wiederholt auf (7,1%). Während die Mütter dieser Gruppe keine weiteren klinischen Symptome aufwiesen, entwickelten sich bei 8,9% der Mütter der Antibiotikagruppe eine vaginale Kandidose und bei 5,6% der *L. fermentum*-Gruppe Blähungen. Die orale Gabe des Probiotikums *L. salivarius* CECT5713 bewirkte also die Wiederherstellung des mikrobiellen Gleichgewichts der Muttermilch, die signifikante Reduktion von Brustschmerzen und rezidiven Brustbeschwerden. Die Studie zeigt demnach, dass die Therapieunterstützung von Brustbeschwerden durch ein Probiotikum vielversprechend ist und sollte deshalb weiter verfolgt werden.

Nach Informationen von
Milupa GmbH, Friedrichsdorf



Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer

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

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/6 89 09-0

www.bvkj.de

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag/Mittwoch/Donnerstag

von 8.00–16.30 Uhr,

Dienstag von 8.00–17.00 Uhr

Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-11

christel.schierbaum@uminfo.de

Büroleiterin:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Bereich Mitgliederservice/Zentrale

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

bvkj.buero@uminfo.de

Bereich Fortbildung/Veranstaltungen

Tel.: 0221/68909-15/16,

Tfx.: 0221/68909-78

bvkj.kongress@uminfo.de

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag/Mittwoch/Donnerstag

von 8.00–16.30 Uhr,

Dienstag von 8.00–17.00 Uhr

Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführer: Herr Klaus Lüft

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Tfx.: 0221/6890929

Ansprechpartnerinnen:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-27

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28

E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

E-Mail: klaus-michael.keller@dkg-wiesbaden.de

Prof. Dr. med. Stefan Zielen

E-Mail: stefan.zielen@kgu.de

Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. med. Christoph Kupferschmid

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaezte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de