

bvkj.

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

Heft 02/14 · 45. (63.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

ADHS –
Dealerware Ritalin

Fortbildung:

Geschlechts-
differenzierung

Berufsfragen:

Gesundheitliche
Chancengleichheit:
BVKJ macht mit

Magazin:

Shining Eyes –
Kinder blühen auf

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

bvkj.



Shining Eyes – Kinder blühen auf

Medizinisches Entwicklungsprojekt für die arme
Landbevölkerung in Indien

S. 57

Inhalt 2/14

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

- 2 Die Kinder- und Jugend-
medizin im Umbruch
Ronald G. Schmid
- 4 Mangelhafte Versorgung
von Jugendlichen mit Fehl-
bildungen
- 5 Eine Frage an Dr. Matthias
Brockstedt
Regine Hauch
- 6 Das Leser-Forum
- 8 Nachgefragt
- 11 Schlechtes Wohnumfeld
macht Kinder dick
Regine Hauch
- 12 Letzte Chance für Praxis-
Homepage zum alten Preis
- 13 Neue Studie
- 14 Bits + Bytes – Rückblick
2013, Ausblick 2014
Bernd Byte
- 16 Internet und Computer-
spiele
- 18 Happy Mom & Baby Tasche
- 21 3. Netzwerkkongress

Fortbildung

- 22 Editorial
- 24 Wenn das Geschlecht nicht
eindeutig ist ...
Gernot H. G. Sinnecker
- 38 Highlights aus Bad Orb:
Sonographische Fraktur-
diagnostik
*Ole Ackermann,
Kolja Eckert*
- 44 Consilium Infectiorum:
Vorgehen bei primärer
Enkopresis
Alexander von Gontard
- 46 Review aus englisch-
sprachigen Zeitschriften
- 48 Welche Diagnose wird
gestellt?
Peter H. Höger
- 48 Impressum

Berufsfragen

- 52 BVKJ wird Mitglied im
Kooperationsverbund
„Gesundheitliche
Chancengleichheit“
Regine Hauch
- 53 BVKJ zu Gesprächen über
Gesundheits- und Sozial-
politik in Berlin
Christoph Kupferschmid
- 54 Unfallversicherung und
Haftpflichtvertrag
Kyrill Makoski
- 56 Varizellen-Einzel- und
Kombinationsimpfstoffe
der Firma GSK nicht liefer-
bar
Christoph Kupferschmid

Magazin

- 57 Shining Eyes –
Kinder blühen auf
Monika Golembiewski
- 60 Fortbildungstermine BVKJ
- 61 Verdienstorden des
gallischen Dorfes
Regine Hauch
- 62 Nachruf auf Prof. Dr. med.
Theodor Hellbrügge
- 63 Buchtipps
- 64 Personalien
- 66 Nachrichten der Industrie
- 71 Wichtige Adressen des BVKJ

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage Informationen der Firmen Pari GmbH und Norgine GmbH bei sowie als Teilbeilagen die Programmhefte des 37. Pädiatretfs 2014 des LV Nordrhein, der 27. Pädiatrie zum Anfassen Worms des LV Rheinland-Pfalz/Saarland, der 12. Pädiatrie à la carte des LV Westfalen-Lippe und der 24. Pädiatrie zum Anfassen Erfurt, LV Thüringen.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Die Kinder- und Jugendmedizin im Umbruch



Prof. Dr. med.
Ronald G. Schmid

Der Jahreswechsel ist traditionell der Zeitpunkt des Innehaltens, der eingehenden Analyse der Vergangenheit verbunden mit dem Blick in die Zukunft. Dies nicht nur im privaten, sondern auch im beruflichen Bereich. Die ganze Gesellschaft, aber insbesondere die Medizin ist im permanenten Wandel. Die Halbwertszeit der medizinischen Erkenntnisse verringert sich immer stärker. Ganz besonders von dieser Entwicklung ist die Kinder- und Jugendmedizin betroffen. Dies liegt in erster Linie an der demographischen Entwicklung. Die Gesamtzahl der Kinder und Jugendlichen hat bundesweit seit dem Jahr 2000 um zehn Prozent abgenommen; dem gegenüber steht eine steil wachsende Bevölkerungsgruppe über 65. Die klassischen Morbiditäten nehmen weiter ab, als letzter Schritt in dieser Entwicklung sei die Einführung der Impfungen gegen die Rota-Viren und Meningokokken B-Infektion genannt. Im gleichen Umfang steigen die neuen Morbiditäten. Dies verlangt eine permanente Umstrukturierung der Tätigkeit im ambulanten und stationären Bereich.

DRG gefährden stationäre Pädiatrie

Im ambulanten Bereich entsteht die Erkenntnis, dass die Besetzung der kinder- und jugendärztlichen Praxen zunehmend schwierig wird und in bestimmten Regionen nicht mehr realisierbar ist.

Im stationären Bereich stellt das DRG-System die Pädiatrie auf eine harte Bewährungsprobe. Bei der letzten Sitzung der DRG-Kommission der Bundesärztekammer im Oktober 2013 wurde von allen Beteiligten die große Problematik der stationären pädiatrischen Versorgung artikuliert und konsentiert. Dies betrifft einerseits die Versorgung in dünn besiedelten Gebieten, geht aber bis hin zur hochspezialisierten und hochspezifischen und damit auch oft sehr teuren Spezialmedizin an Kliniken der Maximalversorgung. Im Strukturpapier der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) wurde die Erreichbarkeit einer Kinderklinik in maximal 30 Kilometer als erforderlich angesehen. Damit dürfen Kinderkrankenhäuser maximal 50 bis 60 Kilometer voneinander entfernt sein. Dies kann bei der vorzuhaltenden Personalstruktur zu einer nicht ausreichenden Belegung nach den klassischen DRG-Kriterien führen. Dazu kommt noch die in der Pädiatrie typische jahreszeitliche Schwankung der Belegung zwischen 30 und 150 Prozent. Dies alles ist im DRG-System nicht voll abbildbar, sodass eine Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung durch Zuschläge nach § 5 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes eingefordert werden muss. Grundsätzlich ist die Resonanz der Gesprächspartner hier sehr offen und positiv. Als Gegenpol steht aber das Dogma der Schuldenbremse und einer kostenneutralen Finanzierung neuer Modelle gegenüber. Zu lösen werden diese Probleme jedoch nur mit höheren Vergütungen sein.

Ambulant und Kliniken müssen zusammen gehen

Ambulante und stationäre Versorgung müssen aber auch besser aufeinander abgestimmt werden bzw. beide Versorgungsschienen eine echte Kooperation anstreben. Es ist abzusehen, dass zunehmend kinder- und jugendmedizinische Praxissitze von Kliniken oder MVZ's übernommen werden, ohne dass dies dem Gedanken eines imperialistischen Übernahmeprozesses entspricht. Vielmehr ist diese Entwicklung durch den verbreiteten Wunsch der Kinder- und Jugendärzte im Angestelltenverhältnis zu arbeiten bestimmt. Diese stehen dann nicht mehr in genügender Zahl für die Niederlassung in einer Praxis zur Verfügung. Weiterhin ist es ein dringendes Erfordernis der Zukunft, dass die Subspezialitäten der Pädiatrie ausreichend besetzt sind um ein Abdriften dieser pädiatrischen Patientengruppen zu Internisten und anderen Spezialisten der Erwachsenenmedizin zu verhindern. Dies wird in vielen Fällen nur möglich sein, wenn Niedergelassene bereit sind in Kliniken mitzuarbeiten um ihre speziellen Kenntnisse dort einzubringen. Diese Entwicklung wird durch zahlreiche Modelle ermöglicht. An einigen Orten gibt es jedoch noch intensive Vorbehalte und zum Teil auch Blockaden, für eine Kooperation aufeinander zu zugehen.

Neue Krankheiten fordern neue Versorgungsmodelle

Ein beispielhaftes Kooperationsmodell ist das Konzept der Verbände übergreifenden Arbeitsgruppe zur Definition der Behandlung von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen im gestuften System (IVAN-Arbeitsgruppe). Die Deutsche Gesellschaft für ambulante allge-

meine Pädiatrie (DGAAP), die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie (DGSPJ) und der Berufsverband (BVKJ) haben in einer Arbeitsgruppe hierzu ein Stufenkonzept entwickelt. Im Konsens wurden die Versorgung in drei Stufen: Screening, Basisdiagnostik und differenzierte mehrdimensionale Bereichsdiagnostik (MBS) definiert. Das Ergebnis dieser Arbeitsgruppe ist ein Meilenstein in der Versorgung der Patienten, die den neuen Morbiditäten zugeordnet werden.

In den letzten zehn Jahren wurden neuropädiatrische/sozialpädiatrische/psychosomatische stationäre Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin gegründet und erweitert, die sozialpädiatrischen Zentren sind von ca. 100 auf ca. 150 angestiegen, in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin wurden sozialpädiatrische Module formuliert und in Verträge eingebracht, im EBM ist seit 01.10.2013 eine sozialpädiatrische Ziffer für die Pädiatrie neu definiert worden, das Vorsorgeuntersuchungsprogramm wurde analysiert und wird vom GBA im Laufe der nächsten Jahre bis zur U9 in einer neuen

Form in Kraft gesetzt werden, die derzeitige Entwurfsfassung der Weiterbildungsordnung gewichtet Psychosomatik, Sozialpädiatrie und Jugendmedizin vollkommen neu. Die sinnvolle Koordination dieser Aktivitäten wird durch das Papier der Arbeitsgruppe in Abstimmung zwischen den Beteiligten strukturiert dargestellt.

Diese Vorgehensweise wäre in vielen anderen Bereichen der Pädiatrie auf lokaler, aber auch auf nationaler Ebene im wesentlich größeren Umfang nötig, als dies im Tagesgeschäft geschieht. Mein Wunsch für 2014 ist, dass die aufkeimende Erkenntnis dieser Notwendigkeit zur allgemeinen Basis pädiatrischen Denkens und Handelns wird. Nur wenn dies gelingt, werden wir unser eigentliches Anliegen einer optimalen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in den kompetenten Händen der Kinder- und Jugendmediziner erreichen und gegen zahlreiche Anfeindungen verteidigen können.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid
Vizepräsident BVKJ

Red.: Kup

Mangelhafte Versorgung von Jugendlichen mit Fehlbildungen

– Kinderchirurgen fordern strukturierte Übergabe in die Erwachsenenmedizin

Kinder mit schweren Fehlbildungen fallen beim Übergang in das Erwachsenenalter häufig aus der medizinischen Versorgung heraus. Dies kann ihren Gesundheitszustand massiv und dauerhaft verschlechtern und damit ihre Chancen auf ein weitgehend selbstbestimmtes Leben vermindern. Wie der Übergang chronisch kranker Jugendlicher von der kinderchirurgischen Versorgung in die Erwachsenenmedizin gelingen kann, darüber sprachen Experten auf einer Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) am 4. Dezember 2013 in Berlin.

Fehlbildungen des Enddarms und des Afters, eine nicht durchgängige Speiseröhre oder ein offener Rücken: Über sieben Prozent aller Kinder, das entspricht etwa 49 000 Neugeborenen, kommen hierzulande jedes Jahr mit schweren Fehlbildungen zur Welt. Dank aufwendiger kinderchirurgischer Operationsverfahren und moderner Intensivmedizin hat sich die Überlebensrate betroffener Kinder in den letzten zwei Jahrzehnten zunehmend verbessert. Dennoch bleiben die Patienten häufig lebenslang behindert und leiden teilweise unter beträchtlichen Störungen wie Urin- und Stuhlinkontinenz, Schluckstörungen oder Krämpfen.

Bis zum Erwachsenenalter tragen fachübergreifende Betreuungskonzepte durch Kinderchirurgen, Kinder- und Jugendärzte, Sozialpädiater sowie Kinder- und Jugendpsychiater dazu bei, dass sich die Betroffenen – trotz aller Einschränkungen

– möglichst normal entwickeln und die Schule besuchen können. „Doch die Pubertät ist eine Sollbruchstelle des gut eingespielten und strukturierten kinderchirurgisch-pädiatrischen Betreuungskonzepts“, erläuterte Professor Dr. med. Bernd Tillig, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH). „Gerade in dieser Phase, in der die jungen Menschen, verstärkt durch ihre Behinderung, besonders verletzlich und schwer zugänglich sind, müssen sie den Übergang vom vertrauten Kinderchirurgen zu fremden Spezialisten bewältigen“, erklärte der Experte. Dies gelänge oftmals schlecht oder gar nicht.

„Häufig brechen die jungen Patienten ihre Therapie ab, gehen nicht mehr zur Physiotherapie und hören auf, ihre Medikamente zu nehmen“, berichtete Tillig. Damit gingen mühsam errungene Therapiefortschritte – auch im Hinblick auf All-

tag, Schule und Berufsausbildung – wieder verloren. „Teilweise für immer“, betonte Professor Tillig. Der Chefarzt der Klinik für Kinder- und Neugeborenenchirurgie und Kinderurologie am Vivantes Klinikum Berlin verwies unter anderem auf die Bewertung des Sachverständigenrats Gesundheit, nachdem die Betreuung chronisch kranker Jugendlicher in der Übergangsphase in Deutschland „mangelhaft“ ist. „Es besteht dringender Handlungsbedarf“, so Tillig.

Die DGKCH fordert, Jugendliche beim Übergang in die Erwachsenenmedizin mit flächendeckenden Transitionskonzepten, wie etwa geeigneten wohnortnahen Weiterbetreuungseinrichtungen, zu unterstützen. Gesetzgeber und Kostenträger müssen Strukturen schaffen, die den Übergang in die Erwachsenenmedizin professionell begleiten können.

Red: ReH

Umwelt und Kindergesundheit. Gesünder groß werden.

Die 144 Seiten starke Broschüre, die von den mit Gesundheit und Umwelt befassten Bundesoberbehörden herausgegeben wurde (Bundesamt für Strahlenschutz, Bundesinstitut für Risikobewertung, Robert Koch Institut, Umwelt Bundesamt) beschäftigt sich mit vielfältigen Fragen und Problemen, so zum Beispiel mit Ernährung, Babypflegemitteln, Kleidung, Wohnumfeld, Klimawandel, Grenz- und Richtwerten und mit den politischen Ini-

tiativen und Aktivitäten auf diesen Gebieten.

Klar in der Sprache, ausgewogen in der Risikoeinschätzung und in den daraus resultierenden Ratschlägen und drucktechnisch und grafisch sehr ansprechend gestaltet, ist dieser Band ein instruktives und vergnügliches Lesebuch, zudem ein Nachschlagewerk, das für weiteres Vertiefen und Nachlesen viele wertvolle Hinweise und Links erhält.

Die Broschüre ist beim Umweltbundesamt kostenlos zu beziehen oder herunterzuladen (www.umweltbundesamt.de/publikationen/umwelt-kindergesundheit).

Prof. Dr. med. Karl Ernst v. Mühlendahl
Umweltmediziner und Kinderarzt
Kinderumwelt gGmbH
der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
Westerbreite 7, 49084 Osnabrück
info@uminfo.de

Red: ReH

Eine Frage an ...

... den Suchtbeauftragten des
bvkj Dr. Matthias Brockstedt:

Immer wieder kommt es unter Jugendlichen zu Ritalin-Missbrauch. Wie können Kinder- und Jugendärzte verhindern, dass mit dem Medikament gedealt und Missbrauch betrieben wird?



An erster Stelle steht natürlich die Frage, ob bei einem Schulkind die Diagnose eines ADHS mit der leitliniengerechten Gewissenhaftigkeit gestellt wurde, denn nur Kinder mit sicherem schweren ADHS profitieren wirklich von der medikamentösen Langzeittherapie mit Methylphenidat (R.Thomas et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder: are we helping or harming, *British Med J* 09.Nov.2013, Vol 347: 18-20).

Bei gesicherter Indikation kann die medikamentöse Therapie mit Methylphenidat (Ritalin® u.a.) sogar helfen, das Risiko von Suchtmittelgebrauch im jungen Erwachsenenalter zu reduzieren, die multimodale Therapie ist hierfür sogar noch wirksamer. Im besten Fall reduziert sich das Risiko, Methylphenidat selbst oder andere Substanzen suchthaft zu konsumieren auf das in der Normalbevölkerung vorhandene Basisrisiko. Komplizierend kommt hinzu, dass nach neuesten prospektiven Untersuchungen 30 Prozent der in der Kindheit diagnostizierten ADHS-Fälle ins Erwach-



© Christian Schwier – Fotolia.com

senenalter hinein bestehen bleiben (Barbarese WJ, Colligan RC, Weaver AL et al. Mortality, ADHD, and Psychosocial Adversity in Adults with Childhood ADHD: A Prospective Studie. *Pediatrics* 2013, Vol 131: 637-644). In dieser Gruppe der jungen Erwachsenen mit persistierendem ADHS finden sich besonders viele mit zusätzlichen psychischen Störungen, wobei Alkoholabhängigkeit, Störungen des Sozialverhaltens und andere substanzgebundene Süchte dominieren.

Speziell Ritalin® hat sich wegen seiner leichten Erreichbarkeit als Partydroge bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen als „Ersatz-Speed“ etabliert, Studenten nutzen es zudem als „cognitive enhancement“ vor Prüfungen. Da ja bei dieser missbräuchlichen Nutzung nicht mit gering möglichen Wirkmengen titriert wird, besteht stets eine große Gefahr der Überdosierung mit neben Übelkeit und Erbrechen gehäuftem Auftreten von Herzrhythmusstörungen, zerebralen Krampfanfällen, Verwirrheitszuständen bis hin zu Halluzinationen.

Die insgesamt sicher zu unkritische und über alle Altersgruppen vermehrte Verschreibung von Methylphenidat trifft somit auf einen „Markt“ in Schulen, Universitäten und Freizeiteinrichtungen, die Methylphenidat zur leicht erreichbaren und für den verkaufenden Schüler lukrativen Partydroge machen. Das müssen wir verschreibenden Ärzte wissen und hier müssen wir aktiv gegensteuern und zwar nicht nur durch altersgerechte Aufklärung der jungen Patienten und ihrer Eltern, sondern auch durch ganz klare **Verordnungsvorgaben:**

- **Einnahme der morgendlichen Tabletten nur unter Aufsicht der Eltern, bevorzugt Verordnung von Langzeitpräparaten mit einmaliger morgendlicher Einnahme ohne Möglichkeit der „Selbststeuerung“ durch die Patienten.**
- **Minutiöser Abgleich der verordneten Tablettenmenge mit den Kalendertagen. Daneben sollte im Rahmen der multimodalen Therapie das Thema des möglichen Ritalin®-Missbrauches in der besuchten Schule oder im Freizeitbereich mit den betreuenden Lehrern und Schulsozialarbeitern angesprochen werden, um rechtzeitig über die Situation vor Ort informiert zu sein.**

Dr. Matthias Brockstedt
Ärztlicher Leiter KJGD-Mitte
Reinickendorfer Straße 60b, 13347 Berlin
matthias.brockstedt@ba-mitte.berlin.de

Red: ReH

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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

0211 / 758 488-14

für telefonische Beratungen zur Verfügung.



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).



Soziale Prävention in multidisziplinären pädiatrischen Zentren, von Dr. Christoph Kupferschmid

Konzept des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, von Dr. Wolfram Hartmann, KiJuA (2013) H. 11, S. 643 ff.

Benötigen Kinder und Jugendliche neue Versorgungsstrukturen?

„Soziale Prävention in multidisziplinären pädiatrischen Zentren“ findet seit dem Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches V u. a. in Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland bereits statt. Rund 550.000 Kinder mit Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf solche werden derzeit jährlich in rund 115 Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ's) bundesweit vorgestellt, dort untersucht und behandelt. Gesetzliche Vorgaben regeln seit 1989 die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Entwicklungsstörungen, mit chronischen oder auch seltenen Krankheiten, Behinderungen und Mehrfachbehinderungen (SGB V §§ 119, 120, 43a, b). Mit dem Sozialgesetzbuch IX (§§ 26, 30) wurden die Aufgaben der Früherkennung von Entwicklungsstörungen und frühen Rehabilitation präzisiert. Prävention (primär, sekundär und tertiär) soll allen Kindern zugute kommen: den von Krankheit oder Entwicklungsstörung nicht Betroffenen, wie den Kindern und Jugendlichen, bei denen sich die Entwicklungsstörung bereits manifestiert hat. Hierbei handelt es sich um Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen („special needs“) und damit Patienten, bei denen vor allem Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention notwendig sind. Alle Arten der Prävention müssen dem Lebensalter gemäß allen Kindern zu Gute kommen. Es kann kein Zweifel sein, dass insbesondere das Sozialgesetzbuch IX seinen Finger auf die Früherkennung von Entwicklungsstörungen gelegt hat, damit frühe Förderung, Therapie etc. möglich werden.

Insofern resultiert aus diesem Gesetzeswerk ein umfassender gerade auch präventiver Versorgungsauftrag für Kinder- und Jugendärzte. Vor allem Johannes Pechstein war es, der im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes das Arbeitsfeld von Kindern und Jugendärzten erheblich erweiterte. Und Hellbrügge wies 1994 in diesem Zusammenhang zu Recht darauf hin, dass Frühdiagnostik, Frühtherapie und soziale Eingliederung Zielaufgaben der ambulanten – von ihm als „Entwicklungsrehabilitation“ bezeichneten – ärztlichen Tätigkeit sein muss (1).

In vielen Fachbereichen der Medizin ist man geneigt, nach immer neueren Versorgungsstrukturen zu rufen. In keinem anderen Fachgebiet stehen aber Strukturen zur Vernetzung aller vorhandenen Fachkräfte zur Prävention, Früherkennung, Therapie, Rehabilitation und sozialen Fürsorge für Kinder und Jugendliche zur Verfügung, wie gerade in der Kinder- und Jugendmedizin: Praxen der Kinder- und Jugendmedizin, Sozialpädiatrische Zentren, Öffentlicher Gesundheitsdienst. Fordert man nun zusätzlich Gesundheitszentren, so gefährdet man eine gewachsene konstruktiv ausgerichtete Zusammenarbeit der Fachgruppen in der Pädiatrie, zumal sich aktuell neue Aufgabenbereiche für alle diese Institutionen stellen, wie z. B. eine effektive Zusammenarbeit bei der Transition, dem Erhalt von Kinderkliniken und Kinderarztpraxen zur Weiterbildung nachfolgender Generationen von Kinder- und Jugendärzten etc. Die Transitionsaufgaben betreffend wurde vorgeschlagen, dass im deutschen Gesundheitssystem an SPZ's sozialmedizinische Zentren angeknüpelt werden, wo sich Pädiater, klinische Psychologen, Therapeuten und komplementär mit diesen Fachgruppen zusammen arbeitende Fachleute mit Fachgruppen der Erwachsenenmedizin sich zum Wohl der älter werdenden chronisch kranken Kinder – dann Jugendliche und Erwachsene – vernetzen können (2). Präventionsmaßnahmen einzuleiten kann unabhängig vom Lebensalter immer notwendig werden. Hierfür gibt es genügend Beispiele: Kinder aus Migrantenfamilien und auch Jugendliche im

Strafvollzug. Hier macht es Sinn, dass z. B. an der Technischen Universität München ein für Deutschland erstes „Sozialpädiatrisches Traumazentrum für Kinder und Jugendliche aus Flüchtlingsfamilien“ errichtet worden ist – voll finanziert von einem gemeinnützigen Verein.

„Soziale Prävention“ in neu zu errichtenden Pädiatrischen Zentren in Form von „Gesundheitszentren“ errichten zu wollen, könnte bedeuten, dass bestehende Versorgungsstrukturen Schaden nehmen. Das zu verteilende Gesundheitsbudget in Deutschland wird nicht vergrößert werden, auch nicht für Kinder und Jugendliche. Bestehende Strukturen aber zu stärken, dies sollte die Pädiatrie auf den Plan rufen: z. B. Erhalt und dringend notwendiger Ausbau des für Europa einzigartigen Forschungsinstitutes für Kinderernährung in Dortmund, wo die gesunde Ernährung des Kindes doch eine Präventionsmaßnahme höchster Priorität darstellt.

H.G. Schlack hatte schon 2008 und 2013 darauf verwiesen, dass eine „stärkere Hinwendung zu Fragen von Gesundheit und Entwicklung von Kindern“ ein pädiatrisches Hauptthema sein und weiter entwickelt werden muss (3, 4). Er hatte nicht umsonst sein Editorial im Jahr 2008 mit einem Ausrufezeichen versehen. Er sieht, wie viele andere auch, die Notwendigkeit der Errichtung einer Pädiatrischen Gesundheitswissenschaft, wenn man der Pädiatrie die Existenzgrundlage erhalten, sie auch weiter ausbauen will und damit vor allem Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen gegenüber als Kinder- und Jugendarzt ein kompetenter Berater in allen Lebens- und Gesundheitsfragen bleiben soll. Ohne eine Gesundheitswissenschaft für Kinder und Jugendliche müssen Zweifel an der Notwendig- und Sinnhaftigkeit der Errichtung von zusätzlichen Pädiatrischen Gesundheitszentren geäußert werden dürfen.

Literatur beim Autor

Univ. Prof. em. Dr. med.
Dr. h. c. Hubertus von Voß
Schloß-Prunn-Straße 9a, 81375 München
hubertus.vonvoß@t-online.de Red.: Kup

Nachgefragt

Warum brauchen stillende Mütter zusätzlich Jod?

Mit der Rubrik „Nachgefragt“ will das Netzwerk „Gesund ins Leben“ regelmäßig, kurz und knapp über die aktuellen vom Netzwerk erarbeiteten Handlungsempfehlungen und die ihnen zugrunde liegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse bei den Themen „Säuglingsernährung“ und „Ernährung der stillenden Mutter“ informieren.

Frage: Jod ist als Bestandteil der Schilddrüsenhormone von entscheidender Bedeutung für die frühkindliche Gehirnentwicklung. Ein chronischer Jodmangel führt bei Kindern zu Intelligenzminde- rung, wie weltweite Studien belegen. In Deutschland hat sich die Jodversorgung in den letzten Jahren insgesamt verbessert. Dennoch sind noch nicht alle Bevölkerungsgruppen optimal versorgt. So gibt es immer noch Defizite bei stillenden Müttern und deren Säuglingen. Schon ein milder Jodmangel der Mutter wirkt sich nega-

tiv auf die Versorgung des gestillten Säuglings aus. Welche Empfehlung für die Jodzufuhr gilt für die stillende Mutter? Brauchen Stillende zusätzlich Jod?

Antwort: Während der Stillzeit sollten ergänzend zu einer Verwendung von Jodsalz täglich 100 µg Jod in Tablettenform eingenommen werden, so die Empfehlung des Netzwerks Gesund ins Leben, eine Initiative des Bundesernährungsministeriums. Die Tabletten sind notwendig zur Ergänzung einer jodreichen Ernährung. Jodreich zu essen bedeutet, im Haushalt kon-

sequent Jodsalz zu verwenden, regelmäßig ein bis zwei Portionen Seefisch pro Woche und täglich Milch und Milchprodukte zu verzehren. Sowohl die Supplementierung mit Jod als auch eine jodreiche Ernährung sind wichtige Bestandteile der Jodmangelprophylaxe...

Info: Die ausführliche Antwort mit Literaturverweisen finden Sie hier:

<http://www.gesundinsleben.de/fuer-fachkraefte/nachgefragt/>

Red: ReH

Netzwerk Gesund ins Leben

Netzwerk Gesund ins Leben, eine IN FORM-Initiative des Bundesernährungsministeriums, stellt erstmals bundesweit einheitliche Handlungsempfehlungen zur Ernährung und Bewegung von Kleinkindern zwischen ein und drei Jahren öffentlich vor

„Viele junge Eltern suchen Antworten auf Fragen zur richtigen Ernährung, wenn Stillzeit und Breiphase vorbei sind und ihr Kind aus dem Säuglingsalter herausgewachsen ist“, erklärte Maria Flothkötter, Leiterin des Netzwerks Gesund ins Leben beim 3. Kongress in Berlin am 3. Dezember. „Angesichts der wenigen verfügbaren und oft widersprüchlichen Informationen zur Ernährung und Bewegung von Kleinkindern sind viele Eltern verunsichert und orientierungslos.“ Hier setzt das Netzwerk Gesund ins Leben mit den neuen bundesweit einheitlichen Empfehlungen zur Ernährung und Bewegung von Kleinkindern an. Die Empfehlungen geben Eltern weitere Sicherheit und bieten Multiplikatoren eine standardisierte Grundlage für die Beratung. Unter dem Motto „Gleiche Botschaften für ALLE“ kamen in Berlin am 3. Dezember im Rahmen des dritten Netzwerkkongresses 190 Teilnehmer aus den Bereichen Verbände, Politik, Wissenschaft,

Beratung und Praxis zusammen, um die Empfehlungen von den Experten des Netzwerks aus erster Hand präsentiert zu bekommen.

Die neuen Handlungsempfehlungen haben vor allem den Alltag der Familien im Blick. Die Experten erläuterten, wie Eltern ihre Kleinen an eine ausgewogene und genussvolle Familienernährung heranführen und ein Essalltag in Familien ohne Stress und unter Einbeziehung auch der Kleinsten gelingen kann. Damit sollen Eltern ihren Kindern frühzeitig ein gesundheitsförderndes Essverhalten, das auch Spaß macht, vermitteln können. Die Experten betonten wie bedeutend körperliche Aktivität für eine gesunde Entwicklung von Kleinkindern sei und wie Eltern den natürlichen Bewegungsdrang ihrer Kinder aktiv unterstützen, Tagesabläufe kleinkindgerecht gestalten und die Nutzung von Bildschirmmedien vermeiden können. Dass Nahrungsmittelunverträglichkeiten viel seltener sind als Eltern vermuten und wie Nahrungsmittelallergien richtig diagnostiziert werden, war ein weiterer Schwerpunkt.

