

# bvkJ.

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

Heft 11/14 · 45. (63.) Jahr · A 4834 E

# KINDER-UND JUGENDARZT



**Forum:**

Das Buch der Infektionen



**Fortbildung:**

Kindergynäkologie  
für die Praxis



**Berufsfragen:**

Neues  
BVKJ-Präsidium



**Magazin:**

Der 1. Weltkrieg  
im Kinderkrankenhaus

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



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

# KINDER-UND JUGENDARZT

BVKJ.



© tankist276 - Foto lia.com



S. 651

## Volkskraft und Ziegenmilch – Der 1. Weltkrieg im Kinderkrankenhaus

### Inhalt 11/14

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

- 599 Vermischtes
- 600 **Das Zeitalter der Infektionen ist noch nicht vorüber**  
*Christoph Kupferschmid*
- 602 Impressum
- 604 Personalien
- 607 **Welt Polio-Tag mit Polio**  
*Christoph Kupferschmid*
- 608 **Das Leser-Forum**
- 610 **Chef oder Chefin sein kann man lernen**  
*Dieter Karweina*
- 612 **Kinder in Deutschland nicht flächendeckend kinderchirurgisch versorgt**
- 613 **Kinderrechte stärken**  
*Stephan Eßer*
- 614 **Glücksspiele mit Geldeinsatz bei Kindern und Jugendlichen beliebt**
- 617 **Weniger Antibiotika, Kinder und Jugendärzte sind Vorreiter**  
*Christoph Kupferschmid*
- 618 **Aktionsbündnis Angeborene Herzfehler gegründet**

#### Fortbildung

- 619 **Gynäkologische Probleme in der Praxis des Kinder- und Jugendarztes**  
*Elke Hammer*
- 627 **Der besondere Fall: Sirenenfehlbildung**  
*Nicole Bena-Boupda*
- 629 **Welche Diagnose wird gestellt?**  
*Peter H. Höger*
- 632 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 634 **Consilium: Bäckerausbildung mit Asthma und Rhinokonjunktivitis möglich**  
*Christian Vogelberg*

#### Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage Beilagen der Firmen Nestlé Deutschland GmbH und Sanofi Pasteur MSD GmbH bei. Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

#### Berufsfragen

- 636 **Neues BVKJ Präsidium gewählt**  
*Christoph Kupferschmid*
- 637 **Die Umsetzung von Kinderrechten ist mangelhaft**  
*Christoph Kupferschmid*
- 638 **Vorhüte – Opfer des Rechts- und Religionsfriedens**  
*Christoph Kupferschmid*
- 640 **Viele Ideen gegen Ärztemangel auf dem Lande**  
*Stephan Eßer*
- 642 **GKV-Versorgungsstärkungsgesetz**  
*Christoph Kupferschmid*
- 645 **Kinderkardiologische Versorgungswirklichkeit**  
*Georg Leipold*
- 648 **Brief aus der Praxis**  
*Tanja Brunnert*
- 649 **Wahlergebnis**
- 650 **Sprechstundenbedarf: Verordnung von nicht rabattierten Impfstoffen**  
*Andreas Meschke*

#### Magazin

- 651 **Volkskraft und Ziegenmilch – Der 1. Weltkrieg im Kinderkrankenhaus**  
*Ernst Fukala*
- 654 **Fortbildungstermine des BVKJ**
- 655 **Der Docteur Guillotin Wohltäter der Menschheit?**  
*Olaf Ganssen*
- 657 **Personalia**
- 659 **Nachrichten der Industrie**
- 665 **Wichtige Adressen des BVKJ**



siehe Seiten 612 + 648

## 20 Prozent mehr Psychologische Psychotherapeuten in den letzten fünf Jahren

Die Zahl der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) ist nach Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer in Deutschland in fünf Jahren um 20 Prozent gestiegen. 2013 gab es 39.500 PP und KJP. Davon waren 37.000 berufstätig. 70 Prozent der PP und KJP sind Frauen, bei den unter 35-jährigen beträgt ihr Anteil 90 Prozent.

Zwei von drei Psychotherapeuten arbeiten als Niedergelassene, 15 Prozent im Krankenhaus und vier Prozent in Rehabilitationseinrichtungen. Die übrigen elf Prozent sind in sonstigen ambulanten Ein-

richtungen wie Beratungsstellen oder Tagesstätten tätig.

Die Ausbildung ist attraktiv: 2013 legten mehr als 2.100 angehende Psychotherapeuten ihre schriftliche Staatsprüfung ab: 10,5 Prozent mehr als im Jahr zuvor.

### Kinderpsychotherapeuten wollen mehr Geld

Zu schaffen machten den Therapeuten allerdings ihre Honorare, die weit unter denen anderer Arztgruppen liegen. Bei einer Demonstration in Berlin am 25. September wies Werner Singer, stellvertretender Vorsitzender der Vereinigung Analyti-

scher Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V., auf das hohe Maß an Flexibilität hin, das insbesondere Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der täglichen Arbeit mit psychisch kranken Kindern, deren Eltern und dem System aus Schule, Jugendamt, Jugendgericht, Heim, Klinik und anderen Institutionen aufbringen müssen.

Für diese qualitativ hochwertige Versorgung psychisch kranker Kinder forderte er eine angemessene und gerechte Vergütung.

Red.: ReH

## Ab 1.1.2015 geänderte Berechnung des Kinderkrankengeldes geplant

Im Entwurf des neuen Gesetzes zur Vereinbarkeit von Pflege und Familie wird die Berechnung des Krankengeldes bei Erkrankung eines Kindes neu geregelt. Eltern sollen mehr Geld bekommen und das Verfahren wird fairer und transparenter gestaltet. Krankengeld erhalten Eltern, wenn sie wegen einer Krankheit ihres Kindes nicht zur Arbeit gehen können. Das Krankengeld ist niedriger als der Lohn. Bisher haben es die Krankenkassen anhand von Kürzungsmodalitäten errechnet, die kaum

nachzuvollziehen waren. Ab 1.1.2015 soll sich die Berechnung am Pflegeunterstützungsgeld orientieren.

Wie bisher sollen Eltern je Kind zehn Arbeitstage Anspruch auf Kinderkrankengeld haben, Alleinerziehende die doppelte Zeit. Wenn das Gesetz Realität wird, soll sich der Anspruch aus dem tatsächlich angefallenen Nettogehalt ableiten. Bezahlt werden sollen 90 Prozent des Nettoarbeitsentgelts. Wenn ein Arbeitgeber in den letzten zwölf Monaten beitragspflichtige Ein-

malzahlungen (Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld) erhalten hat, würden unabhängig von deren Höhe 100 Prozent des ausgefallenen Nettogehaltes bezahlt.

Für Arbeitgeber wird das Prozedere einfacher, weil sie weniger Daten an die Krankenkassen übermitteln müssen. Und die Eltern können sich über ein transparenteres Verfahren und über mehr Geld freuen.

Kup

Logo, Ergo, Physio:

## Minimaler Rückgang der Verordnungen, stark steigende Ausgaben

Der Anteil der Verordnungen von Logopädie bei Kindern bis zu zehn Jahren im Vergleich zu allen Versicherten ging von 2012 zu 2013 um ein Prozent zurück. Das meldet die Barmer GEK nach Auswertung und Vergleich ihrer Heil- und Hilfsmittelreports 2014 und 2013. Auch in den beiden Vorjahren sei eine leichte Abnahme der logopädischen Versorgung bei Kin-

dern unter zehn Jahren zu erkennen.

Die Ausgaben für **Logopädie** hingegen nahmen im Jahr 2013 bei Kindern unter zehn Jahren um 17 Prozent zu.

### Mehr Ergo, weniger Physio

Der Anteil der Verordnungen von **Ergotherapie** bei Kindern bis zu zehn Jahren im Vergleich zu allen Versicherten stieg

von 2012 zu 2013 um zwei Prozent. Die Ausgaben wuchsen um ebenfalls um zwei Prozent von 2012 zu 2013.

Der Anteil von Verordnungen der **Physiotherapie** bei Kindern bis zu zehn Jahren sank im Vergleich zu allen Versicherten von 2012 zu 2013 um sechs Prozent. Die Ausgaben stiegen jedoch um elf Prozent an.

Red: ReH

## 42. Herbst-Seminar-Kongress 13.-18. Oktober 2014 in Bad-Orb

# Das Zeitalter der Infektionen ist noch nicht vorüber



Dr. Christoph Kupferschmid

„Die infektiologische Schwachstellen dieser Welt konzentrieren sich nicht nur auf die armen Länder“ mahnte Prof. Dr. med. Klaus Michael Keller, als Tagungspräsident. Als das Thema des Kongresses festgelegt wurde, wusste die Welt noch nichts von der Ebola Epidemie in Westafrika. Ängste vor Seuchen aus der Vergangenheit wie Pest, Cholera und Pocken seien tief im Unterbewusstsein verwurzelt. Sie werden jetzt wieder wach gerufen. Die Klimaerwärmung bringe uns das Dengue-Fieber näher, welches in großen Teilen Südamerikas und Asiens mittlerweile die wichtigste Todesursache bei Kindern ist. Keller erinnerte auch daran, dass es trotz aller Bemühungen der WHO, die Polio auszurotten, nach wie vor einige hundert Fälle weltweit gebe. Wir müssten sehr wachsam sein angesichts der Globalisierung und weltreisenden Bevölkerung. In unseren Kliniken arbeiteten zu wenig Fachkräfte für Infektionen und Hygiene. Dass Infektiologie eines der Basisthemen für die Pädiatrie weltweit ist, erfahren deutlich über 400 Kolleginnen und Kollegen. Die Anzahl der Jüngeren hat durch die Bemühungen des BVKJ, neue Mitglieder zu werben, gegenüber früher erfreulich zugenommen.

### „Hände weg vom Antibiotikum“

Leuchtend rot rief **Prof. Johannes Förster**, Freiburg, den Zuhörern diesen Satz zu. Er bezog ihn auf die immer noch viel zu häufige antibiotische Therapie von Kindern bei unkomplizierten Atemwegsinfektionen, Bronchitis und RSV. Angesichts der Erhebungen von Faktencheck

2012 muss man in vielen Regionen Deutschlands Kinder- und Jugendärzte immer wieder daran erinnern, dass sie mit dem Blutbild und der Bestimmung von CRP gute Instrumente haben, eine bakterielle Infektion zu sichern. Für Förster macht ein CRP-Wert über 40mg/l im Zusammenhang mit dem klinischen Befund und dem Verlauf eine bakte-

rielle Ursache wahrscheinlich.

Auch eine Tonsillopharyngitis durch Streptokokken sollte man nicht reflektorisch mit Penizillin behandeln. Dieses Medikament verkürze, so **Prof. Reinhard Berner**, Dresden, die Dauer der Beschwerden und den Krankheitsverlauf kaum. Deswegen können behandelte Kinder unwesentlich früher wieder in den Kindergarten oder in die Schule gehen. Es sind auch ohne Penizillin nicht mehr Komplikationen, wie Retropharyngealabszesse, zu erwarten. Das rheumatische Fieber ist bei uns so selten, dass 15.000 antibiotische Behandlungen zur Verhinderung eines einzelnen Falles nötig wären. Berner wies auf die neuen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin hin. Demnach soll nur, wenn die Patienten schwer erkrankt sind und bei entsprechendem klinischen Befund in Verbindung mit dem Nachweis von A-Streptokokken, eine Behandlung erwogen werden. Eine Therapie über sieben Tage reiche aus. Berner wies auf den erschreckenden Zusammenhang der häufigen Verschreibung von Penizillin mit dem Anstieg resistenter Pneumokokken hin.



So wichtig wie die Vorträge beim Kongress: der persönliche Austausch am Abend

## Antibiotika gezielt und altersgerecht

Die meisten Pneumonien bei Kindern sind viral. Es bestehen jedoch erhebliche Unterschiede in Abhängigkeit vom Alter. **Prof. Wolfgang Kamin**, Hamm, erinnerte an die Notwendigkeit einer stationären Behandlung von Neugeborenen und jungen Säuglingen mit Lungenentzündungen. Früh sind es Streptokokken und Coli, die Neugeborene krank machen. Säuglinge erkranken auch an Hämophilus, Pneumokokken und Staphylokokken, sie werden mit Cephalosporinen behandelt. Im Kindergartenalter ist Amoxicillin das Antibiotikum der Wahl, und bei Schulkindern stehen wegen der Mykoplasmen Makrolide an vorderer Stelle. Jedes Kind mit rezidivierenden pulmonalen Infekten sollte einmal in seinem Leben einen Röntgen Thorax haben.

Die Lebenserwartung von Kindern mit Mukoviszidose wurde durch die gezielte und auch die prophylaktische Gabe von Antibiotika deutlich erhöht. **Dr. Lutz Nährlich**, Gießen, empfiehlt regelmäßige mikrobiologische Untersuchungen von tiefen Rachenabstrichen. Eine frühe antibiotische Therapie könne bei 80% der Fälle den Pseudomonas für viele Jahre zum Verschwinden bringen.

Ein Muss sind Antibiotika bei onkologischen Patienten mit Granulozytopenie. Oft ist, so **Prof. Thomas Lehrnbecher**, Frankfurt, Fieber das einzige alarmierende Zeichen für eine schwere bakterielle Infektion.

## Bakterienkulturen wo immer möglich

**Dr. Eberhard Kuwertz-Bröcking**, Münster, widersprach einem langjährigen Vorurteil. Bei unkomplizierten Harnwegsinfekten sind ab dem Alter von zwei Monaten die orale und die parenterale Behandlung gleich effektiv. Größere Säuglinge müssen nicht zwangsläufig in die Klinik. Eine Therapiedauer von sieben Tagen sei meist ausreichend. Als Komplikationen der Infektionen betrachtet Kuwertz-Bröcking hochgradige Harntransportstörungen. Diese könnten meist ohne invasive



Kinder malen ihre Welt

Röntgendarstellung im Ultraschall ausreichend diagnostiziert und beobachtet werden. Von einer antibiotischen Prophylaxe profitieren besonders Mädchen mit dilatierendem Reflux. Die antibiotische Prophylaxe vermeidet nicht sicher die Bildung neuer Parenchymnarben. Sie steigert aber signifikant die Entwicklung von Resistenzen. Die Urinkultur steht im Vordergrund der Diagnostik. Ein Beutelurin genügt bei negativem Ausfall, sonst ist der Katheter bei Mädchen und die Blasenpunktion bei Jungen ein sicherer Weg zur eindeutigen Bakteriologie.

Unbehandelt ist die bakterielle Endokarditis immer tödlich. Und auch mit modernster antibiotischer Therapie versterben 20 Prozent der Patienten, berichtete **PD Nikolaus Haas**, Bad Oeynhausen. Betroffen sind in erster Linie Patienten mit angeborenen Herzfehlern. Da diese durch den Fortschritt der operativen und interventionellen Behandlungen immer häufiger überleben, nimmt die Zahl der Erkrankten zu. Fremdmaterial im Herzen ist ein Risikofaktor. Auch Fremdkörper in der Haut, wie Piercings, steigern das Risiko, weil sie Eintrittspforten für Keime sind. Blutkulturen, Blutkulturen, Blutkulturen! Ruft Haas – und möglichst viel Blut sollte es sein, damit die Diagnose gesichert werden kann, wenn ein Patient Fieber hat, abgeschlagen oder anämisch ist. Sein

Arzt sollte mit dem Auskultationsbefund vertraut sein, damit er dessen Veränderung wahrnehmen kann. Eine Endokarditisprophylaxe wird neuerdings nur noch bei Patienten mit sehr hohem Risiko und in den ersten Monaten nach Operation empfohlen. Die Gefahr einer Bakteriämie ist im normalen Alltag höher als bei Zahnbehandlungen. Die beste Endokarditisprophylaxe sei, so Haas, ein gesundes Gebiss – also der regelmäßige Gebrauch einer Zahnbürste.

## Alte Bekannte kommen zurück

Ärzte fühlen sich auf dem Gebiet der sexuell übertragbaren Krankheiten nicht gut fortgebildet. Hiergegen hatte **Prof. Norbert Brockmeyer**, Bochum ein gutes Rezept. In der Pädiatrie sind vor allem die Kondylome Vorstellungsanlass aus dieser Krankheitsgruppe. Brockmeyer ist davon überzeugt, dass auch die Jungen gegen HPV geimpft werden sollen. Da aber auch Chlamydien, Syphilis und Lues auf dem Vormarsch sind, müssen wir in den Praxen mit entsprechenden Erkrankungen bei den Kindern rechnen, akut gefährlich ist die Gonoblenorrhoe. Bei HIV wird heute von der Möglichkeit einer „funktionellen Heilung“ gesprochen.

Während die Tuberkulose bei Erwachsenen weiter zurückgeht, hat sie bei Kindern nach dem Referat von



Vor dem Kongress konzentrierte Arbeit der Delegiertenversammlung  
Fotos: Helmut Hoffmann

**Dr. Folke Brinkmann**, Hannover, seit 2008 wieder etwas zugenommen. Reiselust und Migration tragen zu diesem Anstieg bei. Meist stecken sich Kinder bei Erwachsenen an, Kinder bis 10 Jahre sind selten infektiös. Bei Kindern unter fünf Jahren sollten im Verdachtsfalle wegen der begrenzten Sensitivität beider Testverfahren ein Hauttest zusam-

men mit einem Quantiferon® Test durchgeführt werden. Keiner der Tests unterscheidet jedoch zwischen einer aktiven und einer latenten Infektion. Auch ist eine TBC nicht ganz ausgeschlossen, wenn beide Tests negativ verlaufen. INH alleine oder in Kombination mit Rifampicin sind Medikamente der ersten Wahl. Da die Abwehr von Mykobakterien durch Vitamin-D begünstigt wird, sollte zumindest eine Substitution im normalen Rahmen erfolgen.

Auch die atypischen Mycobakterien seien wieder auf dem Vormarsch, so Brinkmann. Vielleicht

eine Folge der ausgesetzten BCG-Impfung, vielleicht werden sie mit modernen PCR-Methoden nur besser diagnostiziert. Insbesondere lang dauernde zervikale Lymphknotenabszesse sollten an diese Erreger denken lassen. Eine komplette chirurgische Exzision oder Zuwarten sind bei immun kompetenten Kindern je nach Stadium die beste Therapieoption.

Der amerikanische Obermediziner Surgeon General Jesse Steinfeld stellte nach dem Bericht von Prof. Keller 1972 fest: „Das Buch der Infektionskrankheiten kann endgültig geschlossen werden“. Natürlich freute ihn, dass damals nur noch 100 Menschen auf 100.000 verstorben sind gegenüber 800 noch 70 Jahre zuvor. Aber seit 1972 mussten diesem Buch ganz neue Seiten hinzugefügt werden und es lohnt sich, die alten noch einmal zu lesen. Hierzu war der Orber Kongress ein wichtiger Anlass und Beitrag.

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

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

**Anzeigenpreisliste:** Nr. 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](http://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

# Preisregen für Unikinderklinik Essen

## Stefanie Jeruschke ausgezeichnet

### CV-Wissenschafts-Förderpreis 2014 für Biologin der Kinderklinik

Dr. Stefanie Jeruschke hat den mit 7.000 Euro dotierten CV-Wissenschafts-Förderpreis für junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler erhalten. Die Biologin ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik für Kinderheilkunde II und erforscht dort Ursachen und genetische Grundlagen von Nierenerkrankungen im Kindesalter. Ihr Schwerpunkt ist das sogenannte „Nephrotische Syndrom“, eine für Kinder sehr hartnäckige Erkrankung, bei der im schlimmsten Fall die Nieren der kleinen Patienten zerstört werden.

Die Unterstützung ist als Zusatzfinanzierung von Forschungsvorhaben gedacht. Insbesondere sollen fehlende Sachmittel, Studienaufenthalte und sonstige von der Hochschule nicht finanzierbare Aufwendungen in Projekten gefördert werden. Prof. Dr. Peter F. Hoyer, geschäftsführender Direktor der Kinderklinik am Universitätsklinikum Essen und Prodekan der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen betonte in seiner Begrüßung, dass nicht zuletzt die Förderung durch den CV Zirkel ESSEN dazu beigetragen hat, das Projekt überhaupt zu ermöglichen.

## Dr. Stefanie Weber erhält hochdotierten Preis

### Kindern mit Nierenerkrankungen helfen

PD Dr. Stefanie Weber von der Klinik für Pädiatrie II am Universitätsklinikum Essen (UK Essen) wurde Ende September auf der 47. Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie in Porto, Portugal, für ihre wissenschaftliche Arbeit geehrt. Ausgezeichnet wurde die Wissenschaftlerin der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen für ihre Forschung auf dem Gebiet der Nephrogenetik und für den Aufbau eines Europäischen Registers für angeborene Nierenerkrankungen. Die Auszeichnung ist mit 15.000 Euro dotiert.

Über das europäische Register für angeborene Nierenerkrankungen sollen sowohl in der Erforschung dieser Krankheitsbilder, als auch in der Therapie der Patienten weitere Fortschritte erreicht werden. Dieses soll voraussichtlich bereits 2015 an den Start gehen.

Stefanie Weber ist seit 2013 Mitglied des Councils der Europäischen Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie und Sprecherin der Arbeitsgruppe für angeborene Nierenerkrankungen.

Red: ReH

## Studie: Gute Spritztechnik stabilisiert schwankende Blutzuckerspiegel bei Diabetikern

**Eine geringere Schwankung des Blutzuckerspiegels lässt sich durch eine gute Spritztechnik erreichen. Kinder und Jugendliche sollten sie frühzeitig lernen.**

Ein korrekter Wechsel der Spritzstellen (= Rotation) ist ein entscheidender Faktor zur Vermeidung von Lipohypertrophien (gutartige Schwellung und/oder Verhärtung des Unterhautfettgewebes) bei Diabetikern. Weniger Lipohypertrophien wiederum verringern Blutzuckerschwankungen sowie Unterzuckerungen und helfen, Insulinverbrauch zu reduzieren. Dies er-

gab eine Studie des spanisch-belgischen-amerikanischen Forscherteams um Marta Blanco (s. Diabetes Metab. 2013 Oct;39(5):445-53). Die Studie fand eine Korrelation zwischen dem Vorliegen einer Lipohypertrophie und der Schwankung des Blutzuckerspiegels: Als Folge von Lipohypertrophien schwankt die Resorption des gespritzten Insulins und es kann sowohl zur Überzuckerung als auch zur Unterzuckerung kommen. Eine gute Kontrolle des Blutzuckerspiegels ist notwendig, um die Gefahr schwerwiegender

Langzeitkomplikationen des Diabetes zu verringern, beispielsweise Netzhaut-, Nieren- und Nervenschäden.

Die Wissenschaftler stellten fest, dass fast zwei Drittel (64 Prozent) der Insulinverwender eine Lipohypertrophie aufwiesen. Den Studienergebnissen zufolge trat bei 39,1 Prozent der von einer Lipohypertrophie betroffenen Patienten eine Unterzuckerung ungeklärter Ursache auf, während dies nur bei 5,9 Prozent der Patienten ohne Lipohypertrophie der Fall war. Zudem schwankte der Blutzuckerspiegel bei

fast der Hälfte der Patienten mit Lipohypertrophie, jedoch nur bei 6,5 Prozent der Patienten, bei denen es nicht zur Veränderung des Fettgewebes gekommen war.

Zu den derzeit besten Vorbeugungs- und Behandlungsstrategien im Hinblick auf die Lipohypertrophie zählen der Wechsel der Spritzstellen nach jedem Spritzen und die strikte Einmalverwendung von Pen-Nadeln. Kanülen sind nach dem ersten Gebrauch stumpf und können bei Wiederverwendung das Gewebe schädigen.

Die Studie von Blanco et al. ergab, dass 98 Prozent der Patienten mit Lipohyper-

trophie die Spritzstellen entweder nicht oder falsch wechselten, während nur fünf Prozent der Patienten, die die Spritzstellen korrekt rotierten, eine Lipohypertrophie aufwiesen.

Die Studie kam darüber hinaus zu dem Ergebnis, dass Patienten mit Lipohypertrophie mehr Insulin benötigen, da die Veränderung des Unterhautfettgewebes als Barriere wirken kann. Patienten ohne Lipohypertrophie benötigten im Durchschnitt pro Tag 15 Insulineinheiten weniger, was bei einem Gesundheitswesen der Größe Spaniens Kosteneinsparungen von 122 Millionen Euro für die Patienten und

die Gesundheitseinrichtungen bedeuten kann.

An der Studie hatten insgesamt 430 Probanden teilgenommen, 47 davon waren Kinder, 35 injizierten selbst Insulin und zwölf bekamen Injektionen von Eltern oder Pflegern. Lipohypertrophie tritt bei Kindern ebenso wie bei Erwachsenen auf. Der Wechsel der Spritzstellen ist für sie im Hinblick auf ein langes und möglichst komplikationsfreies Leben besonders wichtig.

ReH

## Welt Polio-Tag mit Polio

Am 28. Oktober 2014 war der 100. Geburtstag von Jonas Eduard Salk, der den ersten wirksamen Impfstoff gegen Kinderlähmung gefunden hat. Dieser Tag wurde als Welt Polio-Tag begangen. Auch an diesem Tag war die Welt noch von Polio bedroht und sie lauert gewissermaßen ständig vor unserer Haustüre. Armut, Kriege, Flüchtlinge sind gepaart mit der Vernachlässigung der Impfung, eine potentiell hoch gefährliche Brutstätte der Erkrankung, auch für so genannte zivilisierte Staaten. Nach den letzten Polio Fällen 1998 in der Türkei wurde Europa 2002 für Polio frei erklärt. Die WHO hat das Ziel, die ganze Welt bis 2018 von Kinderlähmung zu befreien.

In Israel wurden jedoch kürzlich Polio Wildviren im Abwasser und im Stuhl von Menschen entdeckt, die wegen der IPV-Impfung nicht mit Lähmung erkrankten. Polio Erkrankungen sind aus Syrien, Irak, Pakistan und Afghanistan bekannt. Auf dem afrikanischen Kontinent tritt die Erkrankung noch in Äquatorial Guinea, Äthiopien, Kamerun, Nigeria und Somalia auf. Länder, in die wir reisen, Länder aus denen wir Flüchtlinge aufnehmen, Länder, mit denen wir intensiven wirtschaftlichen Kontakt haben. Die niedrigste Poliohäufigkeit weltweit war 2012 mit 293 Fällen. 2013 wurden von der WHO 417 Fälle anerkannt und im ersten Halbjahr 2014 etwa 150. Bedenken muss man, dass allenfalls

jeder Zehnte infizierte erkrankt, aber Viren ausscheidet. Die gesundheitliche Notlage, die 2014 wegen der grenzüberschreitenden Verbreitung bis Ende Oktober ausgerufen wurde, blieb weitgehend im Schatten der Ebola Epidemie.

Deutschland hat eine Impfquote von knapp 95% der Schulanfänger gegen Polio. Das klingt zunächst gut, bedeutet aber, dass über 30.000 Schulanfänger keinen ausreichenden Polioschutz haben. Europaweit rechnet das ECDC, das Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten, die Zahl der Kinder, die nicht gegen Polio geimpft sind, auf bis zu zwölf Millionen. Die Qualität des Impfschutzes bei Jugendlichen und Erwachsenen bleibt weitgehend im Dunklen. Die Ungeschützten leben in relativer Sicherheit in der großen Mehrheit der gut Geimpften. Große Epidemien werden deswegen nicht mehr ausbrechen. Für Einzelne oder kleinere Gruppen von ungeimpften Menschen in

Deutschland ist die Polio in den letzten Jahren jedoch eher näher gekommen. Auch am 100. Geburtstag von Dr. Salk.

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



Poliokranker mit deformiertem rechtem Bein

# 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).



Datenschutzverletzungen können zur Rückabwicklung des Praxiskaufs führen von Dr. Andreas Meschke, KiJuA (2014), Heft 10, S. 569

Wie fachfremd ist diese Entscheidung eines Richters, der zwar entschieden hat, aber sicher keine Ahnung.

Da macht ein Käufer einer Arztpraxis den Kauf rückgängig, da ein externer Dienstleister für die Computerstruktur und Praxisprogramme trotz unterzeichneter Schweigepflichtserklärung Zugang zu schützenswerten Patientendaten hat.

"Unter diesem nicht behebbaren Sachmangel leide nun die Praxis".....

Hallo! Wie weltfremd ist das?!

Wie soll ein Programmfachmann z.B. die Druckereinstellung von Formularen im Praxisprogramm machen, wenn nicht durch Öffnen des Praxisprogrammes. Und wenn selbst ein neues Formular für den fiktiven Pat. Max Mustermann erstellt wird, so kann ja mit 1-2 Klicks ein realer Patient eingestellt werden.

Wie bitte schön soll in der Realität ein möglicher Einblick verhindert werden?

Soll der Praxisinhaber evtl. Stunden hinter dem Computermenschen stehen und jeden Handschlag kontrollieren?

Soll das Einspielen z.B. eines Updates - soll ja vorkommen - nun nicht mehr durch externe Fachleute erfolgen???

Da hat ein Käufer vielleicht Muffengang vor dem Kauf bekommen oder es lagen anderweitige Gründe vor, einen Kaufvertrag rückgängig zu machen und mit winkeladvokatischen Zügen wurde es auch geschafft.

Justitia war wahrlich blind.

Welchen Vorschlag hätte der Richter gemacht, damit der nicht behebbare Sachmangel NICHT entstanden wäre?

Dr. Steffen Lüder  
13051 Berlin

Ansonsten ist Heft 10 des KJA sehr gelungen.

Ich habe den Artikel dazu auch mit Verwunderung gelesen. Allerdings waren mir die Angaben in welcher Form der Zugang bestand und ob beim Kauf darüber informiert wurde nicht detailliert genug.

Ich denke hier muss man immer auch die Form berücksichtigen, bei den heute üblichen Fernwartungssitzungen über Teamviewer und vergleichbare Werkzeuge können (und eigentlich müssen) sie nachvollziehen und mit kontrollieren was passiert, da können sie auch ausschließen, dass jemand den bemängelten Zugriff auf den kompletten Daten-/ Patientenstamm erhält.

Es gibt aber auch immer noch Kollegen/Praxen wo die EDV-Firmen unbegrenzten und unkontrollierten Zugriff durch ISDN-Einwahl oder VPN haben. Wenn so was bei Verkauf z.B. nicht mitgeteilt wird oder dicht gemacht wird, dann ist das mit einem zurückgehaltenen (und verschwiegenen) Haus-/Praxisschlüssel vergleichbar.

Nichtsdestotrotz scheint auch mir das Urteil an der Praxis vorbeizugehen.

Kaufverträge sind so schon komplex genug um Arbeitsrecht der Mitarbeiter/innen, Steuerrecht etc. zu berücksichtigen.

Karsten Theiß  
66386 St. Ingbert

Red: ReH

## 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](http://www.dgaap.de)

# Chef oder Chefin sein kann man lernen

Ärzte heilen, MFA managen die Praxis. Gemeinsam ist beiden Berufsgruppen die Sorge um die Patienten und deren Eltern. Gemeinsam ist ihnen aber auch, dass beide während ihrer jeweiligen Ausbildung nichts über Mitarbeiterführung gelernt haben. Die Folge: die drei K erfolgreichen Zusammenwirkens - Kommunikation, Kooperation und Koordination - funktionieren nicht und dann knirscht es im Gebälk.

Dietmar Karweina, seit vielen Jahren Kommunikationstrainer auf Veranstaltungen des BVKJ, verrät im Gespräch mit unserer Zeitschrift die wichtigsten Tipps, wie Kinder- und Jugendärzte besser führen können.

*Ärzte und MFA sollten doch einfach nur ihre Jobs machen und dann läuft die Praxis. Warum sich noch gegenseitig "reinreden"?*

Weil Führung wichtig ist. Eine große Studie auf der Basis von 1.800 Praxisanalysen hat gezeigt: In „führungsaktiven“ Praxen verbessern sich Betriebsklima und Motivation, die Teamkommunikation wird effektiver, die Stressbelastung für MFA und Ärzte niedriger - ja, sogar die Gewinnentwicklung ist nachweisbar steigend.

*Wie stellt man Teamgeist her?*

Das Fundament für guten Teamgeist ist eine gemeinsame Vision von

dem, was die Praxis innerhalb der nächsten fünf Jahre erreichen will. Zum Beispiel: Wo wollen MFA und Arzt in der Wahrnehmung und Bewertung der Patienten stehen? Daraus kann eine Praxisphilosophie abgeleitet werden, die im Idealfall ein Leitsatz ist, der die Vision zusammenfasst und nach dem alle ihre Arbeit ausrichten.

*Wie gestaltet man ein gutes Miteinander im Arbeitsalltag?*

Es ist wichtig, als Praxisführung eine offene, konstruktive Kommunikationskultur mit verlässlichen und verbindlichen Strukturen zu schaffen! Dazu gehören z.B. der morgendliche „Check In“, die Teambespre-

chung, das Mitarbeiter-, das jährliche Feedback- und Zielgespräch. Während die Teambesprechung in den meisten Arztpraxen regelmäßig durchgeführt wird, kommen die anderen Gesprächstypen selten vor. Sie sind aber wichtig.

Checklisten und Analysetools, wie ich sie in meinem neuen Buch beschreibe, helfen bei der Gesprächsvorbereitung.

*Arbeitsmotivation hat viel mit Arbeitszeit und mit Geld zu tun. In Praxen wird viel gearbeitet für wenig Geld. Wie schaffe ich es trotzdem, die Mitarbeiterinnen für die Praxisziele zu begeistern?*

Demotivation entsteht, wenn diese Themen tabu sind, alles einseitig vorgegeben wird und nichts verhandelbar ist. Gehen Sie deshalb offen mit diesen Themen um, auch wenn Sie natürlich nicht alle Wünsche bedienen können. Sprechen Sie diese Punkte an, das reduziert das Konfliktrisiko. Allein dass Sie wissen, was sich Ihre Mitarbeiter/innen unter einem „Wohlfühlgehalt“ und einer „Wohlfühlarbeitszeit“ vorstellen, erhöht die Zufriedenheit – fragen Sie also aktiv danach! Als Chefin oder Chef werden Sie oft überrascht sein, wie realistisch die Wünsche sind. Wenn nicht, prüfen Sie trotzdem, wo ein Entgegenkommen möglich ist. Bei überdurchschnittlichen Leistungen sollten Sie immer für die Gehaltsfrage sensibel sein. Denken Sie aber auch über andere geldwerte Vorteile nach, z.B. Benzingutscheine, Bus- oder Bahnticket, Kinderbetreu-



ung. Oder Freizeitausgleich, denn Zeit ist gerade heutzutage ein sehr wichtiges Gut! Vielleicht können Sie ihn auch mal spontan anbieten, z.B. wenn wenig zu tun ist.

Lob und Anerkennung sind ebenfalls wichtig, werden aber oft vernachlässigt. Anerkennung verschafft nicht nur ein gutes Gefühl, sondern verhindert auch Mobbing und Verweigerung.

*Wie ändere ich Dinge, die unpopulär sind und die ich ändern will, bzw. muss?*

Der alleinige Hinweis auf die Gesundheitspolitik oder die Vorgaben der KV ist wenig zielführend.

Führungskraft bedeutet auch Durchsetzungskraft! Mit einer guten Mischung aus Transparenz, Verständnis, Druck, Überzeugung und Wertschätzung schaffen Sie es, sich erfolgreich durchzusetzen:

1. Transparenz – machen Sie die Situation so früh wie möglich transparent und verdeutlichen Sie, dass Sie mit Ihren Mitarbeitern/innen „in einem Boot“ sitzen.
2. Verständnis – zeigen Sie ehrliches Verständnis für die Mehrbelastung, Sorgen und Nöte Ihrer Mitarbeiter/innen.
3. Druck – machen Sie auch klar und deutlich, dass es keine oder nur wenig Alternativen zu den Maßnahmen gibt.
4. Überzeugung – beschreiben Sie die Vorteile und den Nutzen der Maßnahme – je offensichtlicher der Nutzen Ihrer Maßnahmen ist, umso schneller wird der Widerstand schwinden.
5. Wertschätzung – wenn Ihr Team überzeugt mitzieht und die Maßnahmen erfolgreich umgesetzt worden sind, honorieren Sie das unbedingt!

*Wie gehe ich als Chef oder Praxismanagerin mit Kritik um?*

Wenn Sie Auslöser von Ärger, Kritik und Vorwürfen sind, ist es wichtig, die Motive hinter der Kritik zu erkennen. Nicht ganz einfach im Praxisalltag – Wenn Sie so vorgehen, gelingt es:

1. Vorwürfe und Schuldzuweisungen nicht persönlich nehmen!
2. Lassen Sie sich Zeit, um den eigenen Ärger zu verarbeiten. Manchmal ist es sinnvoller, sich eine Auszeit zu nehmen, als etwas zu sagen, das Sie hinterher lieber nicht gesagt hätten.
3. Wenn Sie später mit einem gewissen Abstand wieder mehr Blick für die eigentlichen Motive der Kritik haben, führen Sie ein konstruktives Vier-Augen-Gespräch zu dem Sachverhalt.

Info:

Dieter Karweina:

„Kompakt – Mitarbeiterführung für Ärzte und Praxismanagerinnen“ – 60 Seiten – 6,95 €

Termine zu Mitarbeiterführungstrainings auf [www.denpraxisalltagleichtermeister.de](http://www.denpraxisalltagleichtermeister.de)

E-Mail: [info@karweina.de](mailto:info@karweina.de)

ReH

# Kinder in Deutschland nicht flächendeckend kinderchirurgisch versorgt

## Kinderchirurgen fordern bessere Versorgung



Die Zahl kinderchirurgischer Stationen sinkt und sinkt: von 101 im Jahre 1994 auf 81 im Jahr 2012. Damit könne von einer flächendeckenden kinderchirurgischen Versorgung keine Rede sein, mahnte die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) zum Tag des Kinderkrankenhauses am 21. September. Denn nur in Kinderkliniken sei die bestmögliche Versorgung junger Patienten – auch entsprechend der von der WHO unterstützten Charta für Kinder im Krankenhaus – gewährleistet. Die DGKCH fordert, dass Kinder grundsätzlich in Kinderkliniken mit kinderchirurgischen Abteilungen oder in Zusammenarbeit mit einer kinderchirurgischen Abteilung behandelt werden.

Knochenbrüche, Leistenhernien, Hodenhochstand oder Blinddarmentzündung: Jedes Jahr operieren Kinderchirurgen mehr als 120 000 Kinder. Doch immer noch viel zu viele der erforderlichen Operationen an Heranwachsenden werden durch Erwachsenenchirurgen durchgeführt. Denn ein Großteil der Kliniken betriebe gar keine Abteilung für Kinderchirurgie, sagte Professor Dr. med. Bernd Tillig, Präsident der DGKCH. „Aber auch wenn eine qualifizierte Kinderchirurgie in der Nähe verfügbar ist, kommt es vor, dass ein Sechsjähriger in der benachbarten Erwachsenenklinik nach Erwachsenenkriterien operiert wird - und damit nicht die bestmögliche kindgerechte Behandlung erhält“, so Dr. med. Tobias Schuster aus Augsburg, Pressesprecher der DGKCH. Denn Kinderchirurgie sei mehr als Chirurgie am Kind. Nicht immer lasse sich das Vorgehen aus der Erwachsenenchirurgie 1:1 auf die Behandlung beim Kind übertragen. „Zudem unterscheiden sich die Patienten je jünger sie sind desto mehr von Erwachsenen auch in den Krankheitsbildern, etwa bei komplexe Fehlbildungen des Urogenitaltrakts“, erläuterte Tillig.

Und selbst bei gleicher Diagnose verlaufen Erkrankungen etwa Knochenbrüche oft unterschiedlich: Eine optimale Behandlung von Kindern und Jugendlichen setze deshalb spezielle Kenntnisse und Erfahrungen über Wachstumsvorgänge und anatomische Strukturen des kindlichen Organismus voraus.

Zudem hätten Kinder – selbst bei vergleichbarem Krankheitsverlauf – andere Bedürfnisse bei der Versorgung im Krankenhaus als Erwachsene, ergänzte Schuster: „Sie brauchen ein auf sie zugeschnittenes Umfeld mit spezialisiertem Pflegepersonal, kindgerechten Verfahren wie Kinderanästhesie oder Kinderintensivmedizin und einer auf kontinuierliche Betreuung und Nachsorge eingestellten Station. Zudem müssen die Eltern in die Behandlung integriert werden“.

Doch die Realität sieht anders aus: Obwohl die Zahl der stationären Fälle seit 1994 fast gleich geblieben ist, sank die Zahl der verfügbaren kinderchirurgischen Betten von etwa 3200 auf rund 1800. Das liegt zum einen an der mittlerweile kindgerecht verringerten Verweildauer im Krankenhaus und an den vermehrt ambulant

durchgeführten Eingriffen. Ein wichtiger Grund für den Bettenabbau ist aber auch, dass Krankenkassen die im Vergleich zur Erwachsenenmedizin oft aufwändigeren Leistungen nicht ausreichend bezahlen würden, erläuterte Schuster. Auch die sogenannten Vorhaltekosten, also die Besetzung rund um die Uhr mit Personal, seien nicht abgedeckt. Die Folge: Die Häuser machten Verluste, Schließungen seien die Konsequenz.

Die DGKCH fordert daher eine flächendeckende Versorgung aus hochspezialisierten Zentren und wohnortnahen Versorgungsstrukturen mit definierter Struktur und Qualität. Voraussetzung dafür sei jedoch die bessere Vergütung der medizinischen Leistungen. Sinnvoll findet die DGKCH auch eine Beteiligung bei der Landesplanung. Hier sei Hamburg, bei der soeben erfolgten Neufassung des Hamburgischen Krankenhausgesetzes, vorbildlich vorgegangen. So wurde bestimmt, dass Kinder grundsätzlich in Kinderkliniken oder -abteilungen behandelt werden müssen.

Infos: [www.gkind.de](http://www.gkind.de).

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.



# Kinderrechte stärken

Vor 25 Jahren wurde von der Generalversammlung der Vereinten Nationen die UN-Kinderrechtskonvention angenommen, der inzwischen alle Staaten der Welt (mit den unrühmlichen Ausnahmen Somalia, Südsudan und USA) beigetreten sind, wenn auch einige (darunter die Bundesrepublik) mit Vorbehalten. Damit genießt die Konvention in Deutschland Gesetzeskraft. Dennoch geht die Umsetzung der durch die Konvention garantierten Rechte für Kinder und Jugendliche - insbesondere in den Bereichen Gesundheit und Bildung - nur schleppend voran. Ein Symposium der Deutschen Akademie für Kinder und Jugendmedizin in Berlin untersuchte die Möglichkeiten, diesen Prozess zu beschleunigen.

## Hilft ein Kinderbeauftragter weiter?

Viele Verbände, die sich für die Belange von Kindern einsetzen, fordern die Einrichtung eines Kinderbeauftragten des Deutschen Bundestages, der mit ähnlichen Rechten wie der Wehrbeauftragte ausgestattet sein sollte. Reinhold Robbe, der in den Jahren 2005 bis 2010 das Amt des Wehrbeauftragten bekleidete, befürwortete eine solche Maßnahme und zeigte, welche starke Position der Wehrbeauftragte durch seine Aufnahme in das Grundgesetz der Bundesrepublik genießt. Ausgestattet mit 50 Mitarbeitern, von denen zwei Drittel Juristen sind, bearbeitet er bis zu 6.000 Eingaben von Soldaten im Jahr und hat das Recht, die Einrichtungen der Bundeswehr ohne Ankündigung aufzusuchen. Robbe hält es für sinnvoll, einen mit ähnlichen Rechten und Ressourcen ausgestatteten Beauftragten auch für Kinder zu schaffen.

## Elternrecht versus Kinderrecht

Professor Thomas Gutmann, Rechtslehrer an der Universität Münster, führte aus, dass in Deutschland ein Spannungsverhältnis zwischen den Freiheitsrechten des Kindes und die durch das Grundgesetz garantierten Rechte der Eltern auf die Entscheidung darüber besteht, wie diese Freiheitsrechte zur Entfaltung kommen können: Eltern besitzen in der Bundesrepublik einen großen Spielraum bei körperbezogenen Entscheidungen, wie die Debatte um die rituell begründete Beschneidung

von Kleinkindern zeigte. Dabei können diese Entscheidungen sogar aus Expertensicht falsch sein, ohne dass die Eltern deshalb rechtliche Schritte zu befürchten hätten. Allerdings sind der elterlichen Entscheidungsfreiheit auch Grenzen gezogen, so dürfen sie z. B. nicht eine Sterilisation ihres Kindes oder die Lebendspende eines Organs verfügen.

Sehr kritisch sieht Gutmann operative Eingriffe an den Genitalien von intersexuellen Kindern, bei denen mit Zustimmung der Eltern massiv das Recht auf körperliche Unversehrtheit verletzt wird. Er stellte aber auch klar, dass alleine die Aufnahme von Kinderrechten in das Grundgesetz seines Erachtens nicht zu substantiellen Änderungen führen wird.

Professor Jörg Maywald, Sprecher der „National Coalition für die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention in Deutschland“, forderte eine Ersetzung des Begriffs „elterliche Sorge“ durch „elterliche Verantwortung“, auch der Begriff „Kindeswohl“ sei gemäß der Konvention durch den Ausdruck „beste Interessen des Kindes“ zu ersetzen. Um den Kinderrechten in Deutschland mehr Gewicht zu geben, sei es sinnvoll, nach dem Prinzip „one person – one vote“ bei Parlamentswahlen auch Kinder mit einer Wählerstimme auszustatten. Praktikable Vorschläge zur Umsetzung dieser Forderung in die Praxis gebe es schon lange.

## Politische Kindermedizin

Dass die Lobbyisten für Kinderrechte in Österreich mit ähnlichen Problemen zu kämpfen haben, wie im Nachbarland, führte Professor Reinhold Kerbl, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, aus. Zwar wurde die UN-Kinderrechtskonvention in die österreichische Verfassung aufgenommen, jedoch nur die ersten sechs Paragraphen, und das auch nur eingeschränkt. Um den Druck auf die österreichische Politik



Für Kinderrechte im Grundgesetz: Marlene Rupprecht, MdB Paul Lehrieder, Professor Jörg Maywald

zu erhöhen, haben die Kinder- und Jugendärzte deshalb die „Politische Kindermedizin“ gegründet, die mit jährlichen Tagungen und Publikationen versucht, die Sensibilität für kinderspezifische Probleme zu erhöhen, insbesondere im österreichischen Gesundheitswesen. Vorbild ist dabei die von der American Association of Pediatrics betriebene „child advocacy“. Dass in Österreich noch ein Handlungsbedarf besteht, zeigte Kerbl anschaulich am Beispiel der Odyssee, die Eltern zu bewältigen haben, falls ihr Kind Heil- oder Hilfsmittel benötigt (Deutschland besticht im Vergleich dazu mit einer geradezu lobenswerten Unkompliziertheit).

## Strategische Erwägungen

Marlene Rupprecht, langjährige Bundestagsabgeordnete und Vorsitzende der Kinderkommission, verdeutlichte anhand von kinderfeindlichen Entscheidungen höchster deutscher Gerichte, warum sie der Aufnahme von Kinderrechten in das Grundgesetz einen so hohen Stellenwert beimisst. Sie erläuterte, auf welchem Wege noch in dieser Legislaturperiode die Kinderrechte im Grundgesetz verankert werden könnten. Immerhin sagte Susann Rührich, aktuelles Mitglied der Kinderkommission und Kinderbeauftragte der SPD, sofort zu, sich in ihrer Fraktion in diesem Sinne einzusetzen, dies gelte auch für die Schaffung eines Kinderbeauftragten

Stephan Eßer  
E-Mail: stephan.esser@uminfo.de

Red: ReH

## Glücksspiele mit Geldeinsatz bei Kindern und Jugendlichen zunehmend beliebt – Risiken werden unterschätzt

Die Zahl der Kinder und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen, die an Glücksspielen mit Geldeinsatz und Geldgewinnmöglichkeiten teilnehmen, steigt. Innerhalb eines Jahres haben etwa 44 Prozent von rund 6.000 befragten Schülerinnen und Schülern an einem Glücksspiel mit Geldeinsatz teilgenommen, vor zehn Jahren waren es noch 40 Prozent. Mehr als fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen zeigen bereits ein problematisches Glücksspielverhalten oder sind entsprechend gefährdet. Das geht aus einer aktuellen Studie hervor, die die Universität Mainz im Auftrag des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministeriums erstellt hat.

Für die Studie "Konsum von Glücksspielen bei Kindern und Jugendlichen – Verbreitung und Prävention" wurden etwa 6.000 Schüle-

- Bei etwa 1,7 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen konnte ein problematisches Glücksspielverhalten und bei weiteren 3,5 Prozent eine entsprechende Gefährdung festgestellt werden.
- Rund 70 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen haben bereits an mindestens einem Glücksspiel teilgenommen.
- Glücksspiele werden von Jungen deutlich häufiger genutzt als von Mädchen. Jungen haben daher auch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines problematischen Glücksspielverhaltens. Dies gilt auch für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund und unzureichender gesellschaftlicher Integration.
- Die erste Teilnahme an Glücksspielen findet durchschnittlich im Alter von 13 Jahren statt.



Auch ein Glücksspiel, aber für Kinder erlaubt.

rinnen und Schüler zu ihrem Glücksspielverhalten befragt. Trotz des jugendschutzrechtlichen Verbots nehmen Jugendliche an kommerziellen Glücksspielen teil. Hierbei werden die Risiken zumeist nicht erkannt oder unterschätzt.

Die Ergebnisse der Studie liefern wichtige Erkenntnisse über Entwicklung sowie Art und Umfang des Glücksspielverhaltens bei Kindern und Jugendlichen, die für die Präventionsarbeit genutzt werden können:

- Am häufigsten werden Kartenspiele, Rubbellose, Würfelspiele, Sportwetten und Geldspielautomaten genutzt.
- Zu problematischem Glücksspielverhalten führt vor allem die Nutzung von Geldspielautomaten sowie internetgestützten Glücksspielangeboten.

Die Folgen der problematischen Glücksspielnutzung sind gravierend. Sie reichen von der Vernachlässigung von Schule, Ausbildung, Beruf sowie sozialer Beziehungen bis zur Entwicklung kriminellen Verhaltens im Zusammenhang mit Verschuldung.

Schon deshalb sind Kinder und Jugendliche eine wichtige Zielgruppe bei den Maßnahmen des Landes zur Glücksspiel-suchtprävention.

Die Maßnahmen des Landes zur zielgruppenspezifischen Prävention

bei Kindern und Jugendlichen werden nun verstärkt. So hat die Schwerpunktberatungsstelle zu Glücksspielsucht in Herford im Auftrag des Ministeriums den Material- und Methodenkoffer „Glüxxbox“ entwickelt. Er ist für den Einsatz in Schulen und Jugendeinrichtungen vorgesehen und soll Kinder und Jugendliche in jugendgerechter Form über die Gefahren des Glücksspielens informieren. Der Koffer kommt über die Präventionsfachkräfte der Suchtberatungsstellen zum Einsatz.

Außerdem wird die Präventionsarbeit der Suchtberatungsstellen um ein spezielles Angebot für die persönliche Beratung von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern erweitert. Ferner hat das Ministerium zur Unterstützung ihrer Aufklärungs- und Beratungstätigkeit eine Broschüre (Handreichung) zum „Konsum von Glücksspielen bei Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen“ herausgegeben, in der auf der Grundlage der Studienergebnisse Hinweise und Anregungen für die praktische Arbeit vor Ort gegeben werden. Die Broschüre kann bestellt und heruntergeladen werden unter [www.mgepa.nrw.de/publikationen](http://www.mgepa.nrw.de/publikationen). Bestellnummer: 049. Telefonische Bestellungen unter: 0211 – 837 1001.

Für alle Fragen rund um die Problematik "Glücksspielsucht" steht im Übrigen für Betroffene und Angehörige eine kostenlose Beratung unter der Telefonnummer 0800 - 077 6611 in deutscher Sprache und unter der 0800 - 32 64 762 in türkischer Sprache zur Verfügung. Außerdem können unter [www.gluecksspielsucht-nrw.de](http://www.gluecksspielsucht-nrw.de) nähere Informationen über weitere örtliche und regionale Hilfeangebote abgerufen werden.

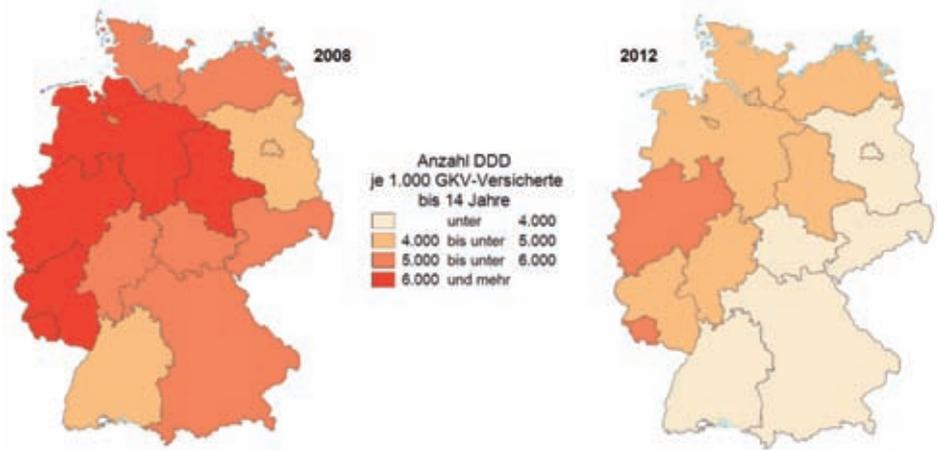
*Der Abschlussbericht zur Studie zum Glücksspielverhalten von Kindern und Jugendlichen ist auf der Internetseite des MGEPA abrufbar unter [http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Gluecksspiel\\_Abschlussbericht.pdf](http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Gluecksspiel_Abschlussbericht.pdf)*

Red: ReH

# Weniger Antibiotika, Kinder- und Jugendärzte sind Vorreiter

Erstmals hat das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) Daten zur Verordnung von Antibiotika über einen längeren Zeitraum vorgelegt. Als Datengrundlage dienen die vertragsärztlichen bundesweiten und Kassen übergreifenden Arzneiverordnungsdaten (AVD). Niedergelassene Ärzte verordneten demnach 2012 weniger Antibiotika als noch vier Jahre davor. Der rückläufige Trend fällt in verschiedenen Altersgruppen ganz unterschiedlich aus. Besonders deutlich ist er bei Kindern und Jugendlichen. Neben der Häufigkeit der Rezepte mit Antibiotika insgesamt, sank auch die Zahl der Kinder, die überhaupt antibiotisch behandelt wurden. Jetzt sind es deutlich unter 40 Prozent. Weniger Antibiotika bedeutet auf der einen Seite weniger resistente Erreger und lässt vielleicht auch einen Rückgang von autoimmunologischen Krankheiten erhoffen.

In der Verordnungshäufigkeit von Antibiotika existiert ein West-Ost-Gefälle. Spitzenreiter sind Rheinland-Pfalz und das Saarland. In den neuen Bundesländern verordnen die Ärzte dagegen weniger Antibiotika. Aber auch in Schleswig-Holstein und Bayern sind die Verordnungszahlen vergleichsweise niedrig. Ähnliche regionale Unterschiede, die sich nicht aus der Morbidität erklären lassen, wurden bereits von Mandeloperationen und Appendektomien berichtet. Am stärksten war der Rückgang der Antibiotikumverordnung in der Altersgruppe bis 14 Jahre mit über sieben Prozent in Thüringen und in Sachsen, am geringsten mit 1,6 Prozent in Schleswig-Holstein. Bei einer allgemeinen Beachtung von Leitlinien besteht nach Ansicht der Wissenschaftler des ZI noch ein Spielraum nach unten. Beim Herbst-Seminar-Kongress 2014 in Bad Orb wurden die Teilnehmer daran erinnert, dass die Bertelsmannstiftung in „fakten-



Antibiotikaverordnungen bei Kindern bis 14 Jahre im ambulanten Bereich in den Jahren 2008 und 2012. DDD = Definierte Tagesdosis.