Die neuen Empfehlungen sind nach den Empfehlungen zur Ernährung in der Schwangerschaft und zur Säuglingsernäh-

Netzwerk Gesund ins Leben

Das Netzwerk Gesund ins Leben vereint die führenden Institutionen, Fachgesellschaften und Verbände zur praxisnahen Unterstützung junger Familien. Es ist ein Projekt des Nationalen Aktionsplans IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung (www.in-form.de) der Bundesregierung und wird vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) finanziell gefördert. Weitere Informationen: www.gesund-ins-leben.de

rung bereits die dritten bundesweiten Standards von Gesund ins Leben. Vertreter der führenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Verbände und Institutionen in Deutschland sowie Experten aus Österreich haben daran mitgewirkt. Alleine im Jahr 2013 wurden 1,2 Millionen Elternmedien verteilt. Fast 90 Prozent der Kinder- und Jugendärzte kennen die Handlungsempfehlungen für das Säuglingsalter.

Info: Die Handlungsempfehlungen können herunter geladen werden unter www.gesund-ins-leben.de.

Red: ReH

Schlechtes Wohnumfeld, Kriminalität und Verkehrsdichte machen Kinder dick

Das unmittelbare Wohnumfeld sowie soziale Faktoren haben Einfluss auf die Entstehung von Übergewicht. Das bestätigte nun die Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS). Die Studie beschäftigt sich als eine der ersten europäischen Studien mit dem Zusammenhang zwischen biologischen Faktoren, Sozialstatus, Lebensstil, Lebenswelten und Übergewicht bei Kindern im Alter zwischen sechs und 14 Jahren. Die Studie wird durch das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Kompetenznetz Adipositas unterstützt.

Lebenswelten fördern Inaktivität und Überernährung

Ernährung und körperliche Aktivität haben Einfluss auf das Körpergewicht, zu viel Essen und zu wenig Bewegung sind Ursachen von Übergewicht. Der Lebensstil unterliegt aber nicht allein der individuellen Entscheidung. „Auch Lebenswelten können ‚adipogen‘ wirken, sie können das Risiko für Übergewicht erhöhen“, fasst Professor Manfred James Müller, einer der beiden Sprecher des Kompetenznetzes Adipositas, die Kernergebnisse der Studie zusammen. Zu den adipogenen Faktoren zählen neben einem großen Angebot an kalorienreichen Lebensmitteln wie beispielsweise Fast Food, auch eine hohe Verkehrsdichte und Kriminalität sowie wenig Möglichkeiten für Freizeitaktivitäten wie Sport und Erholung. Auch die Schulbildung und das Gewicht der Eltern bestimmen das Risiko von Übergewicht und Adipositas.

Fast Food an jeder Ecke, unsichere Straßen: Übergewicht ist programmiert

„Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die in sozial benachteiligten Wohngebieten aufwachsen und leben, sind häufiger



übergewichtig“, weiß der Ernährungsmediziner. Die Sozialraumanalyse in Stadt und Wohnbezirken zeigt deutliche Unterschiede in Lebensmittelangebot, Verkehrsdichte und Kriminalitätsrate. „Bei einem hohen Lebensmittelangebot essen Kinder häufiger zwischen den Mahlzeiten“, sagt Professor Müller. Eine hohe Verkehrsdichte sowie Kriminalitätsrate begünstigen Inaktivität und Medienkonsum – in diesen Wohngebieten gehen die Menschen seltener aus dem Haus und bewegen sich weniger. Eine niedrige Schulbildung verstärkt den nachteiligen Einfluss der Lebenswelt.

„Familiäre und soziale Faktoren haben im Vergleich zum Faktor Lebenswelt nach wie vor den größeren Einfluss auf das Körpergewicht“, so Professor Müller. „Dennoch sollten zukünftige Strategien der Prävention nicht allein den Lebensstil von Kindern und Jugendlichen adressieren, sondern auch den Einfluss der Lebenswelten berücksichtigen.“

Das Kompetenznetz Adipositas

Das Kompetenznetz Adipositas verbindet bundesweit Adipositas-Experten. Im Netzwerk organisierte Verbände erforschen Ursachen und Risikofaktoren für die Entstehung der Adipositas. Sie entwickeln und überprüfen neue Therapien sowie Präventionsstrategien. Das Kompetenznetz stellt fundierte und verständliche Informationen für Ärzte, Verbände, Medien und Betroffene bereit. Damit sorgt das Netzwerk für eine Stärkung der Adipositasforschung in Deutschland, für einen verbesserten Wissenstransfer der medizinischen Forschung und am Ende für eine bessere Versorgung der Betroffenen.

Weitere Infos unter www.kompetenznetz-adipositas.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 Servicenummer **0800 1011 495** zur Verfügung.

Letzte Chance für eine Praxis-Homepage bei kinderaerzte-im-netz.de zu den alten Preisen

Bis Ende Februar haben Kinder- und Jugendärzte noch die Chance, eine Homepage bei www.kinderaerzte-im-netz.de (KIN) zu den alten Preisen zu erhalten. Denn ab März gelten neue vereinheitlichte Gebühren. So wird zukünftig nicht mehr unterschieden, ob Ärzte bereits eine bestehende externe Homepage besitzen oder nicht. Bisher gilt für eine Einzelpraxis mit bestehender Homepage monatlich ein Preis von 3,75 €. Dieser soll sich für Einzelpraxen mit oder ohne Homepage ab März 2014 auf 8 € belaufen. Alle bestehenden Verträge sind von dieser neuen Regelung nicht betroffen.

Die vereinfachte Preisgestaltung ist verbunden mit dem Relaunch des KIN-Portals. Der mobile Abruf (z.B. via Smartphone und Tablet) der Seiteninhalte wird komfortabler und das Layout modernisiert. Abonnenten einer KIN-Homepage haben im zweiten Quartal 2014 die Option, mittels einer individualisierten Praxis-App (iPhone und Android) ihre Pa-

tienten bzw. deren Eltern an wichtige Vorsorgeuntersuchungen und Impftermine zu erinnern. Auch aktuelle Nachrichten zur Kinder- und Jugendgesundheit sowie regionale und lokale Bereitschaftsdienste inklusive der Notrufnummern werden Teil dieses neuen mobilen Angebotes des Berufsverbandes sein.

BVKJ-Inhalte für Mitglieder, z.B. Verbandsstrukturen oder Kontaktdaten wichtiger Funktionsträger werden wie die Kongressankündigungen von der KIN-Seite ausgegliedert und zukünftig unter www.bvkj.de abrufbar sein. Dort finden Kinder- und Jugendärzte alle verbandsrelevanten Informationen und Serviceleistungen gesammelt, u.a. Bestellscheine für Plakate, Broschüren oder neue Vorsorgehefte sowie wichtige Rufnummern. Auch die Angebote und Leistungen der BVKJ-Service GmbH werden unter einer neuen Adresse übersichtlich und einfach verfügbar sein (www.bvkj-service-gmbh.de).

Nutzen Sie also noch die Möglichkeit, Ihre Praxis-Homepage bei KIN zu den alten Preisen erstellen zu lassen bzw. anzumelden. Präsentieren Sie Ihre Praxis professionell auf dem hochfrequentierten (durchschnittlich ca. 800.000 Besucher pro Monat) und werbefreien BVKJ-Patientenportal mit Leistungsspektrum, Team-Bildern und Sprechzeiten. Füllen Sie dazu einfach das Anmeldeformular aus, und faxen Sie es an www.kinderaerzte-im-netz.de.

Weitere Informationen zu einer eigenen Praxis- oder Klinik-Homepage erhalten Sie beim Leiter der „Ärzte-im-Netz“-Homepage-Abteilung, Steven Monks, telefonisch unter 089 / 64 24 82 12, per Fax unter 089 / 64 20 95 29 oder im Internet unter <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/onlineanmeldung/index.php>

Red: ReH



Anmeldecoupon für Ihre Praxis-Homepage bei www.kinderaerzte-im-netz.de

Herausgegeben vom

bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Titel, Vorname, Name
Straße, Hausnr.
PLZ, Ort
Telefon, Fax
E-Mail, Internetadresse
(Landes)Ärzttekammer, Kassenärztliche Vereinigung
Sprechzeiten
<input type="checkbox"/> Ich/Wir bestätige/n, Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) zu sein.
<input type="checkbox"/> Ich/Wir bestätige/n, dass alle Nutzungsrechte meiner/unserer bestehenden Homepage bzw. der zur Verfügung gestellten Materialien bei mir/uns liegen. Die Monks - Ärzte im Netz GmbH und die beteiligte Fachorganisation sind von Ansprüchen Dritter freigestellt.
Ich/Wir zahle/n per SEPA-Lastschriftmandat
<small>Gläubiger-Identifikationsnummer DE81ZZZ00000700791 Ich ermächtige die Monks - Ärzte im Netz GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</small>
Geldinstitut (Name und BIC)
IBAN
Datum, Ort, Unterschrift

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die AGB (siehe: www.monks-aerzte-im-netz.de/agb). Widerrufsrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung an Monks - Ärzte im Netz GmbH, Tegernseer Landstr. 138, 81539 München, Geschäftsführer: Sean Monks, Amtsgericht München, HRB 160883, USt-IDNr.: DE 246543509

% Nur noch bis 28.2.2014 zu den alten Preisen!
Sie zahlen keine Erstellungsgebühr!

JA, ich melde eine Praxis-Homepage an für:

- Einzelpraxis mit bestehender Homepage
3,75 € / Monat zzgl. MwSt.
- Einzelpraxis ohne bestehende Homepage
7,50 € / Monat zzgl. MwSt.
- Gemeinschaftspraxis mit bestehender Homepage
5,- € / Monat zzgl. MwSt.
- Gemeinschaftspraxis ohne bestehende Homepage
10,- € / Monat zzgl. MwSt.

JA, aktivieren Sie folgende kostenlose Zusatztools auf meiner Praxis-Homepage:

- Aktuelle Meldungen von www.kinderaerzte-im-netz.de
- Vorsorge- und Impferinnerungsdienst
- BMI-Rechner
- Blutdruck-Rechner

So können Sie sich anmelden:

- per Fax an:
089 / 64 20 95 29
- Monks - Ärzte im Netz GmbH
"Kinderärzte im Netz"
Tegernseer Landstraße 138, 81539 München
- Im Internet unter:
www.kinderaerzte-im-netz.de/onlineanmeldung
- Sie haben Fragen?
Rufen Sie uns an unter: 089 / 64 24 82 -12/22/23
E-Mail: support@kinderaerzte-im-netz.de

Neue Studie: Entscheidend für späteres Trink- verhalten ist die Pubertät

Aktuelle Ausgabe des „Alkoholspiegel“ der BZgA stellt wissenschaftliche Ergebnisse vor

Je früher Kinder und Jugendliche mit Alkohol in Kontakt kommen, desto riskanter ist ihr späteres Trinkverhalten. Diese Erkenntnis wird anhand einer Studie des Mannheimer Zentralinstituts für Seelische Gesundheit (ZI) um einen entscheidenden Faktor ergänzt: Vor allem die Pubertät ist der Zeitraum, in dem der Konsum von Alkohol ein späteres Suchtverhalten am stärksten beeinflusst. Da die Pubertät bei Mädchen früher einsetzt, als bei Jungen, ist die riskante Reifungsphase bei den Geschlechtern unterschiedlich und muss bei Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen entsprechend berücksichtigt werden.

„Die neuen Studienergebnisse bestätigen eindrucksvoll, dass ein Hinauszögern des Einstiegsalters beim Alkohol trinken ein wichtiges Präventionsziel bleiben muss“, so **Prof. Dr. Elisabeth Pott**, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

In der aktuellen Ausgabe des „Alkoholspiegel“, dem BZgA-Newsletter zur Alkoholprävention, werden unter anderem die Ergebnisse der Studie von einer der Co-

Autorinnen, von Dr. Miriam Schneider, vorgestellt. Sie erklärt, wie Alkohol die neurobiologischen Entwicklungsprozesse im Gehirn von Jugendlichen nachhaltig stören kann.

Der „Alkoholspiegel“ bietet außerdem ein Redaktionsgespräch mit Prof. Dr. Elisabeth Pott und Dr. Volker Leienbach, Direktor des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV). Das Rauschtrinken unter Jugendlichen war vor fünf Jahren für die PKV Anlass, die BZgA-Jugendkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ zu unterstützen.

Red: ReH

Info:

Der „Alkoholspiegel“ steht unter www.bzga.de/presse/publikationen/ zum Download bereit.

Bestellungen sind im Internet unter <http://www.bzga.de/infomaterialien/alkoholpraevention/alkoholspiegel/> sowie per Fax unter 0221-8992257 oder per E-Mail unter order@bzga.de möglich. Der „Alkoholspiegel“ wird kostenlos abgegeben.

Spitzenmedizin für Kinder in NRW

Die Techniker Krankenkasse hat kürzlich eine Broschüre „Spitzenmedizin für Kinder in NRW“ vorgelegt:

<http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/612244/Datei/116702/>

TK-Broschuere-TKNetzwerk-Spitzenmedizin-Kinder-in-NRW.pdf

Die Kinderinsel in Siegen ist einzigartig in Deutschland. Auf dieser Intensivstation wohnen Kinder mit einer Atemlähmung. Einigen gibt Dr. Rainer Blickheuser von der DRK-Kinderklinik durch die Implantation eines Zwerchfellschrittmachers eine neue Lebensqualität. In Münster kämpft Prof. Dr. Heribert Jürgens mit

seinem Team seit 40 Jahren gegen das Ewing-Sarkom einen aggressiven Knochentumor bei Kindern. Dies sind nur zwei Beispiele von insgesamt 19 Projekten, die die Techniker Krankenkasse (TK) in einer neuen Broschüre vorstellt. „Mit ‘TK-Netzwerk Spitzenmedizin für Kinder in NRW’ wollen wir Eltern, deren Kinder lebensbedrohlich erkrankt sind, Mut machen“, sagt Günter van Aalst, Leiter der TK-Landesvertretung NRW. Gleichzeitig dokumentiere die Broschüre die Leistungsfähigkeit des Medizin- und Forschungsstandortes Nordrhein-Westfalen.

Quelle: GKiND

Red: ReH

Bits + Bytes ● ● ●



Wo Konzerne schon mal Jahre für die Entwicklung brauchen, sind kleine Anbieter oft schneller fertig: So hat die Firma Zollsoft ihr Programm Tomedo in gerade mal zwei Jahren entwickelt. Durch die spezielle Anpassung für die Mac Plattform ist das Programm quasi nebenbei auch direkt auf iPad und iPhone lauffähig. Tomedo ist aus der Praxis in einem großen OP-Zentrum in Jena entstanden und wird seit dem Sommer 2013 angeboten.

Und noch ein Programm für die Mac Plattform wurde im Frühjahr 2013 vorgestellt: Das Programm Arkandus wurde in einer großen Münchener Praxisklinik entwickelt, in der es schon länger im Einsatz ist. Derzeitig im Focus des Programms stehen zunächst Augenarztpraxen, weitere Fachrichtungen werden bereits unterstützt. Neben dem Mac ist die Unterstützung weiterer Betriebssystem-Plattformen geplant.

Rückblick 2013 und Ausblick 2014: Neue Programme am Software-Markt

Der Markt für Arztpraxis Software bleibt in Bewegung

Nachdem es die erste Plattform-Entwicklung der medatiXX ixx.one im Jahr 2011 nicht bis zur Auslieferung in die Arztpraxen geschafft hatte, soll nun der Durchmarsch mit dem neu entwickelten Programm X2 erfolgen. Die Software wurde bereits im September bei der KBV-zertifiziert, zum Start in den Arztpraxen gibt es aber noch keinen Termin. Anwender von Isynet, DOConcept, DOComfort und Easymed müssen sich also noch etwas weiter gedulden.

Auch die CompuGroup ist nicht untätig: Man entwickelt eine Plattform-Lösung unter dem Projektnamen G3, die alle Anwender der etablierten Klassiker MediStar, TurboMed, Albis, M1 und David gleichermaßen bedienen soll. Den Durchbruch sollen, nachdem die Version auf der Medica 2013 dann doch nicht zu sehen war, 2014 die Service-Partner von Albis machen mit einer zunächst für Privatpraxen geeigneten Version schaffen.

Allein auf Cloud-Technologie setzt RED medical mit seiner gleichnamigen bereits im März 2013 KBV-zertifizierten Lösung. Es reicht ein Web Browser, egal auf welchem Betriebssystem, auf einem Arbeitsplatz verfügbar zu haben. Für Backups und Updates ist dann das Rechenzentrum zuständig. Frischen Wind in die Branche dürfte auch das Abrechnungsmodell bringen: Es wird nur pro abgerechneten Patienten und verbrauchten Speicherplatz gezahlt – egal für wieviele Arbeitsplätze und Ärzte in der Praxis.

Gespannt schaut die Software-Branche auch auf t2med, initiiert von Dr. Hans-Joachim von der Burchard, dem ehemaligen Entwickler von TurboMed. Die neu entwickelte Lösung, die dann auf allen Plattformen laufen soll, hat man allerdings erst zur Medica 2014 angekündigt.

Dr. Bernd Byte

Red: ReH

Arthur-Schlossmann-Preis und Stipendien 2014 der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie

Die Sächsisch-Thüringische Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie wird auf ihrer Jahrestagung 2014 in Halle (Saale) erneut den **Arthur-Schlossmann-Preis** vergeben. Mit dem Preis sollen besonders wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin ausgezeichnet werden. Die Arbeit braucht noch nicht veröffentlicht zu sein, doch soll ihre Veröffentlichung möglichst bevorstehen. Die Ausschreibung finden Sie auf www.stgkjm.de. Bewerber müssen bis zum 31.01.2014 fünf Exemplare ihrer Arbeit an den 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 abzurufen.

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

in den vergangenen Jahren stand an dieser Stelle unsere kleine Rubrik „Wenn Schackeline zur U6 kommt ...“ Sie haben uns Monat für Monat Ihre Lieblingsnamen zugeschickt. Dafür danken wir heute noch einmal herzlich. Aus Schackeline ist inzwischen ein Schulkind geworden. Sie liest flüssig und beherrscht den Zahlenraum bis 100. Ihre Lehrerin ist begeistert.

Wir verlassen Schackeline nun. Künftig finden Sie an dieser Stelle unsere kleine Rubrik „Morgens um 10 in meiner Praxis ...“

Wir sind gespannt auf Ihre Erlebnisse.

ReH

● Morgens um 10 in meiner Praxis ...

... kommt Mutter mit bockigem Kind,

Mutter stellt erstmal den Coffee to go im Becher auf den Schreibtisch.

Ob ich auch Kekse anbieten soll????

Dr. Steffen Lüder, Berlin



Internet und Computerspiele: 2,5 Prozent der Jugendlichen spielen exzessiv

Aktuelle Studienergebnisse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigen, wie Jugendliche das Internet nutzen

Erstmals veröffentlicht die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in einem aktuellen Forschungsbericht Daten dazu, wie häufig und intensiv Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren das Internet und Computerspiele nutzen. Insgesamt 5.001 Personen in Deutschland wurden in der repräsentativen Studie im Jahr 2011 zu ihrem Online- und Computerspiel-Verhalten befragt.

Zu den Studienergebnissen erklärt **Prof. Dr. Elisabeth Pott**, Direktorin der BZgA: „In Schule und Beruf wird Medienkompetenz vorausgesetzt. Gleichzeitig ist mit der hohen Attraktivität von Internetangeboten und Computerspielen aber immer auch das Risiko einer exzessiven und problematischen Nutzung gegeben.“

Bei etwa 2,5 Prozent der 12- bis 25-Jährigen in Deutschland liegt eine solche exzessive Nutzung von Internet- und Computerspielangeboten vor. Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt es dabei nicht. Exzessive Nutzung heißt zum Beispiel, dass die Zeit, die im Internet verbracht wird, nicht mehr kontrolliert werden kann oder dass es zu Angstzuständen oder Reizbarkeit kommt, wenn man nicht online sein kann.

Die weiteren Ergebnisse zeigen, dass 97,7 Prozent der Befragten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung das Internet genutzt haben. Im Vordergrund stehen für beide Geschlechter Kommunikationsangebote wie zum Beispiel E-Mails oder soziale Netzwerke, Informationsseiten wie Wikipedia, Google oder Nachrichten



und Unterhaltungsangebote wie Musik- und Videodownloads.

Computerspiele sind bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen ebenfalls beliebt: 53,9 Prozent geben an, online zu spielen und 76,4 Prozent spielen offline – zum Beispiel über Spielkonsolen. Männliche Befragte nutzen Computerspiele rund dreimal so lange wie weibliche Befragte. Dabei bevorzugen sie sogenannte „Ballerspiele“, Abenteuer-, und Sportspiele, während bei den Mädchen und jungen Frauen eher Denk- und Geschicklichkeitsspiele im Trend liegen.

Dazu **Prof. Dr. Elisabeth Pott**: „Damit Jugendliche erst gar kein suchtähnliches Verhalten entwickeln, ist es wichtig, sie früh zu erreichen und bei ihnen einen kritisch-verantwortungsvollen Gebrauch des Internets zu fördern. Präventionsangebote sollten dabei das unterschiedliche Nutzungsverhalten von Mädchen und Jungen sensibel aufgreifen und ihre Kompetenzen im Netz entsprechend stärken.“

Info:

Mit ihrem Präventionsangebot „Ins Netz gehen“ (www.ins-netz-gehen.de) setzt die BZgA bei Jugendlichen ab zwölf Jahren an, um den kritischen und verantwortungsvollen Umgang mit Computerspielen und Internet zu fördern und für die Risiken einer exzessiven Nutzung zu sensibilisieren. Das Online-Beratungsprogramm „Das andere Leben“ bietet außerdem Unterstützung an, wenn eine Tendenz zur suchtähnlichen Nutzung von Computerspielen und Internetangeboten vorliegt.

Weitere Informationsangebote der BZgA:

- „Computerspiele find ich toll! Wo ist das Problem?“ – Flyer zum Thema „Computerspiele im Internet“ für Jugendliche
- „Im Netz bin ich am liebsten! Wo ist das Problem?“ – Flyer zur richtigen Nutzung von Internetangeboten für Jugendliche
- „Online sein mit Maß und Spaß“ – Ein Elternratgeber zum richtigen Umgang mit digitalen Medien

Die Materialien können unter www.ins-netz-gehen.de beziehungsweise

www.bzga.de/infomaterialien/suchtvorbeugung bestellt werden.

Der aktuelle Studienbericht ist unter www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtprevention/ als Download verfügbar.

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.

Die Happy Mom & Baby Tasche ist eine Bereicherung für die U2/U3 Untersuchung!

Die Einführung der Happy Mom & Baby Tasche für junge Eltern zur U2/U3 Untersuchung war erfolgreich. Das zeigt eine Nutzerbefragung unter 355 Arztpraxen. Das von der Happy Mom Group und



der BVKJ Service GmbH entwickelte Projekt wurde von den teilnehmenden Kinder- und Jugendärzten überwiegend mit der Note 1,8 beurteilt.

Die grüne Happy Mom & Baby Tasche wird den Eltern als Begrüßungsgeschenk von den Ärzten überreicht und enthält neben sinnvollen Proben und Broschüren auch den „Leitfaden für junge Eltern“.

Sämtliche Proben und Broschüren in der Happy Mom & Baby Tasche werden vor der Freigabe von BVKJ-Präsident Dr. Hartmann geprüft.

Der Leitfaden wurde vom BVKJ geschrieben und findet bei 82 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte sehr guten oder guten Anklang.

Auch die Eltern lieben die Taschen. Das ergab eine Online-Befragung.

96 Prozent der jungen Eltern fühlen sich durch die Tasche Happy Mom & Baby rundum gut informiert und 97 Prozent finden die enthaltenen Informationen seriös.

Der „Leitfaden für junge Eltern“ wurde auch hier positiv bewertet: insgesamt finden 97 Prozent der Empfänger den Inhalt

und die optische Gestaltung genau richtig. Die Inhalte des Leitfadens sind auch unter www.happymomundbaby.de verfügbar.

Die Happy Mom & Baby Tasche für die U2/U3 kann bei der Happy Mom Group gegen eine Schutzgebühr von 1 Euro pro Tasche bestellt werden. Eine Lieferung enthält 16 Taschen und ein kostenloses Professional Pack für 16,- Euro zzgl. MwSt.

Ein großer Erfolg ist auch die Abo-Aktion mit den Happy Mom & Baby. Hier können die Praxen im wöchentlichen, monatlichen oder vierteljährlichen Rhythmus Taschen bestellen. Vorteil: die Taschen kosten, aufgrund des geringeren Verwaltungsaufwands, nur noch 0,50 € pro Tasche bzw. 8,- € pro Karton mit 16 Taschen und einem Professional Pack.

Kontakt: Happy Mom Group GmbH,
anfrage@happymomundbaby.de,
Telefon: 07243-5232862
Fax: 07243-5232864

Red: ReH

Medizinische Bewertung des Babyschwimmens

Der Kinder- und Jugendarzt Karsten Theiß sowie der Anästhesist Dr. Ulrich Jost haben für die Leitung Medizin der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft (DLRG) eine Sichtung der vorhandenen Literatur zum Thema „Babyschwimmen“ vorgenommen. Dies führte zu einer Stellungnahme, die sich vor allem an Kursleiter von „Babyschwimmkursen“ richtet, aber auch Ärzten und interessierten Eltern als Informationsquelle dienen kann:



© detailblick – Fotolia.com

So sollte z.B. das Untertauchen in den Kursen wegen der Gefahr des Ertrinkens unterbleiben.

Grundsätzlich sollte vor einer Teilnahme an solchen Angeboten für Bewegungsspiele mit Säuglingen im Wasser eine ärztliche Untersuchung erfolgen und die Eltern über generelle und akute Kontraindikationen aufgeklärt werden. Die Literatur berichtet z.B. über einen möglichen Zusammenhang zwischen Babyschwimmen und Asthma bronchiale durch Schädigung der Clara-Zellen durch Trichloramin. Hohe Trichloraminkonzentrationen können am typischen Schwimmbadgeruch erkannt werden. Gute Hygienemaßnahmen reduzieren den Harnstoffeintrag, der für die Trichloraminbildung notwendig ist.

Trotz vieler anekdotischer Berichte und Videos ist wissenschaftlich nicht belegt, dass „Babyschwimmen“ Säuglinge zu einer Selbstrettung bei Sturz ins Wasser befähigen.

Bezüglich der Auswirkung von Babyschwimmen auf die spätere Entwicklung ist die Datenlage in der Literatur sehr dünn. Eine kleine Untersuchung zeigte im Vorschulalter gewisse Vorteile für die ehemaligen Teilnehmer am Babyschwimmen.

Weitere Infos:

http://www.dlrg.de/fileadmin/user_upload/DLRG.de/Fuer-Mitglieder/Medizin/Babyschwimmen18.12.2013.pdf

DLRG e.V., Leitung Medizin,
Im Niedernfeld 1-3,
31542 Bad Nenndorf,
medizin@dlrg.de

Red: ReH

3. Netzwerkkongress:

Gleiche Botschaften für ALLE – Ernährung und Bewegung im Kleinkindalter

Wie können Eltern ihr Kleinkind für eine gesundheitsfördernde Ernährung begeistern, für reichlich Bewegung sorgen und Allergien vorbeugen? Das Netzwerk Gesund ins Leben, eine IN FORM-Initiative des Bundesernährungsministeriums, stellte die im Konsens mit relevanten Fachgesellschaften und Berufsgruppen entwickelten Handlungsempfehlungen zur Ernährung und Bewegung im Kleinkindalter am 3. Dezember 2013 auf dem 3. Kongress des Netzwerks in Berlin dem Fachpublikum vor.

Rund 180 Teilnehmer informierten sich, diskutierten und tauschten sich über den Transfer der Empfehlungen in verschiedene Lebenswelten und Settings aus. Darunter auch Vertreter des BVKJ. Der BVKJ ist Gründungsmitglied von Gesund ins Leben und steuert seit Beginn des Netzwerks dessen Aktivitäten.

2010 wurden die „ersten“ Handlungsempfehlungen – jene zur Ernährung im Säuglingsalter veröffentlicht, die sich mit ca. 550.000 Abdrucken bis heute großer Nachfrage erfreuen. Auch ihr Bekanntheitsgrad und die Akzeptanz sind hoch: 86 Prozent der Multiplikatoren kennen sie. Mit den nun vorgestellten „dritten“ – Empfehlungen, den Empfehlungen für das Kleinkindalter, ist die Phase von der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr abgedeckt. Die Empfehlungen, veröffentlicht in der Dezemberausgabe der Monatsschrift Kinderheilkunde, werden über einen Sonderdruck verbreitet und durch



Elternflyer und Aufkleber für das Kinderuntersuchungsheft, Folienvorträge und Poster ergänzt. Als neue Schwerpunkte für zukünftige Tätigkeiten hat das Netzwerk Maßnahmen im Social Media/App-Bereich,

den Zugang zu schwer erreichbaren Zielgruppen und vor allem die Zukunft des Netzwerks, dem über 400 Partnerorganisationen angehören, in den Blick genommen.

Red: ReH

BVHK: Seminare und Broschüren für herzkrankte Kinder und Familien im neuen Jahr

Für herzkrankte Kinder und ihre Familien ist der Bundesverband Herzkrankte Kinder (BVHK) eine wichtige Anlaufadresse. Hier finden sie zuverlässig Hilfe und Information zu allen Fragen rund um das Leben mit einem kranken Herzen.

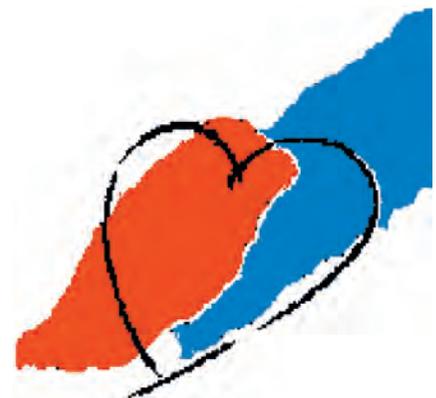
Die BVHK-Broschüren „Familienorientierte Reha“ und „Herzkrankte Kinder in der Schule“ sind so beliebt, dass sie auch 2014 weiter angeboten werden.

Kinder- und Jugendärzte können ihre herzkranken Patienten auch in diesem Jahr wieder zu der schon traditionellen Reiter-

woche, Segelwoche oder zum Medienkompetenzseminar schicken. Herzkrankte Kinder und Jugendliche lernen hier abseits der oft überängstlichen Eltern, wo ihre Möglichkeiten und Grenzen liegen. Die Begegnung mit anderen Betroffenen stärkt das Gefühl, nicht allein mit der Krankheit zu sein. Die Sportwochen werden von Kinderkardiologen ehrenamtlich betreut. Eltern bietet der BVHK Elterncoachings an. Für die ganze Familie gibt's zudem das Familien-Wochenende.

Infos unter www.bvhk.de

Red.: ReH



Editorial ● ● ●

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Leser der Zeitschrift Kinder- und Jugendarzt,

nach zehn Jahren erfolgreicher Arbeit als Herausgeber des wissenschaftlichen Teils der Zeitschrift Kinder- und Jugendarzt haben sich die Kollegen Prof. Hans-Jürgen Christen (Hannover) und Prof. Frank Riedel (Hamburg) verabschiedet und die Arbeit in unsere Hände gelegt. Wir danken beiden Kollegen sehr und freuen uns auf die kommenden Aufgaben.

Entsprechend der zunehmenden Spezialisierung der Pädiatrie haben wir das Team der Herausgeber des wissenschaftlichen Teils erweitert. Das neue Team hat sich am 21.08.2013 in Frankfurt konstituiert und in der bewährten Assistenz durch Christiane Daub-Gaskow und in enger Kooperation mit den anderen Redak-

teuren und dem Vorsitzenden des Berufsverbandes Dr. Wolfram Hartmann seine Arbeit aufgenommen.

Das neue Herausgeberteam stellt sich hier kurz persönlich vor.

Eine Zeitschrift lebt vom Dialog mit ihren Lesern. Bitte teilen Sie uns mit, wo wir bzw. die Zeitschrift noch besser werden können.

Bremen, Februar 2014

Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz
(Federführender Chefredakteur)

Hans-Iko Huppertz



Jahrgang 1953, Prof. Dr. med., Direktor der Professor-Hess-Kinderklinik in Bremen. Medizinstudium in Bonn und Würzburg, 1979 Promotion über das Mumpsvirus. Chirurgie und Geburtshilfe in Rotenburg/Wümme, Entwicklungshelfer in Rwanda/Zentralafrika, bis 1988 Ausbildung zum Kinderarzt an der Universitätskinderklinik in Würzburg, Medizinische Mikrobiologie und Pädiatrische Rheumatologie an der University of British Columbia in Vancouver/Kanada. 1992 Habilitation über die Pathogenese chronischer Entzündung durch persistierende Infektionen, Oberarzt

an der Universitätskinderklinik Würzburg, 1998 Professor der Kinderheilkunde. Seit 1999 Direktor der Professor-Hess-Kinderklinik, Umhabilitation nach Göttingen. 2005 Ausrichtung der 101. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in Bremen. Wissenschaftliche Interessen: Infektiologie, Impfungen, Rheumatologie, Pharmakotherapie in der Kinder- und Jugendmedizin.

Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz
Prof.-Hess-Kinderklinik
Sankt-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen
Tel. 0421/4975411
E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de

Florian Heinen



Jahrgang 1960, Prof. Dr. med., Leiter der Abteilung Pädiatrische Neurologie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie, Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwigs-Maximilians-Universität München; zugleich Ärztlicher Direktor des integrierten Sozialpädiatrischen Zentrums im Dr. von Haunerschen Kinderspital. Honorarprofessor an der Universidade Católica de Moçambique in Beira, Mosambik. 1987 Promotion über kinder- und jugendpsychiatrisches Thema (Suizidversuche). Beginn der Ausbildung zum Kinderarzt an der Universitätskinderklinik Freiburg (Prof. Dr. W. Künzer), „eingeschobene“ neurologische Facharztausbildung in der Neurologie und Psychiatrie der Universität Freiburg (Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. mult. Florian Holsboer, Prof. Dr. Dr. h.c. Karl-Hermann Lücking), Fortsetzung der pädiatrischen Ausbildung (Prof. Dr. Matthias Brandis) und der dann neuropädiatrischen Ausbildung (Prof. Dr. Rudolf Korinthenberg) an der Universitätskinderklinik Freiburg. Habilitation für das Fach Pädiatrie und Neuropädiatrie mit einem Thema der Entwicklungsneurologie und klinischen Neurophysiologie (TMS,

transkranielle Magnetstimulation). 1999 Chefarzt und Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Wedau Duisburg, 2003 Annahme des C3 Rufes auf die Professur für Neuropädiatrie am Dr. von Haunerschen Kinderspital der Universität München. Konzept und Aufbau des integrierten Sozialpädiatrischen Zentrums. Ausrichter nationaler und internationaler Kongresse. Herausgeber des Lehrbuches Pädiatrische Neurologie (Diagnose und Therapie mit Paediatric Clinical Scouts) und Herausgeber der Reihe Pädiatrische Neurologie: (1) Neuropharmakotherapie und klinische Systematik (2012), (2) Fetales Alkoholsyndrom (2013), (3) Praxis Entwicklungsneurologie (2014). Aktuelle wissenschaftliche Interessen: Schmerz und Kopfschmerz (Migräne), Bewegungsstörungen (CP/Dystonien), Entwicklungsneurologie.

Prof. Dr. med. Florian Heinen
Abt. f. Päd. Neurologie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie
integriertes Sozialpädiatrisches Zentrum München
Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital
Ludwig-Maximilians-Universität München
Lindwurmstraße 4, 80337 München
Telefon: 089 51607851
E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de

Peter H. Höger

Von 1983 bis 1990 Facharztausbildung Pädiatrie an den Univ.-Kinderkliniken Zürich, Würzburg, Hamburg.
1990/91 Abt. Allergologie, Univ.-Hautklinik Hamburg.
1991–1992 Research Fellow, Dept. Immunology/Allergy, Boston Children's Hospital.
1994 Habilitation und Venia legendi für Pädiatrie.

1994–1998 Facharztausbildung Dermatologie an der Univ.-Hautklinik Hamburg und dem Great-Ormond-Street Hospital/Dept. Paediatric Dermatology, London.

Von 1998 bis 2004 Oberarzt und Leiter des Funktionsbereiches Pädiatrische Dermatologie, Univ.-Hautklinik Hamburg.
2005 Venia legendi für Dermatologie.
Seit 2005 Chefarzt der Kinderklinik und seit 2007 auch der neu gegründeten Abteilung für Pädiatrische Dermatologie/Allergologie am Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Hamburg.

Prof. Dr. med. Peter H. Höger
Abt. Pädiatrie und Pädiatrische Dermatologie/Allergologie
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg
Tel. 040/67377202
E-Mail: p.hoeger@khh-wilhelmstift.de

Klaus-Michael Keller

Jahrgang 1952, seit 1999 Leiter des FB Kinder- und Jugendmedizin der Dt. Klinik f. Diagnostik, Wiesbaden, zertifizierter pädiatrischer Gastroenterologe. Medizinstudium in Freiburg und Ulm, 1978 Promotion, 1978–1980 Ass.-Arzt KKh St. Hedwig, Freiburg, und Dt. Herzzentrum, München, Abt. Kinderkardiologie, 1980–1982 Kinderpathologie Universität Freiburg, 1982–1992 Kinderklinik Universität Mainz (Prof. Spranger), 1992–1998 Universität Bonn (Prof. Lentze), 1987 Facharzt für Kinderheilkunde. 1994 Habilita-

tion Universität Bonn. Seit 2000 apl. Professor für Kinderheilkunde der Univ. Bonn. Forschungsschwerpunkte: CED, Zöliakie, Mukoviszidose, Helicobacter pylori, Adipositas. Fortbildungsaktivitäten im Rahmen des BVKJ als Vorsitzender des Fortbildungsausschusses, wiss. Leiter des jährl. Kinder- und Jugendärztetages Berlin und des Herbst-Seminar-Kongresses Bad Orb.

tion Universität Bonn. Seit 2000 apl. Professor für Kinderheilkunde der Univ. Bonn. Forschungsschwerpunkte: CED, Zöliakie, Mukoviszidose, Helicobacter pylori, Adipositas. Fortbildungsaktivitäten im Rahmen des BVKJ als Vorsitzender des Fortbildungsausschusses, wiss. Leiter des jährl. Kinder- und Jugendärztetages Berlin und des Herbst-Seminar-Kongresses Bad Orb.

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller
Deutsche Klinik für Diagnostik
FB Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden
Tel. 0611/577238
E-Mail: klaus-michael.keller@dkg-wiesbaden.de

Stefan Zielen

Jahrgang 1957, Prof. Dr., 1984 Promotion mit dem Thema „Untersuchung des Faktor VIII-Komplexes bei Morbus Crohn“, 1990 Facharzt für Kinderheilkunde, 1992 Zusatzbezeichnung Allergologie, 1994 Privatdozent, 1998 Habilitation Universität Bonn, 2001 Habilitation Universität Frankfurt/M., 1992–1998 Oberarzt der Abt. Allg. Pädiatrie der J.W. Goethe-Universität, Frankfurt, seit 2001 Chefarzt Pädiatrische Allergologie und Pneumologie der J.W. Goethe-Universität Frankfurt. 1995 Messer-

Preis der J.W. Goethe-Universität, Frankfurt, 1996 Hauptpreis der Deutschen Gesellschaft für Heredo-Ataxie.

Preis der J.W. Goethe-Universität, Frankfurt, 1996 Hauptpreis der Deutschen Gesellschaft für Heredo-Ataxie.

Prof. Dr. Stefan Zielen
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Pädiatrische Allergologie, Pneumologie und Mukoviszidose
J.W. Goethe-Universität Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt/Main
Tel.: 0049-69/6301-83063
E-Mail: Stefan.Zielen@kgu.de

Wenn das Geschlecht nicht eindeutig ist...

Zeitgemäßer Umgang mit Besonderheiten der Sexualdifferenzierung



Prof. Dr. med.
Gernot H. G.
Sinnecker

Die Geburt eines Kindes mit uneindeutigem Genitale ist für Eltern und oft auch für Hebammen, Schwestern und Ärzte überraschend und irritierend. Zügige und zielgerichtete Diagnostik, umfassende Beratung der Eltern und ein multiprofessionelles Team sind Voraussetzungen, um die anstehenden schwierigen Entscheidungen treffen zu können. Sollte das Kind als Mädchen oder als Junge aufwachsen? Wie würde es selber entscheiden? Würde es vielleicht gar keinem oder einem „dritten“ Geschlecht angehören wollen?

Grundlage dieser Entscheidungen sollten gute Kenntnisse der Anatomie und der Physiologie der Geschlechtsdifferenzierung sein, um das Entwicklungspotential des Kindes in der Pubertät einschätzen zu können. Wichtig sind aber auch kulturelle Gegebenheiten, Erwartungen, Wünsche und Ängste der Eltern, die zunächst einmal völlig unvorbereitet mit dieser Situation konfrontiert sind. Aufgrund der grundsätzlichen Schwierigkeit, den mutmaßlichen Willen eines Säuglings einzuschätzen, müssen Entscheidungen mit größtmöglicher Sorgfalt und Zurückhaltung und unter Berücksichtigung ethischer Grundsätze (Wiesemann et al. 2009) getroffen werden. Operative Maßnahmen, die die körperliche Integrität des Kindes verletzen und irreversibel verändern, dürfen grundsätzlich erst dann durchgeführt werden, wenn das Kind so urteils- und entscheidungsfähig ist, dass es die Tragweite solcher Eingriffe einschätzen und das Für und Wider differenziert beurteilen kann. Das ist in der Regel erst im frühen Erwachsenenalter der Fall.

Nomenklatur

Die European Society for Pediatric Endocrinology (ESPE) und die Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society (LWPS) haben eine Nomenklatur vorgeschlagen, die den heutigen Kenntnissen der Biologie von Sexualdifferenzierungsstörungen und den Bedürfnissen Betroffener Rechnung tragen soll (Hughes et al. 2006). Begriffe wie Intersex, Pseudohermaphroditismus, Hermaphroditismus und Geschlechtsumkehr sind problematisch. „Störungen der Geschlechtsentwicklung“ (engl.: disorders of sex development, DSD) soll einen angeborenen Zustand beschreiben, in dem die Geschlechtschromosomen, die Entwicklung der Gonaden oder das anatomische Geschlecht atypisch sind. Da auch der Begriff „Störung“ ein pathologisches Geschehen impliziert, sollte im deutschen Sprachraum das neutralere Wort „Besonderheiten“ verwendet werden. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über die vorgeschlagene neue Nomenklatur.

Normale Sexualdeterminierung und -differenzierung

Das genetische Geschlecht wird durch die Geschlechtschromosomen determiniert. Wird die Eizelle mit einer Samenzelle befruchtet, die zusätzlich zum haploiden Autosomensatz ein X- oder ein Y-Chromosom enthält, so ist das chromosomale Geschlecht entweder weiblich (46,XX) oder männlich (46,XY). Unter dem Einfluss der „Sex-determinierenden Region“ auf dem Y-Chromosom (SRY) entwickelt sich aus der gonadalen Anlage der Testis. Ist SRY nicht vorhanden, entwickeln sich ab der 10. Woche Ovarien. Die weitere Differenzierung der inneren und äußeren Geschlechtsanlagen steht unter der Kontrolle der Sekretionsprodukte der fetalen Hoden.

Das innere Genitale entwickelt sich bei beiden Geschlechtern aus zwei paarigen Geschlechtsgängen. Sind keine Hoden vorhanden, kommt es zur Regression der Wolff-Gänge, während sich aus den Müller-Gängen Uterus, Tuben und der obere Anteil der Vagina entwickeln. Auch das äußere Genitale entwickelt sich weiblich, wenn es nicht durch Androgene virilisiert wird. Ein funktionsfähiges Ovar ist dazu nicht notwendig, lediglich die Abwesenheit von Testes.

Im Gegensatz dazu ist die männliche Entwicklung immer ein aktiver Prozess. Der fetale Hoden produziert Testosteron und das Anti-Müller-Hormon (AMH). Unter der Einwirkung des AMH regredieren die Müller-Gänge, während die Entwicklung der Wolff-Gänge durch Testo-

Tab. 1: Nomenklatur von Besonderheiten der Sexualdifferenzierung (nach Hughes et al. 2006)

Alt	Neu
Intersex	Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung (Disorders of sex development, DSD)
Pseudohermaphroditismus masculinus	46,XY DSD
Pseudohermaphroditismus femininus	46,XX DSD
Echter Hermaphroditismus	Ovotestikuläre DSD
XX male oder XX Geschlechtsumkehr	46,XX testikuläre DSD
XY Geschlechtsumkehr (sex reversal)	46,XY komplette Gonadendysgenese

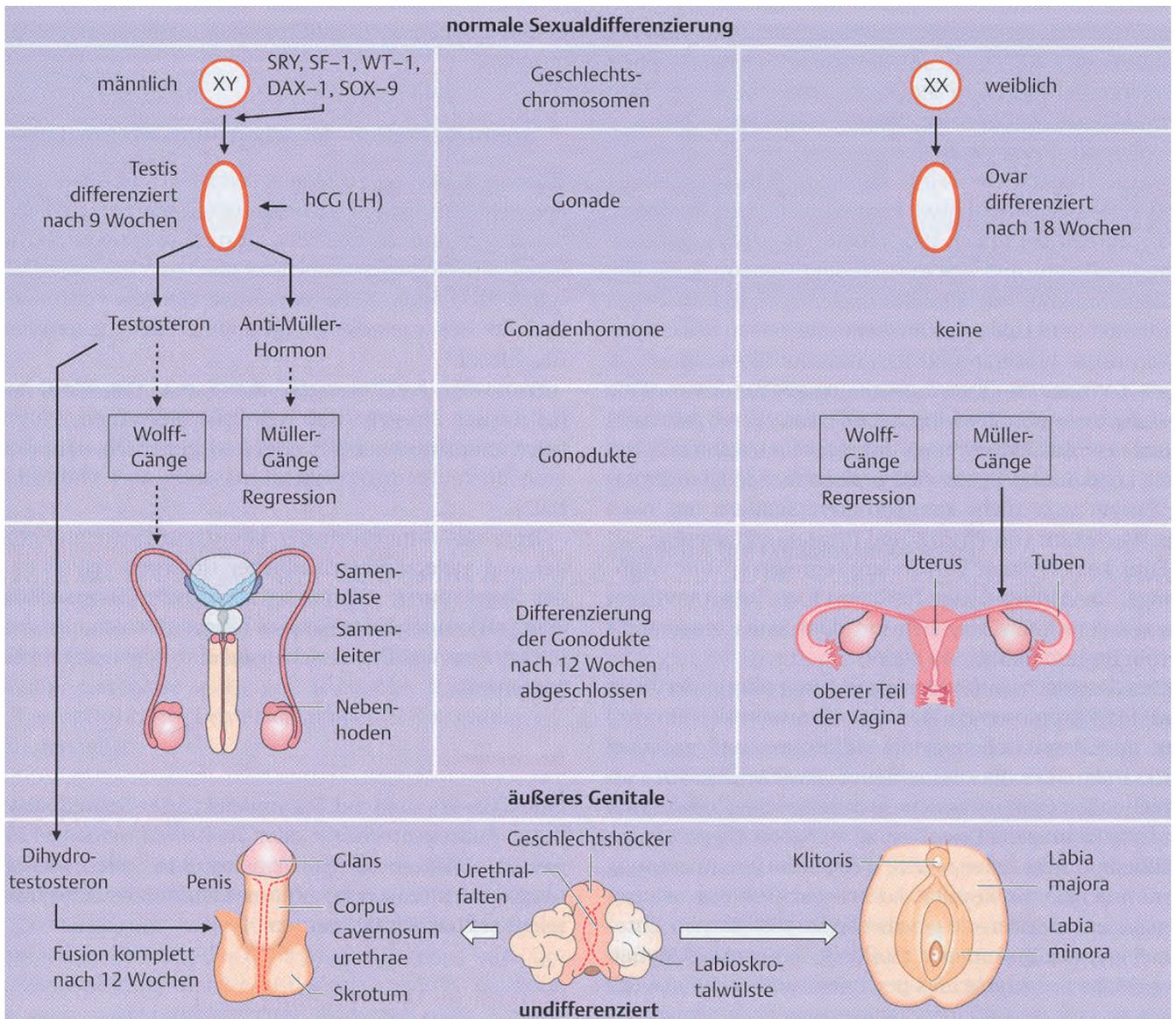


Abb. 1: Normale Sexualdifferenzierung

© Stein/Beetz/Thüroff (Hg.), Kinderurologie in Klinik und Praxis, 3. Aufl., Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2012

steron stimuliert wird. Daraus gehen Nebenhoden, Samenleiter und Samenblasen hervor. Aus der Mündung der Wolff-Gänge in den Sinus urogenitalis gehen die Pars prostatica und Pars membranosa der Urethra hervor. Die Testosteronsynthese wird während der Fetalzeit zuerst vom placentaren Choriongonadotropin, später vom hypophysären LH stimuliert. Testosteron bindet entweder direkt an den intrazellulär gelegenen Androgenrezeptor oder es wird von dem Enzym 5 α -Reduktase in das biologisch noch wirksamere Dihydrotestosteron (DHT) umgewandelt, das dann an denselben Androgenrezeptor bindet und dort seine Wirkung entfaltet.

Während Testosteron überwiegend für die Entwicklung des inneren Genitales verantwortlich ist, induziert DHT vorwiegend die Entwicklung des äußeren Genitales. Sind Hoden vorhanden, so fusionieren die Urethralfalten und Labioskrotalwülste, aus denen das Corpus cavernosum urethrae und das Skrotum hervorgehen. In der 12. Woche ist diese Entwicklung abgeschlossen. Eine Störung der Androgenwirkung während dieser Zeit führt immer zur Ausbildung eines intersexuellen Genitales.

Danach können Androgene eine unzureichende labioskrotale Fusion nicht mehr komplettieren, sondern nur noch das Wachstum von Phallus und Prostata induzieren.

Sind keine Hoden vorhanden, so regredieren die Wolff-Gänge. Die Müller-Gänge fusionieren zu Tuben und uterovaginalem Kanal, der sich mit dem Sinus urogenitalis verbindet und die Vagina bildet.

Das Geschlecht eines Menschen ist als Resultat komplexer Einflüsse anzusehen, unter denen die genetische Disposition, der Chromosomensatz, hormonelle Einflüsse, das somatische und psychische Geschlecht, das personenstandsrechtliche Geschlecht und die Geschlechtsrollenzuweisung von Beziehungspersonen eine mehr oder weniger wichtige Bedeutung haben. Je besser diese verschiedenen Faktoren in Einklang stehen, desto früher, harmonischer und stabiler kann die Geschlechtsidentifikation erfolgen. Die zur Entwicklung der Geschlechtsidentität beitragenden Faktoren sind also weder allein als „angeboren“ noch allein als „erworben“ anzusehen.

Besonderheiten der sexuellen Differenzierung

Abweichungen der normalen Entwicklung können zu jedem Zeitpunkt auf allen Stufen der sexuellen Differenzierung vorkommen. Je nach Zeitpunkt, Art und Ausmaß der Abweichung resultieren geringfügige Variationen dessen, was als „normal“ angesehen wird, verschiedene Grade der Ambivalenz oder eine nahezu vollständige Umkehr des somatischen gegenüber dem genetischen Geschlecht.

Ovotestikuläre Störungen sind eine Rarität. Meist handelt es sich um genetisch weibliche Menschen, die virilisiert sind (46,XX DSD) oder um genetisch männliche Individuen, die unzureichend maskulinisiert sind (46,XY DSD).

Trotz der Ähnlichkeit der klinischen Erscheinungsbilder und vieler unterschiedlicher Ursachen gelingt es in der Regel, durch Anamnese, körperliche Untersuchung, Sonografie und einige wenige Laboruntersuchungen die in Frage kommenden Ursachen einzugrenzen.

Anamnese

Indexfälle könnten auf Enzymdefekte der Steroidbiosynthese, Androgenresistenz oder 5 α -Reduktasemangel hinweisen. Mütterliche Hormoneinnahme oder Virilisierungserscheinungen der Mutter während der Schwangerschaft sollten erfragt werden.

Körperliche Untersuchung

Bei der körperlichen Untersuchung sollte versucht werden, die Gonaden zu tasten oder sonografisch zu finden. Wenn dies gelingt, handelt es sich um eine Form des 46,XY DSD (Ausnahme: echte ovotestikuläre DSD). Ist beim Neugeborenen Sekret aus der Vagina exprimierbar, muss ein Uterus vorhanden sein. Der Virilisierungsgrad genetisch weiblicher Individuen (46,XX DSD) wird gemäß der Einteilung von Prader (1978) klassifiziert, das Virilisierungsdefizit genetisch männlicher Individuen (46,XY DSD) wird gemäß Abb. 2 und Tab. 2 klassifiziert (Sinnecker et al. 1996, 1997). Assoziierte Symptome können auf das Vorliegen eines komplexen Syndroms oder einer chromosomalen Störung hinweisen.

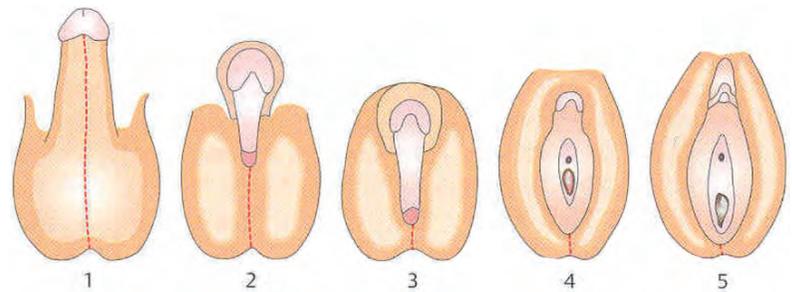
Untersuchung des inneren Genitales

Die Sonographie des inneren Genitales ist nach der klinischen Untersuchung die wichtigste diagnostische Maßnahme. Uterus und Ovarien lassen sich bei ausreichend gefüllter Harnblase meist gut beurteilen, Hoden lassen sich gelegentlich im Leistenkanal oder in den großen Labien darstellen.

Klinische Bilder

46,XY Besonderheiten der sexuellen Differenzierung (DSD)

Störungen der Androgenwirkung führen zu einer verminderten Virilisierung genetisch männlicher Individuen. Ursache kann entweder eine globale Funktionsstörung des embryonalen Hodens sein (Gonadendysgenese), der Verlust einer isolierten Funktion des sonst nor-



mal entwickelten Hodens (Leydig-Zell-Hypoplasie, Testosteronbiosynthesedefekt) oder eine Unfähigkeit der Gewebe, auf das vom normal funktionierenden Hoden gebildete Testosteron anzusprechen (Androgenrezeptordefekt, 5 α -Reduktase-2-Defekt). Das klinische Spektrum reicht vom äußerlich normalen Mann, bei dem nur subtile Defizite der Androgenwirkung nachweisbar sind (Typ 1 nach Sinnecker et al. 1996 und 1997; Abb. 2 und Tab. 2), über alle Zwischenstufen ambivalenter Genitalentwicklung (Typen 2 – 4) bis zum äußerlich komplett weiblichen Phänotyp (Typ 5) bei ausgeprägten Defekten. Während es in der Pubertät unter ansteigenden Testosteronkonzentrationen bei Patienten mit 5 α -Reduktase-2-Defekt zu einer Virilisierung kommt, wird das in den Testes gebildete Testosteron bei Patienten mit kompletter Androgenresistenz (Typ 5) zu Östrogenen aromatisiert und führt so indirekt zu einer Feminisierung. In Anlehnung an die Einteilung von Prader für 46,XX DSD gestattet das Klassifikationsschema für 46,XY DSD eine genauere klinische Eingruppierung verschiedener Schweregrade unterschiedlicher Maskulinisierungsdefekte (Abb. 2, Tab. 2).

Diese Klassifikation berücksichtigt nicht nur die Anatomie bei der Geburt, sondern auch die teilweise subtilen Androgendefekte, die erst ab der Pubertät in Erscheinung treten (i.e. Spermatogenese, Sekundärbehaarung).

Störungen der Gonadenentwicklung

Patienten mit einer 46,XY Gonadendysgenese haben trotz eines normalen männlichen Chromosomensatzes eine globale Funktionsstörung der Hoden. Aufgrund unzureichender Testosteronwirkung ist das äußere Genitale

Abb. 2: Klassifikation der 46,XY DSD Phänotypen (aus Sinnecker et al. 1996, 1997)

© Stein/Beetz/Thüroff (Hg.), Kinderurologie in Klinik und Praxis, 3. Aufl., Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2012

Tab. 2: Klassifikation der 46,XY DSD Phänotypen (nach Sinnecker et al. 1996, 1997)

Typ	Phänotyp	Phänotyp/Funktion
1	männlich	gestörte Spermatogenese und/oder gestörte Virilisierung in der Pubertät
2	vorwiegend männlich	Isolierte Hypospadie und/oder Mikropenis und höhergradige Hypospadie, bipartiertes Skrotum
3	ambivalent	Klitorisähnlicher Mikrophallus, labienähnliches bipartiertes Skrotum, perineoskrotale Hypospadie oder Sinus urogenitalis mit kurzer, blind endender Vagina
4	vorwiegend weiblich	Klitorishypertrophie und/oder labiale Fusion, Sinus urogenitalis mit kurzer, blind endender Vagina
5	weiblich	Keine Virilisierungszeichen präpuberal, in der Pubertät Virilisierung bei 5 α -Reduktase-Defekt, Feminisierung bei Androgenrezeptordefekt

unzureichend maskulinisiert und aufgrund unzureichender Wirkung des Anti-Müller-Hormons (AMH) haben sich die Müller-Strukturen weiterentwickelt, das innere Genitale ist dadurch mehr oder weniger weiblich. Die Differenzierungsstörung der Testes kann unterschiedlich stark ausgeprägt und auf beiden Seiten gleich oder seitendifferent (asymmetrisch) sein. Das Spektrum reicht vom einseitig normal differenzierten und kontralateral dysgenetischen Hoden über alle Zwischenstufen der beidseitigen Gonadendysgenese bis zur kompletten Gonadendysgenese, bei der sich beidseitig in Position der Ovarien nur noch bindegewebige Stränge (sog. „Streak“-Gonaden) nachweisen lassen. Dementsprechend vielfältig sind die funktionellen Auswirkungen: Je nach Schweregrad der Dysgenese und konsekutiv unzureichenden Sekretion von Testosteron und Anti-Müller-Hormon kommt es auf der betroffenen Seite zu einer unzureichenden Stimulation der Wolff-Gänge und dadurch zu einer Hypoplasie von Samenblase, Samenleiter und Nebenhoden. Die im dysgenetischen Hoden immer auch gestörte Sekretion des Anti-Müller-Hormons führt auf der ipsilateralen Seite zur unvollständigen Regression der



Abb. 4: Genitale einer Patientin (Karyotyp 46,XY) mit inkompletter Gonadendysgenese (aus Sinnecker 1999)

Müller-Gänge und daher zur Persistenz mehr oder weniger dysplastischer Müller-Strukturen (Tuben, Uterus und oberer Anteil der Vagina).

46,XY Inkomplette (gemischte) Gonadendysgenese

Das klinische Spektrum umfasst überwiegend weibliche, ambivalente und männliche Phänotypen mit sämtlichen möglichen Zwischenstufen, der Karyotyp ist 46,XY; 45,X/46,XY; oder ähnlich. Die Entwicklung des äußeren Genitales ist nur von der endokrinen Funktion des fetalen Hodens abhängig. Ein einziger voll funktionsfähiger Hoden reicht zur kompletten Maskulinisierung des äußeren Genitales aus. Da in der Regel Testosteron und AMH vermindert gebildet werden, ist bei einer Maskulinisierungsstörung des äußeren Genitales stets auch eine Persistenz von Müller-Strukturen (Uterus, Tuben, oberer Anteil der Vagina) zu erwarten. Diese wichtige Gemeinsamkeit unterscheidet die Gonadendysgenesen von allen anderen Ursachen der 46,XY DSD. Die Pubertätsentwicklung bleibt aus oder es kommt zu einer Virilisierung.