Quelle: Versorgungsatlas

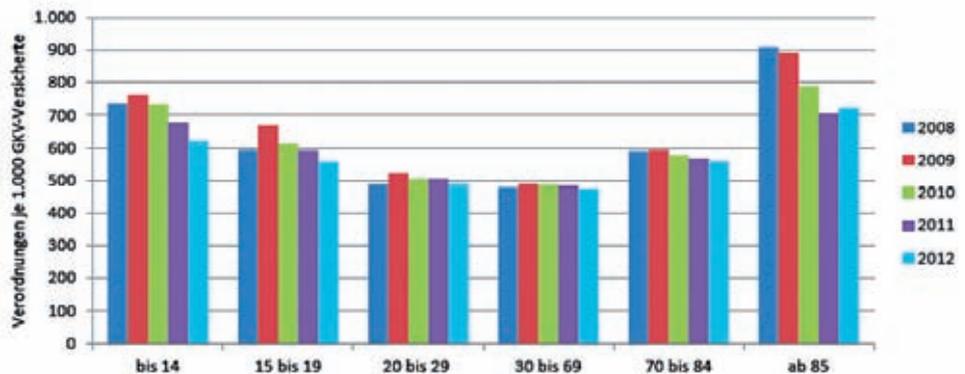
check.de“ einen Antibiotikapass für Kinder zur Verfügung stellt, der für Ärzte und Patienten in gleichem Maße helfen kann.

### Zu viele „Reserveantibiotika“

Die Wissenschaftler vom Versorgungsatlas haben auch untersucht, welche Antibiotika verordnet wurden. Sorgen bereitet ihnen dabei der absolute und relative Zuwachs bei der Verordnung von Cephalosporinen bei Kindern unter 14 Jahren. Insbesondere ab der zweiten Generation gilt diese Wirkstoffklasse aufgrund ihres breiteren Wirkungsspektrums als Reservegruppe, die schweren Infektionen vorbehalten sein sollte. Zwar scheint der Anstieg

bei der Verordnung der Cephalosporine inzwischen zum Stillstand gekommen zu sein, doch Handlungsbedarf sehen die Wissenschaftler gleichwohl. Diese Antibiotika gelten als eine der Ursachen für die Entwicklung von Multiresistenzen, denen unbedingt entgegengewirkt werden müsse. Eine europäische Untersuchung aus dem Jahr 2010 zeigt, dass in Norwegen, Schweden, Dänemark und Holland Cephalosporine in der ambulanten Therapie kaum eingesetzt werden. „Wenn dies dort klappt, sollte das auch bei uns funktionieren“, mahnt Dr. Jörg Bätzing-Feigenbaum, der Leiter des Versorgungsatlas.

Kup



Bundesweite Entwicklung der Zahl der Antibiotikaverordnungen pro 1000 GKV Versicherte (Arzneimittelversorgungsdaten)

# Aktionsbündnis Angeborene Herzfehler (ABAHF) gegründet



Sechs Patientenorganisationen bündeln ihre Kräfte für die Interessen von Menschen mit angeborenem Herzfehler

Mit dem Ziel, ihre Zusammenarbeit dauerhaft zu verbessern, um dadurch noch effektiver Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit angeborenem Herzfehler und ihren Familien zu helfen, haben sich auf Initiative der Deutschen Herzstiftung sechs bundesweit tätige Patientenorganisationen auf dem Gebiet der angeborenen Herzfehler zum Aktionsbündnis Angeborene Herzfehler (ABAHF) zusammengeschlossen. Gegründet am 19. Juli 2014 in Frankfurt am Main und erstmalig auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK) im Oktober 2014 in Weimar bekannt gegeben, bekräftigen die Bündnisteilnehmer eine engere Zusammenarbeit für einen effizienteren Austausch ihrer Expertise. Das ABAHF setzt sich zusammen aus den Patientenorganisationen:

- Bundesverband Herzkranke Kinder e. V.
- Bundesvereinigung JEMAH e. V. – Jugendliche und Erwachsene mit angeborenem Herzfehler
- Fontanherzen e. V.
- Herzkind e. V.
- Interessengemeinschaft das herzkranke Kind e. V.
- Kinderherzstiftung der Deutschen Herzstiftung e. V.

Aufgaben und Ziele werden sich vorerst auf drei Schwerpunktbereiche konzentrieren:

- Gemeinsame Politische Forderungen und Stellungnahmen zu Fragen der Versorgung von Menschen mit angeborenem Herzfehler (z. B. Positionspapiere)
- Aufklärungsaktionen und Pressearbeit zum Tag des herzkranken Kindes am 5. Mai
- Gemeinsamer Auftritt auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK)

„Auch wir als Fachgesellschaft begrüßen die Gründung eines solchen Aktionsbündnisses als einen wichtigen Schritt für die Belange von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern, weil so Reibungsverluste verringert werden und die Patientenorganisationen künftig gemeinsam mit einer Stimme in der Öffentlichkeit für eine bessere Versorgung dieser Patienten mit häufig komplexen Herzdefekten auftreten können“, unterstreicht die Präsidentin der DGPK, Prof. Dr. med. Brigitte Stiller, Universitäts-Herzzentrum Freiburg • Bad Krozingen.

*Informationen:  
Aktionsbündnis  
Angeborene Herzfehler (ABAHF)  
c/o Deutsche Herzstiftung e.V.  
[www.herzstiftung.de](http://www.herzstiftung.de)*

Red: ReH

Etwa 7.000 Neugeborene mit angeborenem Herzfehler kommen in Deutschland jährlich zur Welt. Heute erreichen rund 90 Prozent dieser Kinder dank der Fortschritte der Kinderherzchirurgie und Kinderkardiologie das Erwachsenenalter. Die Zahl der Erwachsenen mit angeborenem Herzfehler (EMAH) wird auf über 180.000 geschätzt. Die Mehrheit der jungen und erwachsenen Patienten muss sich sehr wahrscheinlich im weiteren Lebensverlauf einer oder mehrerer Operationen am Herzen unterziehen und/oder dauerhaft Medikamente einnehmen. Aus diesem Grund möchte das Aktionsbündnis darauf hinarbeiten, dass die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen durch einen EMAH-Spezialisten wahrgenommen werden.

# Gynäkologische Probleme in der Praxis des Kinder- und Jugendarztes

Abhängig vom Alter der Mädchen wird der Kinder- und Jugendarzt mit unterschiedlichen gynäkologischen Fragestellungen konfrontiert. Das Spektrum häufiger kinder- und jugendgynäkologischer Krankheitsbilder umfasst Fehlbildungen, Infektionen, hormonelle und dysfunktionelle Störungen sowie dermatologische Erkrankungen des Anogenitalbereiches. Eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit ist die Grundlage für eine umfassende Betreuung der Kinder und Jugendlichen. Ebenso wichtig ist die Kenntnis von Normvarianten und physiologischen Entwicklungsschritten.



Dr. Elke Hammer

## Einleitung

Während der Neonatalperiode wirken Östrogene der Mutter und können zu einer leichten Brustdrüsenanschwellung oder nach Hormonentzug zu einer vaginalen Blutung des Neugeborenen führen. In Folge des Abfalls mütterlicher Hormonspiegel kommt es zur „Minipubertät“ mit erhöhten Gonadotropinen und einer passageren Östrogenisierung. Ungefähr mit dem zweiten Lebensjahr beginnt die hormonelle Ruheperiode. Sie ist gekennzeichnet durch sehr niedrige Östrogenspiegel, niedrige Gonadotropine und ein glattes, empfindliches und scharfkantig wirkendes Hymen. Ab dem 8. bis 10. Lebensjahr steigt die Produktion adrenaler Androgene an, was sich klinisch in der Pubarche und einer zunehmenden apokrinen Schweißproduktion zeigt, fakultativ einer mehr oder weniger ausgeprägten Akne. Gleichzeitig nehmen Frequenz und Amplitude der Gonadotropinpulse allmählich zu und stimulieren die Gonaden. Die Brust wächst unter Östrogeneinfluss. Das Hymen wirkt ödematös gefältelt und die zuvor atrophe Vaginalschleimhaut verändert sich.

Die Menarche ist ein Meilenstein der Entwicklung. Während der Pubertät sind anovulatorische Zyklen sehr häufig. Prävention und Aufklärung spielen in diesem Alter eine große Rolle. Wichtige Themen in der Adoleszenz sind neben der Schwangerschaftsverhütung Normvarianten der Entwicklung.

### Vulvovaginitis – prädisponierende Umweltfaktoren

mangelnde Hygiene
(enge) Nylonbekleidung
übertriebene Hygiene, Schaumbäder, Seifen
Übergewicht
Miktion mit nicht gespreizten Beinen

Tabelle 1

Genitaler Pruritus, Labiencynechie und vaginale Blutung stellen neben Varianten und Störungen in der Pubertätsentwicklung die häufigsten kinder- und jugendgynäkologischen Fragestellungen dar. Auf die erst genannten soll im Folgenden eingegangen werden.

## Genitaler Pruritus beim präpubertären Kind – wichtige Differenzialdiagnosen

### Vulvovaginitis

Niedrige Östrogenspiegel während der hormonellen Ruheperiode (vom Kleinkindalter bis zum Pubertätsbeginn) führen zu einer Atrophie des Vaginalepithels und erhöhen dadurch die Empfänglichkeit für vaginale Infektionen und dermatologische Erkrankungen der Vulva. Weitere prädisponierende Faktoren für eine Vulvovaginitis sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Genitaler Pruritus bei präpubertären Mädchen ist nicht selten, häufig findet sich keine spezifische Ursache<sup>1</sup>. Bei der Vulvovaginitis des präpubertären Mädchens werden in weniger als 25% der Fälle spezifische Erreger isoliert<sup>2,3,4</sup>. Diese sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Typischerweise zeigt die Kultur eines vaginalen Abstriches von Mädchen mit Pruritus, übelriechendem Ausfluss und Rötung der Vulva Wachstum einer normalen Flora (siehe Tabelle 3), entsprechend einer unspezifischen Vulvovaginitis (Abbildung 1). Einige Autoren vermuten eine übermäßige Besiedlung mit Darmkeimen (insbesondere E.coli) oder Anaerobiern als einen pathogenetischen Faktor<sup>3,5,6</sup>. Gardnerella vaginalis wurde bei Mädchen mit Symptomen einer Vulvovaginitis, aber auch bei gesunden Kontrollen nachgewiesen. Die Dysbakteriose ist gekennzeichnet durch eine starke Vermehrung von G. vaginalis und Anaerobiern und wird häufiger bei pubertären Mädchen diagnostiziert. Typisch ist ein fischartig riechender Ausfluß durch die gebildeten Amine. Trichomonas vaginalis kann bei der Geburt auf das Neugeborene übertragen werden. Das nicht östroge-



Abbildung 1: unspezifische Vulvovaginitis

Erreger der spezifischen Vulvovaginitis bei präpubertären Kindern <sup>3,5,6</sup>
<b>Darmkeime</b> Shigellen Yersinien E. coli Anaerobe Keime (Bacteroides spp., Peptostreptococcus spp., Peptococcus spp., Propionibacterium spp.)
<b>Respiratorische Erreger</b> Gruppe A-Streptokokken Haemophilus influenzae Staphylococcus aureus Streptococcus pneumoniae Branhamella catarrhalis Neisseria meningitidis andere
<b>Candida spp.</b> insbesondere nach vorrausgegangener Antibiotikatherapie oder bei Diabetes mellitus
<b>Sexuell übertragbare Erreger</b> Neisseria gonorrhoeae Chlamydia trachomatis Herpes simplex Trichomonas vaginalis Condylomata acuminata
<b>Wurmerkrankungen</b> Oxyuriasis

Tabelle 2

### Physiologische Vaginalflora bei präpubertären Kindern<sup>5,6,7</sup>

#### Häufiger Nachweis

Lactobacillus
Diphtheroides
α-hämolisierende Streptokokken, Streptococcus viridans
Staphylococcus epidermidis
E.coli
Enterokokken
Bacteroides spp.
Andere Darmkeime (Streptococcus faecalis, Klebsiella spp., Proteus spp.), Pseudomonas spp.

#### Seltener Nachweis (< 10%)

Streptokokken der Gruppe B, Streptococcus pneumoniae
Koagulase positive Staphylokokken
Pseudomonas spp.
Proteus mirabilis
Candida spp.

Tabelle 3

nisierte Vaginalepithel ist relativ resistent gegenüber einer Trichomonadeninfektion. Der Nachweis dieser Keime während der hormonellen Ruheperiode ist sehr verdächtig auf einen sexuellen Missbrauch.

#### Diagnostik

Ein mikrobiologischer Abstrich der Vulva ist ohne diagnostische Relevanz. Bei persistierender Symptomatik, purulentem Ausfluss oder dringendem Verdacht auf eine spezifische Vulvovaginitis ist eine intravaginale Abstrichentnahme indiziert. Das nicht östrogenisierte Hymen ist schmerzempfindlich, sodass ein befeuchteter Abstrichtupfer oder besser ein weicher Katheter vom erfahrenen Arzt benutzt werden sollte. Die Notwendigkeit spezieller Abstrichmaterialien und kultureller Verfahren zum Nachweis bestimmter Erreger muss berücksichtigt werden.

#### Therapie der unspezifischen Vulvovaginitis und Differenzialdiagnosen

Verbesserte Genitalhygiene sowie die Berücksichtigung anderer prädisponierender Faktoren (siehe Tabelle 1), kombiniert mit Sitzbädern (z.B. Tannosynt) ist in der Regel effektiv. Bei Symptompersistenz über drei Wochen sollte die Möglichkeit einer Wurminfektion (Oxyuriasis)

bedacht und entsprechende Diagnostik veranlasst werden, im positiven Fall gefolgt von einer Behandlung mit Mebendazol. Bei Erfolglosigkeit dieser Maßnahmen ist, auch bei fehlendem Nachweis einer spezifischen Infektion, eine systemische antibiotische Therapie (z.B. mit Amoxicillin/Clavulansäure oder einem Erst- oder Zweigenerationscefalosporin wie z.B. Cefaclor) zu erwägen. Antibiotische Präparationen für die lokale Anwendung bei präpubertären Kindern sind nicht empfehlenswert.

Bestehen Pruritus, Ausfluss und Rötung fort, kann Estradiolcreme die Anfälligkeit der Vulva für Infektionen vermindern. Wegen einer potenziellen Resorption und systemischen Wirkung sollte die tägliche Anwendung auf maximal drei Wochen beschränkt werden<sup>8</sup>. Intravaginale Fremdkörper und eine ektope Uretermündung sind weitere Differenzialdiagnosen bei langwierigem Verlauf. Diffuse Ängste der Mutter führen manchmal zu einer Fokussierung auf die Beschwerden der Tochter, was eine Chronifizierung der Symptome fördern kann. Gute Beratung und Aufklärung sind deshalb wesentlich. Auch psychologische Faktoren auf der Seite des Mädchens müssen bei chronischem Verlauf bedacht werden. Dauerhafter genitaler Pruritus kann im Sinne eines „sekundären Krankheitsgewinns“ Aufmerksamkeit erzeugen und von anderen Problemen ablenken.

### Lichen sclerosus et atrophicus (LSA)

Typischerweise treten die ersten Symptome des LSA zwischen dem 4. und 8. Lebensjahr, also deutlich vor Beginn der Pubertät, auf. Die Mädchen beklagen genitalen Juckreiz, teilweise Dysurie und/ oder kleine Erosionen, die zu einer leichten Blutung führen können. Auch Defäkationsschmerzen und eine sich daraus ergebende Obstipation werden oft beobachtet; seltener wird von vaginalem Ausfluss berichtet. Der LSA kann auch extragenital auftreten und ist dann klinisch und histologisch nicht von der Morphea (lokalisierte Sklerodermie) zu unterscheiden. Mit dieser autoimmunologisch bedingten Entzündung des Bindegewebes bestehen viele Gemeinsamkeiten: genetische Disposition (erkennbar an der Präva-



Abbildung 2: subepitheliale Einblutung bei LSA



Abbildung 3: pergamentartige Haut mit kleiner Fissur bei LSA

lenz einzelner HLA-Typen), Prädisposition des weiblichen Geschlechtes, Triggerung durch äußere Reize, insb. Infektionen, chronischer Verlauf<sup>8</sup>. Die Diagnose wird im Kindesalter klinisch gestellt; bei Kindern sind Hautbiopsien zur Diagnosesicherung im Regelfall nicht erforderlich. Charakteristisch ist eine atroph wirkende und pergamentartig schimmernde Vulvahaut, häufig mit subepithelialen Einblutungen (Abbildung 2), chronischen Ulzerationen und Fissuren (Abbildung 3), initial auf erythematösem Grund. Die weißlichen Veränderungen sind typischerweise in Form einer „Achterfigur“ angeordnet (perianal, Labia majora). Blutungen haben im Vorfeld nicht selten den Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch gelenkt. Folge der chronischen Entzündungsaktivität sind Vernarbungen und ein Verlust der normalen Vulvaarchitektur (z.B. kann die Klitoris in narbiges Gewebe „eingemauert“ werden). Bei den meisten Mädchen verbessern sich die Symptome in der Pubertät. Der Lichen sclerosus der Frau kann nach chronischem Verlauf im höheren Erwachsenenalter zu einer Kraurosis vulvae führen und ist auf lange Sicht möglicherweise mit einer erhöhten Inzidenz eines Plattenepithelcarcinoms der Vulva assoziiert. Für das Kindes- und Jugendalter liegen keine entsprechenden Studien bzw. Langzeitbeobachtungen vor.

### Therapie

Die lokale Therapie mit potenten topischen Steroiden der Wirkstoffklasse III (Mometason, Betamethason) führt zu einer raschen und deutlichen Besserung der klinischen Symptomatik<sup>10,11</sup>. Wir behandeln zwei mal täglich mit Mometason (z.B. Monovo-Salbe, Ecural-Fettcreme) über vier Wochen und führen begleitend Sitzbäder mit Gerbstoffpräparaten (Tannosynt) durch. Die Lokaltherapie mit Tacrolimus-Salbe ist deutlich weniger wirksam<sup>12</sup>. Eine tägliche fettende Pflege der Vulvahaut im beschwerdefreien Intervall senkt das Rezidivrisiko. Komplizierend können genitale Infektionen auftreten, die gezielt behandelt werden müssen.



Abbildung 4: Synechie der Labia minora

## Labiensynechie

Adhäsionen im Bereich der Labia minora oder der Vulva werden am häufigsten zwischen dem 3. Lebensmonat und dem sechsten Lebensjahr beobachtet (Abbildung 4). Systemische Östrogenwirkung (wie z.B. beim Neugeborenen) schützt vor einer Synechie. In der Pathogenese spielen wahrscheinlich Irritationen der Vulvahaut eine Rolle (z.B. durch übertriebene Hygiene, aber auch durch mangelnde Hygiene wie zu seltenes Wechseln der Windel). Auch wenn es dafür keine klare Evidenz aus Studien gibt, so wird den Eltern zur Rezidivprophylaxe meist folgendes Vorgehen empfohlen:

- regelmäßiges Wechseln der Windeln
- zurückhaltende Anwendung von Feuchttüchern
- klares Wasser zur Hygiene bevorzugen

Eine Therapieindikation besteht bei möglicher Abflußbehinderung von Urin und Vaginalsekret. Die gezielte Applikation von östrogenhaltiger Creme (z.B. Ovestin) ist fast immer effektiv<sup>13</sup>. Diese sollte für drei Wochen zweimal täglich und für mindestens zwei bis drei weitere Wochen einmal täglich aufgetragen werden. Nach dieser Zeit ist die Synechie in 50% der Fälle gelöst. Bei Persistenz wird die Therapie fortgeführt. Für eine erfolgreiche Behandlung müssen die Eltern gut angeleitet werden: Die östrogenhaltige Creme wird mit einem Q-Tip und mit leichtem Druck durch mehrfaches Hin- und Her-Streichen auf die „Naht“ der Synechie aufgetragen. Die Synechienaht wird den Eltern vorher demonstriert. Tägliche fettende Pflege der Vulvahaut kann nach erfolgreicher Therapie ein Rezidiv verhindern. Das forcierte Auftrennen der Synechie ist kontraindiziert, da das Rezidivrisiko anschließend erhöht ist und das Kind dabei traumatisiert werden kann.

## Genitale Blutung

Eine genitale Blutung beim Kind kann vielfältige Ursachen haben. Regelhaft sind die Eltern besorgt und alarmiert. Durch Anamnese und klinische Untersuchung incl. Inspektion der Vulva, evtl. Sonografie des inneren Genitales, können die Differenzialdiagnosen eingengt werden (siehe Tabelle 4). Eine beginnende Brustentwicklung deutet auf eine systemische Östrogenwirkung hin, eine uterine Abbruchblutung ist dann wahrscheinlich. Die Differenzierung zwischen Pubertas praecox vera und Pseudopubertas praecox ist nach endokrinologischer Labordiagnostik möglich. Ovarialzysten können sonographisch detektiert werden. Die Inspektion der Vulva kann in vielen Fällen bereits die Ätiologie klären. Vulvovaginitis und Lichen sclerosus et atrophicus sind relativ häufige Differenzialdiagnosen. Ein Urethralprolaps ist deutlich seltener, wobei eine genitale Blutung ein häufiges Symptom beim Urethralprolaps darstellt. Klinisch präsentiert sich ein teilweise livider Tumor, dessen Form an ein „Doughnut“ erinnert (Abbildung 5). Neben der Blutung werden teilweise Dysurie und Schmerzen beklagt. Häufig tritt die Symptomatik nach Hustenattacken oder im Zusammenhang mit einer Obstipation auf. Das typische Manifestationsalter ist 5 bis 8 Jahre. Warum vor allem afrikanische Mädchen betroffen sind, ist nicht geklärt. Die Therapie ist fast immer konservativ (Sitzbäder, östrogenhaltige Creme, ggf. Therapie der Obstipation). Bei unklarem Befund oder Tumorverdacht wird selbstverständlich eine Biopsie erfolgen. Bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch muss Kontakt zu einer Kinderschutzgruppe aufgenommen werden.

### Differenzialdiagnosen der vaginalen Blutung bei präpubertären Mädchen

Vulvovaginitis
Trauma Akzidentell Sexueller Mißbrauch
Lichen sclerosus et atrophicus
Fremdkörper
Condylomata acuminata
Endokrinologische Ursachen (Pseudo)pubertas praecox Exogene Östrogenzufuhr Hormonentzugsblutung des Neugeborenen
Hämangiom
Tumor
Urethralprolaps (Abbildung 5), Urethralpolyp (Abbildung 6)

Tabelle 4



Abbildung 5: Urethralprolaps



Abbildung 6: Urethralpolyp

## Ovarialzysten

### Kindheit

Ätiologisch wird eine passagere Stimulation des Ovars durch Gonadotropine postuliert. Hormonell aktive Ovarialzysten können in der Kindheit die Brustentwicklung in Gang bringen und zu einer hormonellen Abbruchblutung führen (Pseudopubertas präcox). Autonome, hormonell aktive Ovarialzysten können rezidivieren; die Ursache ist unklar. Gelegentlich ist dann eine Therapie mit einem Antiöstrogen (Tamoxifen) indiziert. Bestehen gleichzeitig Café- au-lait Flecken und eine fibröse Osteodysplasie, wird die Diagnose eines McCune-Albright Syndroms gestellt, das auf einer somatischen aktivierenden Mutationen der  $\alpha$ -Untereinheit des G-Proteins beruht. Ovarialzysten sind häufig sonographische Zufallsbefunde. Unterbauchschmerzen, Völlegefühl und Übelkeit sind seltene Symptome bei größeren und komplexen Zysten. Bei akuten Bauchschmerzen müssen eine Ovarialtorsion, eine Infarzierung des Ovars oder eine Einblutung in die Zyste ausgeschlossen werden

### Pubertät und Adoleszenz

Häufigste Ursache einfacher funktioneller Zysten ab der Pubertät ist eine ausbleibende Ovulation des reifen Follikels mit folgender Follikelpersistenz. Des Weiteren können mit Ausbildung des Corpus luteum Corpus luteum Zysten entstehen. Die Symptomatik unterscheidet sich nicht von der bei präpubertären Mädchen. Einblutung oder Ruptur einer Zyste sind bei pubertären Mädchen und Adolescentinnen häufiger.

### Therapie

Einfache Zysten mit einem Durchmesser unter 6cm können beobachtet werden, wenn keine oder nur geringe Symptome vorhanden sind. Sonographische Verlaufskontrollen sollten alle vier bis acht Wochen erfolgen, meist kommt es zur spontanen Regredienz während die-

ser Zeit, seltener erst nach mehreren Monaten. Bei komplexen Zysten (mit Septen, Kalzifizierung oder relevanten Binnenechos) ist eine primäre operative Intervention indiziert, nicht zuletzt, um eine maligne Raumforderung nicht zu verpassen. Wenn möglich sollte eine laparoskopische Zystektomie durchgeführt werden, dabei bleibt das Ovar erhalten. Nach einer Zystenaspiration ist das Rezidivrisiko höher als nach Zystektomie<sup>14</sup>. Die Gefahr einer Ovarialtorsion steigt bei einem Zystendurchmesser über 6cm. Dennoch kann auch bei großen Zysten (>6cm) primär ein konservatives Vorgehen gewählt werden, wenn es sich um einfache Zysten handelt. Die Patientin und die Familie müssen dann gut über die Symptome einer Ovarialtorsion aufgeklärt werden. Bei Zunahme des Zystenvolumens oder bei Beschwerden ist die Indikation für eine operative Intervention gegeben. Ebenfalls muss bei relevanter Blutung operiert werden. Die Einblutung in eine Zyste oder eine Ruptur stellen bei stabiler Patientin keine Operationsindikationen dar.

Literatur bei der Verfasserin

Interessenkonflikt: Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. Elke Hammer  
Ltd. Ärztin Bereich Kinderendokrinologie und -diabetologie/  
Kindergynäkologie  
Abteilung für Allgemeine Pädiatrie  
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift  
Liliencronstr. 130  
22149 Hamburg  
Tel.: 040/673 770  
E-Mail: e.hammer@kindermvz.de

Red: Höger

## Der besondere Fall ●●●

# Sirenenfehlbildung

Wir berichten von einem Fall einer sehr seltenen Fehlbildung bei einer kamerunischen 27-jährigen Erstgravida. Das Kind wurde per Kaiserschnitt im Bethesda Krankenhaus in Jaunde geboren. Dies ist der zweite berichtete Fall mit dieser Fehlbildung in Kamerun.

Der Kaiserschnitt wurde in der 42. Schwangerschaftswoche im Bethesda Krankenhaus wegen Terminüberschreitung und Oligohydramnion durchgeführt. Die Patientin hatte während der Schwangerschaft einen auffallend kleinen Bauch aufgewiesen. Ihre Schwangerschaftsvorsorgenuntersuchungen wurden in einem städtischen Krankenhaus von Jaunde durchgeführt. Die üblichen serologischen Untersuchungen (HIV, TPHA/VDRL, HBs-Ag) waren negativ gewesen, es gab weder Diabetes noch chronische Erkrankungen in der Vorgeschichte. 4 Ultraschalluntersuchungen waren während der Schwangerschaft durchgeführt worden, von ihnen wies keine auf eine Fehlbildung hin, die letzte beschrieb das Oligohydramnion.