46,XY Komplette Gonadendysgenese

Diese Patienten haben einen normalen männlichen (oder auch weiblichen) Chromosomensatz und einen komplett weiblichen Phänotyp (inneres und äußeres Genitale sind normal weiblich). Sie fallen meist erst durch die ausbleibende Pubertätsentwicklung auf. Die Gonadotropine (insbesondere das FSH) sind meist in den ersten Lebensjahren und ab dem Pubertätsalter erhöht, die Sexualhormon-Konzentrationen steigen nicht an.

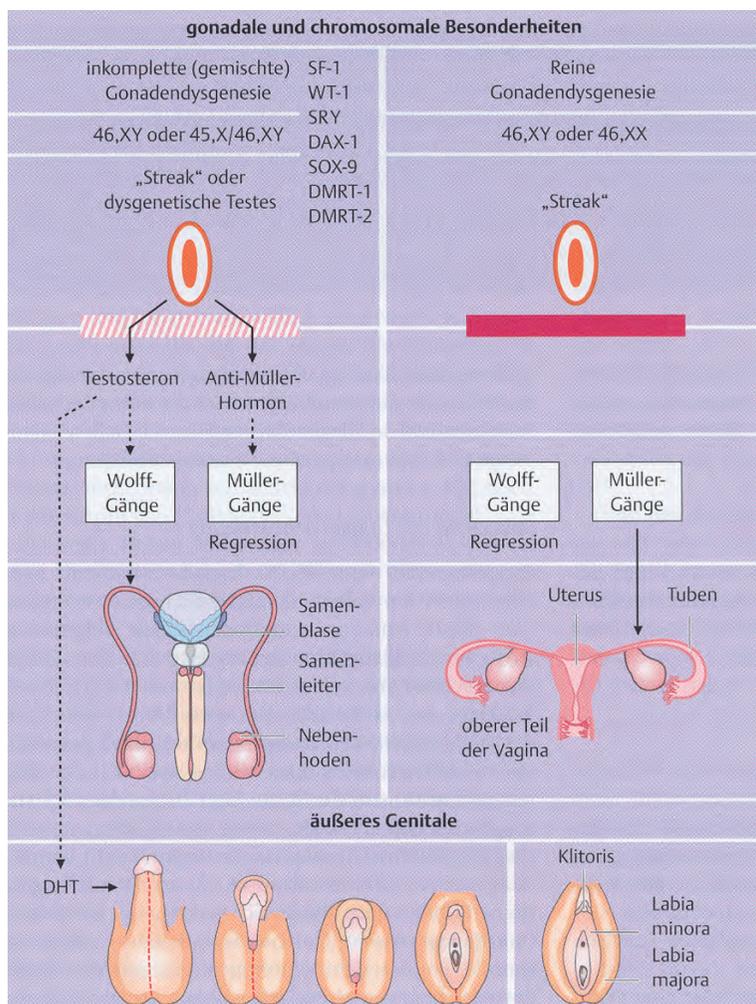


Abb. 3: Chromosomale und gonadale Variationen der Sexualdifferenzierung. Die von der jeweiligen Störung betroffenen Bereiche sind durch schraffierte oder gestrichelte Symbole gekennzeichnet

© Stein/Beetz/Thüroff (Hg.), Kinderurologie in Klinik und Praxis, 3. Aufl., Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2012

Störungen der Androgensynthese oder -wirkung

Testosteronbiosynthesedefekte

Enzymdefekte der Testosteronbiosynthese

Gemeinsames Merkmal der Testosteronbiosynthesedefekte ist die unzureichende Virilisierung genetisch männlicher Individuen, die auf eine verminderte Testosteronproduktion zurückzuführen ist. Da die Produktion des AMH ungestört ist, kommt es zu einer vollständigen Regression der Müller-Gänge. Uterus, Tuben und oberer Anteil der Vagina sind also nicht vorhanden.

Ein Defekt des Schlüsselenzyms der Steroidbiosynthese Cytochrom P450 scc betrifft die Produktion aller Steroidhormone in gleichem Maße. Die klinische Symptomatik entspricht den Folgen der gestörten Synthese der Gluko- und Mineralokortikoide und der Sexualhormone. Ursächlich liegt ein Defekt des Carrierproteins **StAR** (Steroidogenic acute regulatory protein) vor, das das Cholesterin als Substrat für die Steroidsynthese zur Ver-



Abb. 5: Patientin (Karyotyp 46,XY) mit kompletter Gonadendysgenese (Swyer-Syndrom), (aus Sinnecker et al. 1982)

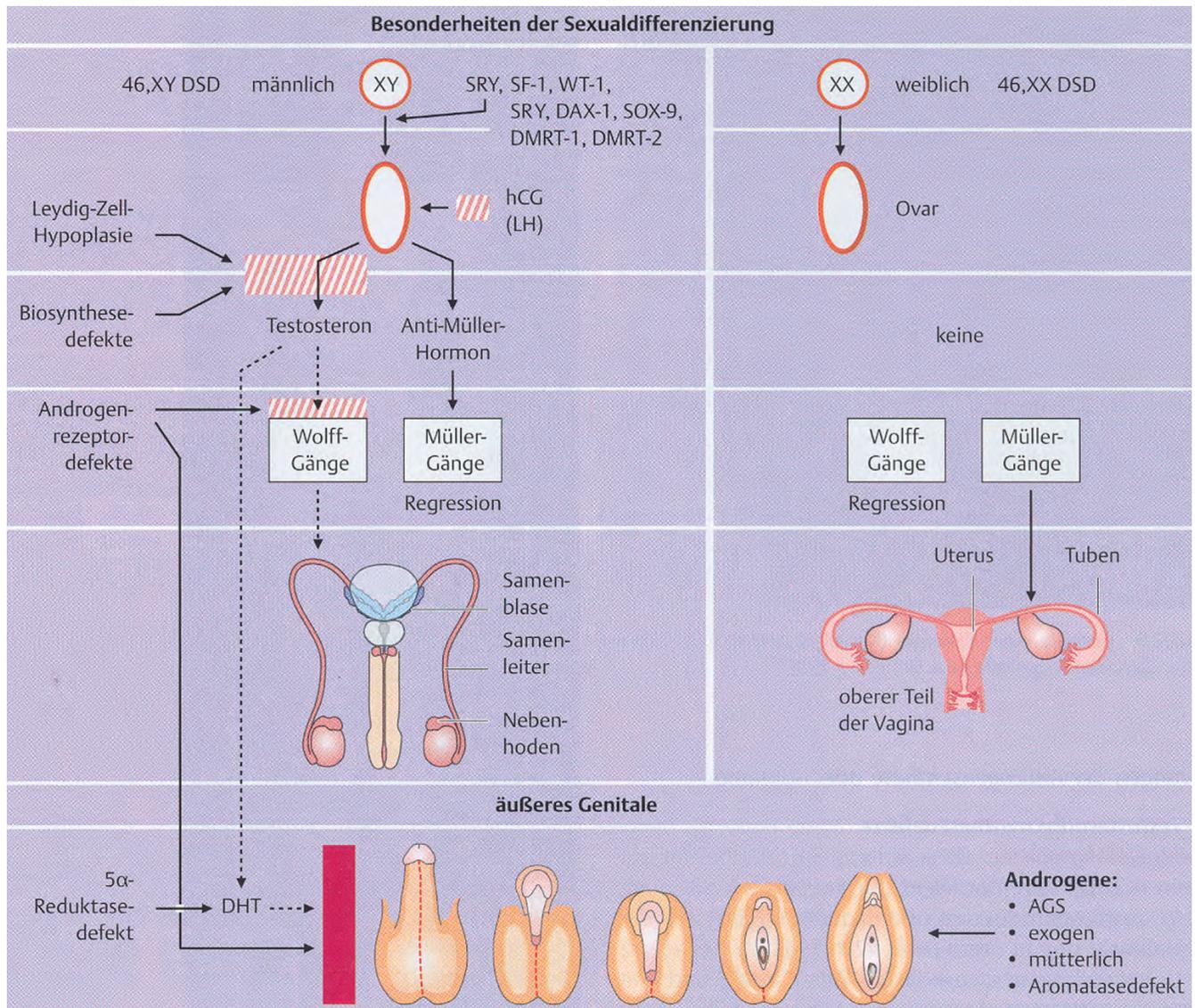


Abb. 6: Entstehungsmechanismen von Besonderheiten der Sexualdifferenzierung aufgrund von Hormonbildungs- oder -wirkungsstörungen. Die von der jeweiligen Störung betroffenen Bereiche sind durch schraffierte oder gestrichelte Symbole gekennzeichnet

© Stein/Beetz/Thüroff (Hg.), Kinderurologie in Klinik und Praxis, 3. Aufl., Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2012

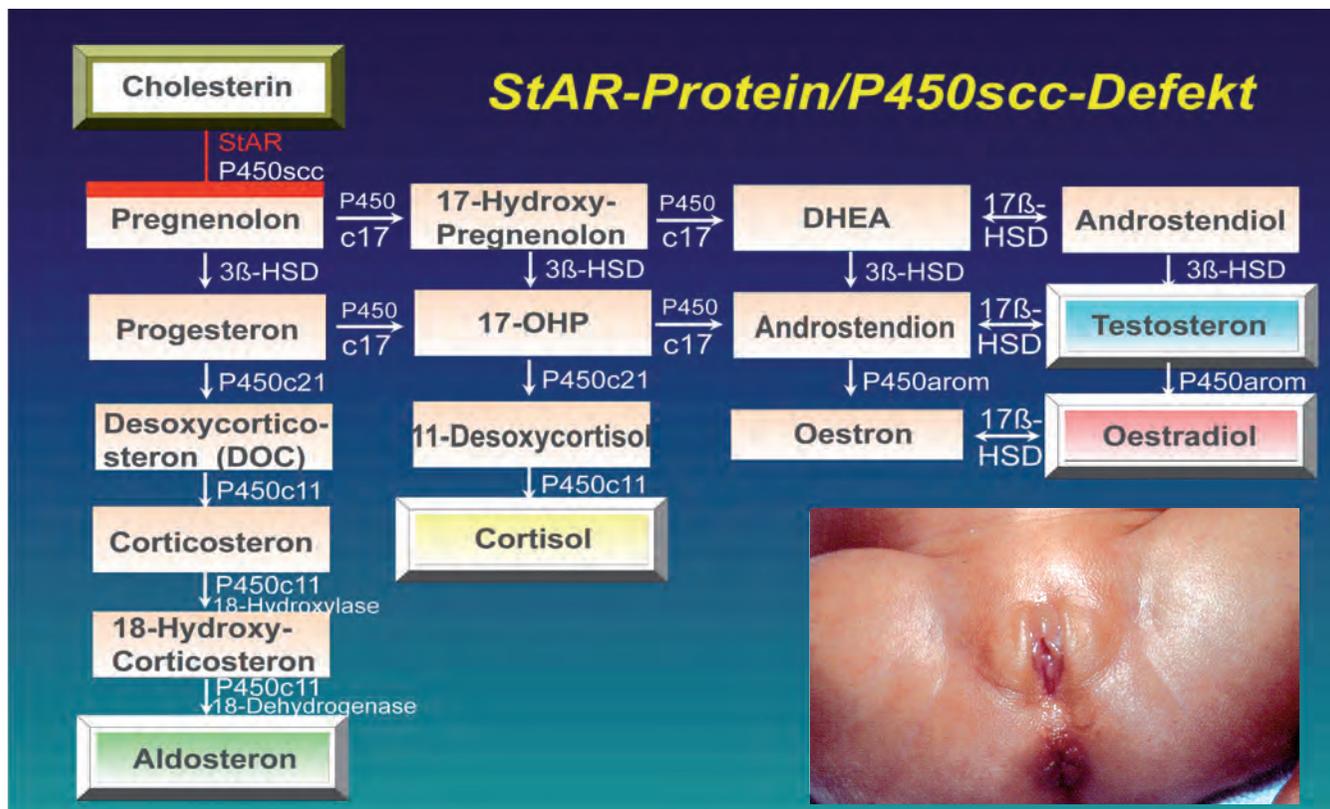


Abb. 7: StAR-Protein/P450scc-Defekt

fügung stellt. Betroffene Knaben haben einen weiblichen oder ambivalenten Phänotyp, die Vagina endet blind, Müller-Strukturen sind nicht vorhanden. Die schwere NNR-Insuffizienz führt rasch zum Tode, wenn sie nicht frühzeitig behandelt wird (Abb. 7).

Ein Defekt des Enzyms 3β-Hydroxysteroid-Dehydrogenase führt zu einem frühzeitigen Block der Steroidhormon-Biosynthese und betrifft dadurch sowohl die Gluko- und Mineralokortikoide als auch die Sexualhormone. Der Defekt kann in der Nebennierenrinde und

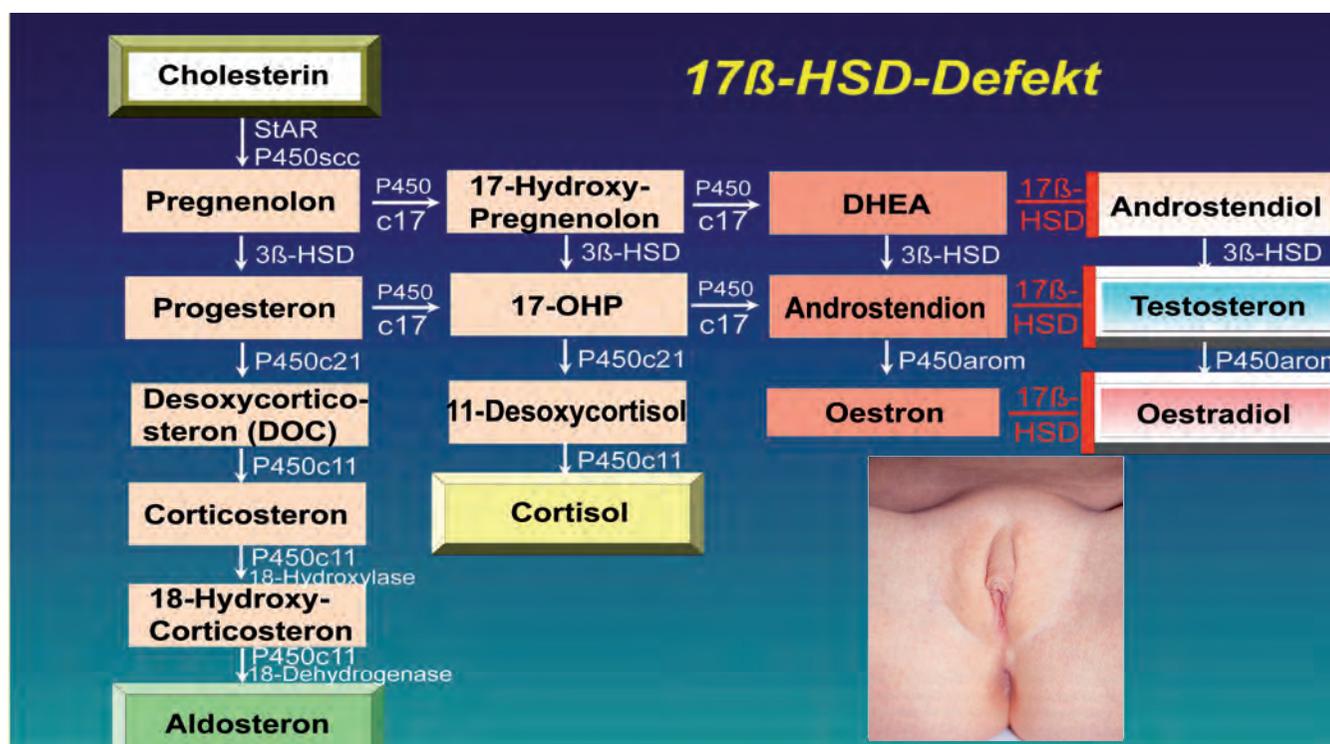


Abb. 8: 17β-HSD-Defekt

Gonaden unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Dadurch ist das klinische Bild sehr variabel. Männliche Individuen mit 3β -HSD-Defekt haben eine NNR-Insuffizienz und ein ambivalentes Genitale mit Mikropenis, Hypospadie, inkompletter labioskrotaler Fusion, Sinus urogenitalis und blind endender Vagina. Das innere Genitale ist normal männlich. In der Pubertät kommt es zur leichten Virilisierung mit Gynäkomastie. Ein Defekt der 17α -Hydroxylase-Aktivität des Enzyms Cytochrom P450c17 führt ebenfalls zu einer Störung der Kortisol- und Androgen-Biosynthese, während die Mineralokortikoid-synthese intakt ist. Die vermehrte Bildung von 11-Desoxykortikosteron (DOC) und Kortikosteron führt zum arteriellen Hypertonus, Hypokaliämie und zur Suppression der Plasma-Renin-Aktivität. Aufgrund der glukokortikoiden Wirkung des Kortikosterons kommt es klinisch nicht zu den Zeichen eines Kortisolmangels. Der Block kann unterschiedlich stark ausgeprägt sein mit dementsprechend variablem klinischem Bild. Der Phänotyp kann normal weiblich erscheinen mit blind endender Vagina, ambivalent oder überwiegend männlich sein. Die Wolff-Strukturen sind hypoplastisch, Müller-Derivate sind nicht vorhanden. In der Pubertät kann es zu milden Virilisierung mit Gynäkomastie kommen.

Ein Defekt der $17,20$ Lyase-Aktivität des Enzyms Cytochrom P450c17 führt zu einer Störung der Sexualhormon-Biosynthese. Da der Defekt unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann, ist das klinische Bild auch variabel. Der Phänotyp kann weiblich mit blind endender Vagina, ambivalent oder überwiegend männlich sein. Die Wolff-Gänge können normal differenziert oder hypoplastisch sein, Müller-Derivate sind nicht vorhanden. Im Pubertätsalter kann es zu einer leichten Virilisierung kommen.

Der letzte Schritt der Sexualhormon-Biosynthese wird von dem Enzym 17β -Hydroxysteroid-Dehydrogenase katalysiert. Ein Defekt dieses Enzyms führt zu gestörten Umwandlung von Androstendion zu Testosteron und von Östron zu 17β -Östradiol. Genetisch männliche Individuen haben ein weibliches äußeres Genitale mit blind endender Vagina und gelegentlich leichten Virilisierungszeichen. Die Wolff-Gänge sind differenziert, Müller-Strukturen sind nicht vorhanden. In der Pubertät kommt es zu einer ausgeprägten Virilisierung mit Stimmbruch und Klitorishypertrophie, gelegentlich auch Gynäkomastie.

Androgenresistenz (Androgen-Insensitivitäts-Syndrom, AIS)

Nach der Gonadendysgenese ist die Androgenresistenz die zweithäufigste Ursache der 46,XY DSD. Trotz normaler oder erhöhter Konzentration der Androgene im Plasma ist ihre Wirkung im Gewebe unzureichend. Das klinische Spektrum reicht vom komplett weiblichen Phänotyp (AIS Typ 5) über alle Stufen der Ambivalenz (AIS Typ 2 – 4) bis hin zum äußerlich normalen, aber infertilen Mann (AIS Typ 1). Dieser Störung liegen Mutationen im Androgenrezeptorgen zugrunde. Sie führen zu einer vollständig aufgehobenen, quantitativ verminderten oder qualitativ veränderten Bindung der Androgene



Abb. 9: Patientin (Karyotyp 46,XY) mit kompletter Androgenresistenz (aus Sinnecker 1999)

an den Rezeptor im Zellkern der Zielorganzelle oder zu einer gestörten Interaktion des aktivierten Androgen-Rezeptorkomplexes mit der DNA (Hiort et al. 1999).

Komplette Androgenresistenz

Die komplette Androgenresistenz ist charakterisiert durch einen äußerlich weiblichen Phänotyp (AIS Typ 5; Abb. 9) genetisch männlicher Individuen und eine gute Entwicklung sekundärer weiblicher Geschlechtsmerkmale in der Pubertät. Häufig führt erst das Ausbleiben der Regelblutung trotz guter Pubertätsentwicklung zur diagnostischen Abklärung.

Partielle Androgenresistenz

Eine partielle Androgenresistenz führt in der Regel zur Ausbildung eines intersexuellen Genitales (Abb. 10). Da das Anti-Müller-Hormon ungestört wirkt, regredieren die Müller-Gänge vollständig.



Abb. 10: Genitale eines Patienten (Karyotyp 46,XY) mit partieller Androgenresistenz (aus Sinnecker 1999)

Das Spektrum der klinischen Erscheinungsformen reicht, je nach Ausprägung des Defekts, vom überwiegend weiblichen Phänotyp mit blind endender Vagina und nur geringen Virilisierungszeichen (AIS Typ 4) über verschiedene Stufen der Ambivalenz (AIS Typ 3 und 2) bis hin zu normal entwickelten Männern, die lediglich infolge einer Azoospermie infertil sind (AIS Typ 1). In der Pubertät kommt es aufgrund der partiellen Wirkung der Androgene trotz hoher Testosteronwerte nur zur mäßigen Ausbildung männlicher sekundärer Geschlechtsmerkmale. Aufgrund der gesteigerten Östrogenproduktion kommt es jedoch meist zu einer ausgeprägten Gynäkomastie. Klinisches Bild und das Hormonprofil sind vor der Pubertät bei allen Formen der Androgenresistenz uncharakteristisch. Die Diagnose kann durch den SHBG-Androgenresistenztest (Sinnecker und Köhler 1989) und/oder molekulargenetisch gestellt werden.

5 α -Reduktase-2-Defekt

Das klinische Bild des 5 α -Reduktasemangels ist ebenfalls sehr variabel. Durch einen Defekt des Enzyms 5 α -Reduktase 2 wird die in den Geweben der Erfolgsorgane stattfindende Umwandlung von Testosteron in das biologisch aktivere Androgen Dihydrotestosteron (DHT) gestört. Dadurch kommt es zu einer mangelhaften Maskulinisierung des äußeren Genitales (Abb. 11).

Genetisch männliche Kinder mit 5 α -Reduktase-2-Defekt erscheinen äußerlich weiblich mit Zeichen der Virilisierung: klitorisähnlicher Phallus mit perineoskrotaler Hypospadie, Scrotum bipartitum, Sinus urogenitalis, der nach perineal mündet, eine blind endende Vagina, die entweder in den Sinus urogenitalis oder nach perineal mündet. Die Testes liegen inguinal oder labioskrotal. Die Wolff-Gänge sind voll entwickelt (Nebenhoden, Samenleiter und Samenblasen). Der Samenleiter mündet in die Vagina, Müller-Strukturen sind nicht vorhanden. In der Pubertät kommt es unter normal ansteigenden Testosteronwerten unter der Wirkung der ubiquitär vorhandenen 5 α -Reduktase-1 zu einer ausgeprägten Virilisierung mit Vertiefung der Stimme und Wachstum des Phallus ohne Auftreten einer Gynäkomastie.

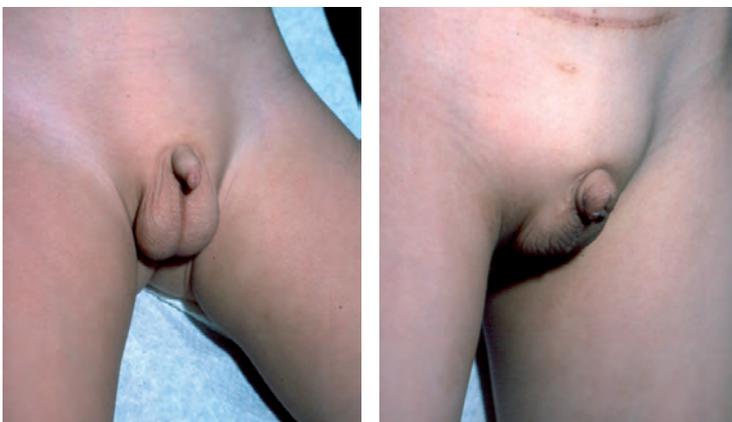


Abb. 11a, 11b: Zwillingenkinder, beide haben einen molekulargenetisch gesicherten 5 α -Reduktase-2-Defekt (freundlicherweise zur Verfügung gestellt von Herrn Prof. Albers, Hannover)



Abb. 12: Patientin (Karyotyp 46, XY) mit ausgeprägtem 5 α -Reduktase-2-Defekt (freundlicherweise zur Verfügung gestellt von Herrn Dr. Höpffner, Leipzig)

46,XX Besonderheiten der sexuellen Differenzierung (DSD)

Genetisch weibliche Individuen (Karyotyp, Gonaden und inneres Genitale sind weiblich), die in utero virilisieren, haben häufig ein Adrenogenitales Syndrom (AGS). Dabei handelt es sich in über 95 % der Fälle um einen Defekt des Enzyms Cytochrom P450c21 (21-Hydroxylase). Dieses Enzym katalysiert in der Nebennierenrinde die Umwandlung von 17 α -Hydroxyprogesteron (17-OHP) zum Kortisol und die Umwandlung von Progesteron zum Aldosteron (siehe auch Abb. 7 und 8). Aufgrund des vor dem Enzymdefekt angestauten Substrats (17-OHP) kommt es zur vermehrten Bildung der Androgene Androstendion und Testosteron und dadurch zur Virilisierung des äußeren Genitales (Abb. 13). Die klinische Symptomatik entspricht, je nach Schweregrad des Enzymdefekts, den Folgen der vermehrten Androgenwirkung und den Folgen der Kortisol- und eventuell auch des Aldosteronmangels. Basal stark erhöhte 17-OHP-Konzentrationen im Serum sind beweisend. Im Urin ist die Ausscheidung von Pregnantriol erhöht (Dörr und Sippell 1993).

Eine geringfügige Virilisierung weiblicher Feten kann bei einem Defekt der 3 β -Hydroxysteroid-Dehydrogenase (3 β -HSD) auftreten. Dieser Enzymdefekt betrifft sowohl die Gluko- und Mineralokortikoidsynthese als auch die Sexualhormonsynthese. Für die Diagnose wegweisend sind die erhöhten Konzentrationen von 17 α -Hydroxy-Pregnenolon und Dehydroepiandrosteron (DHEA) im Plasma. Die Bildung des 17 α -Hydroxyprogesterons ist blockiert und die Plasmakonzentration daher niedrig. Im Urin kann die Ausscheidung von Pregnantriol erhöht sein.

Vom AGS abzugrenzen sind transplazentare Virilisierungen weiblicher Feten durch exogene oder endogene mütterliche Androgene während der Schwangerschaft (durch Medikamente, Zysten, Tumoren). In diesen Fällen sind die kindlichen Hormonwerte unauffällig und die Virilisierung ist im weiteren klinischen Verlauf nicht progressiv.

Abzugrenzen ist außerdem der sehr seltene ovotestikuläre DSD. Hinweisend sein können in der Inguinalregion tastbare, evtl. bipartite (doppelovaläre) Gonaden (Ovotestes). Diagnostisch wegweisend sind die Stimulierbarkeit von Testosteron und Östradiol im hCG und hMG-Stimulationstest. Beweisend ist der histologische Nachweis ovariellen und testikulären Gewebes.

Therapeutisches Vorgehen bei Besonderheiten der Sexualdifferenzierung

Geschlechtszuweisung

Wenn möglich, sollte das mutmaßlich „richtige“ Geschlecht nach sorgfältiger Diagnostik vom Kinderendokrinologen gemeinsam mit dem Gynäkologen, Kinderchirurgen oder Urologen und dem Psychologen unter Einbeziehung psychosozialer und kultureller Rahmenbedingungen und unter Beachtung ethischer Grundsätze gemeinsam mit den Eltern des Kindes festgelegt werden. Dabei sollte versucht werden, unter Würdigung der individuellen Situation eine Entscheidung zu treffen, von der zu erwarten ist, dass sie dem Kind ein unbeschwertes Leben als Mann oder Frau ermöglichen kann. Da viele Faktoren, die für die spätere Geschlechtsidentität wichtig sind, in der frühen Kindheit noch überhaupt nicht eingeschätzt werden können, sollte diese frühe Geschlechtszuweisung den Charakter einer „Arbeitshypothese“ haben. Dadurch wird es dem Kind einerseits erleichtert, sich in der überwiegend geschlechtsdimorph organisierten Gesellschaft (z.B. Mädchen- oder Jungentoilette?) zurechtzufinden. Andererseits sollte die Offenheit bestehen bleiben, die Geschlechtszuordnung zu korrigieren, wenn sich im Verlauf zeigt, dass sich das Kind anders entwickelt, als zunächst angenommen.

In Einzelfällen, in denen eine Zuordnung zum männlichen oder weiblichen Geschlecht überhaupt nicht sicher möglich ist, sollte die Möglichkeit bedacht werden, diese Entscheidung offen zu lassen und die tatsächliche weitere Entwicklung des Kindes zu beobachten. Dieser Weg bedarf einer sehr guten Aufklärung und Unterstützung der Eltern, kann aber besser sein, als eine Fehlentscheidung später korrigieren zu müssen. Aus praktischen Gründen mag eine vorläufige Zuordnung zu dem einen oder dem anderen Geschlecht dennoch sinnvoll sein, alle Beteiligten sind sich aber bewusst, dass diese Zuordnung vorläufig ist und je nach Entwicklung des Kindes zu einem späteren Zeitpunkt angepasst werden kann. Durch die am 01.11.2013 in Kraft getretene Änderung des § 22 (3) des Personenstandsgesetzes kann die Zuordnung zu den Kategorien „männlich“ oder „weiblich“ offen gelassen werden. Dadurch besteht auch personenstandsrechtlich keine Veranlassung mehr, sich frühzeitig auf die eine oder andere Richtung festlegen zu müssen.