Abb. 1: Gesamtbild des Fehlbildungssyndroms

Bei der Geburt fand sich ein deprimiertes Neugeborenes mit multiplen Fehlbildungen, APGAR 2-4-5 (Abb.1). Das Kind wurde mit Maskenbeatmung und Sauerstoff reanimiert und auf der neonatologischen Station aufgenommen. Geburtsgewicht 2050g, Länge 44 cm, Kopfumfang 31 cm. Die körperliche Untersuchung bei Geburt zeigte multiple Fehlbildungen mit Fusion der unteren Körperhälfte einschließlich Füße, die Fußsohlen waren fächerartig nach ventral verdreht und wiesen auf jeder Seite 3 symmetrische Zehen auf. 2 Femora und 2 Tibiae waren jeweils durch die Haut tastbar. Kein äußeres Genitale (Abb. 2), der Anus war nicht perforiert, blind endender Sakralporus bei Sondierung (Abb.3). Die Haut von

Fußsohlen und Handflächen war vergrößert. Auf Station wurde das Kind mit lediglich Sauerstoff und 60 ml/24h Glucose-Kalzium-Mischinfusion (berechnete Perspiratio insensibilis) am Leben erhalten. Trotz Wärmeanwendung persistierte eine Hypothermie. Eine am zweiten Lebenstag durchgeführte Abdomenultraschalluntersuchung zeigte einen mit Flüssigkeit gefüllten Magen (10 ml schwarze Magenreste wurden per Sonde aspiriert) sowie fehlende Nieren und Blase. Bei infauster Prognose verstarb das Kind nach circa 48 h. Tradition und Kultur in Kamerun erlauben keine Autopsie, so dass der Leichnam der Familie sofort zur Bestattung übergeben wurde. Die Eltern wurden nach der Geburt über das Krankheitsbild umfangreich aufgeklärt und beraten. Diese Aufklärung ist nicht nur für die psychologische Entlastung der Eltern wichtig sondern insbesondere im afrikanischen Kontext unerlässlich, um der Mystifizierung, dem Aberglauben und dem Glauben an Hexerei entgegenzuwirken.

### Diskussion

Die Sirenenfehlbildung ist ein seltenes kongenitales Fehlbildungssyndrom, das in 1:100000 Geburten auftritt. Fälle wurden in verschiedenen Teilen der Welt beschrieben, in Afrika haben wir einen Fall in Nigeria



Abb. 2: Frontal fehlt das äußere Genitale



Dr. med. Nicole Bena-Boupda



**Abb. 3: Dorsal fehlt der Anus, blind endender Sakralporus**

(Ugwu 2011) und einen Fall in Kamerun gefunden. Im Jahr 2012 haben Morfaw et al. eine Fallbeschreibung in Kamerun mit umfangreicher Diskussion über diese Mißbildung im F1000 Research publiziert. Dass die Diagnose bei den Ultraschalluntersuchungen im 3. Trimester verfehlt wurde, liegt wahrscheinlich am Oligohydramnion, das eine Beurteilung der unteren Extremitäten erschwert (Singh 2014). Die Ätiologie dieser seltenen Fehlbildung ist noch weitgehend ungeklärt. Eine Assoziation besteht zur menschlichen Schwermetallexposition (Orioli 2009) sowie zu Zwillingschwangerschaften (Stocker 1987). Als wichtiger Risikofaktor wird zusätzlich der mütterliche Diabetes genannt (Garrido-Allepuz 2011). Zur Pathogenese dieser Erkrankung gibt es zahlreiche Theorien. Zum Beispiel schlägt Stevenson 1986 eine Minderperfusion der kaudalen Embryohälfte in der embryonalen Entwicklung vor. Andere Autoren favorisieren die Theorie der fehlerhaften Blastogenese, bei der die Sirenenfehlbildung zu den Kaudaregressionssyndromen gehören würde (Opitz 2002, Duesterhoeft 2007). Eine andere Theorie beschreibt die Sirenenfehlbildung als Teil der VACTERL Syndrome (Jaiyesimi 1998). Die VACTERL Syndrome beinhalten vertebrale, anale, kardiovaskuläre, tracheale, oesophageale, renale und Extremitätenfehlbildungen. Durch die Autopsie solcher Feten werdend zunehmend mehr Varianten dieses Syndroms detektiert (Chikkannaiah 2014), wobei eine Autopsie in Kamerun aus kulturellen Gründen nicht durchgeführt werden konnte.

Betonen möchten wir hier die Wichtigkeit der Elternaufklärung, insbesondere im afrikanischen Kontext. Beim Gespräch mit den Eltern fiel ihre starke Verunsicherung auf. Anstatt das Ereignis auf purem Zufall der Natur zurückzuführen, wurde die Geburt dieses fehlgebildeten Kindes mit dem Einfluß übernatürlicher Kräfte erklärt: in diesem Sinne wurde der Familie vorgeführt, dass der fehlende Respekt vor traditionellen Praktiken sie zu diesem Unglück verurteilt habe. Ihre Wahrnehmung der

Realität wurde in der Folge vollkommen deformiert. Das Leben dieser Familie geriet dann in die Kontrolle eines Medizinmannes bis zu dem Zeitpunkt, an dem wir sie aufklärten.

In der schwarz afrikanischen Kultur tendiert man allgemein eher dazu, natürliche Phänomene irrational zu erklären. Wenn ein Kind bei einer Prüfung durchfällt, wird die zweite Ehefrau des Vaters (bei polygamen Familien) oder ein eifersüchtiger Onkel verdächtigt. Ein traditioneller Priester oder Medizinmann wird dann aufgesucht, um den Verdacht zu bestätigen.

In Kamerun ist der natürliche Tod nur selten möglich. Wenn ein Mensch stirbt, herrscht oft der Glaube, dass er auf mystischer Weise ermordet wurde. Ein "Medizinmann" wird dann aufgesucht, um den Schuldigen aufzuspüren. Ein armes Opfer kann infolgedessen während der Trauerfeierlichkeiten beschuldigt werden.

In der Stadt Daloa im Westen der Elfenbeinküste wurden mehrere Fälle von Buruli-Ulkus gemeldet, die bei Kindern zu Behinderungen führten. Nach Ansicht der dortigen Bevölkerung lag die Epidemie an einem Fluch.

Der Aberglaube kann sogar lebensbedrohlich werden. In Burundi zum Beispiel wurden Albino-Patienten massakriert, weil geglaubt wurde, dass manche ihrer Organe zum Reichtum beitragen.

Im Fokus des traditionellen Arztes/Priesters oder Medizinmannes steht die psychische Verunsicherung der Familie, mit schlußendlich einem lukrativen Ziel.

Mit der Publikation dieses Artikels möchten wir zur Demystifizierung der Sirenenfehlbildung im afrikanischen Kontext beitragen, zumal traditionelle mystische Krankheitsverständnisse auch bei in Deutschland lebenden Afrikanern eine große Rolle spielen. Sehr wahrscheinlich wurden beobachtete Fälle in der Vergangenheit nicht publiziert. Die Aufklärung der Eltern impliziert die Aufklärung der umliegenden Familien und wird hoffentlich zukünftig, auch wenn diese Hoffnung ehrgeizig erscheint, die Macht der Medizinmänner über die afrikanische Gesellschaft schwächen, und somit die Bevölkerung psychisch zugänglicher zur westlicher Medizin machen.

Literatur bei der Verfasserin

Interessenkonflikt: Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. med. Nicole Bena-Boupda  
Bethesda Krankenhaus  
Nouvelle Route Bastos  
B.P 11154 Yaoundé, Kamerun  
E-Mail: nfbena@nycosoft.com

Red.: Keller

# Welche Diagnose wird gestellt?

Peter H. Höger

## Anamnese

Ein 12-jähriges Mädchen wird vorgestellt, bei dem sich auf dem linken Oberschenkel seit 2-3 Jahren progredient ein streifig-fleckiges Erythem entwickelt. Beschwerden werden nicht angegeben. Die übrige Eigen- und Familienanamnese ist unauffällig.

## Untersuchungsbefund

Altersgerecht entwickeltes 12-jähriges Mädchen in gutem Allgemeinzustand. Im Bereich des linken Oberschenkels finden sich konfluierende, scharf begrenzte erythematöse Maculae in insgesamt linearer Anordnung (Abb.1). Die Flecken sind anämisierbar. Nebenbefundlich besteht eine Keratosis pilaris. Der übrige pädiatrische und dermatologische Befund ist unauffällig.



Abbildung 1: Konfluierende, insgesamt linear konfigurierte, scharf begrenzte erythematöse Maculae. Nebenbefundlich folliculär betonte Hyperkeratosen.

## Welche Diagnose wird gestellt?

## Diagnose:

### Angioma serpiginosum

Das Angioma serpiginosum wurde 1889 von Sir Jonathan Hutchinson erstmals beschrieben. Es handelt sich um eine meist sporadisch vorkommende Form der primären Telangiektasien, die häufig mit anderen vaskulären Anomalien verwechselt wird (1).

Die Manifestation erfolgt in der Kindheit vorzugsweise unilateral im Bereich der Extremitäten. Mädchen sind deutlich häufiger betroffen als Jungen (etwa 9:1). Klinisch entwickeln sich konfluierende erythematöse Maculae, deren Anordnung den Blaschko-Linien folgt. Daher wird ein somatischer Mosaizismus als Grundlage der Erkrankung angenommen (2). Molekulargenetische Untersuchungen ergaben Hinweise auf eine Lokalisation des Gens auf dem X-Chromosom, und zwar nahe dem für die Fokale Dermale Dysplasie (FDD) kodierenden *PORCN*-Gen; von der FDD kann das Krankheitsbild jedoch klar abgegrenzt werden (3). Die Maculae sind anfangs sehr klein und nehmen vor und während der Pubertät an Größe und Zahl zu; im Erwachsenenalter tritt in der Regel ein Stillstand ein. Die Flecken sind nicht purpuriform, obwohl die rötlicheren Anteile gelegentlich eine violette „Grundierung“ zeigen. Trophische Veränderungen (Atrophie oder Hypertrophie der betroffenen Hautareale) wird nicht beobachtet. Die Läsionen verursachen eine kosmetische Beeinträchtigung; innere Erkrankungen sind jedoch nicht mit dem Angioma serpiginosum assoziiert.

Histologisch zeigt sich eine dichte Ansammlung dilatierter und geschlängelter Kapillaren in der papillären und subpapillären Dermis. Ein entzündliches Infiltrat findet sich nicht, auch zeigen sich keine Erythrozyten-Extravasate oder Ablagerungen von Hämosiderin. Es ist nach wie vor unklar, ob das Angioma serpiginosum lediglich Ausdruck einer Erweiterung und Verformung der Kapillaren ist oder ob es sich um eine echte „angiomatöse“ Hyperplasie handelt (1).

Die wichtigsten Differenzialdiagnosen sind

- *Naevus flammeus*: Dieser manifestiert sich stets bei Geburt und ist nicht progredient.
- *Angiokeratoma corporis diffusum (M. Fabry)*: Bei dieser von schmerzhaften akralen Parästhesien begleiteten Stoffwechselerkrankung treten punktförmige bläulich-rote Papeln auf. Betroffen sind ausschließlich Jungen. Begleitend kommt es zu einem progredienten Nierenversagen, Ödemen, Fieber, Hypohidrosis und Linsentrübungen.
- *Generalisierte essentielle Telangiektasie*: Sie ist durch gruppierte

Spider-Naevi gekennzeichnet, von denen fast ausschließlich Frauen jenseits des 30. Lebensjahres, gelegentlich aber auch bereits mit 12-15 Jahren, betroffen sind.

- *Unilaterale Naevoide Teleangiektasie*: Meist dermatomal begrenzte Telangiektasien, die entweder bereits bei Geburt manifest sind oder sich in der Kindheit ausbilden
- *Hereditäre Hämorrhagische Teleangiektasie (M. Rendu-Osler-Weber, HHT I und II)*: Die Erkrankung ist durch multiple Teleangiektasien gekennzeichnet, die von häufigem spontanem Nasenbluten sowie arteriovenösen Malformationen in Lunge oder Gehirn begleitet werden; oftmals sind mehrere Familienmitglieder betroffen. Die Erkrankung beruht auf einer Mutation des *ENG*-Gens auf Chromosom 9q (HHT I) bzw. des *ALK1*-Gens auf Chromosom 12q (HHT II). Eine dritte Variante ist assoziiert mit einer juvenilen Polyposis (*SMAD4*-Gen, Chromosom 18).

## Therapie

Die Therapie des Angioma serpiginosum erfolgt mittels Laserbestrahlung. Bei hellroten Läsionen ist die Behandlung mit dem gepulsten Farbstofflaser aussichtsreich; in anderen Fällen scheint der KTP-Laser geeigneter (4).

### Literaturangaben

1. Mulliken JB. Capillary malformations, hyperkeratotic stains, telangiectasias, and miscellaneous vascular blots. In: Mulliken JB, Burrows PE, Fishman SJ (editors). *Mulliken & Young's Vascular Anomalies*. Oxford: University Press, 2nd ed. 2013, S. 508-561
2. Chen, W, Liu TJ, Yang YC, Happle R. Angioma serpiginosum arranged in a systematized segmental pattern suggesting mosaicism. *Dermatology* 213: 236-238, 2006
3. Houge G, Oeffner F, Grzeschik KH. An Xp11.23 deletion containing *PORCN* may also cause angioma serpiginosum, a cosmetic skin diseases associated with extreme skewing of X-inactivation. *J Hum Genet* 2008; 16: 1027-1028
4. Rho NK, Kim H, Kim HS. Successful treatment of angioma serpiginosum using a novel 532 nm potassium titanyl phosphate (KTP) laser. *J Dermatol*. 2014 Oct 9. doi: 10.1111/1346-8138.12624. [Epub ahead of print]

Prof. Dr. Peter H. Höger  
Abt. Pädiatrie und Pädiatrische Dermatologie/Allergologie  
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift  
Liliencronstr. 130  
22149 Hamburg

Herzkrank geboren –  
mitten im Leben.

Ihre Spende hilft.

www.bvhk.de



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



Bundesverband  
Herzkranker  
Kinder e.V.

www.bvhk.de



## Review aus englischsprachigen Zeitschriften

### Körperstrafen und die kindliche kognitive Entwicklung

#### Spanking and Child Development Across the First Decade of Life

MacKenzie MJ et al., *Pediatrics*; 132 (5): e 1118-25, November 2013

Mehrere Studien haben in der Vergangenheit gezeigt, dass eine Verbindung zwischen den in der Kindheit erlittenen körperlichen Traumen und psychiatrischen Problemen im Erwachsenenalter besteht. Körperstrafen im Kindesalter scheinen das Aggressionsverhalten im Erwachsenenalter zu erhöhen. Wenn auch die Amerikanische Gesellschaft für Kinderheilkunde feststellt, dass Körperstrafen die kindliche Entwicklung im negativen Sinne beeinflussen, wissen wir immer noch zu wenig über den Einfluss von Körperstrafen auf die kognitive Entwicklung im Kindesalter.

In einer longitudinalen Studie haben jetzt Untersucher den Zusammenhang zwischen Körperstrafen, der kognitiven Entwicklung und externalisierendem Verhalten (aggressives und oppositionelles Verhalten) an 1933 Kindern, die zwischen 1998 und 2000 in 20 Städten der USA geboren wurden, untersucht. Die Eltern füllten einen standardisierten Fragebogen aus, wenn ihre Kinder 3, 5 und 9 Jahre alt waren (n=1933). Im Alter von 9 Jahren wurden die Kinder auf ihr Verhalten und ihren passiven Wortschatz untersucht. Im Alter von 3 und 5 Jahren wurden die Eltern zur Häufigkeit der von ihnen durchgeführten Körperstrafen in der Folge unangemessenen kindlichen Verhaltens befragt.

Dabei übten 57% der Mütter und 40% der Väter im Kindesalter von 3 Jahren, 52% der Mütter und 33% der Väter im Alter von 5 Jahren Körperstrafen aus. Kinder, die von ihren Müttern  $\geq 2$  mal pro Woche (häufig) im Alter von 3 und 5 Jahren und  $< 2$  mal die Woche im Alter von 5 Jahren (weniger häufig) geschlagen wurden, wiesen im Alter von 9 Jahren (im Vergleich zu keiner Körperstrafe) ein signifikant häufigeres externalisierendes Verhalten auf. Interessanterweise ließ sich dieser signifikante Zusammenhang

nicht nachweisen, wenn die Körperstrafe unabhängig von ihrer Frequenz und dem Alter über den Vater erfolgte. Aber auch der schlagende Vater scheint die kindliche Entwicklung zu beeinflussen. Bei häufigem väterlichen Schlagen im Alter von 5 Jahren wiesen die Kinder mit 9 Jahren einen geringeren passiven Wortschatz auf. Mögliche Störvariable (kindlicher Charakter, Familienkultur, Ethnie, Geschlecht, mütterliche geistige Gesundheit und Wahrnehmung und das externalisierende Verhalten im Alter von 3 Jahren) ließen keinen Zusammenhang erkennen.

Diese Studie spiegelt die Häufigkeit von Körperstrafen in amerikanischen Familien und vielleicht auch eine erzieherische Hilflosigkeit vieler Eltern wider, die zu Körperstrafen greifen. Sie weist erneut auf die negativen und bereits bekannten Folgen von Körperstrafen in der kindlichen Entwicklung hin. Sie berücksichtigt eine Vielzahl von Risikofaktoren und bestätigt die Verbindung zwischen Körperstrafe und Aggressionsverhalten und den negativen Einfluss auf die kognitive Entwicklung im ersten Lebensjahrzehnt.

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

### Altersabhängig unterschiedliche Risiken der Schlaflage für junge und ältere Säuglinge?

#### Sleep Environment Risks for Younger and Older Infants

Colvin JD, Collie-Akers V, Schunn C, Moon RY, *Pediatrics*; 134: e406-e412, Juli 2014

Die Autoren untersuchten in einer Querschnittsstudie für 24 Bundesstaaten der USA die schlaf-abhängigen Säuglings-Todesfälle im Berichtssystem für kindliche Todesfälle des Nationalen Zentrums für die Überprüfung und Prävention in den Jahren von 2004-2012.

Die Alterszugehörigkeit der Todesfälle wurde unterteilt in 0-3 Monate und  $> 3$  Monate bis 364 Tage. Primäres Studienziel waren gemeinsame Bett-Nutzung mit anderen (Menschen oder Tieren) (bed-sharing), Gegenstände in der Schlafumgebung (vornehmlich Decken und Kissen, aber auch jegliche andere harte oder weiche Gegenstände), Lagerung (z.B. im Erwachsenen-Bett) und Position (z.B. Bauchlage).

Insgesamt wurden 8207 Todesfälle analysiert. Jüngere Opfer waren häufiger im Gemeinschafts-Bett (73.8% vs 58.9 %,  $P < 0.001$ ) oder schliefen in einem Erwachsenen-Bett/auf einer Person (51.6% vs 43.8%,  $P < 0.001$ ). Ein höherer Prozentsatz älterer Opfer hatte einen Gegenstand im Bett (39.4% vs 33.5%,  $P < 0.001$ ) und veränderte die Lage von Seiten- oder Rückenlage zur Bauchlage (18.4% vs 13.8%,  $P < 0.001$ ). Diese Zusammenhänge wurden in der Multivarianz-Analyse bestätigt.

Die Autoren schließen aus ihre Ergebnissen, dass sich die Risiko-Faktoren für den plötzlichen Säuglings-Tod in verschiedenen Altersgruppen unterscheiden können. Für jüngere Opfer ist das Gemeinschaftsbett das vornehmliche Risiko, während es für die älteren Säuglinge eher ein Objekt im Schlafbereich oder die

Bauchlage ist. Die Eltern sollten vor der Gefahr dieser alters-spezifischen Risiken gewarnt werden.

### **KOMMENTAR**

Die erhobenen Daten weisen deutlich auf altersabhängige Risiken für den plötzlichen Säuglingstod hin. Allerdings sind die zahlenmäßigen Unterschiede innerhalb der Altersgruppen, z.B. 18,4% vs 13,8% für die Bauchlage wenig überzeugend. Auch fehlen Angaben zur Sorgfalt der Erfassungen im verwendeten Berichtssystem.

Dennoch sind die Daten, die so in unserem Land bisher nicht vorliegen, wert, beachtet und für die präventive Unterrichtung der Eltern verwendet zu werden. Unabhängig vom Alter sollten die vorsorgenden Maßnahmen bei allen Säuglingen beachtet werden.

(Helmut Helwig, Freiburg)

## **Arthur-Schlossmann-Preis und Ausbildungsstipendien 2015**

### **der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie**

Die Sächsisch-Thüringische Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie wird auf ihrer Jahrestagung 2015 in Weimar erneut den Arthur-Schlossmann-Preis vergeben. Mit dem Preis sollen besondere wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin ausgezeichnet werden. Er besteht aus einer Urkunde und einer finanziellen Zuwendung. Die Arbeit braucht noch nicht veröffentlicht zu sein, doch soll ihre Veröffentlichung möglichst bevorstehen. Die vollständige Ausschreibung finden Sie auf der Homepage der Gesellschaft, [www.stgkjm.de](http://www.stgkjm.de). Bewerber müssen bis zum 31.01.2015 fünf Exemplare ihrer Arbeit bei dem 1. Vorsitzenden der Gesellschaft, Herrn PD Dr. Ludwig Patzer, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Mauerstraße 5, 06110 Halle (Saale), einreichen.

Die Sächsisch-Thüringische Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie schreibt fortlaufend bis zu drei Reisestipendien pro Kalenderjahr in Höhe von jeweils bis zu 1.500,00 € aus. Die Stipendien sollen die Weiterbildung von Assistenten und Fachärzten in den Gebieten und ihren Schwerpunkten sowie fakultativen Weiterbildungen der Kinder- und Jugendmedizin und der Kinderchirurgie in den Ländern der Gesellschaft fördern und werden als Beihilfe zu einer Fortbildungsreise gewährt. Gefördert wird die Teilnahme an Kursen, Seminaren oder Tagungen. Die Veranstaltung soll intensiv Inhalte der Weiterbildungskataloge für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinderchirurgie und deren Subspezialitäten vermitteln. Hospitationen werden nicht gefördert. Der Stipendiat muss Mitglied der STGKJM sein.

Die Stipendien werden auf Antrag gewährt. Anträge können jederzeit gestellt werden. Die Antragsmodalitäten sind auf der Homepage der Gesellschaft [www.stgkjm.de](http://www.stgkjm.de) zu finden.

# Bäckerausbildung mit Asthma und Rhinokonjunktivitis möglich

## Frage:

- Kann man einem 16-jährigen Patienten mit Asthma bronchiale und allergischer Rhinokonjunktivitis (früh- und mittelblühende Bäume und Gräser) zu einer Bäckerausbildung raten? Der Patient wurde bis 2009 desensibilisiert, hat seit 2013 jedoch wieder Beschwerden.

## Antwort:

Das Backgewerbe zählt trotz intensivierter und auch erfolgreicher Präventionsmaßnahmen von Seiten der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten (BGN) zu den besonders häufig betroffenen Tätigkeitsfeldern mit beruflich bedingten obstruktiven allergischen Atemwegserkrankungen. Verantwortlich dafür sind neben dem Mehlstaub auch Enzymstäube, hier besonders die alpha-Amylase. Neben der Möglichkeit, auf Allergene des Mehls zu reagieren, spielt die bronchiale Überempfindlichkeit auf irritativ wirkende Substanzen am Arbeitsplatz eine weitere wichtige Rolle. Präventive Maßnahmen am Arbeitsplatz wie beispielsweise die Verringerung der Staubbildung durch Flüssigkeitsbenetzung führten bislang zu einer rückläufigen Erkrankungszahl, können aber das Problem an sich nicht beheben.

Junge Asthmatiker mit vorbestehender bronchialer Hyperreagibilität erfahren in einem exponierten Beruf häufig eine Verschlechterung ihrer Symptome. Daher ist bei Vorliegen eines schweren Asthmas von Berufen mit einer Exposition gegenüber asthmarelevanten Substanzen abzuraten. Die Durchführung eines unspezifischen Provokationstests als Auswahlkriterium vor Tätigkeitsaufnahme hat jedoch nur einen sehr geringen prognostischen Wert, ebenso ein positiver Allergietestbefund gegenüber ubiquitären Allergenen vor Tätigkeitsbeginn. Dennoch erhöht der positive Allergietestbefund eindeutig das Risiko für eine Verschlechterung des Asthmas nach Tätigkeitsbeginn. Ähnliches gilt für das Risiko einer berufstypischen Sensibilisierung und das Auftreten einer allergischen Rhinitis.

Vor diesem Hintergrund sollte dem jugendlichen Patienten nicht zu einer Bäckerausbildung geraten werden. Für den Fall, dass der Jugendliche sich mit dem Rat noch

nicht zufrieden geben möchte, kann ergänzend ein Allergietest mit berufsrelevanten Allergenen durchgeführt werden. Ist auch dieser positiv, so verstärkt dies nochmal definitiv die Einschätzung, vom Ergreifen des Bäckerberufes abzuraten.

Entscheidet sich der Jugendliche dennoch für die Ausbildung zum Bäcker, so sollte einerseits ein besonderer Wert darauf gelegt werden, dass die Ausbildung in einem Betrieb stattfindet, in dem bereits entsprechende Präventionsmaßnahmen umgesetzt wurden, zum anderen sollte der Jugendliche über die ersten beiden Tätigkeitsjahre engmaschig (d. h. alle sechs Monate) nachuntersucht werden, da besonders häufig kurze Zeit nach Tätigkeitsbeginn erste arbeitsplatzbezogene Symptome auftreten.

Wenngleich eine exakte Risikoabschätzung für Jugendliche mit einem entsprechenden Profil (z. B. positive Familienanamnese für Allergien, positiver Allergietest für ubiquitäre Allergene) schwierig ist, gibt es inzwischen gute mathematische Modelle, basierend auf Ergebnissen von Kohortenuntersuchungen, die eine ungefähre Prognose für den individuellen Patienten ermöglichen. Eine solche Risikoanalyse kann z. B. internetbasiert unter [www.allergierisiko.de](http://www.allergierisiko.de) selbständig durchgeführt werden.

Losgelöst von der Frage der Berufswahl sollte in Erwägung gezogen werden, nach bereits erfolgreich durchgeführter spezifischer Immuntherapie diese nochmal zu wiederholen.

Priv.-Doz. Dr. med. Christian Vogelberg  
Universitätsklinikum Carl Gustav Larus  
Fetscherstraße 74  
01307 Dresden

## Literatur:

Katja Radon, Christian Vogelberg. Damit der Traumberuf kein Alptraum wird. Ein Ratgeber für die medizinische Berufsberatung allergiekranker Jugendlicher. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) ISBN 978-3-88261-704-7.

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.

## Neues BVKJ Präsidium gewählt



Das kommende BVKJ-Präsidium: Roland Ulmer, Thomas Fischbach, Sigrid Peter, Ronald Schmid (v.l.)

Die Delegiertenversammlung hat am 11. und 12. Oktober 2014 in Bad Orb das neue Präsidium des Berufsverbandes gewählt. Seine Amtszeit beginnt jedoch erst im November 2015. Um die vielfältigen Aufgaben besser zu bewältigen und die Belastung für die Einzelnen zu verringern, hat

Dr. Sigrid Peter, Wildau (Berlin), Prof. Dr. Ronald Schmid, Altötting und Dr. Roland Ulmer, Lauf, wurden zu Vizepräsidenten gewählt.

**Sigrid Peter** ist neu im Bundesvorstand. Den Berliner Kolleginnen und Kollegen ist die 57-Jährige als stellvertretende Landes-

der Verband dann erstmals drei Vizepräsidenten.

Neuer Präsident wird **Dr. Thomas Fischbach**, Solingen sein. Der 55 Jahre alte Landesvorsitzende ist seit vielen Jahren Mitglied des BVKJ Bundesvorstandes und in der Verbandsarbeit bestens vernetzt. Durch jahrelange Arbeit in seiner Ärztekammer, der KV und der KBV sind ihm die Standes- und Honorarpolitik bestens vertraut.

vorsitzende bestens bekannt. Ihr Engagement auf Bundesebene stärkt die Präsenz unseres Verbandes in der Nähe des politischen Geschehens.

**Prof. Dr. Ronald Schmid**, Altötting, war bereits Vizepräsident des BVKJ und wurde in dieser Funktion wieder gewählt. Seine gute Verankerung in der Klinik und der Sozialpädiatrie und die jahrelange Arbeit im gemeinsamen Bundesausschuss waren für den Verband in der Vergangenheit von großem Nutzen.