Chirurgisches Vorgehen

Eine Korrektur des äußeren Genitales im Sinne einer „geschlechtsangleichenden“ Operation ist in der Regel ein kosmetischer Eingriff, der die körperliche Integrität des Kindes irreversibel verändert. Dafür gibt es meist keinen medizinischen Grund. Derartige Operationen wur-

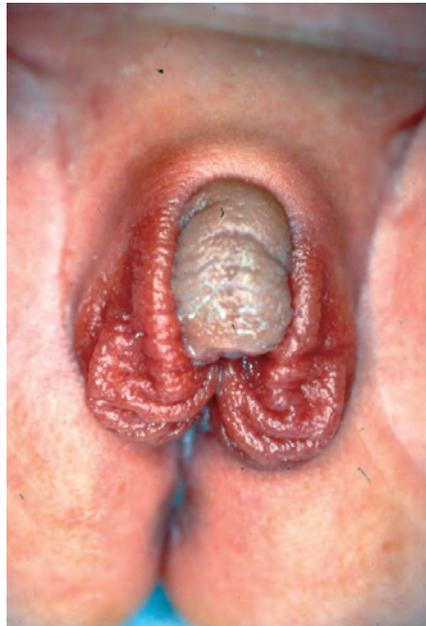


Abb. 13: Virilisiertes Genitale eines neugeborenen Mädchens (46,XX) mit AGS (21-Hydroxylasemangel)

den in der Vergangenheit häufig schon an Säuglingen durchgeführt, weil befürchtet wurde, dass die Abweichung des genitalen Aussehens spätere psychische Probleme bei den Betroffenen auslösen könnten. Wissenschaftliche Evidenz für diese tradierte Annahme fehlt indes nahezu vollständig. Tatsächlich leiden aber heute viele Betroffene, die in der frühen Kindheit ohne ihre Zustimmung operiert worden waren, unter dem Gefühl, verstümmelt worden zu sein. Dafür braucht es keine wissenschaftliche Evidenz, sondern nur ein offenes Ohr für die Leiden und Sorgen der inzwischen erwachsenen Patienten, die sich klar dazu äußern.

Bei denjenigen, die sich intensiver mit dieser Materie beschäftigt haben, hat ein Paradigmenwechsel stattgefunden: Statt den Versuch zu machen, durch operative Maßnahmen das Genitale anatomisch so normal wie möglich zu „korrigieren“, wird der selbstbestimmten Entfaltung der Persönlichkeit des betroffenen Menschen Raum gelassen. Dazu gehört auch und besonders die Akzeptanz seiner anatomischen Besonderheit im Genitalbereich, die unangetastet bleiben sollte.

Medizinisch hat der Verzicht auf eine kosmetische Frühoperation im Genitalbereich verschiedene Vorteile: die gerade im Intimbereich besonders wichtige Sensibilität wird nicht eingeschränkt oder gefährdet und das Gewebe kann sich später in der Pubertät unter dem Einfluss der Sexualhormone ungestört entwickeln, ohne dass es durch Narbenstränge zu Verziehungen kommen kann, die das ursprüngliche kosmetische Ergebnis konterkarieren und auch zu nennenswerten funktionellen Problemen führen können. Falls sich die oder der Betroffene dann später im jungen Erwachsenenalter selbst zu einer kosmetischen Operation entschließt, ist das operative Vorgehen durch das Fehlen von Vernarbungen und durch die Wirkung der Sexualhormone eher erleichtert.

Befürworter früher „Korrektur“-Operationen an Kindern argumentieren damit, dass auch die Auswirkungen des Unterlassens dieser Operationen nicht gut unter-

sucht sind und daher das zuwartende Vorgehen auch experimentell sei. Diese Auffassung ist zwar nicht ganz falsch, lässt aber außer Acht, dass es hier nicht um die operative Behandlung einer lebensgefährlichen Erkrankung geht, sondern um die Indikation zu einem kosmetischen Eingriff an nicht einwilligungsfähigen Kindern. Ein operativer Eingriff ohne Einwilligung und ohne medizinische Indikation erfüllt aber den Tatbestand der Körperverletzung. Es dürfte nur eine Frage der Zeit sein, bis dies höchstrichterlich bestätigt werden wird. Diese Auffassung lässt aber auch die hippokratische Tradition ärztlichen Handelns außer Acht, vor allem darauf zu achten, dem Individuum nicht zu schaden: *primum non nocere*.

Eine **Gonadektomie** sollte allerdings bei deutlich erhöhtem Entartungsrisiko, z.B. bei 46,XY Gonadendysgenese, in der ersten Lebensdekade durchgeführt werden. Die individuelle Risikoquantifizierung bei unterschiedlichen genetischen Konstellationen ist Gegenstand aktueller Forschung. Bei den meisten Störungen besteht kein oder nur ein gering erhöhtes Entartungsrisiko. In diesen Fällen sollte eine Gonadektomie nur mit Zustimmung der Betroffenen oder, wenn eine Überwachung der Gonaden z.B. durch Sonografie möglich ist, überhaupt nicht durchgeführt werden.

Hormontherapie

Im Pubertätsalter, also bei Mädchen und Jungen zwischen dem 12. und 13. Lebensjahr, wird, wenn notwendig, eine Hormontherapie in einschleichender Dosierung durchgeführt.

Bei hypogonadalen Kindern sollte zum Zeitpunkt der normaler Weise einsetzenden Pubertät die Substitutionstherapie mit Sexualhormonen begonnen werden. Ziel der Substitutionstherapie ist ein möglichst natürlicher Ablauf der Pubertät. Neben der Entwicklung sekundärer Geschlechtsmerkmale soll die Wirkung der Sexualhormone eine ausreichende Mineralisation des Skeletts sicherstellen und damit der Osteoporose vorbeugen.

Zur Durchführung der pubertätseinleitenden hormonellen Substitutionstherapie gibt es im Detail unterschiedliche Vorstellungen, da die Verfügbarkeit wissenschaftlich fundierter Daten sehr begrenzt ist. Grundsätzlich sollte die Therapie sich hinsichtlich der verwendeten Hormone, der Dosierungen und des zeitlichen Ablaufs weitgehend an der physiologischen Situation orientieren.

Psychologische Betreuung

Alle betroffenen Familien sollten psychologisch betreut werden. Offener Umgang mit dem immer noch tabuisierten Problem der geschlechtlichen Andersartigkeit ist eine wichtige Voraussetzung, damit Eltern angemessen mit der Situation umgehen können. Die offene Kommunikation ermöglicht das Verstehen und damit auch die Akzeptanz der besonderen Situation. Die Rückmeldung des Psychologen an das ärztliche Team ist eine wichtige Hilfe für die ärztliche Führung und Unterstützung der Familie.

Ethische Grundsätze

Der Deutsche Ethikrat hat zu den Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung ausführlich Stellung genommen (Literatur beim Verfasser) und die Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie hat sich dazu positioniert (Birnbaum et al. 2013).

Das Wohlergehen des Kindes und späteren Erwachsenen hat unbedingten Vorrang. Es wird bestimmt durch die Lebensqualität, die körperliche und seelische Integrität, Fertilität und das Sexualeben. Dem Recht des Individuums auf freie Entwicklung seiner eigenen Persönlichkeit muss Rechnung getragen werden.

Das Recht des Kindes und Jugendlichen auf Partizipation und Selbstbestimmung muss beachtet werden. Voraussetzung ist die komplette Information der Betroffenen.

Alle Maßnahmen müssen sich daran orientieren, dem betroffenen Kind langfristig ein erfülltes Leben einschließlich einer befriedigenden Sexualpartnerschaft zu ermöglichen.

Literatur beim Verfasser.

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. med. Gernot H. G. Sinnecker
Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Klinikum Wolfsburg
Sauerbruchstr. 7, 38440 Wolfsburg
Tel. 05361/80-1379
E-Mail: sinnecker@klinikum.wolfsburg.de

Red.: Riedel

Highlights aus Bad Orb ●●●

Sonographische Frakturdiagnostik im Kindesalter – wo stehen wir ?



Dr. Ole Ackermann¹
Dr. Kolja Eckert²

Die sonographische Frakturdiagnostik bei Kindern bis zum 12. Lebensjahr kann eine erhebliche Menge an Röntgenstrahlen einsparen. Die sehr häufigen distalen Unterarmfrakturen können komplett röntgenfrei mit einer Sensitivität von 94 % erkannt und behandelt werden. Am Ellenbogen kann bei Bagateltraumen durch den Nachweis oder den Ausschluss des dorsalen Fettkörperzeichens eine okkulte Fraktur sicher diagnostiziert werden. Am proximalen Humerus gelingt die für die Therapie wichtige Bestimmung der Achsabweichung bei Frakturen deutlich besser als im Röntgenbild, auch der sonographische Ausschluss einer Fraktur ist hier sicher möglich.

Nach unseren Erfahrungen reicht in über 95 % der Fälle die sonographische Darstellung der Knochen aus. Wenn ultraschallgestützt keine sichere Diagnose möglich ist, bleibt immer noch die Möglichkeit der Röntgendiagnostik, sodass in der Gesamtschau eine deutliche Reduzierung der Strahlenbelastung und eine schnellere Diagnostik und Behandlung resultieren.

Die Technik ist auch für Nichtspezialisten leicht erlernbar, liefert eindrückliche Bildbefunde und kann im klinischen Alltag jederzeit durch eine zusätzliche Röntgendiagnostik ergänzt und überprüft werden.

Einführung

Die sonographische Frakturdiagnostik im Kindesalter wird seit 1987 in einer Vielzahl von Studien beschrieben. Erst in jüngster Zeit werden jedoch systematische Vergleiche mit der Röntgendiagnostik veröffentlicht und erlauben eine Einschätzung der Sensitivität und Spezifität der Methode im Vergleich zum Goldstandard und machen eine breite Anwendung der Methode möglich.

Die Anwendungsgebiete der sonographisch basierten Frakturdiagnostik im Kindesalter sind aktuell:

- Frakturen des distalen Unterarms
- Ellenbogenfrakturen
- subcapitale Oberarmfraktur



Abb. 1: Schallkopfposition am distalen Unterarm

Die Voraussetzungen für die Anwendung im klinischen Alltag sind eine subtile klinische Diagnostik, Erfahrung in der Frakturbehandlung, Erfahrung in der Ultraschalldiagnostik und eine Möglichkeit zur Röntgenkontrolle in unklaren Fällen.

Metaphysäre Unterarmfrakturen

Distale metaphysäre Unterarmfrakturen bieten mit dem dünnen Weichteilmantel, der planen, nur leicht gebogenen Kortikalis und der Frakturmorphologie ideale Voraussetzungen für eine Ultraschalldiagnostik. Aufgrund der Häufigkeit der Verletzung ist für den Untersucher ein kontinuierlicher Trainingseffekt garantiert, die sehr hohe Korrekturpotenz an dieser Stelle macht die Anwendung der sonographischen Diagnostik auch für den Anfänger sicher anwendbar.



Abb. 2: Standardprojektionen am distalen Unterarm

1 Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, EKO, Virchowstraße 20, 46047 Oberhausen

2 Klinik für Kinderchirurgie, Elisabeth-Krankenhaus Essen, Klara-Klopp-Weg 1, 45138 Essen

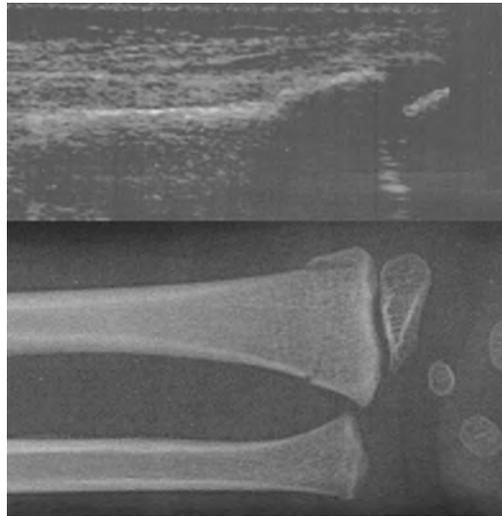
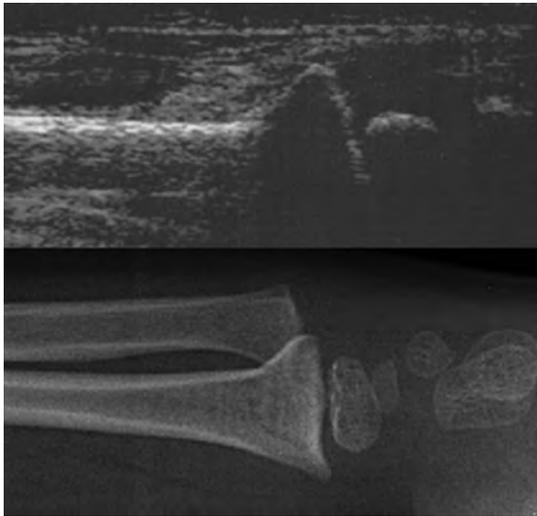


Abb. 3 und 4: Beispiel im Röntgenvergleich

Die Darstellung erfolgt in sechs Längsschnitten, drei am Radius und drei an der Ulna (siehe Abb. 1 bis 4).

Mittels dieser sechs Projektionen können Frakturen dargestellt und die Achsabweichung sicher eingeschätzt werden. In Zweifelsfällen kann jederzeit eine Röntgenkontrolle erfolgen. Der gesamte klinische und sonographische Untersuchungsgang dauert bei einem geübten Untersucher ca. drei Minuten bis zur endgültigen Diagnose und ist damit erheblich schneller als die Röntgendiagnostik.

Im Rahmen zweier aktueller Studien mit insgesamt 143 Probanden [1,2] zeigte sich für die sonographische Diagnostik distaler Unterarmfrakturen bei Kindern bis 12 Jahren eine Sensitivität von 94 % und eine Spezifität von 99 % im Vergleich zur Röntgendiagnostik, die Messung der Achsabweichung differierte um durchschnittlich 1,1°. Ausgehend von unseren Studien schlagen wir für dieses Patientengut den Wrist SAFE (Sonographic Algorithm for Fracture Evaluation) vor (Abb. 5).

Ellenbogenfrakturen

Bei Bagateltraumen des Ellenbogens wird meist ein Röntgenbild angefertigt, um eine Fraktur auszuschließen, da ein nicht nachgewiesener Bruch an dieser Lokalisation komplikationsträchtig ist. Mit der Ultraschalldiagnostik kann ein Großteil dieser Röntgenstrahlen eingespart werden.

Auch hier ist eine genaue klinische Untersuchung erforderlich, um Begleitverletzungen nicht zu übersehen. Finden sich klinisch keine eindeutigen Hinweise für eine Fraktur und zentriert sich der Schmerz auf den distalen Humerus, erfolgt eine sonographische Darstellung des hinteren Recessus zum Nachweis (SOFA +) oder Ausschluss (SOFA -) eines Gelenkergusses. Auch diese Untersuchung kann im Sitzen in Schonhaltung erfolgen (Abb. 6–8).

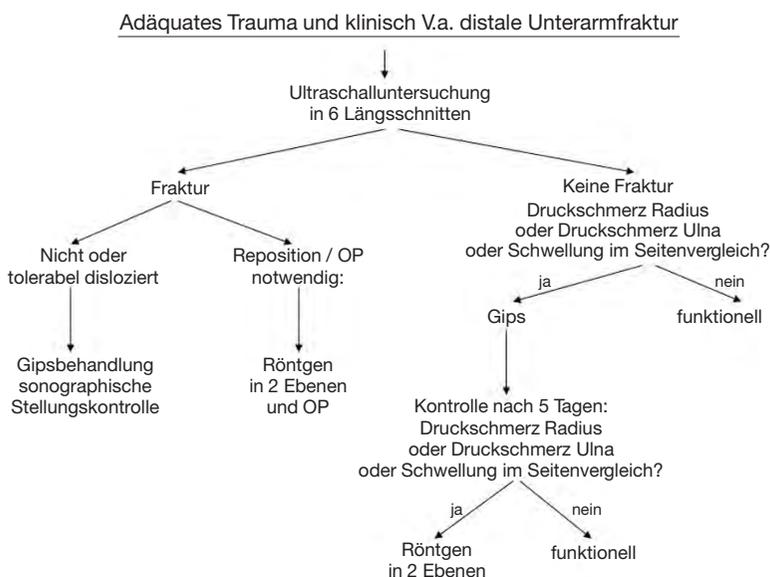


Abb. 5: Wrist SAFE Algorithmus



Abb. 6: Untersuchung Ellenbogen

Abb. 7: Ellenbogen dorsal Normalbefund

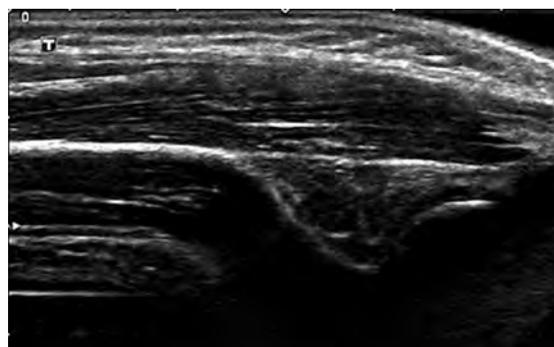
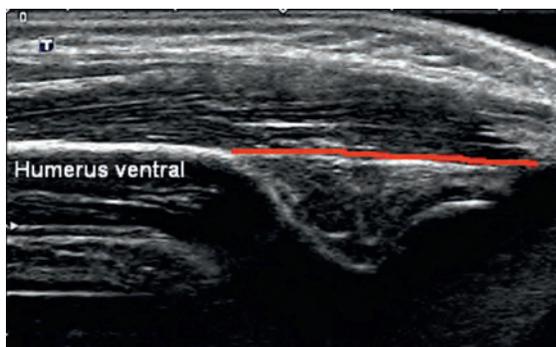
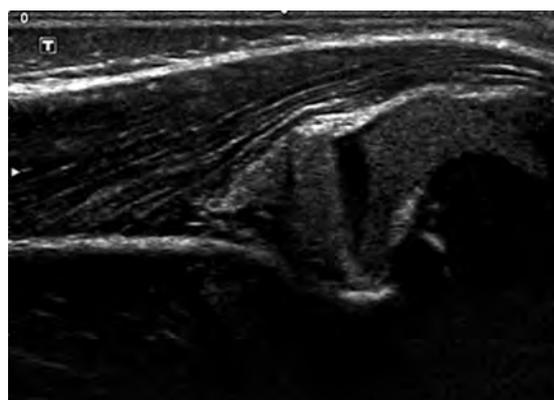
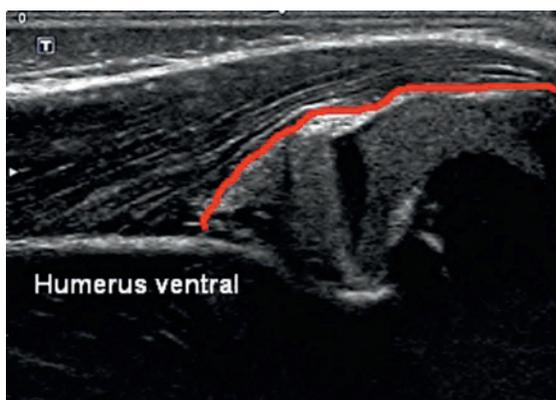


Abb. 8: Ellenbogen dorsal positives Fettkörperzeichen



Mit dieser Technik lassen sich etwa 70 % der Röntgenaufnahmen des Ellenbogens vermeiden.

Eine aktuelle Studie an 106 Patienten [3,4] zeigte eine Sensitivität von 100 % für das Fettkörperzeichen bei einer Spezifität von 93,5 %. Basierend auf unseren Studien schlagen wir folgenden Elbow SAFE Algorithmus vor (Abb. 9).

Subcapitale Oberarmfrakturen

Der Wert der Sonographie bei einem Verdacht auf eine subcapitale Oberarmfraktur liegt, anders als bei den Unterarmfrakturen, zum einen im Ausschluss einer Fraktur, zum anderen in der Bestimmung der Achsabweichung.

Bei einem adäquaten Trauma ist zunächst die genaue Schmerzlokalisierung durch eine subtile klinische Unter-

suchung zu erfassen. Die vorgestellte Methode ist nur für proximale Humerusfrakturen geeignet, nicht für Läsionen der Clavicula und/oder des Schulterdaches. Im Allgemeinen gelingt jedoch die Eingrenzung auch bei jüngeren Kindern sicher.

Es erfolgt dann die sonographische Untersuchung in vier Projektionen, drei in Schonhaltung bei angelegtem Oberarm, eine in Neutralstellung. Die Untersuchung kann im Sitzen auf dem Schoß der Eltern erfolgen (Abb. 10 und 11).

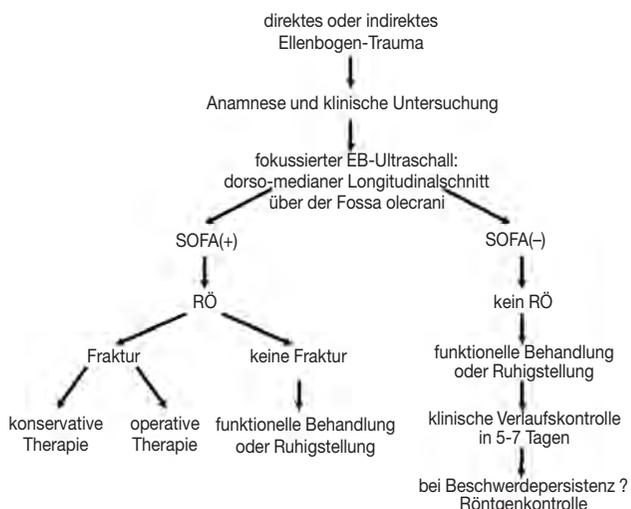
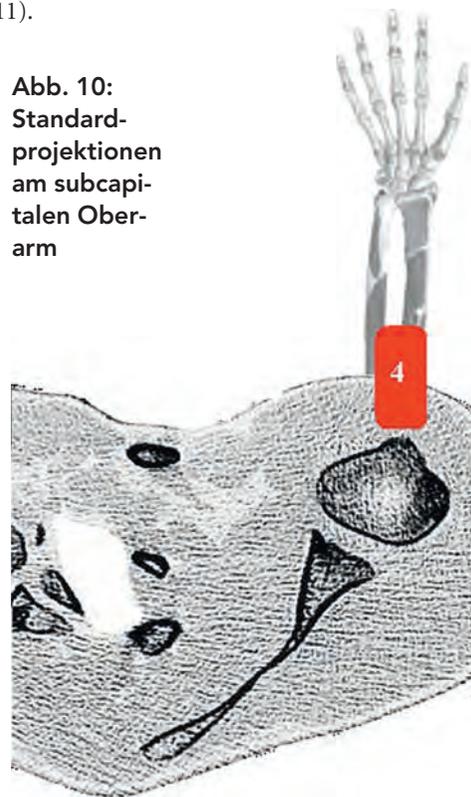


Abb. 9: Elbow SAFE Algorithmus (SOFA + = Sonographischer Nachweis Fat-Pad Sign)

Abb. 10: Standardprojektionen am subcapitalen Oberarm



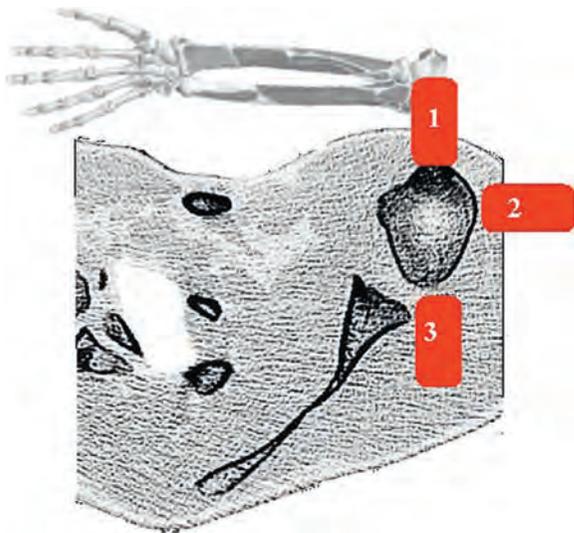


Abb. 11: Standardprojektionen am subcapitalen Oberarm

Wird dann sonographisch eine Fraktur ausgeschlossen, kann eine funktionelle Nachbehandlung mit klinischer Kontrolle erfolgen. Bei Nachweis einer Fraktur sollte immer eine Röntgenkontrolle in einer Ebene erfolgen, um eine pathologische Fraktur auszuschließen, da dies therapeutische Konsequenzen hat.

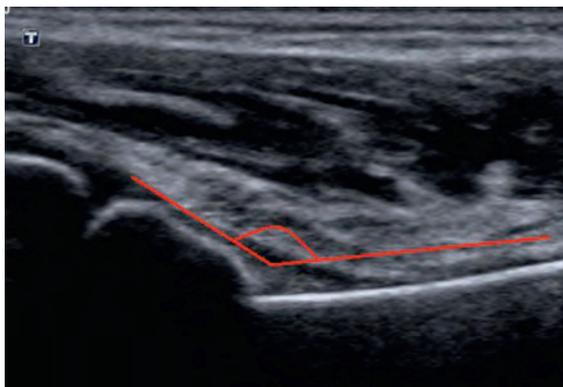


Abb. 12: Sono Fraktur subcapitaler Oberarm; Achsbestimmung

Adäquates Trauma und klinisch V.a. subcapitale Humerusfraktur

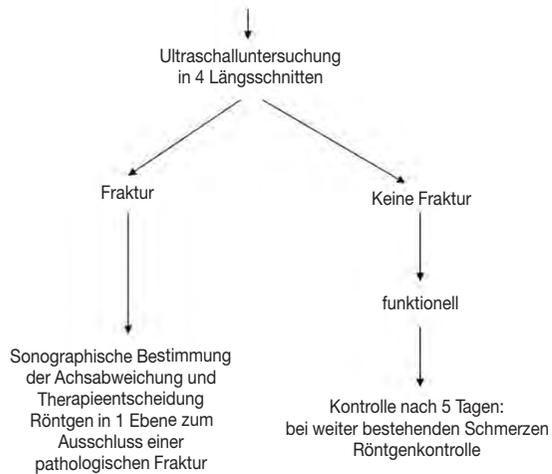


Abb. 13: Shoulder SAFE Algorithmus

Bei Frakturen ist die radiologische Bestimmung der Achsabweichung in den meisten Fällen nicht ausreichend möglich [5], da selten eine korrekte Darstellung in zwei senkrechten Ebenen gelingt. Für die weitere Therapie ist das Ausmaß der Achsabweichung aber entscheidend. Hier kann mit der genannten Ultraschalldiagnostik die genaue Achsabweichung bestimmt und die korrekte Therapie eingeleitet werden (Abb. 12). Im Rahmen einer Studie mit 18 Frakturen [6] zeigte die Ultraschalldiagnostik im Vergleich zum Röntgen 15-mal ein besseres Ergebnis, 3-mal war die radiologische Diagnostik überlegen.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Ole Ackermann
 Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, EKO.
 Virchowstraße 20, 46047 Oberhausen
 dr.med.ackermann@gmx.de

Red.: Keller

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

Vorgehen bei primärer Enkopresis

CONSILIUM INFECTORIUM

Univ.-Prof. Dr. med.
Alexander
von Gontard

Frage:

Welches Vorgehen schlagen Sie vor bei primärer Enkopresis eines 5 ½-jährigen Jungen?

Anamnese:

Sektio am Termin, unauffällige frühkindliche Entwicklung, Intelligenz und Motorik überdurchschnittlich, sehr impulsiv. Körperlich normal entwickelt, Anus unauffällig, im Ultraschall fällt verstuhtes Abdomen auf. Problemloser Besuch des Kindergartens seit dem 3. Lebensjahr. Wasserlassen in die Toilette funktioniert, Stuhl wird nur in die Windel abgesetzt.

Sozialanamnese:

Mutter Lehrerin (Teilzeit), geduldig, liebevoll und zwendungintensiv; Vater Ingenieur, sehr ordnungs- und hygienebewusst.

Bisherige Maßnahmen:

Abführen mit Movicol junior (2 x täglich), darunter Behebung der Verstopfung. Vereinbarung mit dem Kind, nach jeder Mahlzeit auf die Toilette zu gehen und zehn Minuten zu versuchen, dort Stuhlgang zu haben. Nach anfänglichem Widerstand akzeptiert das Kind mittlerweile dieses Vorgehen, allerdings ohne jeden Erfolg. Der Stuhlgang wird später in die Windel abgesetzt. Das Kind gibt an, keinen Stuhl drang zu bemerken.

- In welchem Ausmaß empfehlen sich weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen, ohne das Kind unnötig zu traumatisieren?
- Kann mit einer spontanen Besserung gerechnet werden?

Nach Angaben der Mutter ist sich das Kind der Problematik der bevorstehenden Einschulung bewusst, sei aber zuversichtlich, dass es dann auch keine Windel mehr brauche.

- Welche therapeutischen Maßnahmen könnten in diesem Fall angewandt werden?
- Wie lange wird die Therapie Ihrer Erfahrung nach dauern?

Antwort:

Bei dem interessanten Fall handelt es sich um ein Toiletten-Verweigerungs-Syndrom (TVS): Kinder lassen zwar Wasser auf der Toilette, bestehen aber auf eine Win-

del für die Defäkation. Denn TVS kann eine Obstipation vorausgehen – aber auch eine spätere Obstipation begünstigt werden. Von daher ist es absolut korrekt, dass die Obstipation des Kindes (neben klinischen Symptomen, Skybala und Rectumdurchmesser im Ultraschall > 30 mm) mit Movicol junior und Toilettensitzungen behandelt wurde. Aus der Fallbeschreibung wird nicht deutlich, ob das Kind weiterhin Stuhl in der Hose absetzt, d. h. ob eine Enkopresis (oder Stuhlinkontinenz) vorliegt.

Bei TVS gibt es zwei Formen:

1. Bei Kleinkindern handelt es sich um eine häufige, vorübergehende Problematik. Es wird geraten, intrafamiliären Stress zu reduzieren, auf ein forciertes Sauberkeitstraining zu verzichten und dem Kind die Windel zur Defäkation zu geben. Ein Ziel ist es, die Entwicklung einer Obstipation zu vermeiden und die familiäre Interaktion zu entspannen. Oft bildet sich das TVS ohne weitere Interventionen zurück.
2. Bei älteren Kindern (wie in diesem Fall) können neben Obstipation und Enkopresis weitere psychische Begleitstörungen vorhanden sein. Es kann sich dabei sowohl um internalisierende Störungen (wie emotionale Störung mit Geschwister rivalität) wie auch externalisierende Störungen (wie vor allem Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten) handeln. In diesen Fällen ist eine weitergehende Diagnostik und Beratung/Behandlung der Begleitstörung notwendig.

Weiterführende Literatur:

Niemczyk, J., Equit, M., El Khatib, D., von Gontard, A.: Toilet refusal syndrome in preschool children – do different subtypes exist? *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, e-published, 2013

von Gontard, A.: Leitfaden Enkopresis. Göttingen, Hogrefe Verlag, 2010

von Gontard, A.: Enkopresis: Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie. Stuttgart, Kohlhammer Verlag, 2., vollständig überarbeitete Auflage 2010

Univ.-Prof. Dr. med. Alexander von Gontard
Universitätsklinikum des Saarlandes
Kinder-, Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Kirrberger Straße, 66421 Homburg

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Epidemiologie der SSPE in Deutschland

Epidemiology of Subacute Sclerosing Panencephalitis (SSPE) in Germany from 2003 to 2009: a Risk Estimation

Schönberger K, Ludwig MS, Wildner M, Weissbrich B.
PLoS One 8:e68909, Juli 2013

Die subakute sklerosierende Panencephalitis (SSPE) ist eine Spätkomplikation, die in der Regel 7 bis 10 Jahre nach einer akuten Masernwildinfektion auftritt und immer tödlich verläuft. Das Risiko steigt mit abnehmendem Alter an. Besonders gefährdet sind Kinder im ersten Lebensjahr, die noch zu jung für eine MMR-Impfung sind.

Für den Zeitraum 2003–2009 berechneten Schönberger und Mitarbeiter anhand verschiedener Quellen (ViroWue, ESPED) das Risiko für eine SSPE in Deutschland.

Für Kinder, die sich mit akuten Masern in einem Alter < 5 Jahren angesteckt haben, errechnete sich ein SSPE-Risiko von 1:1700 bis 1:3300.

Kommentar

Das Risiko einer SSPE nach einer akuten Maserninfektion bei Kindern < 5 Jahren ist anhand dieser Studie deutlich höher als früher angenommen (ca. 1:100.000), das Risiko liegt jetzt in einer ähnlichen Größenordnung wie eine akute fatale Maserninfektion. Besonders tragisch sind Fälle, bei denen Säuglinge, die aufgrund ihres Alters noch nicht MMR-geimpft werden konnten und die besonders gefährdet sind, sich von nicht geimpften Kindern mit floriden Masern (u.a. in der Kinder- und Jugendarztpraxis) angesteckt hatten. Nur die rechtzeitige MMR-Impfung schützt vor der SSPE. Durch konsequente Anhebung der MMR-Durchimpfungsrate auf >95% könnte das WHO-Ziel der Masernelimination (derzeit angestrebt: Jahr 2015) auch in Deutschland erreicht werden.

(Volker Schuster, Leipzig)

Kontrollierte Studie zur prophylaktischen Gabe von Glukokortikoiden bei Purpura Schönlein-Henoch

Randomised, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial to Determine Whether Steroids Reduce the Incidence and Severity of Nephropathy in Henoch-Schonlein Purpura (HSP)

Dudley J, Smith G et al., *Arch Dis Child* 2013, 98(10): 756-763

Mit der Frage der Prävention renaler Spätschäden bei der Purpura Schönlein-Henoch (PSH) beschäftigen sich seit Jahrzehnten viele Studien. In der vorliegenden Arbeit wurden Kinder unter 18 Jahren in einem 14-tägigen Prednisolon- oder Placeboarm randomisiert. Die primären Zielparameter waren: (1) Proteinurie nach 12 Monaten definiert als Urineiweiß-Creatinin Ratio >20 mg/mmol und (2) Notwendigkeit für weitere Behandlungsmaßnahmen, definiert als therapiepflichtige Hypertonie, Nierenbiopsie oder Therapienotwendigkeit für eine renale Erkrankung. Im Vergleich der beiden Gruppen fand sich kein signifikanter Unterschied: 18 von 123 (15%) Patienten mit Prednisolon und 13/124 (10%) Patienten mit Placebo hatten eine pathologische Eiweiß-Crea Ratio. Auch nach 12 Monaten fand sich keine signifikante Differenz sowohl im Hinblick auf die Eiweißausscheidung als auch auf die Notwendigkeit weiterer Therapiemaßnahmen.

Die Studie zeigt, dass die frühe Gabe von Steroiden bei der PSH nicht zu einer Reduktion der Proteinurieprävalenz führt. Aus diesem Grund ist eine Glukokortikoidtherapie zur Prävention von renalen Spätschäden weiterhin nicht zu empfehlen.

(Toni Hospach, Stuttgart)

Nutzen der abdominalen Computertomographie bei Kindern

Using Patient Characteristics to Predict Usefulness of Abdominal Computed Tomography in Children

Biondi E, Macduff S, Capucilli P et al., *Hospital Pediatrics*; 3;226-232, Juli 2013

Die Autoren führten bei Patienten eines städtischen medizinischen pädiatrischen Zentrums (Golisano Children's Hospital [GCH] an der Universität Rochester [NY]) zwischen Juni 2009 und November 2011 eine retrospektive Analyse aller abdominalen CT-Untersuchungen durch. GCH ist ein tertiäres Kinderkrankenhaus: Die allgemeine Versorgung kranker Kinder wird von pädiatrischen Residents, pädiatrischen Klinikern und pädiatrischen Subspezialisten wahrgenommen. Die Abteilung für pädiatrische Notfälle ist gemischt besetzt mit pädiatrischen Fachärzten und

Ärzten in Weiterbildung zum Notfall-Pädiater sowie pädiatrischen Residents. Die Röntgen-Diagnostik nimmt ein diensthabender Radiologe wahr.

Es wurde eine retrospektive Analyse durchgeführt aller abdominalen CT-Untersuchungen zwischen Juni 2009 und November 2011. Eine unabhängige Experten-Gruppe von Krankenhaus-Pädiatern kategorisierte die jeweilige Untersuchung als notwendig für die Diagnose (1), unnötig, aber hilfreich für die Diagnose (2) oder weder notwendig noch hilfreich für die Diagnose (3). In zwei multiplen Regressions-Modellen wurden 21 klinische Variablen auf ihre Fähigkeit analysiert zur Differenzierung zwischen 1, 2 oder 3.

Insgesamt wurden 399 CT-Untersuchungen analysiert, davon wurden 70 (18 %) als notwendig, 103 (26 %) als hilfreich und 226 (57 %) als unnötig eingestuft.

3 Variablen waren stark korreliert mit notwendigen CT-Untersuchungen: Leukozytose, Peritoneal-Zeichen, männliches Geschlecht. Die Wahrscheinlichkeit für einen notwendigen CT betrug bei Vorhandensein dieser 3 Kriterien 57 % gegenüber 8 % ohne diese Kriterien. Die Variablen Abdominelle Chirurgie in der Anamnese, Tachypnoe und Leukozytose waren stark korreliert für hilfreiche, aber unnötige CT-Untersuchungen in 84 % im Vergleich mit 35 % bei Fehlen dieser 3 Variablen.

Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass die Mehrzahl der abdominalen CT-Untersuchungen unnötig und nicht hilfreich war. Die Kenntnis klinischer Variablen, die mit dem Nutzen der CT-Untersuchung korrelieren, liefert dem Notfall-Pädiater eine sehr begrenzte Entscheidungshilfe für oder gegen eine CT-Untersuchung.

Die Autoren diskutieren die Grenzen ihrer Studie: Ausschluss-Diagnostik, Über- oder Unter-Dokumentation bestimmter Variablen, CT-Bewertung nur durch 1 diensthabenden Radiologen, fehlende Erfassung evtl. Ultraschall-Diagnostik, die Kategorisierung in hilfreich und unnötig, die Bewertung des CT als hilfreich, fehlende Signifikanz einzelner weniger häufiger Variablen.

Kommentar

Die anfängliche Euphorie über die neue Bildgebung mit Hilfe des CT auch im Kindesalter zur Verbesserung einer raschen und sicheren Notfall-Diagnostik ist inzwischen einer kritische Einschätzung eventueller Risiken der frühen Strahlen-Exposition gewichen. Andere diagnostische Methoden (Ultraschall, MRI) stehen heute im Vordergrund auch der Notfall-Pädiatrie. Die vorliegende Studie liefert eine begrenzte, aber sehr kritische Überprüfung der CT-Diagnostik in einem städtischen Kinderkrankenhaus. Wenn die benutzten Daten auch ihre Grenzen haben, liefert die Studie doch einen wertvollen Beitrag zur strengen Indikationsstellung für den abdominalen CT in der Notfall-Pädiatrie. Prospektive Untersuchungen an vergleichbaren Kollektiven können die Indikations-Grenzen weiter erhärten.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Welche Diagnose wird gestellt?

Peter H. Höger

Anamnese

Ein 2 1/12 jähriges Mädchen wird zur Beurteilung einer seit dem 1. Lebensmonat bestehenden perianalen Hautveränderung vorgestellt, die keine Beschwerden verursachen würde. Das Stuhlverhalten sei nicht beeinträchtigt. Das Mädchen sei gut gediehen, die übrige Eigen- und Familienanamnese ist unauffällig.

Untersuchungsbefund

2 1/12 jähriges weibliches Kleinkind in gutem Allgemeinzustand. Unauffälliger pädiatrischer Untersuchungsbefund. Im Perianalbereich findet sich bei 12 Uhr vom Perineum ausgehend ein palpatorisch derb-fibröser, nicht dolenter Strang, der spitz zulauend in Höhe des Anlirings endet.

Welche Diagnose wird gestellt?

(Auflösung auf S. 51)

Abb. 1: Derber hautfarbener Strang im Bereich des Perineums mit Protrusion in den Perianalbereich im Alter von 2 1/12 Jahren.



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

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Prof.-Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen, Tel. (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremenmitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian Heinen, Dr. v. Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München, Tel. (089) 5160-7850, E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel. (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@kkh-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 13.500

lt. IVW IV/2013

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 – **Redaktionsassistenz:** 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. 47 vom 1. Oktober 2013

Bezugspreis: Einzelheft € 9,90 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 99,- zzgl. Versandkosten (€ 7,70 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

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

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

© 2014. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.



LA-MED

Diagnose: Infantile perianale pyramidenförmige Protrusion (IPPP)

Der Begriff der „Infantilen perianalen pyramidalen Protrusion“ (IPPP) wurde 1996 durch Kayashima et al. (1) geprägt. Die fibromatösen Tumoren sind meist solitär, 0,5–2,0 cm lang und überwiegend im Perinealbereich (bei 12 Uhr), seltener im posterioren Bereich lokalisiert. Daher wird auch die Bezeichnung „Infantile perianale Protrusion“ verwendet. Ihre Oberfläche ist hautfarben und glatt. Die Prävalenz der IPPP ist unbekannt. Etwa 100 Fälle wurden bisher beschrieben (2). Angaben zur Prävalenz liegen nicht vor. Da die IPPP oft als „Hautanhängsel“ (engl. „skin tag“), Fibrom oder Mariske fehlgedeutet wird (3), dürfte es sich um eine nicht ganz seltene Entität handeln.

Die IPPP wird nahezu ausschließlich bei Mädchen beobachtet. Die Ätiologie der Erkrankung und damit auch die Ursachen dieser Geschlechtsprädisposition sind nicht bekannt. Möglicherweise handelt es sich um ein Residuum eines embryonalen Septums (4). Die Manifestation erfolgt meist bereits bei Geburt; in einigen Fällen wurde über familiäre Häufung berichtet (4,5). Neben der kongenitalen oder frühmanifesten Erkrankungsform werden zwei erworbene Formen unterschieden: Bei älteren Säuglingen und im Kleinkindesalter kann Obstipation eine Rolle spielen, denn nach Behandlung der Obstipation wurde eine beschleunigte Rückbildung beobachtet (6,7). Spekulativ ist die Hypothese, dass es sich in einigen Fällen um eine besondere



Abb. 2: Verlauf im Alter von 4 Jahren. Weitgehende Rückbildung. Die noch bestehende Schwellung im Perinealbereich ist palpatorisch weich und verursacht auch weiterhin keine Beschwerden.

Form des Lichen sclerosus et atrophicus handeln könnte (8).

Wichtige Differenzialdiagnosen umfassen Marisken und anogenitale Warzen. Marisken sind hypertrophe Analfalten, die erst sekundär bei habitueller Obstipation und damit eher bei älteren Kindern auftreten. Anogenitale Warzen sind durch die progrediente Bildung erythematöser Papeln mit einer samtartig-rauhen Oberfläche gekennzeichnet, die perianal „blumenkohlartig“ wachsen und dann zur Obstipation führen können.

Die Prognose der (primären) IPPP ist günstig. In der Regel kommt es im Kleinkindesalter zu einer spontanen Regression, wie Abb. 2 zeigt. Von einer chirurgischen Intervention ist daher abzuraten, zumal die IPPP keine Beschwerden verursacht.

Literaturangaben

1. Kayashima K, Kitoh M, Ono T. Infantile perianal pyramidal protrusion. Arch Dermatol 1996; 132:1481-1484.
2. Zavras N et al. Infantile Perianal Pyramidal Protrusion: A report of 8 new cases and a review of the literature. Case Rep Dermatol 2012; 4: 202-06
3. McCann J, Voris J, Simon M, Wells R. Perianal findings in prepubertal children selected for non-abuse: a descriptive study. Child Abuse Negl 1989;13:179-193.
4. Konta R et al. Infantile perineal protrusion. Dermatology 2000; 201: 315-320
5. Leung AK. Concomitant anterior and posterior infantile perianal protrusions. J Natl Med Assoc 2010; 102: 135-136
6. Mèrigou D et al. Infantile perianal pyramidal protrusion: a marker of constipation? Pediatr Dermatol 1998; 15: 143-144
7. Fleet SL, Davis LS. Infantile perianal pyramidal protrusion: report of a case and review of the literature. Pediatr Dermatol 2005; 22: 151-152
8. Patrizi A et al. Infantile perineal protrusion. Pediatr Dermatol 2002; 19: 15-18

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

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



Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine
Vertretung

einen
Weiterbildungsassistenten

einen
Nachfolger

einen
Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

dann wenden Sie sich bitte an die

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

BVKJ wird Mitglied im Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“

Ab sofort ist der BVKJ Mitglied im Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“, einem Projekt der BZgA. Der Kooperationsverbund, dem neben der BZgA die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, weitere Krankenkassen, kommunale Spitzenverbände, die Bundesagentur für Arbeit, diverse ärztliche Bundesverbände, Wohlfahrtsverbände und einige Länderministerien angehören, hat das Ziel Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken und damit sozial benachteiligten Menschen die Chance auf eine bessere Gesundheit und ein längeres Leben zu geben.

Im Gespräch mit unserer Zeitschrift erläutert Dr. Gabriele Trost-Brinkhues das Ziel der Kooperation.

Warum haben Sie sich dafür engagiert, dass der BVKJ dem Kooperationsverbund beiträgt?

Kindergesundheit bzw. das sichere und gute Aufwachsen unter schwierigen sozialen Bedingungen gehört zu den zentralen Themen des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“. In den vergangenen Jahren hat der Kooperationsverbund Kenntnisse und Erfahrungen von vielen Mitstreitern dazu gesammelt, wie Kinder und Jugendliche in schwierigen sozialen Verhältnissen gesünder aufwachsen können. Er hat dieses Wissen ausgewertet und die Umsetzung unterstützt. Als BVKJ möchten wir dazu beitragen, dass diese Arbeit in Zukunft noch viel effizienter geschieht. Wir tun dies, indem wir unsere Erfahrungen an die anderen Partner des Kooperationsverbundes weitergeben und mit ihnen diskutieren. Und der BVKJ vertritt ja hier die Kinder- und Jugendärzte aus den Praxen, den Kliniken und auch dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Aus diesen Diskussionen entwickeln wir gemeinsam konkrete Hilfen für die Praxis, die dann wiederum von den politischen Entscheidungsträgern, insbesondere in den Kommunen, umgesetzt werden sollen.

Warum sucht der BVKJ nicht den direkten Draht zu den politischen Entscheidungsträgern?

Der BVKJ hat einen guten und direkten Draht zu politischen Entscheidungsträgern auf allen Ebenen. Bei vielen pädiatrischen Belangen ist dies der richtige Weg. Auf dem Weg zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit ist es aber wichtig, dass Experten aus Ärzteverbänden, Krankenkassen, Politik, Wohlfahrtsverbänden etc. ihr Wissen vernetzen und nach neuen Lösungen suchen. Die flächendeckende sozialbezogene Gesundheitsförderung kann nur unter Einbeziehung vieler Professionen vorangetrieben werden.

Wie sieht das ganz praktisch aus?

Die Experten des Kooperationsverbundes, also demnächst auch Kinder- und Jugendärzte identifizieren und unterstützen regionale Angebote wie z. B. Frühprävention durch Bewegungs- und Ernährungsbildung im Kindergarten, Sprach- und Leseförderungsprogramme oder auch Gesundheitsförderung in Schulen. Durch den Kooperationsverbund können diese Projekte dann auch in anderen Regionen übernommen werden und dazu beitragen, dass Kinder und Jugendliche gesund aufwachsen.

Regine Hauch



GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT VERBESSERN

Der Kooperationsverbund
„Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

- Stärkung soziallagenbezogener Gesundheitsförderung
- Regionale Knoten zur Vernetzung in allen Bundesländern
- Qualitätsentwicklung
- Beispiele guter Praxis
- Online-Datenbank und -Wissensressource

Menschen, die durch Armut oder andere schwierige Lebensumstände benachteiligt sind, haben in Deutschland ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko und eine um bis zu zehn Jahre geringere Lebenserwartung als sozial besser gestellte Menschen. Vor allem sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche sind großen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt. Das belegt unter anderem der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Kinder und Jugendliche aus prekären sozialen Verhältnissen sind häufiger krank, verhalten sich ungesünder und nehmen seltener die Vorsorgeuntersuchungen wahr als ihre bessergestellten Altersgenossen.

BVKJ zu Gesprächen über Gesundheits- und Sozialpolitik in Berlin

Die BVKJ-Verbandsspitze konnte bereits zu Jahresbeginn ihre Gespräche mit Mitgliedern der Regierung und Fraktionen zur Gesundheits- und Sozialpolitik beginnen. Zielsetzungen, Forderungen und Analysen unseres Verbandes hat BVKJ Präsident Dr. Wolfram Hartmann den Politikern vorab in einer umfangreichen Mappe zukommen lassen, damit die Gespräche auf einem hohen inhaltlichen Niveau stattfinden konnten. Der Präsident stellte zusammen mit der Geschäftsführerin Christel Schierbaum und dem Berlin-Beauftragten Stephan Eßer die ungelösten brennenden Probleme und die Vorstellungen des Verbandes über zukünftige Versorgungskonzepte dar. Ohne Unterstützung durch die Politik sieht Dr. Hartmann große Schwierigkeiten für eine flächendeckenden ambulanten pädiatrischen Versorgung. Viele Kommunalpolitiker in Deutschland unterschätzten noch die Probleme, die hier gerade auf ländliche Räume zukämen. Es müssten auf jeden Fall die Wünsche und Vorstellungen der jungen Medizinerinnen und Mediziner nach Teilzeittätigkeit und Tätigkeit im Angestelltenverhältnis viel stärker in die Überlegungen einbezogen werden als bisher.

Der gesundheitspolitische Sprecher der CDU-Fraktion **Jens Spahn** erwartet, dass beispielsweise die vorgesehene Genehmigung von rein hausärztlichen MVZ ein Schritt in die richtige Richtung sei.



Staatssekretärin **Ingrid Fischbach**

© Ingrid Fischbach / Laurence Chaperon

Die parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium **Ingrid Fischbach** (CDU) ist den BVKJ Besuchern aus ihrer Zeit in der Kinderkommission und der Familienpolitik gut bekannt. Sie sagte zu, dass sich das Ministerium bemühen werde, zeitnah die Vorsorgelücke im Grundschulalter zu schließen und auf den GBA einzuwirken, damit die Inhalte der Vorsorgen an das von uns vorgelegte Konzept angepasst werden. Der Impfstatus solle obligat vor Eintritt in eine Kindertageseinrichtung geprüft werden. Bei Ausbruch einer impfpräventablen

Erkrankung in der Einrichtung sollen dann alle Kinder, die über keinen ausreichenden Impfschutz verfügen, vom Besuch der Einrichtung bis zum Ende der Inkubationszeit ausgeschlossen werden.

Auch Spahn sieht die Notwendigkeit, die Lücke bei den Präventionsuntersuchungen zu schließen und bei der Impffrage zeigte sich Spahn ebenfalls ganz auf der Linie des BVKJ.

Dem großen Wunsch der BVKJ-Delegation, die Kinderkommission zu erhalten, steht der Koalitionsvertrag entgegen. Die Kommission soll durch einen Beauftragten ersetzt werden, was Hartmann für eine unglückliche Entscheidung hält. Die Staatssekretärin würde den Erhalt der Kommission ebenfalls begrüßen. Jens Spahn verwies hierzu auf den familienpolitischen Sprecher seiner Fraktion.

Der frühe Zeitpunkt dieser Gespräche zeigt, welchen hohen Stellenwert Entscheidungsträger in Ministerien und Parlament der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung und der Lobbyarbeit unseres Verbandes beimessen. Weitere Gespräche im Verlauf der Legislaturperiode werden vereinbart.

Kup

Unfallversicherung und Haftpflichtvertrag



Dr. Kyrill Makoski

Immer wieder berichten niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, dass Versicherungsvertreter sie dazu auffordern, in ihren Haftpflichtversicherungsverträgen die Tätigkeit als Durchgangsarzt („D-Arzt“) gesondert versichern zu lassen. Hintergrund ist, dass jeder Arzt auch Patienten behandelt, die von der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) geschützt sind. Dies sind z.B. Verletzungen auf dem Schulweg oder in der Schule. In diesen Fällen suchen die Eltern zumeist zunächst den „normalen“ Kinder- und Jugendarzt auf. Dieser entscheidet dann, ob eine weitere Behandlung durch den D-Arzt erforderlich ist oder nicht.

Unter systematischen Aspekten kann mit der sogenannten „D-Arzt-Klausel“ in den Versicherungsverträgen nicht jegliche Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung gemeint sein. Gemäß § 4 Abs. 1 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherung (Vertrag gemäß § 34 Abs. 3 SGB VII zwischen der DEUTSCHEN GESETZLICHEN UNFALLVERSICHERUNG und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) sind nicht nur die D-Ärzte zur Teilnahme an der Heilbehandlung im Rahmen der Unfallversicherung verpflichtet, sondern alle Vertragsärzte. Diese dürfen aber nur die allgemeine Heilbehandlung erbringen (§ 6 Abs. 3 S. 1 i.V.m. § 10 des Vertrages). Dies ist die Versorgung einer Verletzung, die keines besonderen personellen, apparativ-technischen Aufwandes oder einer speziellen unfallmedizinischen Qualifikation bedarf. Wenn also der Vertragsarzt einen entsprechenden weiteren Behandlungsbedarf feststellt, hat er den Patienten an den D-Arzt zu überweisen, der dann die weitere Behandlung in die Wege leitet. Der D-Arzt wiederum ist zur besonderen Heilbehandlung zugelassen. Dafür muss er auch eine besondere Qualifikation erfüllen. Wenn aber schon jeder Vertragsarzt im Rahmen

der gesetzlichen Unfallversicherung Heilbehandlungen durchführen muss, kann die D-Arzt-Klausel nur die besondere Tätigkeit der Ärzte abdecken, die an dem entsprechenden Vertrag teilnehmen.

Zudem gilt, dass der D-Arzt in diesem Rahmen für die Unfallversicherung, also in Ausübung eines öffentlichen Amtes, tätig wird, und er selbst für Fehler im Rahmen dieser Tätigkeit nicht haftet; vielmehr haftet die Unfallversicherung. Nur wenn der D-Arzt den Patienten weiter behandelt, haftet er auch selbst.

Daraus folgt, dass die normale Tätigkeit der Vertragsärzte – auch wenn sie im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung erbracht wird – von der Haftpflichtversicherung für die freiberufliche ambulante Tätigkeit als niedergelassener Arzt erfasst ist. Einer gesonderten Versicherung bedarf es nur für die Ärzte, die tatsächlich im Rahmen eines Sondervertrages mit der gesetzlichen Unfallversicherung als ausdrücklich benannte D-Ärzte tätig werden und dann auch die Patienten weiter behandeln.

Dr. Kyrill Makoski

Der Autor ist Fachanwalt für Medizinrecht und arbeitet in der Kanzlei Möller & Partner

Die Kanzlei ist Justitiarin des BVKJ

Red: ReH

BVKJ Mitglied in der StäKo

Die ständige Konferenz ärztlich-psychotherapeutischer Verbände (StäKo) hat den Ausschuss für Psychosomatik und Psychotherapie als assoziiertes Mitglied aufgenommen. Vollmitglied konnte der bvkJ nicht werden, da dies nach der Satzung der STÄKÖ nur reinen ärztlich-psychotherapeutischen Verbänden möglich ist. Als assoziiertes Mitglied hat der bvkJ-Ausschuss Rederecht, aber kein Stimmrecht bei allen aktuellen Fragen der Gesundheits-, Sozial- und Landespolitik sowie der ärztlichen Psychotherapie innerhalb der StäKo.

Die Aufnahme ist das Ergebnis von langen und hartnäckigen Bemühung des Ausschussvorsitzenden Dr. Harald Tegtmeyer-Metzdorf, der pädiatrischen Psychotherapie und Psychosomatik auf Bundesebene die notwendige Bedeutung und Präsenz zu geben. Die StäKo hat eigens ihre Geschäftsordnung geändert, um diese Aufnahme möglich zu machen.

Kup

Varizellen-Einzel- und Kombinationsimpfstoffe der Firma GSK nicht lieferbar

Wegen eines Herstellungsproblems wurde vorsorglich die Freigabe aller von GlaxoSmithKline (GSK) produzierten Varizellen-Einzel- und Kombinationsimpfstoffe gestoppt. Im Verlauf des ersten Quartals 2014 wird es sowohl beim MMRV-Kombinationsimpfstoff (Priorix-Tetra®) als auch beim Varizellen-Einzelimpfstoff (Varilrix®) Engpässe geben. Mit einer erneuten Auslieferung ist frühestens im Verlauf des 2. Quartals 2014 zu rechnen. Der genaue Zeitpunkt hängt jedoch von den derzeit laufenden Untersuchungen des Herstellungsproblems ab.

Als Alternativen stehen alle Masern-Mumps-Röteln (MMR)-Kombinationsimpfstoffe (Priorix®, M-M-R-VaxPro®),

sowie der Varizellen-Einzelimpfstoff Varivax® zur Verfügung. Diese werden voraussichtlich jedoch den Ausfall der GSK-Impfstoffe nicht vollständig kompensieren können.

Das RKI empfiehlt gemeinsam mit dem Paul-Ehrlich-Institut und der STIKO Vorgehensweisen während der zu erwartenden Impfstoffknappheit.

- Solange monovalenter Varizellen-Impfstoff zur Verfügung steht, soll die **erste Varizellen-Impfung**, wie empfohlen, zeitgleich mit der **ersten MMR-Impfung** verabreicht werden. Keinesfalls sollte man die erste MMR-Impfung verschieben.

- MMR-Impfstoffe sollten für die Erstimpfung vorgehalten werden, um die Durchführung der Erstimpfungen sicherzustellen.

- Anstehende **zweite MMRV-Impfungen** sollten verschoben werden, bis es wieder MMRV-Impfstoff gibt.

- **Verschoebene Impfungen** sollen zeitnah nachgeholt werden, um die Entstehung von dauerhaften Impflücken zu verhindern. Spätestens bei den nächsten Vorsorgeuntersuchungen U7 und U7a muss besonders auf die Vollständigkeit des Impfschutzes geachtet werden.

Weitere Informationen:

Aktuelle STIKO-Empfehlungen:
www.stiko.de

Kup

DGAAP Mitglied im Konvent für fachliche Zusammenarbeit der DGKJ

Eine Berichtigung

PD Dr. Burkhard Rodeck, Osnabrück, Sprecher des Konvents für fachliche Zusammenarbeit der DGKJ und Mitglied im Geschäftsführenden Vorstand der DGKJ, hat die Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP: Drs. Elke Jäger-Roman und Ulrich Fegeler) 2011 nach der Gründung der Gesellschaft zur Sitzung des Konvent auf der 107. Jahrestagung der DGKJ in Bielefeld eingeladen, um den anwesenden Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften der DGKJ die neu gegründete DGAAP mit ihren Zielen vorzustellen. Die Vorstellung erfolgte in freundlicher Atmosphäre. Dr. Rodeck hat im Namen des Konvents die Vorsitzenden der DGAAP danach eingeladen, einen Antrag auf korporative Mitgliedschaft der DGKJ (Konventmitgliedschaft) zu stellen. Aus Gründen, die nichts mit dem Vorsitzenden und dem Konvent der DGKJ zu tun haben,

haben die Vertreter der DGAAP einen solchen Antrag seinerzeit zurückgestellt. Die DGAAP hat den Antrag auf korporative Mitgliedschaft der DGKJ dann 2013 gestellt. In der nach Eingang des Antrags folgenden Vorstandssitzung der DGKJ wurde dieser Antrag ohne Gegenstimmen positiv beschieden.