Der bisherige Vorsitzende des Honorarausschusses, **Dr. Roland Ulmer**, Lauf, ergänzt als dritter Vizepräsident die Verbandsspitze. Ulmer ist Funktionsträger in der KV Bayern, seiner Ärztekammer und im beratenden Fachausschuss der KBV. Der 62-Jährige Kinderpneumologe ist in Gemeinschaft mit einem Kinderkardiologen niedergelassen.

Wir gratulieren dem kommenden Präsidenten und seinen Vizepräsidenten und wünschen ihnen für ihre Arbeit den besten Erfolg.

Kup

# Die Umsetzung von Kinderrechten in der Bundesrepublik Deutschland ist aus Sicht des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte mangelhaft

Bei der Pressekonferenz zum Herbst-Seminar-Kongress 2014 in Bad Orb wies BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann darauf hin, dass sich unser Verband weit über seinen medizinischen Versorgungsauftrag hinaus im Sinne der Präambel der UN-Kinderrechtskonvention für das Recht aller Kinder auf ein gesundes Aufwachsen einsetzt. Gesundes Aufwachsen sei ohne ein entsprechendes Umfeld und politische Rahmenbedingungen nicht möglich. Kinderrechte sind nach dem Vortrag Hartmanns weder formal noch inhaltlich in einer Weise umgesetzt, die unseren eigenen gesetzlichen Ansprüchen und den internationalen Vorgaben nachkommt. Vielfach bestünde ein mangelndes Einfühlungsvermögen in die Belange eines Kindes. Kinder seien als Subjekte mit eigenen Rechten zu betrachten und nicht als Objekte, als Besitz ihrer Eltern.

## Ein falsches Selbstbild

Insbesondere sei nicht hinzunehmen, dass die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in so starkem Maße von der sozialen Herkunft und dem Bildungsstand des Elternhauses beeinflusst wird. Auch im 25. Jahr des Bestehens der UN-Kinderrechtskonvention sei noch Etlliches zu tun, um allen Kindern in Deutschland eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung und ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen.

Die guten Ergebnisse der Selbsteinschätzung durch Eltern und Jugendliche in der KIGGS-Studie stimmten nicht mit den in den pädiatrischen Praxen erhobenen Befunden überein, sagte Hartmann. Interventionen zur Verbesserung der Lebensqualität seien ganz besonders bei Kindern und Jugendlichen mit körperlichen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten unabhängig von ihrer sozialen Lage zwingend erforderlich.

## Das Wissen ist vorhanden

Hartmann vertritt die Auffassung, dass ein großer Teil an Mortalität, Morbidität und Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen verhindert werden könnte, wenn das vorhandene Wissen in politisches Handeln umgesetzt würde. Gerade die primäre Prävention sei noch völlig unzureichend. Er fordert dringend das immer wieder verschobene Präventionsgesetz. Auch ein überfälliges nationales Impfkonzept mahnte er an.

Aus ärztlicher Sicht könne man von unterlassener Hilfeleistung sprechen, wenn man einem Kind Impfungen vorenthalte. Hartmann wiederholte die Forderung, dass alle Kinder, bei denen keine medizinischen Kontraindikationen vorliegen, vor der Aufnahme in staatlich finanzierten Einrichtungen vollständig und entsprechend den aktuellen Impfpfehlungen geimpft sein sollten.



**BVKJ-Präsident  
Dr. Wolfram  
Hartmann**

## Sparen an der falschen Stelle

Hartmann fordert ein Kita-Qualitätsgesetz, das bundesweite Mindeststandards für Kindertageseinrichtungen festlegt und betont, dass Kindertageseinrichtungen nicht allein der Betreuung der Kinder außerhalb des Elternhauses dienen, sondern einen wichtigen Bildungsauftrag haben, um allen Kindern bestmögliche Entwicklungschancen zu geben. Er prangert an, dass Bund, Länder und Gemeinden nicht bereit sind, der frühkindlichen Bildung einen vorrangigen Stellenwert einzuräumen. Deutschland gebe nur 5,3 % seiner Wirtschaftsleistung für Kitas, Schulen und Universitäten aus, dies liege deutlich unter dem OECD-Durchschnitt von 6,3 %. „Für

uns Kinder- und Jugendärzte ist dies unbegreiflich.“

## Gleichberechtigung verletzt

Hartmann kritisierte erneut, dass minderjährige Knaben nur ein eingeschränktes Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit haben und ihnen gemäß § 1631d BGB auch ohne medizinische Indikation allein auf Wunsch der Eltern die Vorhaut entfernt werden darf, sogar von medizinischen Laien. Keine Religion habe das Recht, zu verlangen, dass Eltern ihren minderjährigen und nicht entscheidungsfähigen Knaben einen Teil ihrer intakten Körperoberfläche entfernen lassen müssen, damit die Kinder in die Religionsgemeinschaft aufgenommen werden können.

Der BVKJ fordert dass die Kinderrechte im Grundgesetz verankert werden. Sonst würde dem Recht der Eltern ein vorrangiger Stellenwert eingeräumt. Staatliche Organe würden sich oft scheuen, ihrer Fürsorgepflicht für die Kinder nachzukommen, wenn die Eltern versagen oder dem Erziehungsauftrag aus unterschiedlichen Gründen nicht gewachsen sind. Analog dem Wehrbeauftragten sollen zudem Kinderbeauftragte in den Parlamenten erster Ansprechpartner für alle Belange von Kindern und Jugendlichen sein. Sie sollen bei allen Gesetzen und Verwaltungsvorgängen darauf achten, dass das Wohl des Kindes berücksichtigt wurde.

Kup

Beschneidung auf dem 70. Deutschen Juristentag 2014

# Vorhäute – Opfer des Rechts- und Religionsfriedens



Dr. Christoph Kupferschmid

Der Deutsche Juristentag ist die größte juristische Fachtagung Europas. Über 2500 Juristen diskutierten im September 2014 auf der 70. Tagung in Hannover Vorschläge zu Rechtsänderungen. Unter anderem zu Genitalverstümmelung und Beschneidung. Die Berliner Strafrechtsprofessorin Tatjana Hörnle verfasste hierzu ein Thesenpapier, das schon vor der Veranstaltung viel Unruhe verursacht hat. BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann hat Hörnles Ausführungen als zynische Verachtung der Kinder- und Menschenrechte zurückgewiesen.

## Eine unbedeutende „Veränderung“?

Hörnle schrieb, dass bei der Auslegung von § 226a StGB zu beachten sei, dass nicht alle Veränderungen an weiblichen Genitalien unter „verstümmeln“ zu fassen seien. Dies sei nicht der Fall, wenn der Eingriff mit der Beschneidung von Jungen vergleichbar sei. Etwa dann, wenn nur Vorhaut der Klitoris betroffen sei, ohne Amputationen und weitere Verletzungen. Eigentlich möchte Frau Hörnle, dass der genannte Strafrechtsparagraf, der für die weibliche Genitalverstümmelung eine Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren vorsieht, geschlechtsneutral formuliert wird: „Menschen“ an Stelle von „weibliche Personen“. Auch ein „Auslandstatbestand“ soll geschaffen werden. Das klingt durchaus zeitgemäß. Dann allerdings wäre derzeit auch automatisch die Beschneidung von Jungen strafbar. So hilft der sprachliche Euphemismus: Eine Beschneidung der Klitorisvorhaut wird als eine „Veränderung“ ohne Amputationen und weitere Verletzung definiert, genau wie die Jungenbeschneidung. Ähnliches hat die American Academy of Pediatrics (AAP) bereits 2010 versucht. Sie schrieb in einer Stellungnahme zur rituellen Beschneidung von Mädchen, dass eine kleine Beschneidung der Klitorisvorhaut (ritual nick) keinen körperlichen Schaden anrichte und zudem viel weniger eingreifend sei, als die Beschneidung von Jungen. In den USA ist, wie bisher in Deutschland auch, jegliche Genitalbeschneidung bei Mädchen strafbar. Nach heftigen Protesten in der Öffentlichkeit wurde deswegen diese AAP Stellungnahme schnellstens zurückgezogen.

Hörnles Empfehlung zur geschlechtsneutralen Formulierung des § 226a StGB und den Auslandstatbestand hat der Juristentag mit großer Mehrheit angenommen. Nach einer kontroversen Debatte hat er auch den „Beschneidungsparagraf“ (§1631d BGB) für gut geheißen. Hierbei räumten die Juristen jedoch ein, dass es sich bei der Beschneidung nicht um einen Bagatelleingriff handele. Der Paragraph bedürfe aber einer „verfassungskon-

formen Auslegung dahingehend, dass die Vorschrift nur einen auf ein ernsthaftes religiöses Selbstverständnis gestützten Eingriff rechtfertigt; hygienische oder ästhetische Präferenzen der Eltern oder kulturell tradierte Sitten reichen hierfür nicht aus.“ Mit Gewissensprüfung wird also aus einem bedeutenden, vielleicht verstümmelnden Eingriff eine harmlose und straffreie Prozedur.

## Sprachregelung ist Opfer der Diplomatie

Harmlos oder nicht? Verstümmelung oder straffreie Beschneidung? Diese Diskussion hat eine 40 Jahre lange Geschichte. Bereits 1974 haben Frauen- und Menschenrechtsorganisationen gefordert, bei der Mädchenbeschneidung den Begriff „circumcision“ durch den Begriff „mutilation“ zu ersetzen. Die WHO empfahl schließlich 1990, dass die UN Mädchenbeschneidungen als „female genitale mutilation“ (FGM), also als Verstümmelung bezeichnen sollen. Dies trage der Tatsache Rechnung, dass die Beschneidung eine Verletzung der Rechte von Mädchen und Frauen sei. Für die WHO stand also nicht die Frage im Vordergrund, ob körperliche Verletzung mehr oder weniger schwerwiegend ist. Sie bezeichnet nicht-medizinische Eingriffe an den Genitalien von Mädchen und Frauen jeder Art als Genitalverstümmelung. Die WHO hat sich von der Menschenrechtsverletzung leiten lassen, von der Gewalttat, die diese Eingriffe darstellen. Auch der Weltärztebund und die Bundesärztekammer benutzen die Sprachregelung der WHO. Die AAP konnte sich zur WHO Terminologie nicht bekennen und spricht von „female genital cutting“.

Internationale Kultur- und Entwicklungsorganisationen befürchteten, dass der Begriff „Verstümmelung“ die Betroffenen stigmatisieren könnte. Sie fürchten auch, dass die Kritik von außen in den Ländern, die Mädchenbeschneidung praktizieren, Erinnerungen an die Kolonialzeit wach rufen könnten. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie empfiehlt aus Angst vor Stigmatisierung ebenfalls, Betroffenen gegenüber den Begriff „Beschneidung“ zu verwenden. International wurde der Kompromissbegriff FGM/C (female genitale mutilation/circumcision) gefunden. Er wird auch von UNICEF verwendet, obwohl sich diese Organisation vehement gegen Mädchenbeschneidung einsetzt. Objektiv ist man sich überall einig, dass jede Form der Mädchenbeschneidung eine Verstümmelung ist, man mag es aber nicht immer so nennen, um keine diplomatischen Unstimmigkeiten zu stiften und Betroffene nicht zu kränken. Das ist ein anderer Grund für sprachlichen Euphemismus, der aber immer noch ein solcher bleibt.

## Ein fatales Signal

Die Betroffenen selbst sind offenbar gespalten. Umfragen hätten ergeben, dass sich betroffene Frauen oft nicht als „verstümmelt“ sondern als „beschnitten“ betrachten und den Begriff als verletzend und beleidigend ansehen würden. Es gibt jedoch zahlreiche gegenteilige Berichte, wie den autobiographischen Roman „Wüstenblume“ von Waris Dirie, die einen großen Einfluss auf die öffentliche Meinung haben. Auch unter den Männern haben Millionen keine Probleme damit, beschnitten zu sein. Groß ist aber andererseits die Zahl der psychischen und körperlichen Probleme bei Männern nach Beschneidungen. Männer schließen sich zunehmend in Selbsthilfegruppen zusammen, um sich Gehör zu verschaffen, weil sie sich verletzt, verstümmelt und entrechtet fühlen. Erst langsam wird in der Öffentlichkeit klar, dass die Beschneidung von Jungen für die Betroffenen ähnliche Dimensionen haben kann, wie FGM. Was diese Betroffenen beider Geschlechter über ihre Situation denken, kann man sie erst dann fragen, wenn sie verständlich und einsehbar sind. Viele werden vom verdrängten Trauma erst spät erneut getroffen. Dann ist es aber zu spät. Offenbar fragt niemand danach, ob auch jene beschnittenen Männer und Frauen verletzt und entrechtet werden, deren gefühlte Verstümmelung als Beschneidung verharmlost wird. Diese sind die schwächeren und haben ein Recht auf größeren Schutz durch unsere Gesellschaft. Welches politische Signal senden wir durch eine Verharmlosung von Genitalverstümmelungen an all die Aktivistinnen, die in ihren arabischen und afrikanischen Heimatländern gegen FGM kämpfen?

## Zu hoher gesellschaftlicher Preis

Frau Prof. Hörnle ist keine Ärztin. Die Anatomie und Physiologie der männlichen Vorhaut muss ihr nicht bekannt sein, die Blutversorgung der Klitorisvorhaut auch nicht. Das blutige Ritual einer Vorhautbeschneidung der Klitoris hat sie vermutlich noch nie gesehen. Die Angst der festgehaltenen und unzureichend betäubten Mädchen und Jungen auch nicht. Dass man jedoch nicht et-

was blutig abschneiden kann, ohne zu verletzen und zu amputieren, muss man eigentlich nicht erklären. Es entspringt auch dem lateinischen Begriffes „amputo“ (ringsum beschneiden, abschneiden). Frau Hörnle ist ein weiteres Glied in die Reihe der Euphemisten. Die gute Absicht der geschlechtsneutralen Formulierung der Genitalverstümmelung im Strafrecht würde in ihrer Version weiterhin alle rituellen Genitalverletzungen bei Jungen straffrei stellen, denn etwas anderes, als die Vorhaut, wird nie abgeschnitten. Die Gewissensprüfung ist keine wirkliche Hürde, wer sollte sie machen, wie soll geprüft werden? Alle Fälle der rituellen FGM Typ I nach WHO, in denen die Klitoris unangetastet bleibt, würden nach Hörn-



les Thesen legalisiert. Dies ist ein hoher gesellschaftlicher Preis ohne Gegenleistung. Man muss sich sehr gut überlegen, ob man bereit ist, diesen zu bezahlen, um – wie der Juristentag in einem anderen Beschluss formuliert hat – „den religiösen Minderheiten das Gefühl existenzieller Sicherheit“ zu geben.

Was ist aber der Umkehrschluss aus dem Thesenpapier von Frau Prof. Hörnle und den Beschlüssen des Juristentages? Dass auch in den Augen der Juristen eine Gleichwertigkeit zwischen der Beschneidung von Jungen und der FGM Typ I WHO besteht. Die Vorhautbeschneidung ist kein Bagatelleingriff – nicht bei Jungen und nicht bei Mädchen. Aber der Lösungsweg ist falsch. Es kann nicht richtig sein,

die Beschneidung der Mädchen teilweise zu legalisieren, um den Beschneidungsparagraphen zu schützen. Dieser Weg würde Deutschland zum Außenseiter in der internationalen Gemeinschaft machen. Auch die Juristen müssen mehrheitlich begreifen, dass dieser Spagat nicht ohne immensen Schaden zu meistern ist. Der einzige logische Schritt in unserem Rechtssystem kann sein, die nicht medizinisch begründeten Genitalverletzungen aller Kinder zu verbieten. Wir haben andere Möglichkeiten, um unseren kulturellen und religiösen Minderheiten alle nötige existenzielle Sicherheit in unserem Land zu geben.

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

# Viele Ideen gegen Ärztemangel auf dem Lande

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat bei einem Symposium die Inhalte seines Gutachtens 2014 vorge-



**Vereint im Kampf für eine hochwertige Versorgung auf dem Lande: Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Professor Ferdinand Gerlach, Vorsitzender des SVR;**

Quelle: SVR/Dani Rodriguez

stellt, das sich vor allem mit der Frage beschäftigte, wie eine bedarfsgerechte Versorgung der deutschen Bevölkerung - insbesondere in ländlichen Regionen - auch in Zu-

kunft gewährleistet werden kann (das komplette Gutachten ist auf der Homepage des SVR unter [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de) abrufbar).

In seiner Begrüßung bekräftigte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe das Ziel der Bundesregierung, trotz der demographischen Herausforderungen auch künftig eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland sicherzustellen. Um dies zu erreichen, setzt er auf eine gleichmäßigere Verteilung der Ärzte, die Stärkung der Allgemeinmedizin und die Übernahme ambulanter fachärztlicher Leistungen in ländlichen Regionen durch Krankenhäuser. Gröhe kündigte an, eine Vielzahl der Vorschläge des Sachverständigenrates in die Eckpunkte zum „Versorgungsstärkungsgesetz“ aufzunehmen, die derzeit im Ministerium erarbeitet werden.

Professor Ferdinand Gerlach, derzeitiger Vorsitzender des Sachverständigenrates, zeigte in seiner Einführung einige „Megatrends“ auf, die das deutsche Gesundheitswesen prägen:

- die Zunahme chronisch kranker und multimorbider Patienten, verbunden mit völlig neuen Anforderungen an Medizin und Pflege.
- Veränderte Erwartungen des ärztlichen Nachwuchses: Die jungen Ärztinnen, aber auch Ärzte, verlangten mehr Teilzeitangebote, familienfreundliche Arbeitsbedingungen und hätten kein Problem damit, ihre ärztliche Tätigkeit als Angestellte auszuüben.
- Junge Menschen verlassen die ländlichen Regionen der Republik. Die Folgen: Überalterung der Bevölkerung und Schrumpfung der Infrastruktur. Das mache diese

## 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](mailto:info@blindenhilfswerk.de)

Internet: [www.blindenhilfswerk.de](http://www.blindenhilfswerk.de)

Gebiete unattraktiv für niederlassungswillige Ärzte und führe zu Unterversorgung, insbesondere im hausärztlichen Bereich. Noch gravierender sei diese Unterversorgung im Bereich der Pflege. In den deutschen Ballungsgebieten herrsche dagegen bei vielen ärztlichen Fachgruppen Überversorgung.

### Hausarztflaute

Gerlach bemängelte, dass sich die Ärzteschaft zu 60 Prozent aus Fachärzten und nur zu 40 Prozent aus Hausärzten zusammensetze, obwohl seit Jahren alle maßgeblichen Stellen das umgekehrte Verhältnis als sachgerecht ansähen. Als Folge dieser Entwicklung finde inzwischen nur noch jeder zweite Hausarzt einen Nachfolger, das Problem erschwere sich noch dadurch, dass infolge der oben angesprochenen veränderten Präferenzen des Nachwuchses künftig die Arbeit, welche bisher von zwei Hausärzten bewältigt wurde, von drei Nachfolgern zu erbringen sei.

Der Sachverständigenrat empfiehlt, die Ungleichverteilung der deutschen Vertragsärzte mit massiven Anreizen zur Niederlassung in ländlichen Regionen anzugehen, verbunden mit einem Abbau „überflüssiger Arztsitze“ in überversorgten Regionen. In diesem Sinne wird ein Vergütungszuschlag von bis zu 50 Prozent für Hausärzte in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von unter 90 Prozent vorgeschlagen. Liegt der Versorgungsgrad unter 75 Prozent, sollen auch „grundversorgende“ Fachärzte den Zuschlag erhalten, der im Interesse der Planungssicherheit für die Dauer von zehn Jahren garantiert wird. Die hierfür erforderlichen Mittel müssten nach Vorstellung des SVR die Ärzte in überversorgten Regionen aufbringen. Dem zu erwartenden Gegenargument, eine solche Maßnahme stelle eine geradezu sozialistische Umverteilung dar, hielt Gerlach entgegen, dass es absolut marktwirtschaftlich sei, wenn die knappe Ware „Landarzt“ mit einem höheren Preis versehen werde.

In Regionen mit einer Versorgung ab 200 Prozent sollte die jeweilige KV nach Meinung des Sachverständigenrates obligatorisch freiwerdende Arztsitze aufkaufen, betroffen wären ca. 1,6 Prozent aller Zulassungen (1.740 Arztsitze).

### Wie man Allgemeinärzte gewinnt

Um den ärztlichen Nachwuchs vermehrt für den Beruf des Allgemeinarztes zu begeistern, schlägt der SVR eine Fülle von Maßnahmen vor, die darauf abzielen, die Aus- und Weiterbildung für künftige Allgemeinärzte attraktiver zu gestalten (von Kinder- und Jugendärzten war leider nicht die Rede): Unter anderem sollen angehende Mediziner vor Studienantritt ein sechswöchiges Vorpraktikum zur Berufsfelderkundung absolvieren und ein obligatorisches PJ-Quartal in einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis durchlaufen, um die Freuden hausärztlicher Tätigkeit vor Ort schätzen zu lernen. Regionale Weiterbildungsverbände sollen eine verlässliche Rotation zwischen Klinik und Praxis des allgemeinärztlichen Nachwuchses sicherstellen. Zur Finanzierung der Aus- und Weiterbildung empfiehlt der Sachverständigenrat die Einrichtung einer Stiftung, die zu 90 Prozent mit Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgestattet werden soll, die restlichen zehn Prozent sollen die PKV und die Steuerzahler beitragen.

### Lokale Gesundheitszentren

Da auch der Sachverständigenrat offensichtlich nicht restlos davon überzeugt ist, dass die oben beschriebenen Maßnahmen dazu führen werden, dass sich eine ausreichende Zahl von Allgemeinärzten und grundversorgenden Fachärzten künftig zur Tätigkeit in ländlichen Regionen bereitfinden werden, schlagen die Experten weiter die Gründung von „Lokalen Gesundheitszentren für Primär- und Langzeitversorgung“ (LGZ) vor. In diesen Einrichtungen sollen alle Elemente der Gesundheitsversorgung sektorenübergreifend zusammengeführt werden, um auch in Zukunft eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung auch in der Provinz sicherzustellen. Die jungen Ärztinnen und Ärzte, die bereit sind, in diesen Zentren zu arbeiten, können dann auch weiter in Ballungszentren wohnen und für „Außeneinsätze“ die Reise zum LGZ antreten.

Stephan Eßer  
E-Mail: stephan.esser@uminfo.de

Red: ReH

# Ungenügende Berücksichtigung der Kinder- und Jugendmedizin im geplanten Versorgungsstrukturgesetz.

Im Entwurf des neuen „GKV-Versorgungsstärkungsgesetz“ ist die Kinder- und Jugendmedizin so gut wie nicht abgebildet. BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann erinnerte den Bundesgesundheitsminister Gröhe in einem Brief zum Gesetzesentwurf daran, dass wir Kinder- und Jugendärzte (-innen) eine tragende Säule in der hausärztlichen Versorgungsebene sind, insbesondere in der frühen Kindheit und im Grundschulalter. In der Diskussion zum Gesetz sei immer von „Hausärzten“ die Rede und gemeint sind eigentlich nur die „Allgemeinärzte“.

## Pädiatrische Interessen nicht angemessen vertreten

Hartmann sieht im Moment nicht, wie die Interessen unserer Fachgruppe angemessen vertreten werden können, wenn die KVen per Gesetz in einen haus- und einen fachärztlichen Bereich getrennt werden sollen. Kinder- und Jugendärzte sind nach § 73 SGB V als einzige Fachgruppe gleichzeitig haus- und fachärztlich tätig. Es sei also nicht möglich, uns einer Versorgungsebene allein zuzuordnen.

Hartmann geht davon aus, dass die ambulante Kinder- und Jugendmedizin erhalten werden soll und sichergestellt wird, dass wir unsere Interessen und die Gesundheitsinteressen der uns anvertrauten Kinder und Jugendlichen auch in der ärztlichen Selbstverwaltung gut vertreten können.

Kinder und Jugendärzte sind

- ❑ Ambulant tätige Allgemeinpädiater sind die ersten Ansprechpartner im Gesundheitssystem für die von ihnen betreuten Kinder, Jugendlichen und ihre Familien bei allen medizinischen und psychosozialen Problemen und Fragen zu Wachstum und Entwicklung
- ❑ Sie versorgen Kinder und Jugendliche kontinuierlich und umfassend von der Geburt bis zum 18. Geburtstag
- ❑ Sie arbeiten primär kindzentriert (nicht organspezifisch). Dazu ge-

hört eine effektive und altersgerechte Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen unter Einbeziehung ihrer Familien und anderer Bezugspersonen in ihrem jeweiligen kulturellen, sozialen und religiösen Kontext

- ❑ Sie behandeln akute sowie angeborene und erworbene chronische Erkrankungen
- ❑ Sie führen alle Präventionen durch (Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, Gesundheitserziehung und vorausschauende Beratung)
- ❑ Sie sind Lotsen im Gesundheits- und Sozialsystem
- ❑ Sie arbeiten auf kommunaler Ebene in Netzwerken mit Sozial- und Bildungs-Behörden/Institutionen zusammen (wie: KJGD, Jugendamt, Kindergärten und Schulen). Im medizinischen Kontext kooperieren sie mit Kinder-Krankenhäusern, pädiatrischen Subspezialisten und mit Einrichtungen, die chronisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche multiprofessionell versorgen (SPZ), außerdem mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen anderer Fachdisziplinen, die auf ihrem Gebiet eine besondere pädiatrische Kompetenz erworben haben.

## Allgemeinärzte meist nicht pädiatrisch weitergebildet

Hartmann kritisiert die Auffassung im Gesundheitsministerium, dass auch Allgemeinmediziner aufgrund ihrer Qualifikation in der Lage seien, Kinder und Jugendliche medizinisch hochwertig zu versorgen. Dies habe bei allen pädiatrischen Verbänden und Gesellschaften Erstaunen ausgelöst.

Er wies darauf hin, dass lediglich die Landesärztekammern Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt für angehende Allgemeinmediziner eine 6-monatige Weiterbildung im Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin vorschreiben.

Andere empfehlen Pädiatrie fakultativ und Chirurgie fakultativ und 12 Landesärztekammern sehen für angehende Allgemeinärzte keinerlei Pflicht zur Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin vor.

„Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen, die Statistiken der Einweisungen in Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin und die Verordnungsstatistiken zeigen, dass es erhebliche, auch qualitativ deutliche Unterschiede in der Versorgungsqualität von Kindern zwischen Allgemeinärzten und Pädiatern gibt“ schreibt Hartmann. Dennoch sollten Allgemeinärzte weiterhin an der Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen teilnehmen und wohnortnahe Ansprechpartner bei weniger komplizierten Gesundheitsstörungen von Kindern und Jugendlichen sein.

„Wir Kinder- und Jugendärzte und -Ärztinnen erwarten ein klares und eindeutiges Bekenntnis zur Kinder- und Jugendmedizin, nicht nur im Bereich von Kliniken und Spezialambulanzen, sondern auch in der primären Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ ist Hartmanns Auftrag an das Ministerium.

## Gesetz bedroht Versorgung von Kindern

Nach dem geplanten Gesetz soll die bisherige „Kann“-Regelung beim Wegfall von Kassenarztsitzen in überversorgten Gebieten in eine „Soll“-Regelung geändert werden. Dies bedeutet bei der derzeitigen Bedarfsplanung, dass ein erheblicher Anteil der kinder- und jugendärztlichen Praxen nicht mehr nachbesetzt werden können. In Baden Württemberg würden beispielsweise zukünftig etwa 200 von etwa 770 pädiatrische Sitze, also jeder Vierte entfallen. Eine düstere Zukunftsperspektive für Kinder, Jugendliche und ihre Ärztinnen und Ärzte, gegen die es sich zu kämpfen lohnt.

Kup

# Zur Situation der ambulanten Schwerpunkt pädiatrie – Kinderkardiologische Versorgungswirklichkeit

Die niedergelassenen Kinderkardiologen stellen den überwiegenden Teil der ambulanten kinder-kardiologischen Versorgung in Deutschland sicher. Sie veranlassen 25 Prozent der herzchirurgischen Eingriffe bei Kindern sowie fast 30 Prozent der Herzkatheteruntersuchungen und Interventionen. 250.000 Untersuchungen im niedergelassenen Bereich stehen 70.000 Untersuchungen in den Klinikambulanzen gegenüber (Herzbericht 2013). Die Patienten wissen die wohnortnahe Versorgung und die kontinuierliche Betreuung durch ihren „Herz doktor“ zu schätzen (Abb. 1). Damit ist die ambulante Kinderkardiologie aus der Versorgungslandschaft nicht mehr weg zu denken.