Hiermit wird die Mitteilung im „Kinder- und Jugendarzt“, 44. Jg. (2013), Nr. 11, berichtigt, dass es „schwierige Verhandlungen“ hinsichtlich der Aufnahme in den Konvent gegeben hat.

Dr. Elke Jäger-Roman, DGAAP

Dr. Ulrich Fegeler, DGAAP

Dr. Ulrike Gitmans, DGAAP

PD Dr. Burkhard Rodeck, DGKJ, Sprecher des Konvents für fachliche Zusammenarbeit der DGKJ

Red.: Kup

Impfrisiko mal anders

Vor Weihnachten flatterte den impfenden Ärzten in Sachsen-Anhalt eine Bescherung besonderer Art ins Haus. Eine Regressandrohung der Ersatzkassen, weil sie angeblich in den zurückliegenden Jahren die Impfstoffe den Kassen falsch zugeordnet hätten. Insbesondere die Barmer-GEK hatte ein Missverhältnis zwischen den Impfstoffkosten und der Zahl ihrer Versicherten festgestellt. Da die Forderungen bis zum Ende 2013 verfallen wären, wählten die Ersatzkassen den einfachen Weg der Prüfanträge gegenüber den Ärzten. Auf manche von ihnen hätte nach Berechnungen der KV Sachsen-Anhalt Forderungen bis zu sechstelliger Höhe zu-

kommen können. Eine Überprüfung der Vorwürfe war nicht möglich, weil die Primärkassen, die alleine von einer solchen Schieflage profitieren würden, ihre Daten nicht herausgeben wollen.

Rechtzeitig zum Jahresende konnte eine Lösung gefunden werden, die existenzbedrohenden Forderungen von den Impfpfärzten abwendet. Die Ersatzkassen verzichten auf die Prüfanträge für Regressforderungen. Im Gegenzug wird die zuständige KV beim Sozialgericht darauf klagen, dass die Primärkassen ihre Daten herausgeben müssen.

Kup



Shining Eyes – Kinder blühen auf

Medizinisches Entwicklungsprojekt für die arme Landbevölkerung in Indien

Seit 19 Jahren reise ich als Kinder- und Jugendärztin jährlich in zwei Santal-Dörfer in Westbengalen, um den Kindern der mittellosen Reisbauern dort eine medizinische Versorgung zu ermöglichen. Der Schriftsteller Martin Kämpchen hatte dort ein pädagogisches Entwicklungsprojekt begonnen und erzählte mir, dass es für die Dorfbewohner keine medizinische Versorgung gebe und bat mich „Komm doch mal!“. Zunächst nahm ich alles im Koffer mit, was ich zur medizinischen Versorgung benötigte und lernte zunehmend die Nöte und Krankheiten der Menschen in den Dörfern kennen, so dass sich daraus eine medizinische Aufbauarbeit entwickelte. Wir bauten gemeinsam eine Dorfambulanz auf und legten einen Heilpflanzengarten an. Schnell war das Spektrum der Tropenkrankheiten vor mir ausgebreitet: Wurmerkrankungen, Hautmykosen, Amöbiasis und vieles mehr.



Dr. med. Monika
Golembiewski

Mit der Zeit fragten auch die Familien in den umliegenden Dörfern meine Hilfe an und die Arbeit weitete sich aus. Ernährungsprogramme für mangelernährte Kinder und Schwangere sowie der Bau von Waschhäusern mit Toiletten stabilisieren nun die Gesundheitssituation in den Dörfern. 2011 konnten wir eine Kinderklinik in Bolpur einweihen. Dort versorgen wir neben mangelernährten Kindern mit Durchfall, Bronchitis und Pneumonie vor allem auch tuberkulosekranke Kinder. Eine Entbindungsstation ist eingerichtet. Es sind 20 Betten für Kinder und 20 Betten für Mütter vorhanden.

Unsere präventive Kinderklinik ist noch im Aufbau und soll zu einer Anlaufstation für die umliegenden Dörfer werden. Wir schulen die Mütter dort bereits in gesunder Ernährung, Hygieneverbesserungen und Kinder-

und Müttergesundheit. Auch bilden wir Dorfgesundheitshelfer aus, die uns die kranken Kinder und Schwangeren mit Komplikationen rechtzeitig bringen sollen. Wöchentlich findet ein „Nutrition Day“ statt, an dem gemeinsam mit den Müttern eine nahrhafte Speise gekocht wird. In der Ambulanz arbeiten indische Ärzte mit, welche unseren präventiven Ansatz mittragen.

Immer wieder kommen auch schwer kranke Kinder zu uns wie Asrupi, die eines Abends mit einem ausge dehnten Ascites und Atemnot in unserer Ambulanz erschien. Wir brachten sie noch in der selben Nacht nach Kalkutta in eine Kinderklinik. Mit einer schweren Anämie (Hb 2,6g %) und nach unergiebigem Diagnostik gaben die dortigen Ärzten sie auf. Wir wollten unseren Verdacht auf Tuberkulose nicht aufgeben und baten dringend, die Behandlung zu beginnen. Auch hatten wir



schon die weitere Behandlung bei den German Doctors in Kalkutta organisiert, als der Vater entschied, mit seinem Kind nach Hause zu gehen und es dort sterben zu lassen. Die Verwandten hätten das so entschieden! Damit war das Kind für uns verschwunden. Wir ließen es durch all uns Bekannten, die mit diesem Kind involviert waren, suchen – leider ergebnislos. Ich rief von Deutschland einen Patientenvater an, der mir unbedingt weiterhelfen wollte, nachdem wir seinem Kind eine lebensrettende OP ermöglicht hatten. Tatsächlich fand er das Kind. Asrupi erschien nach sechs Wochen in unserem Krankenhaus... unglaublich... sie lief, lächelte mich an. Auch die Mutter strahlte glücklich. Die Medikamente gegen die Bauch-Tuberkulose hatte Asrupi regelmäßig genommen, und sie haben angeschlagen. Langsam war die Wasseransammlung im Bauch zurückgegangen, und sie konnte sich wieder auf ihren Beinen halten. Ich war so glücklich! Asrupis Geschichte hat mich für all die vielen Stolpersteine beim Bau und Einrichtung des Krankenhauses entschädigt... Ihr Schicksal hat mir wieder einmal gezeigt: unsere Arbeit lohnt sich!!



Eine wahre Freude sind unsere Ernährungsprogramme in den Dörfern. Für 12 Cent pro Mahlzeit können wir allen Schwangeren und mangelernährten Kindern eines Dorfes eine kalorien-, protein- und vitaminreiche Mahlzeit anbieten. Fertig ausgebildete indische Studenten der Sozialarbeit haben wir weitergebildet und angestellt. Sie betreuen diese Ernährungsprogramme kontinuierlich und sichern die Fortbildung und Einübung der Hygiene. Momentan haben wir ein deutsches Farmer-Ehepaar bei uns, das gemeinsam mit den Familien Gemüsegärten anlegt und sie in der Saatanzucht weiterbildet. Die Lebensmittelpreise auf dem Markt steigen ständig, das Gemüse wird für die Familien unerschwinglich. Durch eine Zusammenarbeit mit der Universität Hohenheim (Ernährungswissenschaften) konnten wir unsere Rezepte wie Reis mit Huhn und Gemüse oder Getreideporridge mit Dattel und Nüssen analysieren und weiter ausarbeiten. Gerade sind von dort zwei deutsche Studentinnen bei uns, um den täglichen Bedarf an Eiweiß, Vitaminen und Mineralien durch das lokale Angebot so weit wie möglich zu decken.

Durch regelmäßige Untersuchungen der Kinder im Ernährungsprogramm können wir verfolgen, wie sie körperlich stabiler werden, weniger Infekte haben, gedeihen und auch seelisch-geistig aufblühen. Dies mitzuerleben erfüllt auch unsere Herzen sehr!

Ihre Mitarbeit in Indien

Unser Projekt ist bei aller Nachhaltigkeit auf die Mitarbeit deutscher Kinder- und Jugendärzte angewiesen. Die Einsätze dauern drei bis vier Wochen. Unter www.shiningeyes.de erfahren Sie mehr über unseren präventiven Ansatz und die Kinderklinik. Auch nähere Hinweise zur Entwicklungsarbeit finden Sie dort (unter „Ihre Hilfe – Aktiv im Projekt als Arzt oder Pflegefachkraft“).

Für weitere Informationen wenden Sie sich gerne an

Dr. med. Monika Golembiewski
Buchernstraße 5/2
74223 Flein
Tel. 07131-250221
E-Mail: Monika.golembiewski@gmx.de



Red: ReH

Info

Seit 1994 arbeitet Dr. Monika Golembiewski in Adivasi Dörfern in Indien und bildet dort Gesundheitshelfer aus. Mit einem Team aus Studenten und Dorfhelfern wird dort eine präventive Gesundheitsarbeit für die mangelernährten Kinder und Schwangere aufgebaut. Besonders Tuberkuloseinfizierte Kinder sollen dabei auch eine präventive Versorgung erhalten. Dazu wurde in Deutschland der Verein Shining Eyes e.V. gegründet. Die ganze Arbeit in Indien wird durch diese Spenden getragen. Circa 4000 Euro monatlich fallen an laufenden Kosten an. Eine Röntgenstation ist im Aufbau.

Fortbildungstermine



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

März 2014

7.–9. März 2014

20. Kongress für Jugendmedizin „Schule macht krank?!“

des bvkj e.V., in Weimar

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

13.–16. März 2014

Päd-Ass 2014 – 11. Assistentenkongress

des bvkj e.V., in Köln

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

15. März 2014

23. Pädiatrie zum Anfassen

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

Auskunft: Frau Dr. Susanne Schober, Tel. 03838/200898, Fax 03836/2377138 ①

April 2014

5. April 2014

37. Pädiatref 2014 und

6. Kongress PRAXISfieber-regio für medizinische Fachangestellte in Kinder- und Jugendarztpraxen

des bvkj e.V., LV Nordrhein, in Köln

Auskunft: Christiane Thiele, 41751 Viersen, Tel. 02162/51888; Dr. Herbert Schade, 53894 Mechernich, Fax 02443/902461, www.paediatref.de ④

5. April 2014

27. Pädiatrie zum Anfassen

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

Auskunft: Prof. Dr. Heino Skopnik, Kinderklinik Stadt Krankenhaus GmbH, Gabriel-von-Seidl-Str. 81, 67550 Worms, Tel. 06241/500 3600, Fax 06241/501 3699 ①

26. April 2014

Pädiatrie zum Anfassen und Kongress PRAXISfieber-regio für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen

Gemeinsam mit der 63. Jahrestagung der Süddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, 25.–26. April 2014

des bvkj e.V., LV Baden-Württemberg, in Stuttgart/Fellbach;

Verantwortlich Frau Dr. Gudrun Jacobi

Auskunft: Interplan München, Tel. 089/54823411, Fax 089/548234-42, www.sgkj-tagung.de

Mai 2014

16.–17. Mai 2014

12. Pädiatrie à la carte des LV Westfalen-Lippe

des bvkj e.V., in Münster-Hiltrup

Auskunft: Dr. med. Marcus Heidemann, Bielefeld, Tel. 0521/204070, Fax: 0521/2090300; Dr. med. Andreas Schmutte, Dateln, Tel. 02363/8081, Fax 02363/51334, www.pac-bvki.de ④

16.–17. Mai 2014

24. Pädiatrie zum Anfassen

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

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

Juni 2014

13.–15. Juni 2014

44. Kinder- und Jugendärztetag 2014

„Umwelteinflüsse – Was macht wirklich krank?“

Jahrestagung des bvkj e.V., in Berlin

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

14.–15. Juni 2014

9. Praxisfieber Live Kongress für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen

des bvkj e.V., in Berlin

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

Juli 2014

5. Juli 2014

17. Seminartagung des LV Hessen

des bvkj e.V., in Bad Nauheim

Auskunft: Dr. Ralf Moebus, Bad Homburg, Tel. 06172/26021, Fax 06172/21778 – Tel. 069/818131, 069/880983, Fax 069/814756 ①

September 2014

6.–7. September 2014

18. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck

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

Auskunft: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Tel. 0421/570000, Fax: 0421/571000; Dr. Stefan Renz, Hamburg, Tel. 040/43093690, Fax: 040/43093699; Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Tel. 04531/3512, Fax: 04531/2397; Dr. Volker Dittmar, Celle, Tel. 05141/940134, Fax: 05141/940139 ②

Oktober 2014

11.–15. Oktober 2014

42. Herbst-Seminar-Kongress „Infektiologie“

des bvkj e.V., in Bad Orb

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

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

Verdienstorden des gallischen Dorfes für Dress Karsten Theiß und Schahin Aliani

Die saarländischen Pädiater bezeichnen ihr kleines Land gerne als „gallisches Dorf“. Und ähnlich wie die Bewohner des unsterblichen gallischen Dorfes haben die Saarländer skurrile Bräuche. Sie verleihen zum Beispiel einen kartoffeligen Verdienstorden des gallischen Dorfes. Diesmal hat es gleich zwei BVKJ-Mitglieder getroffen. Dr. Karl Stiller, Landesvorsitzender des BVKJ Landesverband Saarland, überreichte Karsten Theiß den Orden für besondere Verdienste als Scout durch den EDV-Dschungel. Der BVKJ-Honorarbeauftragte Dr. Schahin Aliani bekam die Auszeichnung für besondere Fähigkeit in der Verfolgung von KV-Abrechnungsfehlern.

ReH



Dr. Aliani, Dr. Stiller, Dr. Theiß (v.l.)

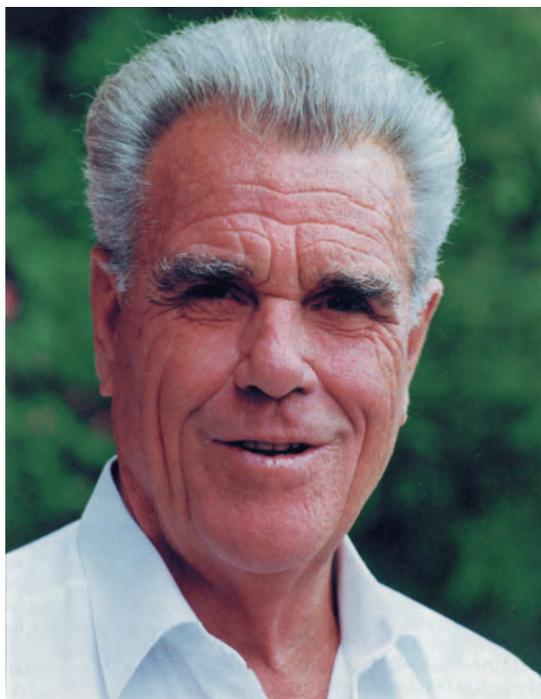
Nachruf auf Prof. Dr. med., Dr. med. h.c. mult., Dr. lit. h.c., Dr. paed. h.c., Dr. phil. h.c. Theodor Hellbrügge

Am 21. Januar ist Prof. Dr. med. Theodor Hellbrügge nach langer schwerer Krankheit im Alter von 94 Jahren im Kreis seiner Familie verstorben. Mit Prof. Hellbrügge verliert die deutsche Kinder- und Jugendmedizin einen auch im Ausland hoch geschätzten, äußerst engagierten Vertreter und Pionier unseres Fachgebiets, der immer voraus denkend gehandelt und Vieles mit großem Einsatz und politischer Spürnase bewegt hat. Er hinterlässt unauslöschliche Spuren.

Prof. Hellbrügge wurde am 23.10.1919 in Dortmund geboren und studierte in Münster und München Medizin. Seine pädiatrische Weiterbildung erfolgte an der Universitäts-Kinderklinik und Kinderpoliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München. Facharzt für Kinderheilkunde 1951, Habilitation 1954, apl. Professor 1960, 1976 erster deutscher Lehrstuhl für Sozialpädiatrie. 1960 Gründung der Forschungsstelle für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin – seit 01.01.1975 Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München. Die in diesem Institut erarbeiteten Ergebnisse bei gesunden Kindern veranlassten ihn im Jahr 1968 zum Aufbau des Kinderzentrums München als erste sozialpädiatrische Institution für Entwicklungs-Rehabilitation mit Frühdiagnostik, Frühtherapie und früher sozialer Eingliederung – eine gemeinsame Hilfe für mehrfach und verschiedenartig behinderte Kinder aus Kinderheilkunde, Kinderpsychologie, Heilpädagogik, Logopädie und Physiotherapie. Es wurde zum Vorbild von über 200 Sozialpädiatrischer Zentren im In- und Ausland. Im Rahmen des Kinderzentrums München gründete er 1968 den ersten Montessori-Kindergarten mit gemeinsamer Erziehung von Kindern mit und ohne Förderbedarf, aus dem die erste

Montessori-Schule mit integrierter Erziehung erwuchs. Professor Hellbrügge schuf aus der Montessori-Pädagogik eine neue Heilpädagogik, die ihre Schwerpunkte in der Frühförderung von Säuglingen sowie in der gemeinsamen Erziehung von Kindern mit und ohne Förderbedarf in Kindergärten und Schulen hat.

Er war einer der Mitbegründer unseres Berufsverbands und hat die Entwicklung des BVKJ jahrzehntelang mit großem Engagement begleitet. Von 1970 bis 1992 war



er Gründer und Schriftleiter unserer Verbandszeitschrift „der kinderarzt“ (heute: „Kinder- und Jugendarzt“) und es ist ihm zu verdanken, dass 1971 in Deutschland eine Kinderfrüherkennungsprogramm eingeführt wurde, das heute noch international hohe Anerkennung findet, obwohl es dringend an die Erfordernisse der Zeit angepasst werden muss. Nach der Wende hat er sich auch stark in den neuen Bundesländern engagiert und den Aufbau von SPZ unterstützend begleitet. Seine Kritik an der frühen Erziehung von Kleinkindern außerhalb der von ihm favorisierten traditionellen Familie hat zu lebhaften

und teils auch kontroversen Diskussionen geführt.

Viele Kinder- und Jugendärzte haben die Osterzeit seit über 40 Jahren in Brixen verbracht, wo sie den von ihm gegründeten und über Jahrzehnte geleiteten Internationalen Oster-Seminar-Kongress besucht haben.

Für sein umfassendes Lebenswerk wurde Prof. Hellbrügge vielfach geehrt. So erhielt er von 20 ausländischen Universitäten die Würde eines Dr. h.c.. Er war Honorarprofessor der Russischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft, Moskau und der Ukrainischen Freien Universität, München und Mitglied der Akademie der Wissenschaften der Republik Tartastan. Er war Medical Consultant der Weltgesundheitsorganisation, Mitglied der International Society for Chronobiology, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie (1977 bis 1992), Mitglied des Ausschusses „Vorschulische Erziehung“ des Deutschen Bildungsrates (1964 bis 1967), Vizepräsident der Association Montessori Internationale, Mitglied des Executivekomitees des International College of Pediatrics, etc. Es ist im Rahmen dieses Nachrufs nicht möglich, alle seine Auszeichnungen und Ehrungen aufzuführen.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte hat ihm bereits 1977 eine Ehrenurkunde verliehen, 1986 erhielt er die Meinhard-von-Pfaundler-Medaille, 1992 die Ehrennadel in Gold und wurde Ehrenmitglied. Wir trauern mit den Angehörigen von Prof. Hellbrügge um einen großen, bewundernswerten Kinder- und Jugendarzt und werden ihm immer ein ehrendes Andenken bewahren.

Köln, 24. Januar 2014

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident BVKJ

● Buchtipp

Axel Trautmann, Jörg Kleine-Tebbe

Allergologie in Klinik und Praxis: Allergene – Diagnostik – Therapie



Thieme Verlag, 2. Aufl.
2013, 568 S., 205 Abb.,
€ 129,99, ISBN: 978-3-
131421821

Das Wichtigste vorweg: Die 2. Auflage von „Allergologie in Klinik und Praxis“ der beiden renommierten Dermatologen Axel Trautmann und Jörg Kleine-Tebbe wird seinem hohen Anspruch gerecht! Es stellt in seiner völlig überarbeiteten Form in 27 Kapiteln das komplette Spektrum und den aktuellen Wissensstand der Allergologie dar und kann zu Recht als **das** Standardwerk für alle allergo-

logisch tätigen und interessierten Ärzte, unabhängig von ihrem jeweiligen Fachgebiet, bezeichnet werden.

Als Pädiater und pädiatrischer Pneumologe liest man natürlich zuerst das Kapitel 21 (Allergie im Kindesalter) und man entdeckt auch Schwächen (z. B. die empfohlene Dauermedikation des kindlichen Asthmas). Aber es überwiegen doch die großen Stärken dieses Buches: wie in allen Kapiteln zieht sich die Strukturierung einer hervorragenden Gliederung, knappen und übersichtlichen Darstellung, differenzial-diagnostischer Algorithmen und brandaktueller Übersichtstabellen durch.

Von den Grundlagen über die entsprechenden „Organkapitel“ zu den übergeordneten Themen: Medikamenten, Immunkomplexkrankheiten, Anaphylaxie etc. – alles wird in

oben genannter didaktisch hervorragender Weise auf der Basis der neuesten Evidenz-basierten Erkenntnisse Relevante der Allergologie dargestellt.

Besonders geglückt erscheint mir – auch im Hinblick auf den enormen Wissenszuwachs und der zunehmenden Bedeutung auf dem Gebiet – die Darstellung des Kapitels Nahrungsmittelallergie incl. der sehr ausführlichen Liste verursachender Allergene und molekularer Komponenten.

Insgesamt ein Werk, welches im Bücherregal jedes allergologisch tätigen Kinder- und Jugendarztes stehen sollte.

Antonio Pizzulli, 13403 Berlin
E-Mail: nc-praxispi@netcologne.de

Red: ReH



Geburtstage im März 2014

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Helga *Lotz-Neumcke*, Garmisch-Partenkirchen, am 01.03.
 Herr Prof. Dr. med. Volker *Wahn*, Berlin, am 01.03.
 Frau Andrea *Kleinerüschkamp*, Verl, am 03.03.
 Herr Dr. med. Wolfgang *Vossen*, Mönchengladbach, am 04.03.
 Frau Dr. med. Christine *Nahrendorf*, Magdeburg, am 05.03.
 Herr Dr. med. Stephan *Zaum*, Simmerath, am 06.03.
 Frau Dr. med. Elke *Herm*, Bad Oeynhausen, am 06.03.
 Herr Dr. med. Werner *Stöckigt*, Wuppertal, am 10.03.
 Frau Dr. med. Ursula *Schick*, Frankfurt/Main, am 11.03.
 Herr Dr. med. Hans-J. *Hermwille*, Dülmen, am 26.03.
 Frau Vera *Harms*, Bremen, am 26.03.
 Frau Dr. med. Dr. rer. nat. Renate *Blüters-Sawatzki*, Münzenberg, am 29.03.
 Frau Dr. med. Gerda *Wienforth*, Bad Dürkheim-Biesingen, am 30.03.
 Herr Dr. med. Hans-Christian *Gottschalk*, Görlitz, am 30.03.
 Herr Jürgen *Connette*, Saarlouis, am 30.03.

70. Geburtstag

Frau Dr. med. Dorothea *Asensio*, Neunburg, am 03.03.
 Herr Christian K. D. *Moik*, Aachen, am 03.03.
 Frau SR Inge-Dorothee *Hube*, Berlin, am 06.03.
 Herr Dr. med. Rolf-Peter *Willigmann*, Karlsruhe, am 07.03.
 Herr Dr. med. Eberhard *Wahnschaffe*, Bad Aibling, am 08.03.
 Herr Dr. med. Konrad *Schnirch*, Dessau-Roßlau, am 09.03.
 Herr Dr. med. Bernd *Jüttner*, Lüdenscheid, am 10.03.
 Herr Dr. med. Wolfgang *Gempp*, Konstanz, am 10.03.
 Frau Dr. MV Budapest Gisela *Aladics*, Starnberg, am 10.03.

Herr Dr. med. Christian *Stornowski*, Titisee-Neustadt, am 11.03.

Herr Dr. med. Jürgen *Spier*, Lindau, am 14.03.

Frau Dr. med. Katrin *Trendel-Kusserow*, Hannover, am 18.03.

Frau Dr. med. Emilia *Doaga*, Wolfsburg, am 20.03.

Herr Prof. Dr. med. Dieter *Weitzel*, Taunusstein, am 20.03.

Herr Dr. med. Albert *Schaaff*, Heroldsberg, am 21.03.

Herr Dr. med. Jürgen *Hoffmann*, Bad Homburg, am 21.03.

Frau Dr. med. Heike *Pansegrau*, Dresden, am 22.03.

Herr Dr. med. Alexander *von Willmann*, Moosburg, am 23.03.

Frau Evelyn *Kramer-Pfeilschifter*, Oberursel, am 26.03.

75. Geburtstag

Herr Hermann *Wirth*, Ahrensburg, am 03.03.
 Herr Dr. med. Wolfgang *Trausel*, Pesterwitz, am 04.03.
 Frau Dr. med. Karla *John*, Seligenstadt, am 09.03.
 Herr Dr. med. Jürgen *Bierwisch*, Hof, am 09.03.
 Herr Dr. med. Bernhard *Rosenkränzer*, Meerbusch, am 15.03.
 Herr MR Dr. med. Peter *Jähn*, Zwönitz, am 15.03.
 Frau Dr. med. Ilse *Gussone*, Münster, am 16.03.
 Herr MR Dr. med. Karl-Hermann *Seefeldt*, Prenzlau, am 18.03.
 Herr Dr. med. Jürgen *Kegel*, Berlin, am 23.03.
 Herr Dr. med. Klaus *Müller*, Bamberg, am 27.03.
 Herr PD Dr. med. Dietrich *Anders*, Marburg, am 28.03.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Edelgard *Posern*, München, am 19.03.
 Frau Dr. med. Helga *Jaffe*, Krefeld, am 20.03.
 Herr Dr. med. Wolfgang *Schlieter*, Sonthofen, am 29.03.

82. Geburtstag

Frau Dr. med. Nikla *Salabashev*, Bonn, am 01.03.
 Frau Dr. med. Lisette *Strnad*, Griesheim, am 26.03.
 Frau Dr. med. Jutta *Ehregut*, Hamburg, am 29.03.

83. Geburtstag

Herr Dr. med. Jamal *Faridi*, Köln, am 14.03.

84. Geburtstag

Herr Dr. med. Malte *Hey*, Nördlingen, am 05.03.

Herr Prof. Dr. med. Klemens *Stehr*, Spardorf, am 07.03.

Frau Dr. med. Irmgard *Krause*, Löwenstein, am 15.03.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Gercke-Huntemann*, Duisburg, am 20.03.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Marianne *Sorg*, München, am 14.03.

87. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Gerhard *Ruhrmann*, Reinbek, am 05.03.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Gertrud *Merz*, Engelskirchen, am 03.03.
 Frau Dr. med. Med. Dir. a.D. Vera *Gräfin Finck von Finckenstein*, Semlow, am 15.03.

89. Geburtstag

Herr Dr. med. Richard *Faul*, Stuttgart, am 16.03.
 Herr Dr. med. Friedrich *Kayser*, Oldenburg, am 27.03.

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Gertrud *Nordwall*, Köln, am 09.03.
 Frau Dagmar *Hofer*, Berlin, am 24.03.
 Herr Dr. med. Hajo *Willers*, Itzehoe, am 30.03.

91. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela *Jördens*, Berlin, am 15.03.

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Christoph *Beck*, Gunzenhausen
 Herrn Dr. med. Raul *Salup*, Wiesbaden
 Herrn Dr. med. Helmut *Outzen*, Flensburg
 Herrn Prof. Dr. med. Helmut *Karte*, Bad Dürkheim
 Frau Dr. med. Katharina *Bauer*, Bunde
 Frau Dr. Christiane *Schroeter*, Mainz

92. Geburtstag

Frau Dr. med. Margret *Herten*, Köln,
am 24.03.

93. Geburtstag

Herr Dr. med. Hugo *Konrad*, Augsburg,
am 02.03.

94. Geburtstag

Frau Dr. med. Paula Maria *Hölscher*,
Ludwigshafen, am 07.03.

Frau Dr. med. Gertrud *Loth*, Meschede,
am 17.03.

95. Geburtstag

Herr Dr. med. Franz-Xaver *Seibold*,
Schwäbisch Gmünd, am 05.03.

Als neue Mitglieder begrüßen wir**Landesverband
Baden-Württemberg**

Herrn Dr. med. Georg *Dangel*

Dr. med. Antje *Rückert-Pelz*

Herrn Dr. med. Christian *Schaut*

Frau Dr. med. Henriette *Schock*

**Landesverband Bayern**

Herrn Dr. med. Stefan *Baumann*

Frau Lea-Sophie *Gartlgruber*

Frau Teresa Julia Maria *Haslbeck*

Frau Dr. med. Daniela *Kleinert*

Herrn Dr. med. Arnd *Müller*

Frau Ann-Kathrin *Schmidt*

**Landesverband Berlin**

Herrn Dr. med. Jan *Schüring*

**Landesverband Brandenburg**

Frau Dr. med. Friederike *Eichhorn*

**Landesverband Bremen**

Herrn Dr. med. Andreas *Mühlig-Hofmann*

**Landesverband Hamburg**

Frau Dr. med. Vivian *Sunder*

**Landesverband Hessen**

Herrn Marius *Lehnert*

Frau Dr. med. Violetta Vicki
Mauch-Fendt

Herrn Dr. med. Christopher *Meudt*

Frau Hanna *Schöttler*

**Landesverband
Mecklenburg-Vorpommern**

Frau Christine *Bittig*

**Landesverband Niedersachsen**

Frau Nadine *Albermann*

Frau Dr. med. Constanze
Lämmer

Herrn Dr. med. Lutz *Nolte*

**Landesverband Nordrhein**

Frau Dr. med. Daniela *Brait*

Frau Stefanie Leria *Morillo*

Herrn Stefan *Schumann*

**Landesverband Sachsen**

Frau Dr. med. Christin *Lorenz*

**Landesverband
Sachsen-Anhalt**

Frau Ralitsa *Blaginoва-Mangova*

Frau Franziska *Udet*

**Landesverband
Schleswig-Holstein**

Frau Mira *Müller-Lucks*

Frau Dr. med. Svenja *Schodt*

**Landesverband
Thüringen**

Frau Anne *Meinhardt*

**Landesverband
Westfalen-Lippe**

Herrn Prof. Dr. med. Eckard

Hamelmann

Frau Birgit *Schäfer*

Impfung im Säuglingsalter – ein Update:

Sechsfach-Impfstoff: Lang und gut bewährt, Rotavirus-Impfung: Endlich Kassenleistung

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt seit Juli 2013 die Rotavirus-Impfung für alle Säuglinge (1,2). Die Impfsreihe soll im Alter von 6 bis 12 Wochen begonnen werden und muss je nach Impfstoff spätestens bis zur vollendeten 24. bzw. 32. Lebenswoche abgeschlossen sein. Dank effektiver moderner Kombinationsimpfstoffe wie Infanrix hexa® lässt sich die Impfung problemlos in den Impfkalender der STIKO integrieren (3).