Die Tätigkeit der niedergelassenen Schwerpunkt pädiater wird dennoch in berufspolitischen Gremien der Erwachsenenmediziner, der Allgemeinpädiater und der klinisch tätigen Kinder- und Jugendärzte immer wieder mit in ihrer Effizienz und Notwendigkeit in Frage gestellt. Vor diesem Hintergrund hat der Ausschuss der pädiatrischen Subdisziplinen des BVKJ die derzeitige Versorgungswirklichkeit in einer Umfrage der Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Kinderkardiologen erfasst. 85 der 145 Kolleginnen und Kollegen haben sich daran beteiligt.

Die kinder-kardiologische Versorgung ist historisch gewachsen. Zunächst war das spezifische Fachwissen nur an den Herzzentren und Universitäten vorhanden. Dort entstanden spezielle Ambulanzen. Kinderkardiologische Fachärzte sind in Deutschland erst seit den 1990-er Jahren niedergelassen. Die hohen Untersuchungszahlen zeigen, dass die Patienten den Kinderkardiologen in die Niederlassung gefolgt sind und die wohnortnahe, konstante persönliche Betreuung zu schätzen wissen.

In der Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Kinderkardiologen sind 145 von 152 niedergelassene Kinderkardiologen Mitglieder. Sie spiegelt daher die gesamte Tätigkeit im niedergelassenen kinder-kardiologischen Schwerpunkt-bereich wider.

## Überweisungen überwiegend von Hausärzten

Die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen sind immer auch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin. Daher ist es nicht verwunderlich, dass in den meisten Praxen ein gemischtes allgemein pädiatrisches und fachärztliches Klientel behandelt wird, nur 15 Praxen sind rein kinder-kardiologisch. Eine flächendeckende kinder-kardiologische Versorgung ohne allgemeinpädiatrische und fachärztliche Doppelzulassung ist nicht möglich. Die durchschnittliche Fallzahl pro Arzt ist bei Kinderkardiologen mit 891 relativ gering. Von knapp 129.000 Behandlungsfällen im zweiten Quartal 2013 kamen 43 Prozent (ca. 55.400) aus dem Schwerpunkt. 25 Prozent der

Praxen hatten 40-200 kinder-kardiologische Fälle im Quartal, 56 Prozent 200-500 Patienten und 19 Prozent über 500. Drei Viertel sind Überweisungspatienten. Durchschnittlich erhält ein Kinderkardiologe seine Überweisungen von 175 unterschiedlichen Zuweisern über das Jahr, überwiegend sind dies hausärztlich tätige Kollegen.

## Breiter Tätigkeitsbereich

Etwa ein Prozent aller Kinder werden mit einem angeborenen Herzfehler geboren, 60 Prozent davon sind leichte, 28 Prozent mittelschwere und 12 Prozent schwere Fehler. Kinder mit Herzfehlern und anderen Herzerkrankungen machen etwa 70 Prozent der kinder-kardiologischen Klientel aus. Sie müssen patientenadaptiert in mehrjährigen Abständen oder häufig kontrolliert und behandelt werden. Insbesondere perioperativ sind häufige Untersuchungen desselben Patienten in einem Quartal nötig.

Etwa 30 Prozent der kinder-kardiologischen Untersuchungen erfolgen zur Abklärung von Herzgeräuschen, die sich dann oft als akzidentell erweisen und keiner weiteren kinder-kardiologischen Untersuchung bedürfen.

Im Jahr 2012 wurden etwa 1.870 herzchirurgische Operationen und etwa 2.500 Herzkatheteruntersuchungen durch die Mitglieder der ANKK veranlasst. Das sind knapp 25 Prozent aller Operationen und nahezu 30 Prozent der Herzkatheteruntersuchungen und Katheterinterventionen.



Dr. med.  
Georg Leopold



73 Prozent der niedergelassenen Kinderkardiologen bieten eine Sprechstunde für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) an. Allerdings wurden diese im Erhebungsquartal nur von etwa 4600 der ca. 300.000 Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern aufgesucht.

Nahezu die Hälfte der Kollegen arbeitet mit einer Kinderklinik zusammen, wenige führen in Kooperation mit Gynäkologen Pränataldiagnostik durch. Etwa 30 Prozent bieten Spiroergometrie, Schrittmacher-Kontrolle, Gewebedoppler und Telemetrie an und stehen damit in einer Linie mit den nicht invasiv tätigen Universitätsambulanzen. Zur Zeit entwickelt sich ein weiteres wichtiges Betätigungsfeld: die Prävention der Atherosklerose bei Kindern und Jugendlichen. Vorsichtig geschätzt haben 4 Prozent aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland zu hohe Blutdruckwerte. Diese Gruppe ist alleine 4-fach größer als die Gruppe der Patienten mit angeborenen Herzfehlern.

## Eine junge, gut vernetzte Fachgruppe

Die niedergelassenen Kinderkardiologen treffen sich regelmäßig in regionalen Qualitätszirkeln. Häufig ist das regionale kinderardiologisch- kinderherzchirurgische Versorgungszentrum einbezogen. Fast die Hälfte besitzt eine Weiterbildungsmächtigung in Allgemeinpädiatrie und in Kinderkardiologie. Etwa 10 Prozent der Kolleginnen und Kollegen aus der Befragung sind über 60 Jahre alt, 48 Prozent zwischen 50 und 59 und 33 Prozent sind jünger als 50 Jahre. Jährlich erwerben etwa 40 Kolleginnen und Kollegen den Schwerpunkt Kinderkardiologie. Allerdings muss man davon ausgehen, dass ein wesentlicher Teil von ihnen in Kliniken weiterarbeitet.

Ein wesentlicher Aspekt der qualitativ hochwertigen Patientenversorgung liegt in der Unabhängigkeit der niedergelassenen Kinderkardiologen. Aufgrund der überregionalen Vernetzung der Arbeitsgemeinschaft besteht eine gute Detailkenntnis über die aktuelle kinderherzchirurgische Versorgungssituation in Deutschland. Dies ermöglicht bei speziellen Fragestellungen eine Einweisung in ein operatives oder interventionelles Zentrum mit jeweiliger fachspezifischer Expertise unabhängig von der örtlichen Versorgungssituation.

Niedergelassene Kinderkardiologen erbringen heute in großen Umfang Leistungen, die früher nur universitären Ambulanzen vorbehalten waren. Eine entsprechende Honorarumverteilung aus dem Etat der Kliniken in Richtung der niedergelassenen Kinderkardiologen ist aber bislang nicht erfolgt. Hierauf wird bei zukünftigen Honorarverhandlungen (z.B. EMAH-Selektivvertrag) besonders zu achten sein.

In der Zukunft wird die Arbeit der niedergelassenen Kinderkardiologinnen/-en in der Prävention der Atherosklerose bei Kindern und Jugendlichen mittelfristig zu einer Reduktion der Morbidität kardiovaskulärer Erkrankungen führen. Auf Grund der hohen Anzahl möglicher Patienten muss auch dieses Betätigungsfeld in die Bedarfsplanung der flächendeckenden kardiologischen Versorgung der Bevölkerung einbezogen werden.

Dr. med. Georg Leipold  
Sprecher des Ausschusses  
Pädiatrische Subdisziplinen im BVKJ  
doc@leipold-kardio.de

Dr. med. Dieter Koch  
Präsident der AG der niedergelassenen Kinderkardiologen

Red.: Kup

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

Die Justitiare des BVKJ e.V., die **Kanzlei Dr. Möller und Partner**, stehen an **jedem 1. und 3. Donnerstag** eines Monats von **17.00 bis 19.00 Uhr** unter der Telefonnummer

**0211 / 758 488-14**

für telefonische Beratungen zur Berufsausübung zur Verfügung.



## Brief aus der Praxis ● ● ●



Dr. Tanja  
Brunnert

Zwischen Klinikärzten und Niedergelassenen knirscht es manchmal gewaltig. Zu unterschiedlich sind die Berufswelten, zu zahlreich die Sollbruchstellen in der Zusammenarbeit, zu wenig wird miteinander geredet. Das wollen wir ändern.

Die Kinder- und Jugendärztin Tanja Brunnert hat vor einigen Jahren den Sprung in die Praxis gewagt. An dieser Stelle berichtet sie regelmäßig ihren Kolleginnen und Kollegen in der Klinik über ihren Alltag als niedergelassene Kinder- und Jugendärztin – heute über ein interessantes Phänomen, das sich besonders gut in der Infektsaison beobachten lässt.



Kennen Sie das auch? Diese Diskrepanz zwischen Elternwahrnehmung und Untersuchungsbefund? Wenn ich meine Mitarbeiterinnen befrage, so sehen sich diese Tag für Tag am Telefon mit Eltern schwerstkranker Kinder konfrontiert. Nur die sofortige Vorstellung in der Praxis kann das Leben dieser Kinder retten. Alternativ könnte ich auch ohne Vorstellung einen Hustensaft verschreiben, dies würde das Elternleid zunächst auch adäquat lindern. Tu ich natürlich nicht.

Also erscheinen sie dann höchstpersönlich, die Eltern mit Tränen in den Augen, das Kind mopsfidel durch den Untersuchungsraum hüpfend. Nein, Fieber habe das Kind nicht, auch esse und trinke es normal. Aber nachts besteht Atemnot.

*Atemnot?*

Ja, es bekommt keine Luft.

*Meinen Sie durch die Nase?*

Ja.

*Aha, also Schnupfen.*

Ja, wenn Sie es so nennen möchten.

*Möchte ich.*

Also ran an die Untersuchung. Nach drei Minuten (zwei davon benötigt die Mutter für das Ausziehen des Pullovers und der Schuhe, letztere werden fein säuberlich auf die Fensterbank gestellt, grrh) kann ich den Eltern (bei dieser schweren Erkrankung sind sie vorsichtshalber zu zweit gekommen) eröffnen, dass es sich tatsächlich um einen Schnupfen handelt. Erleichterung macht sich in den Gesichtern breit. Man habe es ja eigentlich auch selbst schon vermutet, aber es könne ja doch immer mal

etwas Ernsthaftes sein.

Gut gelaunt verlassen sie dann mit ihrem Sprössling die Praxis. Wahrscheinlich wird der Stöpsel trotz des Besuchs meines Wartezimmers mitten in der Infektsaison wieder gesund werden.

Aber vorher wird derselbe Patient noch einmal nachts um 2 Uhr in der Kinderklinik vorgestellt, da nun die Körpertemperatur die magische 37,5 °C-Grenze überschritten hat. Die Mutter hat vorsichtshalber alle vier Stunden die Temperatur gemessen. Vielleicht hat die Kinderärztin, habe ich ja doch etwas übersehen!

Gott sei Dank kann die Klinik mit einer Blutentnahme Schlimmeres vom Kind abwenden. Nun heißt die Erkrankung aber Infekt der oberen Luftwege. Das hatte ich wohl übersehen. Wird mir aber von den Eltern Gott sei Dank nicht angekreidet, denn es hat sich wohl um eine nicht vorhersehbare Komplikation gehandelt.

Immer wieder schön, dass Niedergelassene und Klinikärzte für das Wohl ihrer Patienten alle nur erdenklichen Mühen auf sich nehmen. So konnte auch dieser Fall eines saisonalen Virusinfektes erfolgreich geheilt werden (das weiß ich sicher, ich habe ihn seitdem noch drei Mal gesehen.....).

Liebe Grüße!

Dr. Tanja Brunnert

37077 Göttingen

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

Red: ReH

## 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.

Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.**ERGEBNIS**

**für die Wahlen im Landesverband Baden-Württemberg  
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V.  
für die Legislaturperiode 2014-2018**

<b>Landesverbandsvorsitzender:</b>	<b>Dr. Roland Fressle, Freiburg</b>
<b>1. Stellv. Landesverbandsvorsitzender:</b>	<b>Dr. Ralph Alexander Gaukler, Esslingen</b>
<b>2. Stellv. Landesverbandsvorsitzender:</b>	<b>Dr. Till Reckert, Reutlingen</b>
<b>3. Stellv. Landesverbandsvorsitzender:</b>	<b>Thomas Jansen, Stuttgart</b>
<b>5. Delegierter:</b>	<b>Dr. Klaus Rodens, Langenau</b>
<b>6. Delegierter:</b>	<b>Michael Sturm, Giengen</b>
<b>7. Delegierter:</b>	<b>Dr. Andreas Scheffzek, Heidelberg</b>
<b>8. Delegierter:</b>	<b>Dr. Michael Mühlischlegel, Lauffen</b>
<b>1. Ersatz-Delegierter:</b>	<b>Dr. Gottfried Huss, Rheinfelden</b>
<b>2. Ersatz-Delegierter:</b>	<b>Dr. Christian Stock, Karlsruhe</b>
<b>3. Ersatz-Delegierter:</b>	<b>Dr. Folkert Fehr, Sinsheim</b>
<b>4. Ersatz-Delegierter:</b>	<b>Dr. Günter Heinze, Graben-Neudorf</b>
<b>5. Ersatz-Delegierte:</b>	<b>Dr. Annette Suhr-Wallem, Mannheim</b>
<b>6. Ersatz-Delegierter:</b>	<b>Dr. Omar Esteban Fernandez, Balingen</b>
<b>Schatzmeister:</b>	<b>Dr. Christian Stock, Karlsruhe</b>

# Sprechstundenbedarf: Verordnung von nicht rabattierten Impfstoffen



Dr. Andreas  
Meschke

Für Kinder- und Jugendärzte steht das Impfen auf der Tagesordnung. Üblicherweise bezieht der Vertragsarzt die Impfstoffe durch ein Rezept über Sprechstundenbedarf von dem Apotheker seiner Wahl. Durch die zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen abgeschlossenen Rabattverträge ist es aber für den Vertragsarzt oft schwer, den Überblick zu behalten, welchen Impfstoff er verschreiben muss.

Eine Entscheidung des **Landessozialgerichts Baden-Württemberg** vom 27. März 2014 (Az.: L 4 KR 3593/13 ER-B) sorgt jetzt für Klarheit:

*„Wenn Ärzte Impfungen verschreiben, dürfen Apotheker nur noch rabattierte Impfstoffe herausgeben, falls kein bestimmtes Produkt benannt wurde. Aufgrund der von allen gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossenen Rabattverträge besteht für die Versicherten kein Anspruch auf Versorgung mit anderen Impfstoffen. Verordnet der behandelnde Arzt ohne zwingende medizinische Begründung einen anderen Impfstoff, entfällt nicht nur der Vergütungsanspruch des verordnenden Arztes, sondern auch der des Apothekers.“*

Folgender Sachverhalt lag dem Fall zugrunde: Eine Apothekerin wandte sich gegen eine Vorgabe der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) und der Kassenärztlichen Vereinigung. Danach gilt: Bei Rezepten, auf denen kein bestimmter Impfstoff angegeben ist, dürften nur rabattierte Impfstoffe ausgegeben werden. Die Apothekerin war der Ansicht, dass sie nicht verpflichtet sei, im Falle einer produktneutralen Verschreibung von Impfstoffen („Impfstoff gegen ...“) rabattierte Impfstoffe auszuwählen und abzugeben.

Das Gericht kam zu einer anderen Auffassung: Der Leistungsanspruch der Versicherten bestimme, welchen

Impfstoff die Apothekerin abzugeben habe. § 132e SGB V regelt insoweit die Versorgung der Versicherten mit Schutzimpfungen. Nach § 132e Absatz 2 Satz 1 SGB V können die Krankenkassen oder ihre Verbände zur Versorgung ihrer Versicherten mit Impfstoffen für Schutzimpfungen nach § 20d Absatz 1 und 2 Verträge mit einzelnen pharmazeutischen Unternehmern schließen; § 130a Absatz 8 (Vereinbarung von Rabatten) gilt entsprechend.

Zwar fehle in diesen Fällen eine namentliche Nennung des Impfstoffes. Dieser könne aber unter Bezugnahme auf die Rabattverträge eindeutig bestimmt werden. Die Zahl der Impfindikationen und -stoffe sei zudem überschaubar. Diesbezüglich gelte zudem der Grundsatz, dass die Klägerin wie bei allen unklaren oder unvollständigen Verordnungen auch bei solchen Verordnungen von Impfstoffen entweder die Abgabe ablehnen oder bei dem ausstellenden (Vertrags-)Arzt nachfragen müsse.

Für den Vertragsarzt gilt im Umkehrschluss: Eine Verschreibung eines konkreten Impfstoffes eines bestimmten Pharmaunternehmens („aut-idem“) darf der Arzt nur in besonders medizinisch begründeten Fällen (z.B.: Unverträglichkeit und Kontraindikationen) verordnen. Fehlt es an der gesonderten Begründung, droht dem Arzt ein Arzneimittelregress.

Dr. Andreas Meschke  
Der Autor ist Fachanwalt für Medizinrecht, Möller und Partner,  
Düsseldorf  
Die Kanzlei arbeitet als Justitiarin für den BVKJ

Red: ReH



„November 1914 im BK-Lazarett. Soldaten füttern die Kleinen, helfen wo sie können. Der mittlere Soldat ist der Vater einer Patientin von St. 3“ (handschriftliche Notiz).

## Volkskraft und Ziegenmilch – Der 1. Weltkrieg im Kinderkrankenhaus

Die Papierkopie dieser Fotografie nimmt im Archiv des St. Barbara-Krankenhauses in Halle (Saale) einen besonderen Platz ein. Sie ist wertvoll, weil sie das einzige bekannte bildliche Dokument des über 100 Jahre alten Kinderkrankenhauses aus den schweren Zeiten des „Großen Krieges“ ist, der vor 100 Jahren nicht nur Deutschland, sondern die ganze Welt zu erschüttern begann. Wer die Notiz auf den Rand des Blattes geschrieben hat, wissen wir nicht. In der Chronik des St. Barbara-Krankenhauses ist über den 1. Weltkrieg lediglich niedergeschrieben, dass es „Reservelazarett II“ wurde, das mit 30-40 verwundeten Franzosen belegt war, zu deren Bewachung man einen Unteroffizier abkommandiert hatte, der sich meistens im Zimmer 17, damals ein Schreibzimmer, aufhielt.“

Es überrascht, dass ausgerechnet in einem Kinderkrankenhaus, in dem vor allem Säuglinge stationär behandelt wurden und Kinderkrankenschwestern sowie ein Kinderarzt arbeiteten, ein Militärkrankenhaus ein-

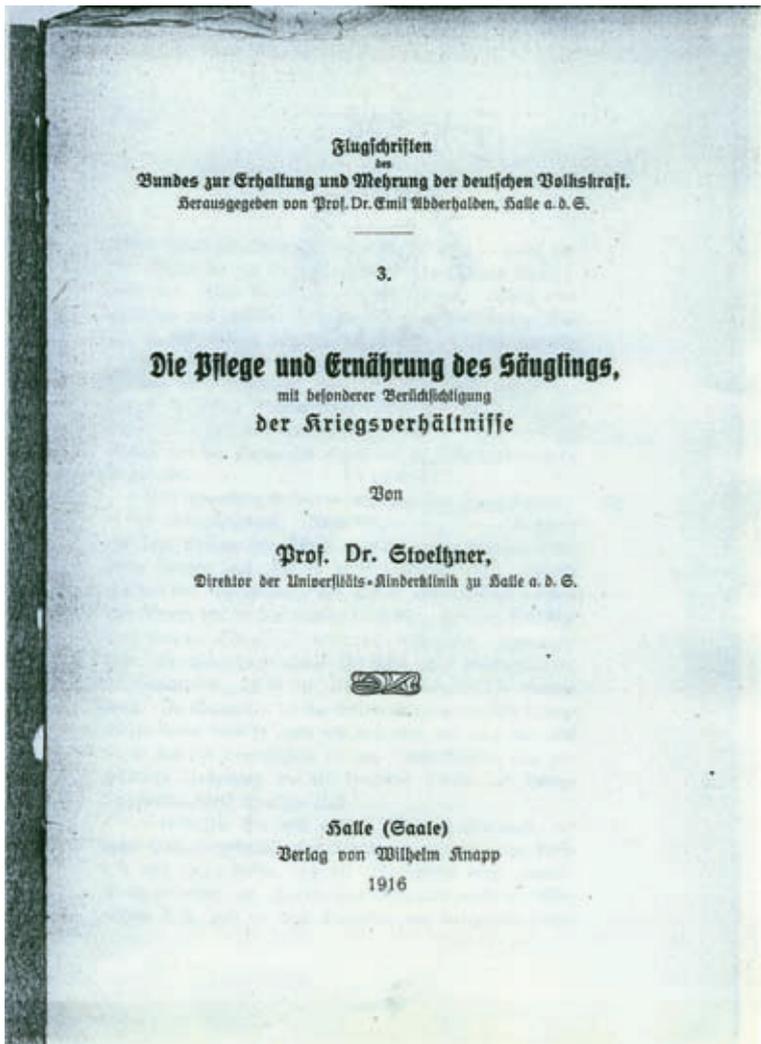
gerichtet wurde. Doch war die Klinik sicher besser auf diese Aufgabe vorbereitet, als die großen Säle im „Volks-park“, dem Versammlungsort der halleschen Sozialdemokraten, in denen sich auch ein Reservelazarett befunden hat. Der riesige Strom von Verwundeten, die von der Front in die Heimat verlegt werden mussten, war Hintergrund für die Eröffnung dieser Hilfskrankenhäuser. Weil im Deutschen Reich über 80 000 Verwundete monatlich stationär zu versorgen waren, wurden sie im ganzen Land in Krankenhäusern, Schulen, Hotels und Heimen verteilt. Leider gibt es keine schriftlichen Unterlagen und keinen Bericht von Zeitzeugen, wie das Kinderkrankenhaus dieses besondere Kapitel seiner Geschichte durchgestanden hat.

Aus dem Bild schauen uns drei Uniformierte an. Es sind keine Franzosen, ihre Uniform einschließlich der Feldmütze mit zwei Kokarden, Krätzchen genannt, weist sie als Angehörige der kaiserlichen Armee aus. Bei dem Mittleren, dem einzig sichtbar Verwundeten, wird es sich



Dr. Ernst Fukala

um den Vorgesetzten handeln, Uniform und sein herausfordernder Blick sprechen dafür. Die Männer wirken gesund und posieren vor dem Fotografen offensichtlich gern mit den Kindern auf dem Schoß. Da sie ihre Uniform tragen, sind sie vermutlich keine Patienten, sondern Besucher, vielleicht hatten sie Kranken- oder Fronturlaub und haben ihre eigenen Kinder besucht. Dass sie beim Füttern der Kinder geholfen haben wie die Notiz vermerkt, scheint wegen der fehlenden Utensilien unwahrscheinlich, es ist aber möglich. Unzweifelhaft sitzen die Soldaten in einem Krankenzimmer des St. Barbara-Krankenhauses. Denn die großen „Fie-



berkurven“ hängen, wie seinerzeit üblich, an der Wand über den Bettchen. Das auf dem Bild gut erkennbare Kleinkinderbett hat seine Dienste bis in die 1970er Jahre getan und auch die Wandborde mit dem „Pflegetablett“ für Haarbürste, Creme und Puder ist älteren Mitarbeitern des Krankenhauses noch bekannt.

Vom unendlichen Leid, das der Krieg über alle Menschen in Deutschland gebracht hat, ist auf der historischen Fotografie nichts zu erkennen, die Kinder und Soldaten sind wohl genährt. Dieser Befund stützt die Datierung auf 1914, das Anfangsjahr des Krieges, in dem die Lebensumstände der Bevölkerung noch kaum gestört waren. Aus der folgenden Zeit des großen Hungers

in Deutschland, dem so genannten „Kohlrübenwinter“ von 1916/1917 sowie aus den Schützengräben sind uns Bilder überliefert, die völlig andere, von Elend, Angst und Unterernährung geprägte Gesichter zeigen.

Ein weiteres die Welt der Kinder betreffendes Dokument des 1. Weltkrieges aus Halle (Saale) ist eine „Flugschrift des Bundes zur Erhaltung und Mehrung der deutschen Volkskraft“ aus dem Jahre 1916. Die Schriftenreihe wurde in der Buchdruckerei des Waisenhauses in den Franckeschen Stiftungen zu Halle a. d. Saale gedruckt und von Prof. Dr. Emil Abderhalden, über dessen zwiespältige Haltung in der Zeit des Nationalsozialismus derzeit in der Öffentlichkeit unserer Stadt und in der Wissenschaft kontrovers diskutiert wird, herausgegeben. Prof. Dr. Wilhelm Stoeltzner (1872-1954), der Direktor der Universitäts-Kinderklinik, referierte darin vor fast 100 Jahren in einer Broschüre von 15 Seiten über die Säuglingspflege „mit besonderer Berücksichtigung der Kriegsverhältnisse“.

Eingangs zitiert er Kaiser Friedrich Wilhelm I., der in „staatsmännischer Weisheit“ die „Menschen“ als „den größten Reichtum seines Landes“ bezeichnet hatte. Stoeltzner leitet daraus die große Bedeutung der „Erhaltung und Mehrung der deutschen Volkskraft“ ab. Diese setzt den „körperlich und sittlich gesunden Nachwuchs“ voraus, denn „es gilt, die kommende Ernte an Menschen sicherzustellen; das ist nicht weniger wichtig als die Ernte an Ackerfrüchten und Nutztieren.“ Für Kinder sieht der Kinderarzt in Kriegszeiten nicht nur Belastungen, sondern auch positive Aspekte: Als für kleine Kinder „ungünstige Kriegswirkungen“ werden die Teuerung der Waren, die „außerhäusliche Berufsarbeit vieler Mütter“, die „tatsächliche Knappheit an einzelnen wichtigen Lebensmitteln“, besonders an Milch und der „schwere seelische Druck“ genannt, der auf Frauen lastet, deren Männer gefallen, verwundet oder vermisst sind.

Als „nicht ungünstige“ Wirkungen des Krieges führt der Autor an, dass „viele Männer gesunder und kräftiger aus dem Felde zurück kommen“, auch die „Keimanlagen für neue Kinder, die während der Urlaubszeit oder nach dem Kriege erzeugt werden, werden an dem verbesserten Gesundheitszustande Anteil nehmen“ und „in dem gleichen Sinne mag auch die fast vollständige Enthaltung vom Alkohol wirken, die im Felde die Regel bildet“. Er nimmt an, dass „für die Lebensbedingungen der Säuglinge die ungünstigen Kriegswirkungen die günstigen überwiegen“, rechnet mit einer höheren Säuglingssterblichkeit und „einer verminderten Gesundheit des während des Krieges erzeugten Nachwuchses“.

Auf diese sozialmedizinischen Überlegungen folgen ausführliche kinderärztliche Ratschläge mit dem Wissen der Zeit, die sich inhaltlich kaum von jenen unterscheiden, die die Kinder- und Jugendmedizin von heute für Krisengebiete herausgeben würde. Stoeltzner bekräftigt, dass „kein Mensch jetzt Mehl als Puder oder Haferbrei zu Umschlägen benutzen“ wird und klagt über die „sehr gelittene Qualität der Gummisauger für die Trinkflaschen“. Um das kostbare Gummi zu sparen, schlägt der Universitätsprofessor vor, dass „die ganz überflüssigen

Gummischnuller außer Anwendung kommen“ und mahnt die Mütter zur Wahrung der Sauberkeit angesichts mangelnder Seifenvorräte „die Sparsamkeit mit der Seife nicht zu weit zu treiben“. Einen breiten Raum nehmen Hygienemaßnahmen und die Werbung für das Stillen ein, weil die Ernährung „mit Tiermilch“ gefährlicher ist, „als meistens geglaubt“. Sollte die Muttermilch jedoch nicht ausreichen, muss die „Zwimilchernährung“ mit Kuhmilch die Lücke füllen und falls es an dieser mangeln sollte, ist „die Benutzung von Ziegen für die Milchgewinnung recht erwünscht“. Dafür spräche auch, „daß deren Hauptmilchzeit in die Monate Juni bis August fällt, also gerade in die für die Säuglinge gefährlichste Jahreszeit und daß die kurzhaarigen Ziegen leichter als die Kühe sauber zu halten sind“.

Vieles in diesem Bericht mag uns befremden, wenn wir nicht die Zeit berücksichtigen, in der er verfasst wurde. Wir haben einen pädiatrischen Beitrag zur Katastrophenmedizin mitten in einem Krieg vor uns, der wissenschaftlich auf der Höhe seiner Zeit ist und die vorherrschende nationalpatriotische Meinung der Bevölkerung wiedergibt. Er ist einerseits sachlich geschrieben und zeugt vom ärztlichem Können sowie der sozialen Verantwortung des Verfassers. In Hinblick auf den fachlichen Inhalt muss bedacht werden, dass im Kaiserreich die Säuglingssterblichkeit mit 15 % noch sehr hoch gewesen ist, dass das Fachgebiet der Kinderheilkunde gerade erst im Entstehen war und dass die einzige Möglichkeit der Behandlung von Ernährungsstörungen in diätetischen Maßnahmen bestand. Alles, was uns an Wissen unserer Zeit heute zur Verfügung steht, wie z. B. parenterale Therapie und Antibiotika, Intensivmedizin und genetische Kenntnis, war noch längst nicht erforscht und bekannt. Es soll z. B. auch daran erinnert werden, dass zu jener Zeit neben jedem Kinderkrankenhaus noch eine Kuh im Stall gestanden hat, die frische Milch für die Kinder lieferte.

Stoeltzners Aufklärungsschrift ist andererseits jedoch auch von jener ideologischen Haltung durchtränkt, die man heute Staatsdoktrin oder Mainstream nennt. Bestürzt stehen wir vor Formulierungen wie „Volkskraft“, „Ernte an Menschen“ und „erzeugtem Nachwuchs“. Doch dieses biologistische Vokabular, nach dessen Vorstellung man Vorgänge in der Natur einseitig auf die menschliche Gesellschaft übertragen hat, war weit verbreitet und stand offenbar außerhalb der Kritik. Es war auch die Zeit, in der sich ein neues gesundheitspolitisches Interesse an Kindern entwickelt hatte. Man sah in der jungen Generation den Hoffnungsträger des Staates, dessen Schutz als nationale Aufgabe aufgefasst wurde. Heute wissen wir, dass am Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert viele geistige Strömungen, wie beispielsweise der Biologismus und Antisemitismus starken Einfluss hatten, die später im Nationalsozialismus zum Exzess getrieben in einer verbrecherischen Politik benutzt worden sind.

In Stoeltzners „Flugschrift“ wird das Kriegselend der Kinder nicht umgangen, allerdings nur am Rande erwähnt. Die allgemeine Verteuerung, Mangel an Lebens-



Essensausgabe an unterernährte Berliner Kinder

© akg-images

mitteln, Zwang der Mütter zur Berufsarbeit, Vernachlässigung, ansteigende Kindersterblichkeit und schließlich auch der Tod der Väter finden zwar Erwähnung, jedoch in einem durchweg überhöhten Ton. Das Volk muss für den Krieg Opfer bringen, alles wirkt nicht so schlimm und für alles gibt es eine Lösung. Wir wissen heute, dass unsere Urgroßväter und Großväter mit Begeisterung in diesen Krieg gezogen sind und dass sie sich nichts anderes als einen Sieg vorstellen konnten. Aus dem Abstand eines Jahrhunderts erkennen wir, dass der von Regierungen, Kirchen, Ärzten und Wissenschaftlern als „heiliger Kampf“ deklarierte Vernichtungskrieg ein schrecklicher Irrtum und eine entsetzliche Entgleisung der Kultur gewesen ist. Die Ernüchterung hat sich vor hundert Jahren im mörderischen Stellungskrieg auch bald eingestellt, was in Stoeltzners patriotischer Schrift aber nicht zum Ausdruck kommt. Er hat wohl noch an einen guten Ausgang des 1. Weltkrieges geglaubt, oder er hat sich, selbst im dritten Kriegsjahr, noch „politisch korrekt“ verhalten.

Dr. Ernst Fukala  
Dohlenweg 4  
06110 Halle (Saale)  
E-Mail: ernst.fukala@web.de

Red: ReH

# Fortbildungstermine



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

## November 2014

22. November 2014

### Patientenorientierte Selbsterfahrung

Essen

Info: dr.kohns@t-online.de

22. November 2014

### 6. Pädiatrie zum Anfassen

des Berufsverbandes der Kinder- und  
Jugendärzte, LV Berlin

Auskunft: Dr. B. Ruppert,

Oraniendamm 6-10, 13469 Berlin,  
Tel.: 030/40397255/Fax: 030/40397254 ①

## Februar 2015

21. Februar 2015

### Patientenorientierte Selbsterfahrung

Essen

Info: dr.kohns@t-online.de

## März 2015

6.-8. März 2015

### Kongress für Jugendmedizin des bvkJ e.V., in Weimar

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und  
Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069  
Köln, Tel.: 0221/68909-15/26, Fax:  
0221/68909-78,

(bvkJ.kongress@uminfo.de) ②

14. März 2015

### 24. Pädiatrie zum Anfassen, Rostock

des BVKJ e.V., LV Mecklenburg-Vorpom-  
mern, Tag.-Leiter: Dr. A. Michel/St. Büch-  
ner, 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,

(bvkJ.kongress@uminfo.de) ②

21. März 2015

### Seminar für Medizinische Fachange- stellte, Dresden

des LV Sachsen, Tag.-Leiter: Dr. Klaus Hof-  
mann, 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

25. April 2015

### Patientenorientierte Selbsterfahrung

Essen

Info: dr.kohns@t-online.de

## 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,

bvkJ.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,

bvkJ.kongress@uminfo.de ①

## Juli 2015

4. Juli 2015

### Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., LV Baden-Württemberg, und  
Kongress PRAXISfieber-regio für MFA  
in Kinder- und Jugendarztpraxen

Tag.-Leiter: Dr. Christian Stock ③

## Oktober 2015

9.-14. Oktober 2015

### 43. Herbst-Seminar-Kongress

des Berufsverbandes der Kinder- und Ju-  
gendärzte e.V., Bad Orb

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und  
Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069  
Köln, Tel.: 0221/68909-15/26, Fax:  
0221/68909-79,

(bvkJ.kongress@uminfo.de) ②

## November 2015

7. November 2015

### Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvkJ e.V., in Verden

Verantwortlich: Dr. Tilmann Kaethner, Dr.  
Ulrike Gitmans ③

14.-15. November 2015

### 13. Pädiatrie zum Anfassen

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

Tag.-Leiter: Prof. Dr. C.P. Bauer, Gaiß-  
ach/München

Auskunft: Dr. Martin Lang, Bahnhofstr. 4,  
86150 Augsburg, Tel.: 0821/3433583, Fax:  
0821/38399 ③

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

# Der Docteur Guillotin Wohltäter der Menschheit?

In Mittel- und Westeuropa ist die Todesstrafe abgeschafft. Das war nicht immer so: Während Immanuel Kant sogar noch der Meinung war, dem höchsten Verbrechen müsse auch die höchste Strafe entsprechen, plädierten andere Denker und Philosophen der Aufklärung schon für ihre Abschaffung. Zur Lebenszeit des Joseph-Ignace Guillotin war sie politisch noch nicht durchzusetzen. Sie aber bei allen gleich und so human wie möglich zu vollziehen, war sein großes Verdienst. Denn die Delinquenten wurden, meist nach vorausgehender Folter, durch Brennen, Rädern, Vierteln und Erhängen hingerichtet. Nur der Adel hatte Anspruch auf Enthauptung durch Beil oder Schwert.

## Vom Jesuitenschüler zum Arzt

Guillotin wird 1738 als neuntes von dreizehn Kindern eines Provinzanzwaltes in Saintes, Südwest-Frankreich geboren. Er soll Geistlicher werden, wird im dortigen Jesuiten-Kolleg erzogen, empfängt 1756 die vier niedrigen Weihen, entscheidet sich dann aber, Arzt zu werden und nimmt sein Studium in Reims auf. Intelligent und fleißig, versorgt er nach zwei Jahren schon Kranke in den Hospizen und geht nach erfolgreichem Abschluss nach Paris. Um dort zu arbeiten, muss er noch ein Mal studieren. Unter seinen Lehrern finden sich so bedeutende Namen wie Pierre J. Desault und Marie-François Bichat. 1770 schließt er sein Studium mit einer Arbeit über die Tollwut zum "docteur régent" ab. - Erstmals kommen ihm Gedanken, zum Tode Verurteilte als Versuchspersonen zu nutzen, anstatt sie grausam hinzurichten.

Seit 1778 lehrt er an der Pariser Fakultät Anatomie und Pathologie, wird Leibarzt des Bruders des Königs, des späteren Ludwigs XVIII.

und ist als praktizierender Arzt beliebt bei Reichen und Armen, die er meist umsonst behandelt.

## Der Weg in die Politik

Guillotin ist enttäuscht und besorgt: Verschleppte politische Reformen, drohender Staatsbankrott, Missernten und Hunger führen Ende der achtziger Jahre zu sozialen Spannungen im ganzen Land. Die Generalstände werden für ein Zusammentreten am 1. Mai 1789 einberufen, erstmals mit einer verdoppelten Stimmenzahl des Dritten Standes. Guillotin mischt sich ein, wird zum Politiker und gewählten Vertreter des Dritten Standes, der sich am 17. Juni 1789 zur Verfassungsgebenden Nationalversammlung erklärt; die Abgeordneten des Adels und Klerus' schließen sich an. 1788 war per königlichem Dekret die der Exekution vorausgehende Folter abgeschafft worden, doch Guillotin will mehr: Am 10. Oktober 1789 unterbreitet er der Nationalversammlung seine Forderungen: Vergehen gleicher Art sollen gleich bestraft werden, unabhängig von Rang und Stand des Schuldigen; der Leichnam wird den Angehörigen für eine reguläre Bestattung übergeben; keine Sippenhaftung oder Nachteile für die Familie; kein Einzug des Vermögens. Und als letztes und ihm wichtigstes: Alle Enthauptungen sollen durch ein mechanisches Hinrichtungsgesetz vollzogen werden. (Hier kommt jene Maschine ins Spiel, die später nach ihm benannt werden wird). Überwiegendes Gelächter und Ablehnung. Die Deputierten stellen die Entscheidung zurück, nur die Forderung nach Gleichbehandlung wird angenommen.

Am 17. Oktober 1791 diskutiert die Nationalversammlung erstmals über die Todesstrafe. Ihre Beibehaltung findet eine deutliche Mehrheit aber auch, die Enthauptung nur

noch mit einem möglichst mechanischen Fallbeil durchzuführen, unabhängig von der Güte des Werkzeugs und dem Geschick des Scharfrichters.

## Segen und Fluch der „simple machine“

Guillotin vertieft sich in alte Archive: Das Fallbeil hat Vorläufer im ausgehenden Mittelalter in Italien, Schottland und auch Deutschland. Es finden sich Abbildungen auf Graphiken, u.a. von Albrecht Dürer und Lucas Cranach. Nach einer Unterredung mit dem obersten Pariser Scharfrichter Charles-Henri Sanson wird Dr. Antoine Louis, Sekretär der Académie royale de Chirurgie zu



Joseph-Ignace Guillotin (1738 - 1814)

Photo Wikipedia

Rate gezogen. Er entwirft nach Vorgaben Guillotins eine Konstruktionszeichnung. Sie beauftragen den aus dem Elsass stammenden Mechaniker und Musikinstrumentenbauer Tobias Schmidt mit der Anfertigung eines Modells. Nach Anbringen einiger technischer Verbesserungen bekommt er auch den Zuschlag für den Bau eines Prototyps.



Dr. Olaf Ganssen



Fallbeil um 1854 Photo: boisdejustice.com (zit. nach Wikipedia)

Im April 1792 werden die ersten Versuche an toten Schafen und Verstorbene im Hof des Krankenhauses Bicêtre vorgenommen. Nach Vergrößerung der Fallhöhe des Beiles mit einer jetzt diagonalen und nicht mehr quer oder konkav verlaufenden Schnittkante, erfolgen auch die ersten öffentlichen Enthauptungen reibungslos. Nur das Volk ist enttäuscht, zu wenig Spektakel.

Am 22. September 1792 wird die Republik ausgerufen und der König gestürzt. Die Gefängnisverwaltungen, auch in den Provinzen, drängen auf einen raschen Nachbau weiterer

dieses mit seinem Namen verbundene Fallbeil als Mordwaffe einer entgleisten Revolution missbraucht. Wer ihn auf der Straße erkennt, schlägt sich mit der Handkante auf den Nacken als spöttischen Gruß, den er als Demütigung empfindet. Als auch ihm Verhaftung droht, verlässt er Paris, um an der Nordfront ein Militärhospital der Revolutionsarmee zu übernehmen, in dem es an allem mangelt: Pflege, Betten, Verbände, Medikamente. Er scharft ein ebenso aufopfernd arbeitendes Team von Kollegen um sich und lindert die größte Not.

Guillotinen, die jetzt zur Hinrichtung verpflichtend sind.

### Mordinstrument und Spielzeug

Nach Einrichtung des Pariser Revolutionstribunals im März 1793 und vier Wochen später des Wohlfahrtsausschusses, beginnt die Zeit der Schreckensherrschaft, der Terreur, mit zigttausenden Exekutionen in ganz Frankreich. Die Revolution fängt an, ihre Anhänger zu verschlingen.

Makabre Auswüchse sprießen: Tisch-Guillotinen schneiden Brot und Gemüse, kleine Nachbildungen dienen als Ohranhänger. Im nordfranzösischen Arras konfisziert die Polizei Spielzeug-Guillotinen, mit denen Kinder gefangenen Mäusen und toten Vögeln die Köpfe abschlagen.

Guillotinen ist schon seit 1791 nicht mehr Deputierter der Nationalversammlung und zieht sich ganz aus der Politik zurück. Er wird bis zum Ende seines Lebens darunter leiden, dass man

### Zurück in die Medizin

Nach der Hinrichtung Robespierres und dem Ende der Grande Terreur kehrt Guillotin nach Paris zurück. Im Oktober 1795 geht die Exekutive an ein fünfköpfiges Direktorium über. Er wird Professor der 1776 gegründeten Société de médecine und setzt sich für die in Frankreich noch umstrittene Impfung gegen die Blattern ein, die unter der Bevölkerung und der Armee wütete. 1803 führt er wieder ein, was während der Revolution aufgehoben war: Nur diplomierte Ärzte und Chirurgen dürfen die Heilkunde ausüben, nach einer einheitlichen Ausbildung in ganz Frankreich. 1804 gründet er die erste Académie de Médecine de Paris als Nachfolgerin der Société royale. Sie bemüht sich neben der Entwicklung eines Impfstoffes um Fortschritte auf allen Gebieten der Medizin. Jeden Mittwoch ist Sprechstunde für die Armen.

In den letzten Lebensjahren magert er zusehends ab, seine Kräfte schwinden, möglicherweise durch eine konsumierende Erkrankung. Zum Tode am 26. April 1814 führt nach den Quellen ein Karbunkel der linken Schulterregion mit septischem Verlauf. Trotz allen späten Erfolgen und Ehrungen: Die Guillotine erlebt zwar noch einen "Siegesszug" weit über Frankreichs Grenzen hinaus, ihr geistiger Vater drohte an ihr seelisch fast zu zerbrechen.

Zurück zur Frage im Titel - ich meine **JA**. Wo das Gesetz die Todesstrafe erzwingt, war die Guillotine die menschlichste Form, sie zu vollstrecken. Auch mit Blick auf die Bundesstaaten der USA, wo nach dem elektrischen Stuhl stümperhaft verabreichte Giftspritzen den Verurteilten quälten.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Olaf Ganssen  
Kinder- und Jugendarzt  
Am Grünewald 38  
42549 Velbert

Red.: Kup



## Geburtstage im Dezember 2014

### 65. Geburtstag

Herr Dr. med. Mohamed *Said*,  
Hamburg, am 01.12.

Herr Dr. med. Carl *Fahr*,  
Gescher, am 02.12.

Herr Dr. med. Friedrich *Porz*,  
Diedorf, am 03.12.

Herr Gottfried *Lieschke*,  
Schweich, am 04.12.

Frau Johanna *Schafft-Sommer*,  
Immenhausen, am 05.12.

Frau Dr. med. Agathe *Roumer*,  
Frankfurt, am 05.12.

Herr Dr. med. Josef *Geisz*,  
Wetzlar, am 06.12.

Frau Regina *Niehoff*,  
Saarbrücken, am 09.12.

Frau Zlatka *Zochov Donkov*,  
Fockbek, am 10.12.

Herr Dr. med. Peter *Adolphs*,  
Bad Dürkheim, am 10.12.

Frau Dr. med. Irene *Boog*,  
Bitburg, am 12.12.

Frau Maria *Reiz*,  
Fluterschen, am 14.12.

Herr Dr. med. Uwe *Bumb*,  
Frankenthal, am 16.12.

Frau Dr. med. Christine *Feja*,  
Aachen, am 19.12.

Frau Dr. med. Hildegard *Slabik-Münter*,  
Daun, am 21.12.

Herr Ramadan *Ihwas*,  
Kall, am 21.12.

Frau Dr. med. Monika *Damme*,  
Dresden, am 21.12.

Herr Dr. med. Wolfgang *Adam*,  
Rahden, am 24.12.

Herr Dr. med. Harald Ch. *Paul*,  
Friedrichshafen, am 25.12.

Herr Dr. med. Christoph *Kupferschmid*,  
Ulm, am 26.12.

Frau Dr. med. Gabriele *Schulze-Borges*,  
Hannover, am 28.12.

Herr Dr. med. Alfons *Macke*,  
Bruckmühl, am 28.12.

Herr Dr. med. Franz *Thanbichler*,  
Ilvesheim, am 29.12.

Herr Dr. med. Gerhard *Stursberg*,  
Günzburg, am 30.12.

### 70. Geburtstag

Frau Dr. med. Monika *Phillip*,  
Freising, am 01.12.

Frau Dipl.-Med. Dorothea *Rustler*,  
Annaberg-Buchholz, am 05.12.

Frau Dr. med. Elisabeth *Rossen*,  
Henstedt-Ulzburg, am 07.12.

Frau Ebba *Drücker*,  
Erfurt, am 08.12.

Frau Bärbel *Michler*,  
Strausberg, am 17.12.

Herr Dr. med. Andreas *Wenner*,  
Hasbergen, am 19.12.

Frau Dr. med. Ursula *Wahle*,  
Aying, am 21.12.

Frau Ulrike *Schubert*,  
Roßwein, am 22.12.

Frau Dr. med. Barbara *Brandt*,  
Kaiserslautern, am 27.12.

Herr Dr. med. Georg *Hook*,  
Stuttgart, am 30.12.

Herr Dr. med. Wolfgang *Pauli*,  
Ötisheim, am 31.12.

### 75. Geburtstag

Herr MR Dr. med. Wilfried *Trommer*,  
Merseburg, am 01.12.

Herr Dr. med. Dietmar *von dem Borne*,  
Ulrichstein, am 01.12.

Herr Dr. med. Eckart *Altinger*,  
Iserlohn, am 03.12.

Frau Dr. med. Ingeborg *Kriebel*,  
Braunschweig, am 15.12.

Herr Dr. med. Albert *Rudolph*,  
Lichtenfels, am 17.12.

Frau Dr. med. Hiltrud *Döhmen-Benning*,  
Aachen, am 18.12.

Frau Dr. med. Ute *Zierott*,  
Bad Bramstedt, am 20.12.

Herr Dr. med. King Tiong *Kwik*,  
Arnheim, am 25.12.

Herr Dr. med. Georg *Dütemeyer*,  
Papenburg, am 26.12.

Herr Dr. med. Wolfgang *Baier*,  
Passau, am 26.12.

### 80. Geburtstag

Frau Dr. med. Wilma *Krümmel*,  
Saarbrücken, am 06.12.

Frau Dr. med. Sheila *Desai*,  
Mülheim, am 07.12.

Herr Dr. med. Marwan *Hafez*,  
Berlin, am 15.12.

Herr Dr. med. Horst *Hoffmann*,  
Kiel, am 18.12.

Herr Prof. Dr. med. Lothar *Pelz*,  
Rostock, am 30.12.

### 81. Geburtstag

Frau SR Dr. med. Christel *Drechsel*,  
Gornsdorf, am 02.12.

Herr Dr. med. Günter *Mann*,  
Dietzenbach, am 14.12.

### 82. Geburtstag

Herr Dr. med. Harald *Hauser*,  
Stockdorf, am 17.12.

Herr Dr. med. Mohammad *Tahbasian Sa-  
leh*, Hannover, am 24.12.

Frau Dr. med. Helga *Claußen*,  
Magdeburg, am 28.12.

Herr PD Dr. med. Conrad *Sander*,  
Baden-Baden, am 31.12.

### 83. Geburtstag

Frau Dr. med. Renate *Ewert*,  
Meschede, am 09.12.

Herr MR Dr. med. Fredy *Pathenheimer*,  
Rostock, am 12.12.

### 84. Geburtstag

Herr Dr. med. Harro *Schirmer*,  
Friedrichsdorf, am 20.12.

Herr MR Dr. med. Udo *Steiniger*,  
Zahna-Elster, am 26.12.

### 85. Geburtstag

Frau Dr. med. Lilli *Meurer*,  
Monschau, am 29.12.

### 86. Geburtstag

Frau Marlene *Zacharias*,  
Berlin, am 17.12.

### 89. Geburtstag

Frau Dr. med. Isis *Elbern*,  
München, am 10.12.

**90. Geburtstag**

Herr Dr. med. Ernst *Peres*,  
Koblenz, am 08.12.

Herr Dr. med. Hans Johann *Hager*,  
Köln, am 08.12.

Frau Dr. med. Edeltraut *Fritz*,  
Reinbek, am 11.12.

**91. Geburtstag**

Frau Dr. med. Inge *Baader*,  
Köln, am 01.12.

Frau Dr. med. Angela *Bahr*,  
Münster, am 12.12.

Frau Dr. med. Renate *Stefan*,  
Ingolstadt, am 22.12.

Frau Dr. med. Marianne *Kremer*,  
Essen, am 22.12.

**92. Geburtstag**

Frau Dr. med. Ursula *Eulner*,  
Göttingen, am 11.12.

Frau Dr. med. Hildegard *Geiger*,  
Offenburg, am 20.12.

**93. Geburtstag**

Herr Dr. med. Andreas *Löffler*,  
Gifhorn, am 30.12.

**94. Geburtstag**

Frau Dr. med. Lore *Kunkel*,  
Krefeld, am 05.12.

Herr Dr. med. Ferdinand *Müller*,  
Graflin, am 27.12.

Herr Dr. med. Kurt *Meyer*,  
Schwabach, am 27.12.

**95. Geburtstag**

Herr Dr. med. Otto *Meuser*,  
Hannover, am 21.12.

**97. Geburtstag**

Frau Dr. med. Anne *Weikert*,  
Grünwald, am 17.12.

**Wir trauern um:**

Herr MR Dr. med. Roland *Müller*,  
Hartmannsdorf

**Im Monat September durften wir 9 neue Mitglieder begrüßen**

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



**Landesverband  
Baden-Württemberg**  
Frau Dr.med.Univ.Pécs  
Marianna Klara Tóthi



**Landesverband Hamburg**  
Frau Dr. med. Susanne Eplée



**Landesverband Sachsen**  
Herrn Dr. med. Knut Götzelt



**Landesverband Bayern**  
Frau Dr. med. Conny Hartmann



**Landesverband Niedersachsen**  
Frau Sibylle Euling  
Frau Dr. med. Charlotte Gabriel



**Landesverband Sachsen-Anhalt**  
Herrn Nils Wettin



**Landesverband Berlin**  
Frau Dr. med. Annette Berg  
Frau Dr. med. Dagmar Jubit



**Landesverband Nordrhein**  
Frau Dr. med.  
Martina Meyer-Krott  
Frau Dr. med.  
Catherine Niederkorn



**Landesverband  
Westfalen-Lippe**  
Frau Almut Lennartz



**Landesverband Brandenburg**  
Frau Wioletta Widawska

# Unzureichendes Ansprechen: eine Herausforderung in der ADHS-Therapie

Residualsymptome, unzureichende Wirkdauer und Impulskontrollstörungen sind eine relevante Herausforderung in der medikamentösen ADHS-Therapie. Im Rahmen eines interaktiven Symposiums auf der jüngsten EUNETHYDIS-Konferenz gaben 85 Prozent der anwesenden Ärzte an, Patienten mit diesen Schwierigkeiten häufig zu sehen. Mit einer nachgewiesenen Wirkdauer von 13 Stunden nach Einnahme<sup>1,2</sup> kann das Prodrug-Stimulans Elvanse® (Lisdexamfetamin) eine effektive Therapieoption bei unzureichendem Ansprechen auf Methylphenidat (MPH) sein.

**E**in mit internationalen Experten besetztes Podium diskutierte in Istanbul, wie mit Elvanse® unzureichendem Ansprechen in der ADHS-Therapie begegnet werden kann. Lisdexamfetamin reduziert die ADHS-Kernsymptomatik signifikant<sup>1,2</sup> und ist das Stimulans mit der längsten nachgewiesenen Wirkdauer: In einer doppelblinden Studie im Labor-Klassenzimmer<sup>3</sup> waren Verhalten und Aufmerksamkeit der teilnehmenden Kinder mit Elvanse® zu jedem Beobachtungszeitpunkt signifikant besser als die Werte, die die Mitschüler unter Placebo erzielten – durchgängig vom ersten bis zum letzten Beobachtungszeitpunkt 13 Stunden nach Einnahme.

## Unterschiedliches Ansprechen auf Amfetamin und MPH

Dr. Robert Findling (Baltimore) bestätigte vor dem Hintergrund seiner Behandlungserfahrung Studiendaten von Arnold<sup>4</sup>, denen zufolge Patienten unterschiedlich auf MPH und Amfetamin ansprechen (41 % sprachen gleichermaßen auf MPH und Amfetamin an, 16 % besser auf MPH

und 28 % besser auf Amfetamin) (Abb. 1). Bei unzureichendem Ansprechen auf MPH lohnte sich ein Therapieversuch mit Lisdexamfetamin, so Findling.

## Folgschwere Impulsdurchbrüche

Prof. Peter Hill (London) appellierte an die anwesenden Ärzte, sich nicht mit Teilerfolgen zufrieden zu geben. Eine lückenhafte Symptomkontrolle habe stets direkte negative Auswirkungen auf das betroffene Kind. Wie Hill betonte auch Dr. Klaus-Ulrich Oehler (Würzburg), dass Störungen der Impulskontrolle auch am Nachmittag konsequent vermieden werden sollten: „Schon ein einziger Impulsdurchbruch in der Freizeit kann die Beziehung zu Gleichaltrigen langfristig negativ beeinflussen“, so Oehler. Auch die anwesenden Ärzte nannten eine bessere Symptomkontrolle als häufigsten Grund für eine Umstellung ihrer Patienten von MPH auf Lisdexamfetamin.

## Therapieziele definieren und Zielerreichung messen

Um den Behandlungserfolg zu messen und ein unzureichendes Ansprechen auf die Therapie zu identifizieren, empfahlen die Experten, die Behandlung gemeinsam mit den Patienten und deren Eltern zielorientiert zu planen und die Zielerreichung konsequent zu messen. Fragebögen und Bewertungsskalen können hierbei helfen. Nach der Erfahrung von Peter Hill werden die Ziele der Patienten immer spezifischer, je erfolgreicher sich

eine Therapie entwickelt. Gemeinsam mit internationalen Experten hat Shire Bögen für eine zielorientierte Behandlungsplanung entwickelt. Diese können auf [www.ShireADHS.de](http://www.ShireADHS.de) heruntergeladen oder kostenlos als Mappe unter [info.adhs.de@shire.com](mailto:info.adhs.de@shire.com) angefordert werden.

### Referenzen:

1. Untersucht bei Kindern von 6-12 Jahren.
2. Elvanse® Fachinformation, Stand Juni 2014.
3. Wigal SB et al. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2009; 3: 17.
4. Arnold LE. J Attend Disord 2000; 3: 200–211.
5. Coghill DR et al. Eur Child Adolesc Psychiatry 2014 Feb; 23 (2): 61-68.

### Quelle:

Symposium „Elvanse® – Making a difference“, 22. Mai 2014, im Rahmen der 3rd EUNETHYDIS International Conference on ADHD, Istanbul, durchgeführt von Shire.

## Auf einen Blick

### Lisdexamfetamindimesilat

- Erstes Prodrug-Stimulans (aktiver Wirkstoff D-Amfetamin).
- Verbessert die ADHS-Kernsymptomatik im Vergleich zu Placebo signifikant und zeigte in der europäischen Zulassungsstudie eine sehr hohe Effektstärke von 1,8 vs. Placebo.<sup>5</sup>
- Besitzt eine nachgewiesene Wirkdauer von 13 Stunden nach Einnahme.<sup>2,3</sup>
- Einnahme einmal täglich morgens flexibel als Kapsel oder in Wasser gelöst, mit oder ohne Frühstück.<sup>2</sup>
- Elvanse® ist in Deutschland im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie bei ADHS bei Kindern ab 6 Jahren zugelassen, wenn das Ansprechen auf eine zuvor erhaltene Behandlung mit MPH als klinisch unzureichend angesehen wird.<sup>2</sup> Die Beurteilung des Ansprechens liegt im Ermessen des Arztes.

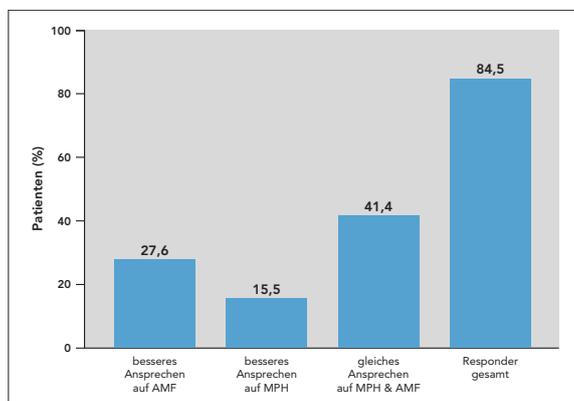


Abb. 1: Patienten sprechen auf Stimulanzien unterschiedlich an, wie die Studie von Arnold et al. (Gesamt-Responder-Anteil: 85%) zeigt.

# Impfprävention auch in der kalten Jahreszeit nicht vernachlässigen

Der Winter steht vor der Tür – damit nehmen auch saisonal bedingte Erkrankungen wieder zu und die Praxis füllt sich mit Akutpatienten. Doch zwischen Husten, Schnupfen und grippalen Infekten sollten die gesunden Patienten nicht vergessen werden, denn Impfprävention hat immer Saison. Insbesondere bei einem vollen Wartezimmer ist gutes Zeitmanagement wichtig. Die Verwendung von Kombinationsimpfstoffen wie dem Sechsfach-Impfstoff Hexyon® kann hier unterstützen und zu sicheren sowie effizienten Praxisabläufen beitragen. Darüber hinaus wird durch die Ermittlung der praxisindividuellen Impfraten eine wichtige Grundlage für erfolgreiches Impfmanagement geschaffen. Sich mehr Zeit für die Fürsorge zu nehmen, kann somit langfristig dazu beitragen, die Impfraten zu steigern.



**Die Zeit im Blick:** Dr. Burkhard Ruppert und sein Team haben die Praxisabläufe durch effektives Zeitmanagement optimiert

## Noch nicht auf die Fertigspritze umgestellt?

So gelingt der Switch

- Besprechen und beschließen Sie die Umstellung auf die Fertigspritze im Praxisteam.
- Geben Sie die Bestellung für die Fertigspritze zeitnah ab.
- Impfen Sie neue Patienten ausschließlich mit der Fertigspritze.
- Bestellen Sie den bisher verwendeten Impfstoff bei Bedarf in kleinen Mengen nach, um bereits begonnene Grundimmunisierungen abzuschließen.
- Die Bestellmenge des bisher verwendeten Impfstoffs reduziert sich in gleichem Maße, wie sich die Bestellmenge von Hexyon erhöht.

**Z**eit – dem Arzt fehlt sie gelegentlich und der Patient verbringt zu viel davon im Wartezimmer. Das kann zu Unmut auf beiden Seiten führen. Um diesen zu vermeiden, setzt Dr. Burkhard Ruppert, Kinder- und Jugendarzt aus Berlin, auf den Grundsatz: „Behandle deine Patienten so, wie du selbst gern behandelt werden möchtest.“ Dazu gehört für ihn, lange Wartezeiten zu vermeiden. Ruppert geht sogar noch einen Schritt weiter: „Ich verspreche meinen Patienten, dass sie mit einem Termin nicht länger als zehn Minuten warten müssen.“ Doch wie ist das zu erreichen?

## Gutes Zeitmanagement macht Arzt und Patient zufrieden

Damit Patienten nicht länger als nötig warten, ist vor allem eines notwendig: Struktur. Um diese zu schaffen, empfiehlt Ruppert die Entwicklung eines Zeitgitters. Durch dieses Raster wird genau festgelegt, wie viele Termine für Akutpatienten zur Verfügung stehen und wie viele für Impfungen und Vorsorge. Ein wichtiges Hilfsmittel hierfür ist die Stoppuhr. Denn nur wer genau weiß, wieviel Zeit für eine Behandlung benötigt wird, kann realistisch planen, wie viele Termine in einer Stunde zu vergeben sind. Deshalb lautet Rupperts Tipp, die Zeit für mehrere Behandlungen von einer medizinischen Fachangestellten (MFA) stoppen zu lassen, um daraus einen Mittelwert bilden zu können. Im nächsten Schritt können die einzelnen Tage dann unter Berücksichtigung saisonaler Besonderheiten strukturiert werden. Das bedeutet, dass insbesondere in den Herbst- und Wintermonaten mehr Termine für Akutpatienten vorgesehen sein sollten. Dazu ist es

sinnvoll, die tendenziell eher gefragten Termine – vor allem am Morgen – für diese zu reservieren. Die ruhigeren Phasen, z. B. am Vormittag und frühen Nachmittag, eignen sich besonders für Impfen und Vorsorge. Somit wird eine Vermischung beider Gruppen im Wartezimmer vermieden. Nicht vergessen werden sollte ein Zeitpuffer pro Stunde für Akutfälle. So können unvorhersehbare Zwischenfälle den Zeitplan weniger schnell durcheinander bringen.

Das Versprechen einer kurzen Wartezeit – und dieses auch tatsächlich einzulösen – hat verschiedene Vorteile. Einerseits diszipliniert es Arzt und Patient. Der eine weiß genau, wie viel Zeit er sich pro Patient nehmen kann und der andere erscheint pünktlich zum Termin. Andererseits kann es die Lebensqualität des Arztes erhöhen: „Früher habe ich mich von zu vielen Terminen und zu langen Wartezeiten gehetzt gefühlt. Heute weiß ich aber, dass ich meine Patienten nicht ohne triftigen Grund länger als zehn Minuten warten lasse. Das macht diese und mich zufriedener“, resümiert Ruppert. Somit wird ein wichtiger Beitrag für ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis geleistet.

## Kombinationsimpfstoffe können die Impfbereitschaft erhöhen

Neben einem Zeitgitter, in dem genügend Raum für Prävention eingeplant ist, können auch Kombinationsimpfstoffe dazu beitragen, die Impfbereitschaft und damit die Impfraten zu erhöhen. Sie bedeuten weniger Injektionen und Arzttermine, wodurch die Impfpraxis für Eltern und Pädiater vereinfacht wird. Sie sind zudem kostengünstiger als Einzelimpfungen und allgemein gut verträglich. Auch die Ständige Impfkommission (STIKO) befürwortet

tet Kombinationsimpfstoffe zur Durchführung von Impfungen.<sup>1</sup> Der Sechsfach-Impfstoff Hexyon bietet beispielsweise Impfschutz vor Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Hepatitis B und vor durch *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) verursachte invasive Erkrankungen.<sup>2</sup> Außerdem zeigt er eine hohe Immunogenität aller sechs im Impfstoff enthaltenen Antigene (DTaP-IPV-HB-Hib) mit guter Verträglichkeit.<sup>3</sup>

Da der Impfstoff in einer Fertigspritze vorliegt, benötigt er nur wenige Arbeitsschritte pro Impfvorgang: Es ist kein Anmischen erforderlich, da die Hib-Komponente bereits wie die anderen Antigene in gelöster Form vorliegt. Die Fertigspritze minimiert auch mögliche Fehlerquellen wie z. B. Kontaminationen, Anwendungsfehler oder Verletzungen des Personals. Der Sechsfach-Impfstoff kann zeitgleich mit einem MMR-, Rotavirus- und Pneumokokken-Polysaccharid-Konjugat-Impfstoff gegeben werden. Darüber hinaus kann er auch als Auffrischimpfung verabreicht werden, wenn zuvor die Grundimmunisierung mit einem anderen Sechsfach-Impfstoff bzw. einem Fünffach-Impfstoff und einem monovalenten Hepatitis-B-Impfstoff durchgeführt wurde.<sup>3</sup> Auf diese Weise kann der Einsatz von Hexyon dazu beitragen, Arbeitsabläufe zu verbessern, denn er sorgt für Zeitersparnis und Sicherheit. Das schafft Erleichterung im Praxisalltag.

## Qualität macht sich bezahlt

Sich ausreichend Zeit für Impfungen zu nehmen, kann sich auch finanziell lohnen. Um die Impfraten gezielt steigern zu

### Die „Wenn-ich-schon-mal-hier-bin“-Falle

#### Praxis-Tipp

Die Diagnose ist gestellt, das Rezept ausgedruckt und der Patient soll verabschiedet werden, da wird die Frage gestellt, die jeden Zeitplan sabotieren kann: „Wenn ich schon mal hier bin, könnten wir dann nicht kurz über xy sprechen?“. Auch wenn es schwerfällt, so empfiehlt Ruppert dennoch, für eine weiterführende Behandlung einen neuen Termin auszumachen – es sei denn, es handelt sich um ein Problem, das nicht aufgeschoben werden kann. Dann hilft der eingeplante Zeitpuffer, Verzögerungen zu vermeiden.



Abb.: „Von der Terminvergabe bis zum Recall“ – dieses Praxisposter zum Thema Impfmanagement liegt dieser Ausgabe des KJA bei

können, sollte zudem ermittelt werden, wie stark welche Impfung von welchen Patientengruppen bereits in Anspruch genommen wird. Denn nur, wenn diese praxisindividuellen Impfraten bekannt sind, kann eingeschätzt werden, wo Steigerungspotenzial besteht und welche Maßnahmen des Qualitätsmanagements (QM) zu implementieren sind. Daraus ergibt sich zugleich eine messbare Kennzahl für den ständigen Prozess der Weiterentwicklung des QM wie sie die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Praxis-QM fordert. Außerdem muss sichergestellt werden, dass das gesamte Praxisteam die jeweils aktuellen STIKO-Empfehlungen kennt. Hierzu sollte eine MFA sowie ihre Vertretung benannt werden, die für die Beschaffung der Informationen zuständig ist, sie an das Team weitergibt und ggf. in der Praxis-EDV erfasst. Sind diese Voraussetzungen geschaffen, helfen

z. B. Verfahrensanweisungen, die Praxisabläufe zu optimieren. Das dieser Ausgabe des *Kinder- und Jugendarzt* beiliegende Poster (siehe Abb.) stellt diese anschaulich zusammen.

Nur, wenn all diese Faktoren zusammenspielen, kann „die richtige Impfung zum richtigen Zeitpunkt dem richtigen Kind in der richtigen Qualität verabreicht werden“, betont Ruppert. Das verbessert langfristig nicht nur die Versorgung sondern auch die Qualität der ärztlichen Fürsorge.

#### Literatur:

- 1 Robert Koch-Institut. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Epidemiologisches Bulletin 2014; 34: 305-340.
- 2 Sanofi Pasteur MSD. Fachinformation Hexyon®. Stand: März 2014.
- 3 McCormack PL. DTaP-IPV-Hep B-Hib Vaccine (Hexaxim®): A Review of its Use in Primary and Booster Vaccination. *Pediatr Drugs* 2013; 15:59-70.

Mit freundlicher Unterstützung der Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen

DE02296

**Pflanzliches Breitbandtherapeutikum aus Senfölen von Kapuzinerkresse und Meerrettich:**

# Effektiv in der Therapie von Erkältungskrankheiten

Herbstzeit: Atemwegsinfekte treten wieder verstärkt auf! Bei unkomplizierten Infektionen setzt die Mehrzahl der Pädiater auf wirksame pflanzliche Mittel, wie eine Umfrage bei 714 niedergelassenen Pädiatern kürzlich zeigte\*. Denn Antibiotika bergen eine Reihe von Nebenwirkungen und beeinträchtigen die Darmflora und damit das Immunsystem – besonders das kindliche, welches sich noch in der Entwicklung befindet. Darüber hinaus nehmen Antibiotikaresistenzen immer mehr zu. Gute Gründe dafür, auf effektive Phytotherapeutika wie die Isothiocyanate aus Kapuzinerkresse und Meerrettich auszuweichen.



## Umfrage bei 714 niedergelassenen Pädiatern: Zwei Drittel bevorzugen Phytopharmaka als Therapie gegen Atemwegsinfekte

In der Behandlung der Atemwegsinfektionen setzen 72% der befragten Pädiater oft Phytopharmaka ein. Antibiotika werden von mehr als der Hälfte der Befragten nur selten verordnet. Als Vorteile der pflanzlichen Präparate werden vor allem die gute Verträglichkeit und die Vermeidung von Antibiotikaresistenzen genannt. Das pflanzliche Arzneimittel Angocin® Anti-Infekt N, eine Kombination aus Isothiocyanaten (Senfölen) von Kapuzinerkresse und Meerrettich, erfüllt die drei Hauptanforderungen der befragten Pädiater an ein kindgerechtes Therapeutikum bei Erkältungskrankheiten:

1. wissenschaftlich belegte Wirkung
2. effektiv gegen die Erreger und nicht nur die Symptome
3. nebenwirkungsarm

Das pflanzliche Präparat ist zudem für Kinder bis 12 Jahre verordnungs- und erstattungsfähig.

## Seit Jahrzehnten bewährt und geprüft: Gemisch aus Senfölen von Kapuzinerkresse und Meerrettich

Atemwegsinfekte bei Kindern können mit Senfölen aus Kapuzinerkresse und Meerrettich wirksam und nebenwirkungsarm behandelt werden, wie eine Studie an 858 Kindern zwischen vier und achtzehn Jahren belegt.<sup>1</sup> In der prospektiven Kohortenstudie konnten akute Sinusitiden und akute Bronchitiden mit dem Phytotherapeutikum ebenso wirksam behandelt werden wie mit Standard-Antibiotika. Das pflanzliche Präparat zeigte darüber hinaus ein deutlich geringeres Nebenwirkungspotential und damit eine bessere Verträglichkeit. Dieses Ergebnis bei Kindern und Jugendlichen bestätigt die Befunde vorangegangener Untersuchungen an Erwachsenen.<sup>2</sup> Da die Pflanzenstoffe nicht nur antibakteriell wirken, sondern auch die Vermehrung von Viren hemmen, setzen erfahrene Kinderärzte wie Dr. Ulrich Enzel, Facharzt für Pädiatrie aus Schwaiern, das pflanzliche Arzneimittel seit Jahren mit Erfolg ein. „Im Gegensatz zu reinen Symptomblockern wirken die Isothiocyanate direkt gegen die krankheitsverursachenden Mikroorganismen“, sagt



Aufgrund der gut dokumentierten Wirksamkeit wurde die Kapuzinerkresse 2013 vom „Studienkreis Entwicklungsgeschichte der Arzneipflanzenkunde“ an der Universität Würzburg zur Arzneipflanze des Jahres gewählt.

\* Quelle: Umfrage bei 714 niedergelassenen Pädiatern zur Anwendung von Phytotherapeutika bei Kindern (Juli 2014). Mit freundlicher Unterstützung der Repha GmbH, Langenhagen

der Pädiater. Wird im Falle einer bakteriell bedingten Infektion eine Antibiose in Erwägung gezogen, so ist die Auswahl eines geeigneten Antibiotikums bei dieser jungen Patientengruppe besonders wichtig. „Denn Nebenwirkungen von chemisch-synthetischen Antibiotika wie allergische Reaktionen oder direkte toxische Wirkungen des Antibiotikums stellen bei der

Therapie von Kindern und Jugendlichen häufig ein Problem dar. Gerade für diese wird eine möglichst schonende Behandlungsform gewünscht. Das pflanzliche Breitbandtherapeutikum ist somit ein bewährtes Arzneimittel zur Behandlung und Prophylaxe von Erkältungskrankheiten bei Kindern“, resümiert Enzel.

G. Fischer v. Weikersthal, GERMERSHEIM

#### Literatur:

- 1 K.-H. Goos et al.: *Arzneim.-Forsch./Drug Res.* 57, No. 4: 238-246 (2007)
- 2 K.-H. Goos et al.: *Drug Res* 56: 249-257 (2006)
- 3 C. N. Obase et al.: *J Infect.* 2014 Feb; 68 (2): 125-30
- 4 A. R. Falsey et al.: *J Infect Dis.* 2013 Aug 1; 208 (3): 432-41
- 5 A. Conrad et al.: *Drug Res* 63: 65-68 (2013)
- 6 A. Conrad et al.: *Drug Res* 56/12: 842-849 (2006)
- 7 S. Pleschka, et al.: Publikation in Vorbereitung
- 8 V. Fintelmann et al.: *Curr Med Res Opin* 28 (11): 1799-807 (2012)

### Akute Atemwegsinfektionen kausal therapieren:

Senfölmischung zeigte sich in Studien wirksam gegen respiratorisch relevante Bakterien und Viren

Bei den primär meist viral bedingten Erkältungskrankheiten ist häufig auch eine pathogene Bakterienbesiedlung festzustellen.<sup>3,4</sup> Der Einsatz von Antibiotika sollte in solchen Fällen wegen möglicher Nebenwirkungen sowie wegen des stetig zunehmenden Resistenzproblems auf das Notwendigste beschränkt werden.

Mit Senfölen aus Kapuzinerkresse und Meerrettich können Atemwegsinfektionen und Blasenentzündungen kausal therapiert werden – dies belegen vielfältige Studien der letzten Jahre.<sup>1,2,5-8</sup> Senföle besitzen eine hohe bis sehr hohe

keimhemmende Wirkung auf die häufigsten Erreger von bakteriellen Erkältungen wie *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis* und *H. influenzae*. Die Untersuchungen belegen, dass die Senföle auch bei Nachweis von resistenten bzw. multiresistenten Erregern eine Behandlungsoption sein können.

Dass Senföle zudem nicht nur antibiotisch wirken, sondern auch gegen respiratorisch relevante Viren eine Behandlungsoption darstellen, konnte die Arbeitsgruppe um S. Pleschka an der Universität Gießen aufzeigen.<sup>7</sup>

Die kombinierte Gabe der Senföle aus Kapuzinerkresse und Meerrettich hemmt nahezu 100prozentig die Vermehrung des pandemischen Influzavirus (H1N1) in menschlichen Lungenzellkulturen.

Und auch zur Prophylaxe von viral bedingten Atemwegsinfekten kann die Kombination aus Senfölen effektiv eingesetzt werden: In einer randomisierten, prospektiven, placebokontrollierten, doppelblinden Studie konnte gezeigt werden, dass das pflanzliche Arzneimittel Erkältungen wirksam vorbeugt und die Erkältungshäufigkeit um etwa 50 % reduziert.<sup>8</sup>

## Neuroderm Repair - Neue Studie belegt effektive Juckreizlinderung!

**N**euroderm Repair Creme unterbricht schnell und lang anhaltend den Teufelskreis aus Jucken und Kratzen bei Patienten mit Neurodermitis. In der neuen Studie konnte gezeigt werden, dass die Juckreizlinderung schnell (bereits nach 2 Minuten) einsetzte und bis zu 6 Stunden anhält. Eine spürbare Linderung für die Patienten!

Zudem konnte in einer weiteren Studie bestätigt werden, dass Neuroderm Repair statistisch signifikant die Hautfeuchte erhöht und gleichfalls die Hautbarriere, gemessen als transepidermaler Wasserverlust (TEWL), verbessert.

Neuroderm Repair mit einem Lipidgehalt von 37% enthält speziell haut geeignete Lipide im physiologischen Verhältnis, insbesondere Ceramide. Zudem sorgt der hohe Glycerinanteil von 20% für eine effektive Feuchthaltung der Haut.

Neuroderm Repair Creme wurde speziell für rote, beanspruchte und juckende Hautstellen entwickelt. Sie ist hervorragend verträglich und bereits für die empfindliche Säuglingshaut geeignet.

Nach Informationen von  
Infectopharm GmbH, Heppenheim.



## Phytopharmakon Prospan® in der Therapie von Atemwegserkrankungen

# Gute Verträglichkeit sorgt für hohe Compliance

Pflanzliche Arzneimittel haben in der Therapie von Atemwegserkrankungen, insbesondere auch in der pädiatrischen Praxis, einen hohen Stellenwert. Diese Akzeptanz lässt sich vor allem durch ihre gute Verträglichkeit und niedrige Nebenwirkungsrate erklären – nicht zuletzt deshalb, weil diese Aspekte für die Adhärenz der Kinder relevant sind. Während es einigen Präparaten hierzu an aussagekräftigen Daten mangelt, hat sich der Efeu-Spezial-Extrakt EA 575® (Prospan®) unter anderem in der Behandlung akuter Atemwegserkrankungen als sichere<sup>1-3</sup> und gleichzeitig wirksame<sup>2-4</sup> Therapieoption bewährt.

**H**usten als Begleitsymptom gehört zu den häufigsten Gründen für eine Vorstellung in der pädiatrischen Praxis. Die Therapie betreffend, ist neben der Wirksamkeit vor allem die Verträglichkeit des Präparates wichtig. Denn diese entscheidet nicht selten über die Compliance der Kinder. Daher sind Phytopharmaka – auch aus Sicht der Eltern – häufiges Mittel der Wahl bei respiratorischen Erkrankungen, da ihre Anwendung in der Regel als sicher gilt. Sie weisen jedoch Unterschiede in der Datenlage auf: Denn nicht für jedes pflanzliche Arzneimittel sind die therapie relevanten Aspekte „Wirksamkeit und Verträglichkeit“ gleichermaßen untersucht und belegt.

## Verträglichkeit des Efeu-Spezial-Extrakts EA 575®

Der Efeu-Spezial-Extrakt EA 575® zählt zu den rationalen Phytopharmaka und weist – vor allem im pädiatrischen Setting – eine umfassende Datenlage zur guten Verträglichkeit und Nebenwirkungsrate auf. So konnten Fazio et al. bei einer Untersuchung mit 9.600 Patienten (darunter 5.181 Kinder) nicht nur dessen gute Wirksamkeit, sondern auch die gute Verträglichkeit des Therapeutikums belegen.<sup>1</sup> Unterstützt werden diese Ergebnisse unter anderem von Kraft et al.: Bei der retrospektiven Datenerhebung an mehr als 52.000 Kindern mit einer symptomatischen Atemwegserkrankung zeigte sich, dass lediglich bei 0,22 % der in der Datenerhebung enthaltenen retrospektiven Patientenfälle unerwünschte Nebenwirkungen auftraten.<sup>3</sup>



© Engelhard Arzneimittel

Vor allem im pädiatrischen Setting sind bei Atemwegserkrankungen nicht nur wirksame, sondern gleichzeitig auch gut verträgliche Therapieoptionen gefragt.

## Einsatz bei akuten sowie chronischen Atemwegserkrankungen

Gute Verträglichkeit und Wirksamkeit müssen sich nicht ausschließen. So ist Prospan® in der Lage, gleichzeitig kausal wie symptomatisch verschiedene respiratorische Beschwerden zu behandeln: Es löst den Schleim und fördert das Durchatmen.<sup>3-7</sup> Als Folge dessen kann der Hustenreiz gelindert werden.<sup>7</sup> Zudem sind für einige Inhaltsstoffe anti-inflammatorische Eigenschaften bekannt.<sup>8,9</sup> Dabei eignet sich das Arzneimittel dank seines breiten Wirkprofils sowohl für die Therapie akuter als auch

chronischer Atemwegserkrankungen mit der Begleiterscheinung Husten. Erst kürzlich veröffentlichte Daten einer Proof-of-Concept-Studie von Zeil et al. zeigen, dass der Efeu-Spezial-Extrakt EA 575® bei Kindern zwischen 6 und 11 Jahren (Median: 9,07 Jahre) auch in der Additivtherapie des Asthma bronchiale einen bronchodilatatorischen Effekt, der sich vor allem in den peripheren Atemwegen manifestiert, hervorruft und mit einer signifikanten Verbesserung wichtiger Lungenfunktionsparameter assoziiert ist.<sup>10</sup> In die Studie eingeschlossen waren Patienten, die trotz Langzeitbehandlung mit 400 µg/d Budesonid Äquivalent an teil- oder unkontrolliertem geringgradigem, persistierendem Asthma bronchiale litten. Um den Stellenwert von Prospan® in der additiven Behandlung von Asthma bronchiale jedoch noch besser einschätzen zu können, sind weitere Studien notwendig.

### Quellen:

- 1 Fazio et al., *Phytomed* (2009); 16: 17-24.
- 2 Bolbot et al., *Drugs of Ukraine* (2004); 11: 1-4.
- 3 Kraft et al., *Ztschr Phytotherapie* (2004); 25: 179-181. Retrospektive Datenerhebung, Auswertung der Aufzeichnung aus pädiatrischen Praxen anhand strukturierter Fragebögen, Zeitraum Januar bis Juni 2002, über 52.000 Kindern (0 – 12 Jahre), keine Erhebung der Anwendungsdauer.
- 4 Maidannik et al., *Ped Tocol Gyn* (2003); 4: 1-7.
- 5 Mansfeld HJ et al., *MMW* (1998); 140: 26-30.
- 6 Runkel F et al., *Pharmazeutische Zeitung* 2005; 4:19-25.
- 7 Wolf A et al., *Phytomedicine* 2011; 18:214-18.
- 8 Dos Santos MD et al., *Biol Pharm Bull* 2006; 29:2236-40.
- 9 Park KH et al., *Biol Pharm Bull* 2009; 2029-33.
- 10 Zeil S et al., *Phytomedicine* (2014); <http://dx.doi.org/10.1016/j.phymed.2014.05.006>.

Nach Informationen der  
Engelhard Arzneimittel GmbH & Co. KG,  
Niederndorfelden

## **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](http://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](http://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](mailto:christel.schierbaum@uminfo.de)

**Büroleiterin:**

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

[doris.schomburg@uminfo.de](mailto:doris.schomburg@uminfo.de)

**Bereich Mitgliederservice/Zentrale**

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

[bvkj.buero@uminfo.de](mailto:bvkj.buero@uminfo.de)

**Bereich Fortbildung/Veranstaltungen**

Tel.: 0221/68909-15/16,

Tfx.: 0221/68909-78

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

Tfx.: 0221/6890929

**Ansprechpartnerinnen:**

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-27

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

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28

E-Mail: [uschi.horst@uminfo.de](mailto:uschi.horst@uminfo.de)

## **Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“**

**Fortbildung:**

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

E-Mail: [hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de](mailto:hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de)

Prof. Dr. med. Florian Heinen

E-Mail: [florian.heinen@med.uni-muenchen.de](mailto:florian.heinen@med.uni-muenchen.de)

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

E-Mail: [klaus-michael.keller@dkg-wiesbaden.de](mailto:klaus-michael.keller@dkg-wiesbaden.de)

Prof. Dr. med. Stefan Zielen

E-Mail: [stefan.zielen@kgu.de](mailto:stefan.zielen@kgu.de)

**Forum, Berufsfragen, Magazin:**

Dr. med. Christoph Kupferschmid

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

Regine Hauch

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

## **Sonstige Links**

Kinderärzte im Netz

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

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

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

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

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

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

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