„Was wollen wir durch Kombinationsimpfstoffe denn eigentlich erreichen?“, so die einleitende Frage von Prof. Dr. Markus Knuf, Wiesbaden, zu Beginn des Pressegesprächs von GSK in München. „Laut Epidemiologischem Bulletin, Nr. 34, 2013 der STIKO „sind Kombinationsimpfstoffe den monovalenten Impfstoffen vorzuziehen, wenn dadurch die Anzahl der Injektionen reduziert, das Impfziel früher erreicht und die Akzeptanz von Impfungen gesteigert werden kann.“

Kombinationsimpfstoffe für die Kleinsten

Als Standardimpfungen im Säuglingsalter steht die Pneumokokken- und die Sechsfach-Impfung auf dem Impfplan, ab dem vollendeten elften Lebensmonat Masern-Mumps-Röteln-Windpocken und früh im 2. Lebensjahr die Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe C.

Eine gute Kombinierbarkeit von Impfstoffen sei dabei wichtig: „Im stressigen Alltag sind weniger Termine für die Eltern ein großer Vorteil. Für den Kinderarzt ist es hingegen essenziell, verschobene Standard-Kinderimpfungen so schnell wie möglich nachholen zu können, da die Einhaltung der Impfabstände wichtig für den Aufbau des Impfschutzes ist“, mahnte Knuf. Hier solle man sich unbedingt an den STIKO-Impfkalender halten und nicht herumexperimentieren. Die Kombinierbarkeit von Impfstoffen wird in klinischen Studien überprüft. So liegen für Infanrix hexa® ausführliche Daten zur Koadministration vor.

„Kombinationsimpfstoffe haben sehr wesentlich dazu beigetragen, die Impfquoten, insbesondere für Pertussis, Haemophilus influenzae Typ b und Hepatitis B sowie Masern zu steigern“, erläutert Knuf weiter. „Kombinationsimpfstoffe kommen erst nach einem ausführlichen klinischen Erprobungsprogramm zur Anwendung. Diese Studien müssen für jeden Impfstoff extra erhoben werden und können nicht automatisch übertragen werden. So be-

deute der Wunsch nach einem frühen Schutz auch für die Aller kleinsten beispielsweise, dass aussagefähige Studien für den Einsatz bei Frühgeborenen durchgeführt werden – bei Infanrix hexa® ist dies der Fall.

Das Vorurteil einiger Eltern, dass ein Sechsfachimpfstoff das kindliche Immunsystem überfordere, sei gut zu entkräften: „Moderne Kombinationsimpfstoffe verfügen durch die Anwendung von „maßgeschneiderten“ antigenen Strukturen über deutlich weniger Antigene, wobei sie gegen mehr Krankheiten schützen als in den Jahren zuvor.“

Lang bewährter Sechsfach-Impfstoff: Erfahrung gibt Sicherheit

„Sechsfachimpfstoffe sind zur Erreichung einer hohen Impfquote im Kindesalter unabdingbar“, ist auch Dr. Gerhard Hofmann, Würzburg, überzeugt. Der GSK-Sechsfachimpfstoff Infanrix hexa® weise hier eine umfassende Datenlage auf (3): „Dieser Impfstoff ist weltweit fast 93 Millionen Mal verimpft worden“, so Hofmann. „Die Daten aus 13 Jahren zeigen, dass mit Infanrix hexa® eine Durchimpfung bei Einschulung von nahezu 95 % erreicht wurde. Mit diesem langjährig erprobten Sechsfachimpfstoff können wir mit gutem Gewissen die folgenden Generationen impfen. Er zeigt über die Jahre weder Wirkverluste noch Sicherheitsprobleme.“



Abb.: Fast fünf von zehn der unter 5-Jährigen, die in Deutschland an einer Rotavirus-Infektion als erkrankt gemeldet wurden, müssen stationär behandelt werden. (GSK)

Endlich da: Impfempfehlung gegen Rotavirus

Eine Rotavirus-Gastroenteritis (RVGE) geht mit massiven Brechdurchfällen einher, der Flüssigkeitsverlust kann den kindlichen Kreislauf stark belasten und sogar intensivmedizinische Betreuung erforderlich machen (Abb.).

Dr. Michael Horn, Berchtesgaden, über seine Erfahrungen in der täglichen Praxis: Die STIKO empfiehlt seit Juli 2013 die Impfung gegen Rotavirus als früheste Standardimpfung für alle Säuglinge ab einem Alter von 6 Wochen. Das primäre Ziel der RV-Impfung besteht darin, Rotavirus-assoziierte Krankenhauseinweisungen insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern zu verhindern. Die vollständige Impfsreihe sollte so früh wie möglich, jedoch spätestens mit 24 bzw. 32 Wochen abgeschlossen sein. „Im Falle der Verabreichung des 2-Dosen-Impfstoffs Rotarix® kann entsprechend der Fachinformation die Impfsreihe ab einem Alter von 10 Wochen abgeschlossen werden. Dies ist wichtig, da in der Altersgruppe der Ein- und Zweijährigen gemäß Meldedaten die meisten Kinder erkranken“. Kritisch ist vor allem die hohe Rate an erforderlichen Krankenhauseinweisungen, erläutert Horn: „Fast fünf von zehn der unter 5-Jährigen, die an einer Rotavirus-Infektion erkranken, müssen stationär behandelt werden. „Unser Nachbar Österreich impft seit 2007 erfolgreich gegen Rotaviren – eine kürzlich publizierte Untersuchung (4) deutet nun darauf hin, dass sich eine gewünschte Herdenimmunität, also der Schutz nicht geimpfter Menschen durch ihr geimpftes Umfeld, ausbilden könnte“, so Horn abschließend.

Quellen:

- 1 Bundesgesundheitsblatt 2013 56:955-956, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013
- 2 Impfkalender der STIKO, EpiBull 34 / 2013
- 3 Fachinformation Infanrix hexa®, Stand Juli 2011/2
- 4 M. Zlomy et al.: BMC Infectious Diseases 2013, 13:112

Nach Informationen von GSK, München

Sandoz stellt den neuen SurePal™ vor

Für eine erfolgreiche Wachstumshormonbehandlung ist auch ein gutes Injektionsgerät erforderlich: Der neue SurePal™ ist die Neuentwicklung eines Medizinprodukts mit CE-Kennzeichnung gemäß EU-Gesetzgebung und zeigt, wie erfolgreich Sandoz in die Forschung investiert. Die Einführung des SurePal™ erfolgt in Deutschland zunächst für die Wirkstärken 5 mg und 10 mg. Dieses innovative Injektionsgerät wurde am 21. und 22. November 2013 in Hannover im Rahmen eines Launch-Symposiums vor der 8. Gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED) e.V. und der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Diabetologie (AGPD) e.V. (JA-PED 2013) den Fachkreisen vorgestellt.

Die im zweiten Schritt geplante Einführung des SurePal™ 15 mg im Frühjahr 2014 erhöht nochmals den Komfort für die Patienten.

Im ansprechenden Design ist der SurePal™ an den unterschiedlich farbigen Metalllackierungen unterscheidbar: SurePal™ 5 mg (weiß), SurePal™ 10 mg (grün) und SurePal™ 15 mg* (blau).

Die **Kombination aus einfacher und sicherer Handhabung** macht den SurePal™ zu einem innovativen Injektionsgerät, das Sandoz für die Wachstumshormonpatienten entwickelt hat. Dabei ist die voreingestellte Dosis eine Besonderheit, die den Patienten unterstützt, Dosierfehler zu vermeiden. Die Patroneneinheit ist nach dem Einlegen in den Pen gebrauchsfertig. Da nur die Patroneneinheit mit der korrekten Wirkstärke in den jeweiligen Pen passt, ist sichergestellt, dass der SurePal™ nur mit der zugehörigen Patroneneinheit verwendet werden kann (Schlüssel-Schloss-Prinzip).

Eine weitere Besonderheit des SurePal™ zeigt sich, wenn die Restmenge in der Patroneneinheit nicht mehr für eine vollständige Injektion ausreicht. Nach dem Wechsel der Patroneneinheit injiziert der SurePal™ automatisch exakt die fehlende Dosis, ohne dass diese neu eingestellt werden muss.

Der SurePal™ zeichnet sich aus durch **einfache Handhabung** aufgrund:

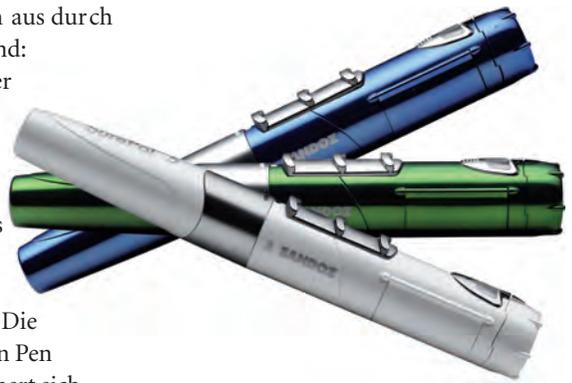
- Auslöseschieber – Minimaler Kraftaufwand auch für kleine Hände
- kein Funktionstest nötig

Der SurePal™ zeichnet sich aus durch **sichere Handhabung** aufgrund:

- Schlüssel-Schloss-Prinzip – Die richtige Patrone im richtigen Pen
- voreingestellte Dosis – Erinnert sich an die Dosis des Patienten
- rotierender Dosierknopf – Sicherheit, dass die komplette Dosis abgegeben wurde
- Nadelschutz (optional verwendbar) – Fördert den Mut zur Injektion

Der neue SurePal™ wächst mit dem Patienten

- SurePal™ ist für die Patroneneinheiten 5 mg, 10 mg, und 15 mg* erhältlich.
- SurePal™ 5 – ermöglicht Dosierschritte von 0,05 mg.
- SurePal™ 10 und 15 ermöglichen Dosierschritte von 0,1 mg.
- Die unterschiedlichen Griffpositionen am SurePal™ ermöglichen dem Patienten ein sicheres Greifen während der Injektion.



- Der SurePal™ kann mit BD-Nadeln in den Längen 5 und 8 mm (31G) so wie 12,7 mm (29G) verwendet werden.

Eine Demonstrationsbox mit SurePal™ 5, 10 & 15* zu Trainingszwecken, Injektionszubehör und umfangreiches Trainingsmaterial wird durch den Sandoz Spezialaußendienst für Fachkreise zur Verfügung gestellt.

Für eine Übergangsphase von 18 Monaten sind die bekannten Omnitrope® BD-Pens und die dafür passenden Patronen weiterhin erhältlich.

* 15 mg voraussichtlich ab Frühjahr 2014

Nach Informationen von Sandoz International GmbH, Holzkirchen

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

Zukunftsweisende Optionen in der Therapie von Atemwegserkrankungen

Prospan® – rationales Phytopharmakon mit breitem Wirkprofil

Der in dem pflanzlichen Arzneimittel Prospan® enthaltende Efeu-Spezial-Extrakt EA 575® verfügt über biochemisch, pharmakologisch und klinisch relevante Besonderheiten, die ihn nicht nur für die Behandlung von Husten bei akuter, sondern auch für chronisch-entzündliche Atemwegserkrankungen auszeichnen. Das therapeutische Potenzial von Prospan® ist noch lange nicht ausgeschöpft. „Getreu unserer langjährigen Firmenphilosophie, ausschließlich auf qualitativ hochwertige und wissenschaftlich fundierte Produkte zu setzen, haben wir die Studienlage zu Prospan® in den letzten Jahren weiter ausgebaut“, berichtete Richard Mark Engelhard, Geschäftsführer Engelhard Arzneimittel. Im Rahmen des Apotheker-Fachsymposiums „Stellenwert von Expektorantien bei Bronchialerkrankungen: Besonderheiten – Perspektiven – Beratungsrelevanz“ erläuterten renommierte Experten, den Status quo der wissenschaftlichen Evidenz. Dabei wurden neueste Studienergebnisse zur Anwendung von Prospan® vorgestellt.

„Nur ein geringer Anteil der Asthma-Patienten erfüllt die Kriterien einer Asthmakontrolle nach GINA*-Empfehlungen“, konstatierte PD Dr. Christian Vogelberg, Dresden. Mangelnde Compliance sei einer der Hauptgründe für die inadäquate Asthmakontrolle. Nach den Erfahrungen des Kinder-Pneumologen wenden viele Patienten die Inhalationstherapie falsch an oder setzen sie aus Angst vor Nebenwirkungen in beschwerdefreien Zeiten ab. Daher seien neben der Verbesserung und Vereinfachung bestehender Therapien weitere neue, gut verträgliche Therapieformen notwendig – vor allem für die besonders vulnerablen pädiatrischen Asthma-Patienten. Phytopharmaka haben in der Therapie von Atemwegserkrankungen einen hohen Stellenwert. „Das zeigen nicht nur die Nachfrage, sondern insbesondere die Ergebnisse klinischer Studien mit dem Efeu-Spezial-Extrakt EA 575®,“ hob Vogelberg hervor. In einer aktuellen placebo-kontrollierten Studie bei Kindern im Alter zwischen 6 und 12 Jahren mit persistierendem Asthma haben die Dresdener Kinder-Pneumologen festgestellt, dass Prospan® als Zusatztherapie zu inhalativen Kortikosteroiden (ICS) die Lungenfunktion verbessert. Die Compliance war in dieser Studie hoch, was Vogelberg auf die praktikable Darreichungsform und den kindgerechten Geschmack von Prospan® Hustensaft zurückführt. Die neuen Daten bestätigen die Ergebnisse einer älteren placebo-kontrollierten Studie, in der unter der Behandlung mit dem Efeu-Spezial-Extrakt EA 575® bei pädiatrischen Asthma-Patienten ein bronchodilatativer Effekt beobachtet wurde [1].

Solide Datenlage unterstreicht die Einzigartigkeit von Prospan®

Atemwegserkrankungen haben komplexe Ursachen und lassen sich durch Substanzkombinationen besser behandeln als durch einen einzelnen Wirkstoff. Hierauf beruht die Rationale für den Einsatz von Phytopharmaka. Nicht alle pflanzlichen Arzneimittel haben aber die gleichen Effekte, unterstrich Vogelberg. Der Efeu-Spezial-Extrakt EA 575® enthält ein Substanzgemisch, das aufgrund seiner sekretolytischen und bronchospasmolytischen Wirkungen den Hustenreiz lindert und das Durchatmen erleichtert. Die klinische Wirkung und Verträglichkeit von Prospan® wurde durch zahlreiche klinische Daten von insgesamt 70.000 Patienten mit akuten und auch mit chronischen Atemwegserkrankungen gezeigt. Dabei erwies sich die klinische Wirksamkeit des Efeu-Spezial-Extrakts EA 575® auch im Vergleich mit anderen Expektoranzien wie Ambroxol oder Acetylcystein als ebenbürtig [2,3]. In einer retrospektiven Datenerhebung mit knapp 52.500 Kindern (0-12 Jahre) traten bei 99,78% der Patienten keine Nebenwirkungen auf [4]. In einer Beobachtungsstudie bei 1.350 Patienten (1-98 Jahre) mit chronischer Bronchitis erreichten mehr als 80% der Erwachsenen und mehr als 90% der Kinder unter Prospan® eine spürbare Besserung von Husten, Auswurf, Dyspnoe und respiratorischen Schmerzen [5].

Prospan®: Ein Efeu-Extrakt mit besonderen Eigenschaften

Der Efeu-Spezial-Extrakt EA 575® nimmt unter den pflanzlichen Expektor-

anzien in Bezug auf die Studienlage eine besondere Stellung ein. Prospan® kann sowohl zur Besserung der Beschwerden bei chronisch-entzündlichen Bronchialerkrankungen als auch bei akuten Entzündungen der Atemwege mit Begleiterscheinung Husten angewendet werden. Das charakteristische breite Wirkprofil – Bronchospasmolyse, Sekretolyse, Hustenreiz- und Entzündungslinderung – ist eine spezifische Eigenschaft des Efeu-Spezial-Extraktes EA 575®. „Kein anderes pflanzliches Hustenmittel zeigt die Eigenschaften von Prospan®,“ so Prof. Dr. Hanns Häberlein, Bonn. Der Experte hat bislang 17 Inhaltsstoffe identifiziert. Dazu zählen die Saponine α -Hederin und sein Prodrug Hederacosid C, die über die Modulation von β_2 -adrenergen Rezeptoren auf Lungenepithelzellen und Bronchialmuskulzellen sekretolytische und bronchospasmolytische Effekte auslösen. Außerdem enthält der Extrakt Phenolcarbonsäuren und Flavonoide, die antiinflammatorische Wirkungen haben [6,7]. Erste Hinweise auf eine entzündungshemmende Wirkung von Prospan® wurden bereits in einer älteren klinischen Studie beobachtet [8], was nun mit modernen wissenschaftlichen Methoden weiter erforscht wird. So konnten die Bonner Forscher kürzlich mit der Cryptochlorogensäure einen bislang für Efeublätter unbekanntem Inhaltsstoff in dem Efeu-Spezial-Extrakt EA 575® nachweisen. Auch für diese Substanz sind laut Häberlein in der Literatur antiinflammatorische Wirkungen beschrieben. „Somit haben wir in einem Monopräparat eine ideale Kombination von Wirkstoffen für die Behandlung von Husten“, erläuterte

der Experte. „Die Kenntnis der genauen Extraktzusammensetzung hilft das therapeutische Potenzial zu verstehen und keine Wirkungen zu übersehen.“

Prof. Dr. Theodor Dingermann, Frankfurt, wies darauf hin, dass die Zusammensetzung eines pflanzlichen Extrakts von der Qualität und den verwendeten Teilen der Arzneipflanze, dem Lösungsmittel und dem konkreten Herstellungsverfahren abhängt. Eine standardisierte Herstellung stelle sicher, dass die mit dem Extrakt gewonnenen Studienergebnisse auf alle nachfolgenden Chargen extrapoliert werden können. „Nicht die Droge ist der Wirkstoff, sondern der Extrakt“, betonte der Pharmazeut. „Aber nur die wenigsten Phytopharmaka können extrakt-spezifische klinische Studien aufweisen.“ Bei dem in Prospan® enthaltenen Efeu-Spezial-Extrakt EA 575® handelt es sich um einen Efeublätter-Trockenextrakt mit einem Drogen-Extrakt-Verhältnis (DEV) von 5-7,5:1. Jeder einzelne Schritt in dem patentierten Herstell-

ungsverfahren ist genauestens definiert und wird sorgfältig kontrolliert. Daher seien die mit Prospan® gewonnenen Studienergebnisse nicht auf andere Efeu-Extrakte übertragbar, erläuterte Dingermann. Die besondere Charakteristik des Extrakts könne mit einem Fingerabdruck verglichen werden.

Fazit für die Praxis

Prospan® ist ein pflanzliches Fertigarzneimittel, das in einem komplex spezifizierten Prozess hergestellt wird. Das Ergebnis dieses spezifizierten Herstellungsverfahrens ist der Efeu-Spezial-Extrakt EA 575®, der mit der 4-fach-Kraft des Efeus den Schleim löst, das Durchatmen fördert sowie den Hustenreiz und die Entzündung lindert. Im Vergleich zu anderen Präparaten kann Prospan® sowohl bei akuten als auch bei chronisch-entzündlichen Atemwegserkrankungen eingesetzt werden. Erste Daten weisen darauf hin, dass auch Asthma-Patienten von einer Zusatzthera-

pie mit Prospan® profitieren können, was durch weitere klinische Studien bestätigt werden muss.

* Global Initiative for Asthma

Literatur:

- [1] Mansfeld HJ et al. MMW 1998; 140: 26-30
- [2] Maidannik V et al. Pediatrics Tocology Gynecology 2003; 4: 1-7
- [3] Bolbot Y et al. Drugs of Ukraine 2004; 11: 1-4
- [4] Kraft K et al. Z Phytotherapie 2004; 25: 179-181
- [5] Hecker M et al. Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd 2002; 9: 77-84
- [6] Dos Santos MD et al. Biol Pharm Bull 2006; 29: 2236-2240
- [7] Park KH et al. Biol Pharm Bull 2009; 32: 2029-2033
- [8] Rudkowski Z, Latos T. Ärztl Praxis 1979; 10: 342-346

Nach Informationen von Engelhard Arzneimittel GmbH, Niederdorfelden

10-valenter Pneumokokken-Konjugatimpfstoff erhält Zulassungs-Empfehlung zur Immunisierung gegen Pneumonie in der EU

Der Ausschuss für Humanarzneimittel CHMP (Committee for Medicinal Products for Human Use) der Europäischen Arzneimittelagentur hat für den 10-valenten Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff Synflorix® eine zusätzliche Indikation zur Zulassung empfohlen: Synflorix® soll auch zur Immunisierung von Säuglingen und Kleinkindern im Alter zwischen sechs Wochen und fünf Jahren gegen Pneumonie, verursacht durch *Streptococcus pneumoniae*, zugelassen werden.¹

„Pneumonie ist nach wie vor weltweit die Nummer Eins unter den Todesursachen bei Kindern unter fünf Jahren“, so Thomas Breuer, Senior Vice President GSK Vaccines. „Allein in Europa treten in dieser Altersgruppe jedes Jahr etwa drei Millionen Fälle einer klinischen Pneumonie auf.“² Die Impfung ist die einzige von der Weltgesundheitsorganisation WHO anerkannte öffentliche Gesundheitsmaßnahme mit Auswirkung auf die Inzidenz der Pneumokokken-Pneumonie. Die positive Einschätzung des CHMP ermöglicht

uns, Kinder besser gegen Pneumonie schützen zu können.“

Die Zulassung von Synflorix® für die Indikation Pneumonie wird Ende 2013 erwartet. Die bisherige Zulassung für die EU umfasst die Immunisierung von Säuglingen und Kleinkindern im Alter zwischen sechs Wochen und fünf Jahren gegen invasive Pneumokokken-Erkrankungen wie Meningitis, bakterielle Pneumonie und Sepsis sowie durch Pneumokokken verursachte akute Otitis media.³

Quellen:

1. http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2013/10/news_detail_001927.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1
2. Rudan I. et al., Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. Bulletin of the World Health Organization, May 2008, 86 (5)
3. Fachinformation Synflorix®, Stand Oktober 2012

Nach Informationen von GlaxoSmithKline GmbH, München

Impfen in der pädiatrischen Praxis: „Safety first“ dank Fertigspritze!

Neuer Sechsfach-Impfstoff Hexyon® erleichtert Impfmanagement

Eine aktuelle Umfrage unter Pädiatern und Medizinischen Fachangestellten (MFAs) belegt den hohen Stellenwert einer sicheren Handhabung von Impfstoffen im Praxisalltag: Über 80 Prozent der Befragten gaben an, dass bei der Auswahl eines Kombinationsimpfstoffs die Minimierung von Anwendungsfehlern von entscheidender Wichtigkeit ist.¹ Die Anwendung von Fertigspritzen – wie beim neuen Sechsfach-Impfstoff Hexyon – kann helfen, Risiken für Kontaminationen und Medikationsfehler zu verringern.

Ergebnisse einer aktuellen Umfrage* unter insgesamt 150 Pädiatern und 80 Medizinischen Fachangestellten zeigen, dass beim Impfmanagement Aspekte der Qualitätssicherung und Prozessoptimierung eine wichtige Rolle spielen. So ist für acht von zehn Befragten bei der Auswahl eines Kombinationsimpfstoffes besonders entscheidend, dass der Impfstoff sicher handzuhaben ist und Fehler vermieden werden. Dieser Aspekt ist damit auch erheblich bedeutender als eine mögliche Zeitersparnis bei der Vorbereitung des Impfstoffs, die ca. 60 Prozent der Befragten als sehr wichtig erachten.

Mehr Sicherheit beim Impfen dank Fertigspritze

Dass die sichere Handhabung eines Impfstoffs nicht immer selbstverständlich ist, zeigt ein weiteres Ergebnis der Umfrage: So berichten ca. 40 Prozent der befragten Ärzte und MFAs, dass bei Sechsfach-Impfstoffen, deren Komponenten noch angemischt werden müssen, im Durchschnitt fast jede 50. Impfstoffdosis durch Kontaminationen oder andere Fehler unbrauchbar wird. „Gerade im stressigen Praxisalltag kommt es auf jeden Handgriff an – durch Fertigspritzen, die einfach anzuwenden sind, können diese Risiken deutlich minimiert werden“, erklärt Dr. Steffen Sachse, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin.

Der neue Sechsfach-Impfstoff Hexyon steht seit Juli 2013 in der Fertigspritze zur Verfügung.² Ein Anmischen des Impfstoffs ist nicht erforderlich, da die Hib-Komponente bereits wie die anderen Antigene in gelöster Form vorliegt und damit sofort gebrauchsfertig ist. Vor der Impfung muss lediglich die Nadel auf die Spritze aufgesetzt werden. Kontaminationen oder Medikationsfehler können so leichter vermieden werden. „Dank Fertigspritze können Arzt, MFA und Patient sicher sein, dass alle sechs Antigene verimpft werden“, so Dr.

Sachse. Darüber hinaus wird das Risiko für Verletzungen bei der Anwendung reduziert, denn ein Auswechseln der Kanülen ist nicht notwendig – ein deutlicher Pluspunkt für die Arbeitssicherheit in der Praxis.

„simplify your practice“: Einfach wechseln!

Damit das Praxisteam von den Vorteilen des Sechsfach-Impfstoffs Hexyon in der Fertigspritze beim Impfmanagement profitiert, sollte die Übergangszeit des Impfstoffwechsels gut geplant werden. „In meiner Praxis haben wir von Anfang an das gesamte Team eingebunden – eine verantwortliche MFA hat alles Wesentliche vom Kühlschranksmanagement bis hin bis zur Dokumentation koordiniert“, so Dr. Sachse. Mit diesen praktischen Tipps lässt sich die Umstellung einfach organisieren:

- **Grundimmunisierung:** Patienten, bei denen noch keine Grundimmunisierung stattgefunden hat, sollten direkt mit dem gebrauchsfertigen Sechsfach-Impfstoff Hexyon geimpft werden. Bereits innerhalb der Grundimmunisierung geimpfte Kinder sollten mit dem bisher eingesetzten Impfstoff weiter geimpft werden.
- **Den Kühlschrank managen:** Am besten kann Verwechslungen vorgebeugt werden, indem in der Übergangszeit während des Impfstoffwechsels innerhalb des Kühlschranks unterschiedliche Fächer genutzt werden; farbige Beschriftungen sorgen für einen optimalen Überblick. Alternativ können die verschiedenen Sechsfach-Impfstoffe in verschiedenen Kühlschränken gelagert werden.
- **Eindeutig dokumentieren:** Damit im Impfpass auf den ersten Blick erkennbar ist, dass Hexyon verwendet wurde, kann dies am besten mit den dem Impfstoff beigelegten Klebeetiketten dokumentiert werden. Diese können ganz einfach in den Impfpass geklebt werden.

Hexyon auf einen Blick:

- Der neue Sechsfach-Impfstoff Hexyon ist zur Grundimmunisierung und Auffrischimpfung gegen Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Hepatitis B, Poliomyelitis und durch *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) verursachte invasive Erkrankungen zugelassen.²
- Studiendaten belegen die hohe Immunogenität aller sechs in Hexyon enthaltenen Antigene (DTaP-IPV-HB-Hib) sowie ein gutes Verträglichkeits- und Sicherheitsprofil.³
- Hexyon kann gemäß der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) angewendet werden. Diese sieht die Grundimmunisierung von Säuglingen und Kleinkindern im Alter von 2, 3, 4 Monaten und eine Auffrischimpfung im Alter von 11 bis 14 Monaten vor.⁴
- Hexyon kann bereits ab einem Alter von 6 Wochen verabreicht werden.²
- Hexyon eignet sich auch als Auffrischimpfung bei Kindern, die die Grundimmunisierung mit drei Dosen eines anderen Sechsfach-Impfstoffs oder eines Fünffach-Impfstoffs in Kombination mit einem monovalenten Hepatitis B-Impfstoff abgeschlossen haben.²
- Eine zeitgleiche Gabe mit Impfstoffen zum Schutz vor Pneumokokken, Rotaviren oder Masern-Mumps-Röteln (MMR) ist möglich.²

* Die quantitative Online-Umfrage wurde im Zeitraum vom 23.05.-07.06.2013 mit insgesamt 150 deutschen Pädiatern und 80 Medizinischen Fachangestellten durchgeführt, die mindestens 15 Mal pro Monat einen Sechsfach-Impfstoff verimpfen.

1 Sanofi Pasteur MSD. Data on file 2013.

2 Fachinformation Hexyon®, Stand August 2013.

3 McCormack PL. *Pediatr Drugs* 2013; 15: 59-70.

4 Robert Koch-Institut. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut / Stand: August 2013. *Epidemiologisches Bulletin* 2013;34: 313-333.

Nach Informationen von Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen