

# bvkj.

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

Heft 10/15 · 46. (64.) Jahr · A 4834 E

# KINDER-UND JUGENDARZT

## Forum:

Ein Glücksfall  
für den BVKJ –  
Dr. Wolfram Hartmann

## Fortbildung:

Psoriasis im Kindes-  
und Jugendalter

## Berufsfragen:

Mitgliederumfrage –  
Breite Zustimmung  
zur BVKJ-Arbeit

## Magazin:

Warum Vorlesen  
so gesund ist

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



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

# KINDER-UND JUGENDARZT **bvkJ.**



Foto © JekkoMaman - Fotolia.com



## Warum Vorlesen so gesund ist

S. 616

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

### Inhalt 10 | 15

#### **Forum**

- 557 **Abschiedseditorial**  
*Wolfram Hartmann*
- 562 **Dr. Wolfram Hartmann – ein Glücksfall für den BVKJ**  
*Ronald Schmid*
- 564 **Das Leser-Forum**
- 564 **Impressum**
- 565 **Alleinerziehende brauchen Hilfe**
- 566 **Warum brauchen wir in Europa Organisationen wie BVKJ und ECPCP?**  
*Gottfried Huss*
- 569 **Operation bei kindlicher Hüftfehlstellung muss nicht immer sein**
- 570 **„Schütz deinen Kopf!“**
- 573 **Vermischtes**
- 574 **Personalien**

#### **Fortbildung**

- 577 **Psoriasis im Kindes- und Jugendalter**  
*Maren Fließer*
- 584 **Highlights aus Bad Orb: Augeninfektionen bei Kindern und Jugendlichen**  
*Melanie Jäger*
- 590 **Welche Diagnose wird gestellt?**  
*Peter H. Höger*
- 594 **Suchtforum**  
*Matthias Brockstedt*
- 595 **Impfforum**  
*Ulrich Heiningner*
- 597 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 600 **Consilium: Asthma bronchiale – Kontraindikation für Influenza Lebendimpfstoff**  
*Marcus Dahlheim*

#### **Berufsfragen**

- 602 **Mitgliederbefragung 2015**  
*Nikolaus Weissenrieder*
- 606 **BVKJ trifft: Hermann Gröhe**  
*Christel Schierbaum*
- 608 **Brief aus der Praxis**  
*Tanja Brunnert*
- 611 **Jeder Fehler zählt**  
*Gottfried Huss*
- 612 **Die PraxisApp**
- 613 **Zukunftsaufgabe Kompetenzbasierte Weiterbildung**  
*Folkert Fehr*

#### **Magazin**

- 616 **Warum Vorlesen so gesund ist**  
*Simone C. Ehmig, Carolin Seelmann*
- 619 **Denk ich an Hellas in der Nacht...**  
*Olaf Ganssen*
- 620 **Die Welt der Kinder im Blick der Maler**  
*Peter Scharfe*
- 622 **Buchtipp**
- 625 **Lang ersehnt – nun endlich da: KABC-II**  
*Harald Tegtmeyer-Metzdorf*
- 629 **Fortbildungstermine des BVKJ**
- 630 **Personalien**
- 631 **Pädindex**
- 632 **Nachrichten der Industrie**
- 637 **Wichtige Adressen des BVKJ**

**Beilagenhinweis:**  
Dieser Ausgabe sind Beilagen der Ferring Arzneimittel GmbH, Kiel, sowie ein Supplement der GlaxoSmithKline GmbH & Co.KG, München, beigelegt. Wir bitten um freundliche Beachtung



s. S. 608

# Abschiedseditorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Freunde des BVKJ, jede Ära ist begrenzt und so geht Ende dieses Monats auch die Ära Hartmann an der Spitze des BVKJ zu Ende.

## Werdegang im BVKJ

Ich bin dem Berufsverband der Kinderärzte (so hieß er damals noch) im Jahr 1977 als Klinikarzt beigetreten und war nach meiner Niederlassung ab 1980 als Obmann für Südwestfalen im Amt. Nach intensiver Beschäftigung mit der Einkommenssituation der Kinderärzte und der gesamten Honorarsituation hatte ich mir ab Mitte der achtziger Jahre einen Namen als Honorarexperte gemacht und war zunächst in Nordrhein-Westfalen, später im gesamten Bundesgebiet als Referent in Honorarfragen gefragt. Das Hartmann'sche Abrechnungsskript lag nahezu auf jedem pädiatrischen Schreibtisch.

Von 1987 bis 1991 war ich Mitglied im Ausschuss Kind, Schule und öffentlicher Gesundheitsdienst.

## Die Wende in Deutschland

Immer in Erinnerung wird mir die Zeit der Wende von 1989 bis 1991 bleiben. Zusammen mit dem damaligen Vorstand war ich bei der Gründung des ersten LV (Sachsen-Anhalt) des BVKJ in den Neuen Bundesländern dabei und habe 1990 und 1991 zusammen mit dem damaligen Vorsitzenden des Honorarausschusses, dem inzwischen verstorbenen San.-Rat Dr. Hans Blatt, alle Neuen Bundesländer bereist und die Kolleginnen und Kollegen auf ihre Tätigkeit im Gesundheitssystem der Bundesrepublik vorbereitet. Es waren bereichernde Erlebnisse und ich habe viele nette Kolleginnen und Kollegen bei diesen Reisen kennengelernt und bleibende Eindrücke aus Gegenden in Deutschland gewonnen, die ich als Westler nicht gekannt habe.

Der Wandel der vielfach geschichtsträchtigen Orte nach der Wende war eindrucksvoll und ich bin dankbar für viele Begegnungen und Gespräche. Auch meine Frau hat die Terminbelastungen gerne mitgetragen, bekam sie doch vielfach ein wunderschönes Begleitprogramm, während ich Vorträge hielt.

## Vorstandstätigkeit

1991 wurde ich als Nicht-Delegierter in der Delegiertenversammlung (DV) des BVKJ in den Vorstand gewählt und habe nach dem Rücktritt von San.-Rat Dr. Blatt 1992 den Vorsitz im Honorarausschuss übernommen, den ich bis 2003 innehatte. 2002 hat mich die DV erstmals zum Präsidenten des BVKJ (Amtsbeginn am 01.11.2003) gewählt, Wiederwahlen erfolgten 2006

und 2010. Somit bin ich jetzt seit 24 Jahren im Vorstand des BVKJ, davon 12 Jahre als Präsident.

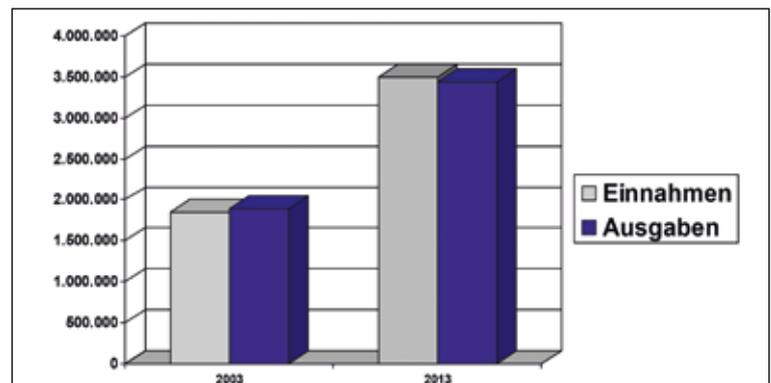
Es ist sicher verständlich, dass der BVKJ in all den Jahren nicht nur mein berufliches, sondern auch mein privates Leben ganz entscheidend geprägt und meiner Familie viel Verständnis für diesen Einsatz abverlangt hat. Schließlich war ich bis 2003 Einzelkämpfer in einer großen Praxis und konnte meine berufspolitische Tätigkeit nur in stundenfreien Zeiten ausüben. Aber diese Tätigkeit war auch trotz aller Belastung bereichernd.

Natürlich scheidet mich auch mit etwas Wehmut aus diesem langjährigen Engagement für die Kinder, ihre Familien und die Kinder- und Jugendmedizin. Ohne die vielfältige Unterstützung von ebenfalls engagierten Kolleginnen und Kollegen und unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Geschäftsstelle wäre nicht das erreicht worden, was den BVKJ heute auszeichnet und von anderen ärztlichen Berufsverbänden unterscheidet.

## Bilanz

In diesen 24 Jahren hat es einen gewaltigen Wandel in unserem Verband gegeben. Aus Kinderärztinnen und -ärzten wurden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, aus dem BVKD wurde der BVKJ und unsere Mitgliederzahlen sind um über 5.000 angestiegen. Mit dem Aufgabenzuwachs und vielen neuen Dienstleistungen für unsere Mitglieder hat sich die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unserer Geschäftsstelle in Köln mehr als verdreifacht, wir haben unsere Büroflächen in Köln mehrfach erweitert und ein zusätzliches Büro in Berlin angemietet.

Die Grafik 1 zeigt, wie sich Einnahmen und Ausgaben des BVKJ in meiner Amtszeit als Präsident entwickelt haben.



Grafik 1



Dr. Wolfram Hartmann

Wir haben auch wirtschaftliche Erfolge für unsere Mitglieder erzielen können. Längst tragen Kinder- und Jugendärzte nicht mehr die rote Laterne beim Einkommen. Unter den hausärztlich-tätigen Fachgruppen liegen wir an der Spitze, auch beim Vergleich mit allen Arztgruppen liegen wir im oberen Drittel. 95 % aller Neugeborenen sehen in ihrem ersten Lebensjahr eine(n) Kinder- und Jugendarzt(-ärztin), bis zum 12. Lebensjahr sind wir unverändert die wichtigsten Ansprechpartner für die Eltern und betreuen über 2/3 aller Kinder.

Wie Grafik 2 zeigt, sind die Fallzahlen der Kinder- und Jugendärzte trotz sinkender Geburtenrate nicht rückläufig. Das zeigt die hohe Akzeptanz der fachlichen Qualität einer kinder- und jugendärztlichen Versorgung

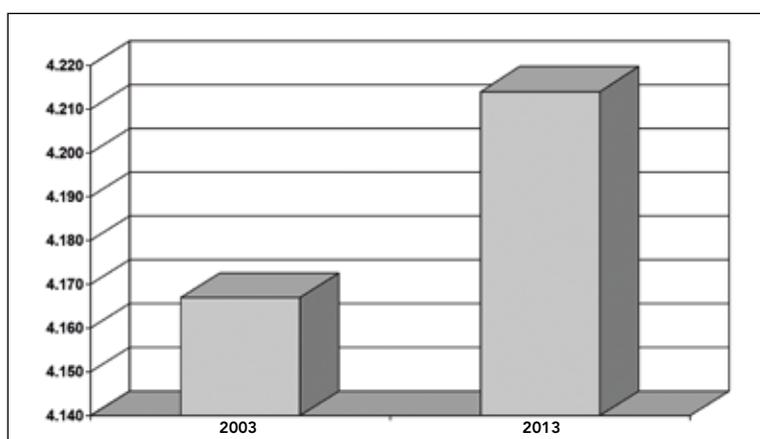
Die Grafik 4 zeigt, dass sich in den letzten 19 Jahren die Zahl der stationär tätigen Fachärztinnen und

-ärzte in unserem Fachgebiet um über 2.000 erhöht hat (Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sind hier nicht mitgezählt), die Zahl der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen seit 2008 rückläufig ist.

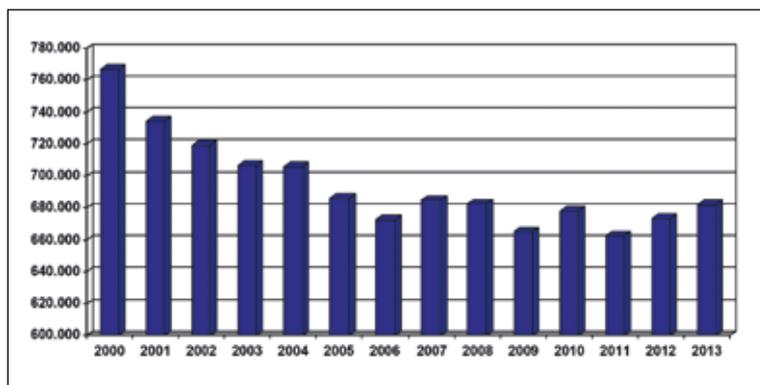
Diese Entwicklung zeigt den Wandel in der Pädiatrie. Wir haben zwar gleichbleibend hohe Weiterbildungsabschlüsse (s. auch Grafik 5), aber die Kolleginnen und Kollegen streben zum großen Teil Tätigkeiten im Angestelltenverhältnis, aber auch Teilzeitstellen an, nicht nur in der Klinik, sondern auch in der Praxis. Dies ist eine ganz große Herausforderung für die Zukunft, nicht nur in der Pädiatrie.

### Was hat sich alles in den letzten 12 Jahren im BVKJ verändert?

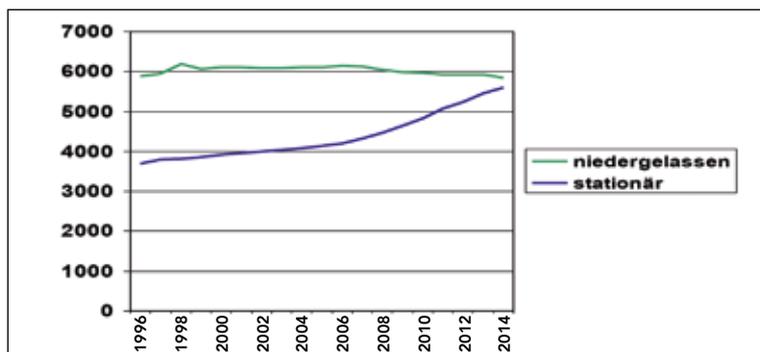
- Gründung der BVKJ-Service GmbH
- Berufsverband mit den meisten Selektivverträgen aller Berufsverbände (inzwischen Zusatzeinnahmen von über 150 Millionen €)
- Entwicklung eines komplett neuen Kindervorsorgeprogramms (PaedCheck)
- Einführung der U7a in die Regelversorgung
- Komplette Überarbeitung der Regelvorsorgeuntersuchungen für Kinder im G-BA mit ganz wesentlichem Input durch unsere Experten und Entwicklung eines neuen Vorsorgeheftes
- Schließen der Vorsorgelücke im Grundschulalter auch in der Regelversorgung durch entsprechende Bestimmungen im Präventionsgesetz und Einführung einer weiteren Untersuchung für Jugendliche (politische Arbeit des BVKJ)
- Politisches Bekenntnis zum Impfen und Forderung einer Impfberatung vor Aufnahme in Betreuungseinrichtungen für Kinder (weniger als wir gefordert haben, aber trotzdem ein wichtiger politischer Schritt)
- Mitwirkung in Gremien im BMG, BMFSFJ, BMEL, BMBF
- Einzelsachverständiger bei Anhörungen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und im Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages
- Einzelsachverständiger im Europarat (Thema: Beschneidung minderjähriger Knaben)
- Teilnahme des BVKJ an zahlreichen Podiumsdiskussionen unterschiedlicher Veranstalter
- Intensive politische Arbeit in Berlin und Gespräche mit allen Gesundheitsministern, mit allen Familienministerinnen, mit zahlreichen Abgeordneten aus dem Gesundheitsausschuss und dem Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der Kinderkommission des Deutschen Bundestages
- Mitwirkung an Gesetzesvorlagen, Resolutionen der Kinderkommission und gesundheitspolitischen Statements von SPD und FDP
- Sachverständiger der Bundesregierung beim 13. Kinder- und Jugendbericht
- Medienpreis
- Jahresschwerpunktthemen (mit entsprechenden Themenheften)
- Jährliches Pressegespräch in Berlin



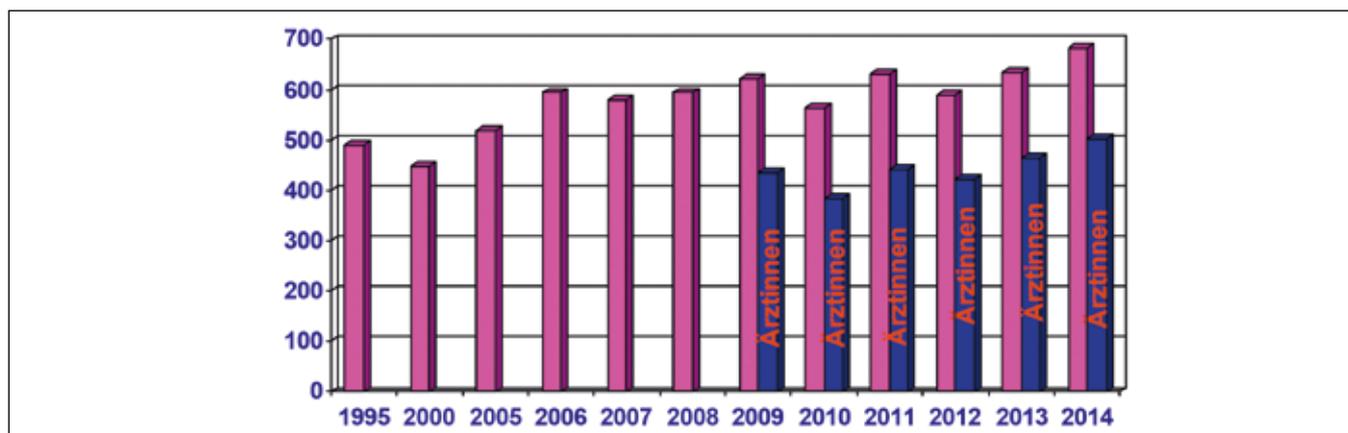
Grafik 2: Jährliche Fallzahlen/Pädiater (Praxis)



Grafik 3: Geburtenrate in Deutschland (Quelle: Statistisches Bundesamt)



Grafik 4: Tätigkeitsbereiche d. pädiatrischen Fachärzte



Grafik 5: Anzahl pädiatrischer Facharztanerkennungen

- Zahlreiche Pressekonferenzen in Berlin, Weimar und Bad Orb mit ganz erheblicher bundesweiter Resonanz in allen Medien
- Ausweitung der Pressesprechertätigkeit
- Regelmäßige Pressemitteilungen und politische Stellungnahmen (s. auch unter [www.bvkj.de](http://www.bvkj.de))
- Neuorganisation der Geschäftsstelle und neue Geschäftsführung
- Aufwertung des Länderrats als Beschlussgremium mit eigenem Sprecher (kooptiert im Vorstand)
- Kooptierung der Vertreter der Weiterbildungsassistenten im Vorstand
- Kostenlose Mitgliedschaft für Weiterbildungsassistenten im BVKJ mit allen Vergünstigungen
- Ausschuss Subdisziplinen im BVKJ
- Bildung einer Finanzkommission
- Bildung einer Satzungskommission
- Übernahme der Stiftung „Kind und Jugend“
- Neu: [www.bvkj.de](http://www.bvkj.de)
- Neugestaltung des Internetauftritts [www.kinder-aerzte-im-netz.de](http://www.kinder-aerzte-im-netz.de)
- Praxis-APP
- Bestellung eines Datenschutzbeauftragten
- 4x jährlich Newsletter via PädInform (für alle Mitglieder mit E-Mail-Adresse direkt)
- Übernahme der Praxisbörse von Infectopharm und Ausbau des Angebots
- Famulaturbörse
- 2 Mitgliederbefragungen
- Neue Elternzeitschrift „KinderPraxis“
- Zeitschrift für MFA (Praxisfieber), Kongress für MFA (Praxisfieber live), spezieller Intranet Zugang für MFA (Praxisfieber online)
- Zusätzliche Fortbildungsangebote (psychosomatische Grundversorgung, „Immer etwas Neues“, Sozialpädiatrie)
- Funktionsträgerleitfaden
- Imagebroschüre des BVKJ
- Taschenkalender für Funktionsträger
- Niederlassungsseminar „Sprung in die Praxis“ als Ersatz für Orientierungskongress
- Neue Plakate für Klinik und Praxis
- Kooperationspartnertag
- Säuglingskompass

- Happy Youth und Happy Baby
- Flyer (Mann o Mann, Achte auf Deine Nüsse)
- Patienteninformationsflyer zusammen mit der DGKJ
- Regressleitfaden für ambulant abrechnende Praxen und Klinikärzte

Und der Verband entwickelt sich ständig weiter. Inzwischen sind wir als Kinder- und Jugendärzte sowohl bei KVen, KBV, Krankenkassen, G-BA, LÄK und BÄK anerkannte Gesprächs- und Verhandlungspartner für alle Fragen rund um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und auch die Politik schätzt unser Auftreten als Anwälte für Kinder und ihre Familien. Wir sind aus dem vielfach etwas mitleidig belächelten Schattendasein der Jahre vor 1985 herausgetreten.

Ich danke allen engagierten Mitstreiterinnen und Mitstreitern der letzten 24 Jahre, die ganz wesentlich dazu beigetragen haben, dass der BVKJ die heutige Position erreicht hat. Da waren viele Kolleginnen und Kollegen auf den unterschiedlichsten Ebenen des BVKJ, die mich in meinen Ämtern unterstützt und begleitet haben. Dafür gebührt allen großer Dank. Sie einzeln aufzuführen, würde Seiten füllen. Auch unsere Geschäftsstelle hat ganz wesentlich zu diesem Erfolg beigetragen und wurde dafür auch bei den beiden Mitgliederumfragen mit Bestnoten bedacht.

Ich wünsche meinen Nachfolgerinnen und Nachfolgern viel Erfolg, Standvermögen, gute Teamarbeit und offene Ohren bei unseren Partnern auf allen Ebenen. Es wird sicher nicht leichter und daher appelliere ich an alle Mitglieder, sich konstruktiv in die wichtige Arbeit des BVKJ einzubringen und die Arbeit von Vorstand, Länderrat und Ausschüssen zu unterstützen. Zeigen Sie Solidarität mit Ihrem BVKJ, kommen Sie zu unseren Fortbildungsveranstaltungen und unterstützen Sie auch Ihre MFA, wenn sie unsere Angebote annehmen möchten.

Die Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin hängt auch ganz wesentlich von uns allen ab.

In diesem Sinne  
Herzlichst  
Ihr

70 Jahre alt – 35 Jahre BVKJ-Tätigkeit – 12 Jahre Präsident des BVKJ

## Dr. Wolfram Hartmann – ein Glücksfall für den BVKJ



Prof. Dr.  
Ronald Schmid

**D**r. Wolfram Hartmann wurde am 21.06.1945 geboren. Nach dem Abitur 1965 und dem anschließenden Wehrdienst studierte er Medizin. Die Weiterbildung absolvierte er in der DRK-Kinderklinik in Siegen. 1979, nach der Facharztprüfung, ließ sich Dr. Hartmann in einer großen Praxis mit einem umfangreichen Leistungsspektrum in Kreuztal nieder. Gleichzeitig mit seiner Niederlassung begann er auch, sich berufspolitisch zu engagieren.

1980 wurde Dr. Hartmann zum Obmann im BVKJ gewählt. Im weiteren Verlauf war er über viele Jahrzehnte zunächst neben der Praxistätigkeit ehrenamtlich und dann

legen gekämpft, insbesondere für die Verbesserung ihrer Vergütung. Am 01.11.2003 nahm er seine Tätigkeit als Präsident des BVKJ auf. Nach der zweiten Wiederwahl endet die Legislaturperiode nun am 31.10.2015. Als Präsident ist Wolfram Hartmann Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin und somit in allen entscheidenden kinder- und jugendmedizinischen Gremien. Der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung wurde durch seine Kommissionsarbeit wesentlich mitgeprägt.

Was muss einer mitbringen, der so viele Ämter in seiner Person vereinigt? Dr. Klaus Gritz, sein Vorgänger im Präsidentenamt, beschrieb die Kompetenzen seines Nachfolgers in der Laudatio zu dessen 65. Geburtstag: „Sein phänomenales Gedächtnis, die Flexibilität bei der Anpassung an rasch wechselnde Gebührenordnungen, das Verhandlungsgeschick gegenüber der KBV und seine didaktische Begabung wirken sich segensreich für die gesamte Fachgruppe aus und hoben sie vom Schlusslicht in der Einkommensskala in deutlich höhere Regionen. Sein Talent kam, insbesondere nach der Wende, den abrechnungstechnisch unerfahrenen Kollegen in Ostdeutschland zugute...“. So richtig diese Aufzählung der Fähigkeiten, berufspolitischen Tätigkeiten und Verdienste Wolfram Hartmanns ist, so bleibt sie doch ausschnitthaft. Vor allem spart sie Grundlegendes aus: Wolfram Hartmanns Geradlinigkeit, seine Redlichkeit und seine Unerschütterlichkeit, die es ihm möglich gemacht haben, zu erkennen, was wirklich wichtig ist, was erreichbar ist, auch wenn auf dem Weg zum Ziel Widerstände zu überwinden sind.

Wolfram Hartmann hatte nie nur die Interessen seiner Berufsgruppe im Blick. Fast noch mehr als für seine Kolleginnen und Kollegen hat er für die Kinder und Jugendlichen in Deutschland gewirkt.

### Ein Mann der Praxis

Die Erfahrungen aus seiner pädiatrischen Praxis, aus der täglichen Arbeit mit Eltern und Kindern, aber auch die Arbeit in den unterschiedlichen Gremien haben ihn erkennen lassen, dass Kinder- und Jugendärzte Verantwortung für weit mehr als nur die körperliche Gesundheit ihrer Patienten haben, dass sie als Anwälte gefordert sind, die sich für



hauptberuflich für den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, tätig. 1991 wurde er Vorstandsmitglied und Mitglied im Honorar Ausschuss, 1992 Sprecher dieses Ausschusses. Sowohl als Obmann als auch als Vorstandsmitglied hat er unermüdlich für seine niedergelassenen Kolleginnen und Kol-

In der KV Westfalen-Lippe war er über viele Jahre Mitglied in der Vollversammlung und stellvertretender Vorsitzender des beratenden Fachausschusses für die hausärztliche Versorgung. Diese Position übernahm er von 2000 bis 2010 dann auch bei der kassenärztlichen Bundesvereinigung.

bessere Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen einsetzen müssen. Sein Amt als Präsident des Berufsverbandes hat Wolfram Hartmann vorwiegend genutzt, um die Lebensbedingungen der von der Gesellschaft vergessenen Kinder zu verbessern, Kinder, die von ihren Eltern nicht ausreichend gefördert oder gar vernachlässigt werden. Dazu hat er immer wieder mit Vertretern der Politik gesprochen und auch öffentlich über die Medien das Wort ergriffen, Missstände angeprangert, Lösungen gefordert und auch vorgeschlagen. Im medizinischen Bereich führte das Engagement als Advokat der vergessenen Kinder zu einer Ausweitung des Früherkennungsprogrammes (Vorsorgeuntersuchungen) im Kindes- und Jugendalter, insbesondere zur Neueinführung der U7a mit drei Jahren auf Bundesebene. In die Amtszeit von Dr. Hartmann fällt die Erweiterung um die U10, U11 und die J2 in zahlreichen Selektivverträgen. Dies hat die politische Entscheidung der Erweiterung des Früherkennungsprogrammes auf gesetzlicher Grundlage durch den Deutschen Bundestag mit dem Präventionsgesetz 2015 wesentlich beeinflusst. Damit ist jetzt – und auch dies war immer ein wichtiges Anliegen für Wolfram Hartmann – eine flächendeckende Erweiterung der Präventionsmaßnahmen gegeben.

### Anwalt und Mahner

Im Bereich der sozialen und Jugendhilfemaßnahmen hat er über seine Teilnahme an zahlreichen runden Tischen, Untersuchungen und Publikationen erheblich dazu

beigetragen, dass neue Strukturen, wie z.B. der gesamte Komplex der frühen Hilfen mit seinen unterschiedlichen Facetten in den verschiedenen Bundesländern ein fester Bestandteil der Versorgung von Kindern und Jugendlichen geworden ist. Wolfram Hartmann hat noch bevor die Pisa-Studie das Augenmerk der Öffentlichkeit auf den Mangel an frühen Bildungs- und Förderchancen lenkte, auf eben diesen Mangel hingewiesen und auf kompensatorische Frühförderung insbesondere für sozial vernachlässigte Kinder gedrängt. Wenn heute der Wert frühkindlicher Bildung allgemein anerkannt wird, wenn der quantitative Ausbau der Kinderbetreuung vorangeht und wenn inzwischen auch der qualitative Ausbau Fortschritte macht, dann ist dies auch dem unermüdlichen Mahner Wolfram Hartmann zu verdanken.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands dankt Dr. Wolfram Hartmann für seine jahrzehntelange unermüdliche Aktivität für die Kinder und Jugendlichen in unserer Gesellschaft und für die Mitglieder des Berufsverbandes, der längst nicht mehr nur die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte unter seinem Dach vereint, sondern auch die klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen. Wolfram Hartmann war ein Glücksfall für den BVKJ. Die Spuren, die er hinterlässt, sind groß. Wir werden uns anstrengen müssen, sie auszufüllen. Und wir werden ihn vermissen! Als Präsidenten des BVKJ.

Als Freund bleibt er uns hoffentlich noch lange Jahre erhalten.



Ehepaar Dr. Hartmann auf der Rheinfähre nach der Vorstandssitzung auf dem im Hintergrund liegenden Petersberg

*Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid*  
Vizepräsident des BVKJ  
84503 Altötting  
E-Mail: [bvkj@schmid-altoetting.de](mailto:bvkj@schmid-altoetting.de)

## Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

An jedem 1. Donnerstag im Monat von 17.00 bis 21.00 Uhr stehen Ihnen Herr Jürgen Stephan und seine Mitarbeiter von der SKP Unternehmensberatung unter der Servicrufnummer **0800 1011 495** zur Verfügung.



# 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).

## Wer sucht, der findet nicht! Die Suchfunktionen für Artikel aus dem Kinder- und Jugendarzt sind mangelhaft. Wie sollen wir so wissenschaftlich oder berufspolitisch arbeiten?

Die Suchfunktionen in Paed- Inform/ Archiv / Memex- Suche ist unhandlich, schwerfällig und verwirrend. Es ist mir sehr häufig passiert, dass obwohl der Titel eines im Kinder- und Jugendarzt erschienenen Artikels oder der Autor eingegeben wird, dieser nicht gefunden wird. „You never know what you get“. Oder er wird gefunden und das downloaden will nicht klappen.

Die Datei ist einfach nicht da. Diese Suchmaschine ist nicht mehr zeitgemäss und unprofessionell. Das sollte dringend geändert werden.

Die Suchfunktion auf der Webseite <http://www.kinder-undjugend-arzt.de/> ist besser, hat aber auch Haken. Wer etwas sucht, muss wissen, in welchem Jahr es erschienen ist und über Heftdownload und Jahresinhalt sich vortasten. Für das laufende Jahr gibt es natürlich keinen Jahresinhalt. Habe ich dann den gesuchten Eintrag gefunden (hurra!), kann ich nur das gesamte Heft als PDF inklusive Werbung downloaden. Unmöglich, einen einzelnen Artikel als PDF in einer Datei abzuspeichern oder zu versenden. Das mit oder Schnapp-

schuss- Funktion oder einem Screensaver zu tun, ist aufwendig!

Dann wühle ich doch lieber in meinem unsortierten Zeitschriftenhaufen, den ich eigentlich wegwerfen wollte und lege die Seiten auf den Kopierer. Papierlos ist im nächsten Jahrhundert.

Das nagende Thema unseres fehlenden Zugangs zu elektronischen Zeitschriften oder EBM-Datenbanken wie Cochrane möchte ich heute gar nicht ansprechen. Hoffentlich fällt dem neuen Vorstand des BVKJ dazu etwas ein.

**Dr. Gottfried Huss MPH**  
Sonnenweg 7, 79618 Rheinfelden

Red.: ReH

## IMPRESSUM

# KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

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

Tel.: (0611) 577238, E-Mail: [klaus-michael.keller@helios-kliniken.de](mailto:klaus-michael.keller@helios-kliniken.de); Prof. Dr. Stefan Zielen, Universität Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, 60596 Frankfurt/ Main, Tel.: (069) 6301-83063, E-Mail: [stefan.zielen@kgu.de](mailto: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](mailto:regine.hauch@arcor.de); Dr. Christoph Kupferschmid, Olgastr. 87, 89073 Ulm, Tel.: (0731) 23044, E-Mail: [Ch.Kupferschmid@t-online.de](mailto:Ch.Kupferschmid@t-online.de)

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

Druckauflage 12.967

lt. IVW II/2015

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



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

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

**Anzeigenpreislise:** Nr. 48 vom 1. Oktober 2014

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

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

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

© 2015. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

DGPM: Beschwerden aufgrund psychosozialer Belastung sind vermeidbar

## Alleinerziehende brauchen Hilfe

Jedes fünfte Kind wächst bei nur einem Elternteil auf – 90 Prozent davon bei der Mutter. In einem aktuellen Memorandum weisen Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) gemeinsam mit anderen Vertretern der „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung“ darauf hin, dass sozial bedingte Ungleichheiten zu gesundheitlichen Belastungen führen können. Die Mediziner fordern, dem gezielt vorzubeugen. Präventionsprogramme müssten besser koordiniert und finanziert werden, so die DGPM.

**M**ütter, die das „wir2 – Bindungstraining für Alleinerziehende“ durchlaufen haben, sind bereits nach den 20 wöchentlichen Sitzungen deutlich optimistischer und selbstbewusster – und das nachhaltig. „Dieses gesteigerte Wohlbefinden überträgt sich auch auf die Kinder und beugt Belastungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten vor“, erläutert Professor Dr. med. Matthias Franz, der das Programm entwickelt hat und zusammen mit der Walter Blüchert Stiftung an der bundesweiten Verbreitung des Programms arbeitet. In dem Training lernen Mütter beispielsweise, die Bedürfnisse ihrer Kinder zu erkennen, Konflikte mit dem Partner von der Elternverantwortung zu trennen und alltägliche Stresssituationen zu bewältigen.

Beispielhaft ist dieses Programm auch für die Forderungen, die Vertreter der „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung“ im Rahmen eines Memorandums stellen. „Um eine nachhaltige Präventions- und Gesundheitsförderung zu ermöglichen, empfehlen wir auf der Grundlage des gerade verabschiedeten Präventionsgesetzes eine engere Zusammenarbeit verschiedener Politikfelder, um gezielt auf gesellschaftliche Herausforderungen reagieren zu können“, sagt Professor Franz, Leiter des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Düsseldorf. Investitionen in wirksame Präventionsprogramme hätten eine hohe gesellschaftliche Rendite. Neben dem demografischen Wandel



Foto: © Jürgen Fäthle - Fotolia.com

und den zunehmenden Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen sind es auch soziale Ungleichheiten, die zur Herausforderung für unser Gesundheitssystem werden.

„Das Bindungstraining wir2 für Alleinerziehende ist ein gutes Beispiel dafür, wie kostengünstig und effektiv Prävention betrieben werden kann“, sagt auch Professor Dr. med. Harald Gündel, Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Ulm. Die DGPM befürwortet solche Angebote und halte den Gesetzgeber dringend dazu an, Prävention psychischer Störungen stärker zu fördern.

Das Memorandum „Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig stärken: Herausforderungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene“ wurde in Zusammenarbeit von Wissenschaftlern, Praktikern und Experten aus Praxis- und

Politikfeldern erstellt. Sieben konkrete Empfehlungen stehen am Ende des Papiers, unter anderem nach ressortübergreifenden rechtlichen Regelungen und einem nationalen Kompetenzzentrum zur Entwicklung und Sicherung der Prävention und Gesundheitsförderung. „Zentrale Botschaft ist, dass Prävention dann effektiv sein kann, wenn sie auf einer langfristigen Strategie basiert und politikfeldübergreifend gestaltet ist“, erläutert Professor Franz, der an der Ausarbeitung des Memorandums beteiligt war.

### Info:

„Memorandum – Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig stärken: Herausforderungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene“, *Gesundheitswesen* 2015; 77(05): 382-388  
DOI: 10.1055/s-0035-1549949  
[www.wir2-bindungstraining.de](http://www.wir2-bindungstraining.de)

Red.: ReH

ECPCP update 2015

# Warum brauchen wir in Europa Organisationen wie BVKJ und ECPCP?



Wir Pädiater in Europa arbeiten unter unterschiedlichen Bedingungen. Unsere Gesundheitssysteme sind nicht harmonisiert, und unsere Patienten können nicht dasselbe Angebot auf jeweils unterschiedlichen Seiten von Grenzen erwarten. Wir brauchen die Zusammenarbeit der Berufsverbände in Europa, um die Unterschiede transparent zu machen, um die Ausbildung anzugleichen und um dafür zu kämpfen, dass allen Kindern, Jugendlichen und ihren Familien auch in Zukunft in ganz Europa ein wohnortnaher Pädiater zur Verfügung steht.

Vor 25 Jahren wurde daher die Society of Ambulatory Paediatrics, **ESAP**, mit individuellen Mitgliedern aus Spanien, Ungarn, Italien, Schweiz etc. gegründet. Sie wurde 2009 durch die **ECPCP** ersetzt. 14 Berufsverbände waren bei der Gründung in Berlin dabei. Seither ist der Dachverband kontinuierlich gewachsen. Heute besteht er aus 21 Verbänden aus 18 Ländern, die Delegierte entsenden. Der gegenwärtige Vorstand ist so zusammengesetzt:

#### Präsident:

Dr. Gottfried Huss MPH, BRD

#### Vize-Präsident:

Dr. Angel Carrasco Saenz, Spanien

#### Generalsekretär:

Dr. Luis Sánchez Santos, Spanien

#### Ehrenpräsidentin:

Dr. Elke Jaeger-Roman, BRD

#### Assistentin des Generalsekretärs:

Dr. Marie-Noëlle Robberecht, Frankreich

**Arbeitsgruppen:** Research, Curriculum, Strategy and Advocacy, Vaccination, COSI- Indicators

Die Forschungs AG beschäftigt sich mit länderübergreifenden Studien zu folgenden Themen: asthmatic patient education, growth monitoring, childrights, unintentional injury prevention, pain management in primary care

Die Curriculum-AG hat gerade ein Curriculum in Primary Care Paediatrics zusammengestellt, welches als Vorlage für die Facharztweiterbildung in vielen europäischen Ländern dient.

Die Lage in den europäischen Ländern könnte unterschiedlicher gar nicht sein. Die pädiatrischen Versorgungssysteme sind historisch in verschiedene Richtungen gewachsen. Auch die Resultate weichen weit auseinander. In einigen Ländern wie Großbritannien, und den Niederlanden gibt es gar keine Pädiater in der Primärversorgung, man verlässt sich dort auf die Allgemeinmediziner. In den meisten Ländern Europas findet sich ein

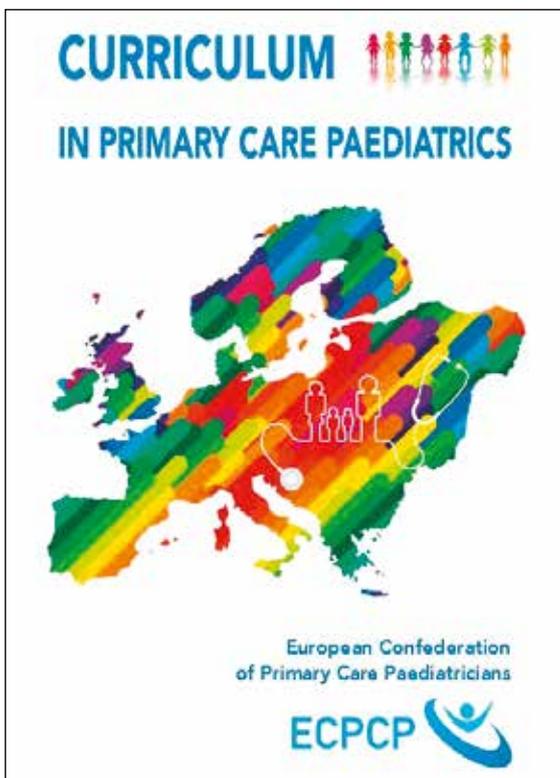
gemischtes System. Pädiater versorgen den überwiegenden Teil der Säuglinge und der kleinen Kinder. In der Adoleszenz gehen die Jugendlichen dann vermehrt zum Allgemeinmediziner, je nach Land mal früher, mal später. Nur Spanien mit zwei starken Berufsverbänden rangiert als rein durch Praxispädiater versorgtes Land.

In einer spanischen Metaanalyse von JC. Buñuel Álvarez et al. wird das berufliche Wirken von Pädiatern und Allgemeinmedizinern verglichen. Dabei stellt sich heraus, dass Pädiater weniger Antibiotika bei viralen Infekten verschreiben, sich besser an Leitlinien halten und Diagnostik kosten-effektiver einsetzen. Hinweise einer Studie aus Italien (Molise-Region) zeigen, dass die Versorgung durch Pädiater für Patienten im Vergleich nur die Hälfte der Kosten verursacht. So weit so gut!

Sind die gesundheitlichen und sozialen Gesamt-Ergebnisse anders, wenn vorwiegend Pädiater und nicht Hausärzte - GPs für die



Tagungsorte der ECPCP seit 2009



Das neue Curriculum für Primary Care Paediatrics siehe [www.ecpcp.eu](http://www.ecpcp.eu)

ambulante Versorgung der Kinder zuständig und erreichbar sind? Das lässt sich nur punktuell beantworten. In Holland fühlen sich jedenfalls Jugendliche am wohlsten (UNICEF- Daten). In Großbritannien sind die Sterblichkeit bei Frühgeborenen und die Letalität bei Kinder-Lungenerkrankungen fast doppelt so hoch wie in Schweden. Schweden und Finnland haben die besten Überlebensraten für

Kinder überhaupt (OECD) – drei skandinavische Länder haben die höchsten europäischen Durchimpfungsraten (EAP und UNICEF). Dort sind nicht Ärzte, sondern Krankenschwestern für Impfungen zuständig, und es gibt eine amtliche Impfdaten-Bank. Deutschland liegt in der Statistik meistens im Mittelfeld.

Keine eindeutigen Ergebnisse erhält man, wenn nach Zusammenhängen mit den Ausgaben für Gesundheit, dem Bruttosozialprodukt oder der Existenz der Pädiater in der ambulanten Versorgung geforscht wird. Bei der Interpretation der globalen Indikatoren ist zu berücksichtigen, dass sie nur sehr indirekt der Existenz und dem Wirken eines vorherrschenden Grundversorgers zugeschrieben werden können. Der Arzt ist ein nur Teil des Gesundheitssystems. Sozioökonomische Faktoren, Lebensstile, Kinderfreundlichkeit der Gesellschaft etc. sind möglicherweise wichtigere Faktoren für Krankheit oder Gesundheit.

**Die aktuellen Forderungen der ECPCP:**

- Kinder haben umfassende Rechte! Alle Aspekte der Kinderrechte müssen umgesetzt werden. Alle Kinder - unabhängig von Herkunft und Hautfarbe - haben ein unveräußerliches Recht auf angemessene Gesundheitsversorgung, Prävention, Impfungen, Schutz vor Vernachlässigung und Missbrauch jeder Art. Auch der Schutz der Privatsphäre, Einwilligung vor Eingriffen bei älteren Kinder und Schmerz-Vermeidung sind wichtige Aspekte der Kinderrechte, die in Klinik und Praxis beachtet werden sollten.
- Pädiater, die in der ambulanten Versorgung in Europa arbeiten, müssen (wie eine gefährdete vom Aussterben bedrohte Pflanze) geschützt werden. Praxispädiater sind nicht durch andere Berufsgruppen mit weniger Ausbildung ersetzbar.
- Die bewährten Modelle der ambulanten Kinderversorgung für

Europa müssen erhalten bleiben. Ein unüberlegtes Verschieben der Aufgabenbereiche der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte auf andere Berufsgruppen kann Qualitäts-Einbußen und eine Verminderung der Zufriedenheit der Familien zur Folge haben.

- Jeder, der sich um die Gesundheitserhaltung und die Versorgung von kranken Kindern kümmert, braucht eine angemessene lange und profunde Ausbildung.
- Gemeindebezogene Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen wird am besten durch ein kompetentes interdisziplinäres Team aus Versorgern unter Einschluss von Allgemeinmediziner, Sozialarbeitern, Jugendpflege und Erziehungskräften geleistet.
- Die Unterschiede in der pädiatrischen ambulanten Versorgung in Europa sind ungerecht und nicht akzeptabel. Die Interpretation der Daten ist nicht einfach. Geeignete Prozess- und Ergebnis-Indikatoren können Ländervergleiche ermöglichen, Verbesserungspotentiale offenlegen und ein gegenseitiges Lernen ermöglichen.
- Ein nationaler Verband für Praxispädiatrie sollte in jedem europäischen Land bestehen und sich für die bestmögliche ambulante Versorgung einsetzen.
- Das Wohlergehen und die Gesundheit der Kinder müssen auf der Prioritätenliste der gesellschaftlichen Investitionen ganz oben stehen.

**Infos:**

Die neu gestaltete Webseite: [www.ecpcp.eu](http://www.ecpcp.eu)

Das nächste Arbeitstreffen findet vom 6.-8. November in Prag statt.

Literatur beim Verfasser

**Dr. Gottfried Huss, MPH**  
 Sonnenweg 7, 79618 Rheinfelden  
 E-Mail: [grhuss@t-online.de](mailto:grhuss@t-online.de)

Red.: ReH

Orthopäden und Unfallchirurgen fordern Ultraschall bei allen Säuglingen

# Operation bei kindlicher Hüftfehlstellung muss nicht immer sein

Bei der Fehlbildung der Hüfte handelt es sich um eine der häufigsten orthopädischen Erkrankungen im Säuglingsalter. Mit Ultraschall erkennen Ärzte die sogenannte Hüftdysplasie unmittelbar nach der Geburt und können sie frühzeitig ambulant behandeln. Eine Arthrose schon im mittleren Erwachsenenalter und spätere Operationen werden so verhindert. Seit 1996 ist das Diagnoseverfahren fester Bestandteil der U3-Untersuchung. Dennoch wird die Hüftsonografie immer noch 50000 bis 700000 Säuglingen pro Jahr vorenthalten, kritisieren Experten anlässlich des am 21. 10. in Berlin stattfindenden Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU).

**D**er Säuglingsultraschall erkennt Hüftreifungsstörungen schon früh, auch wenn das Baby klinisch unauffällig ist. Er ist eine risikoarme und verlässliche Präventionsmaßnahme. „Studien zeigen, dass die Säuglings-Sonografie nicht nur ökonomisch überlegen ist – sie halbiert auch das Risiko für eine Operation“, so Professor Dr. med. Rüdiger Krauspe, Kongress-Präsident des DKOU und Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie am Universitätsklinikum Düsseldorf.

„Manche Eltern nehmen die Vorsorgeuntersuchungen nicht wahr, aber auch einige Kinder- und Jugendärzte halten das Hüft-Screening für überflüssig“, so Krauspe. So wurde in den Jahren 2006 bis 2009 nur bei 83 bis 85 Prozent der Säuglinge die empfohlene Hüftsonografie bei der U3-Untersuchung gemacht. Hinzu kommt, dass jeder vierte Hüft-Ultraschall nicht sachgemäß durchgeführt wurde. Ein qualitätssicherndes Programm soll hier Abhilfe schaffen. Denn professionell durchgeführt, lässt sich die Zahl der Operationen bewiesenermaßen deutlich senken.

In Mitteleuropa kommt die Hüftdysplasie bei etwa zwei bis vier Prozent der Neugeborenen vor. Das sind bei knapp 700.000 Geburten in Deutschland bis zu 28.000 Säuglinge im Jahr. „Insgesamt können wir 10 bis 15 Prozent aller Hüft-Prothesen-OPs bei Patienten unter



**Bei diesem Kind lag eine Hüftluxation vor. Zunächst wurde eine Overhead-Extension durchgeführt, dann erfolgte die geschlossene Reposition. Nun erfolgt die Retention im Sitz-Hock-Gips.**

50 Jahren auf eine Hüftdysplasie zurückführen“, so Krauspe. Unbehandelt könne es zudem zu Komplikationen kommen, beispielsweise einer Fehlstellung, bei der der Gelenkkopf aus der Hüftpfanne herauspringt. Die Kinder können die Beine dann nicht mehr richtig vom Körper abspreizen. Ein Hohlkreuz oder Watschelgang können bei Kindern Anzeichen sein.

Im Anfangsstadium behandeln Orthopäden instabile Hüften standardmäßig für vier bis sechs Wochen mit einem Sitz-Hock-Gips. Bei konsequenter Mitarbeit der Eltern



**Vier Wochen alter Säugling mit einer Typ 2c-Hüfte, die mit einer Tübinger Schiene erfolgreich behandelt wurde.**

kann eine Pavlik-Bandage oder eine Beuge-Spreiz-Schiene (z. B. Tübinger Schiene) helfen, um die Hüfte zu zentrieren und Zeit für die Nachreifung zu gewähren. Eine Operation, bei der der Orthopäde das Becken an drei Stellen durchtrennt, die Hüftpfannenposition normalisiert und in der korrigierten Stellung das Becken wieder zusammenschraubt, sei bei einer frühen Diagnose mittels Ultraschall nicht nötig, so Krauspe. „Unser Ziel muss es daher sein, alle Neugeborenen mittels Ultraschall zu untersuchen.“

Red.: ReH

Fotos: © DKOU/Krauspe

Gehirnerschütterungen bei Kindern und Jugendlichen: zu früh wieder zur Schule und zum Sport

# Neue US-Studien weisen auf längere Erholungszeiträume hin – deutsche Initiative „Schütz deinen Kopf!“ fordert: Schrittweise Rückkehr ins gewohnte Leben.



Fotos: © Dusan Kostic - Fotolia.com

Wenn der Ball auf den Kinderkopf trifft, braucht der Kopf Pause

**A**llein im Juni 2015 gab es auf zwei amerikanischen Kongressen zweimal neue Studien zu Gehirnerschütterungen und ihren Folgen: Bis Gleichgewichtssinn und Okulomotorik nach einer Concussion wieder so funktionieren wie zuvor, kann es bis zu drei Wochen dauern, ergab eine Untersuchung mit 66 High-School- und College-Sportlern. Das verbale Erinnerungsvermögen war sogar bis zu vier Wochen lang beeinträchtigt. Außerdem: Mehr Heranwachsende als bislang bekannt leiden in den Wochen danach an extrem starken Kopfschmerzen, wie ein Team um Dr. Francis X. Conidi, Leiter des Florida Center for Headache and Sports Neurology in Port St. Lucie, ermittelte. In einer Studie mit 25 Patienten wiesen 17 (68 %) Symptome einer Migräne auf.

Mediziner und Neuropsychologen fordern im Rahmen der Initiative „Schütz Deinen Kopf!“ der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung, dass Symptome und mögliche Konsequenzen einer Gehirnerschütterung endlich auch hierzulande mehr Aufmerksamkeit bekommen müssen. Dr. Andreas Eidenmüller vom Zentrum für Sport-Neuropsychologie in Würzburg: „Betroffene leiden häufig unter Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit wie Konzentrationsstörungen, Einschränkungen der Lern- und Gedächtnisfunktionen oder der konzentrativen Dauerbelastbarkeit.“ Auch Veränderungen der Stimmungslage sowie vegetative oder hormonelle Veränderungen, die zu Beschwerden führen, werden durch Gehirnerschütterungen begünstigt.

Prof. Dr. Eckhard Rickels, Chefarzt der Neurotraumatologie im Allgemeinen Krankenhaus Celle, forscht seit Jahrzehnten zum Thema und weist darauf hin, dass „vor allem Kinder und Jugendliche besser als bislang vor weiteren Traumata geschützt werden müssen, weil das sich entwickelnde Gehirn eine größere Vulnerabilität aufweist.“ Denn viele Eltern, Trainer und Sportlehrer gehen fälschlicherweise davon aus, dass bei Kindern alles schneller heilt.

Wie lange ein Patient Schule, Beruf und Sport fernbleiben soll, muss individuell entschieden werden, empfiehlt Eidenmüller – am sichersten sei eine schrittweise Rückkehr in das gewohnte Leben. Dazu sind wissenschaftlich evaluierte Pläne „Zurück zur Schule“ und „Zurück zum Sport“ auf [www.schuetzdeinenkopf.de](http://www.schuetzdeinenkopf.de) abrufbar. Sobald bei einer Tätigkeit Symptome auftreten, ist es für die jeweilige geistige oder körperliche Belastung offenbar noch zu früh.

Sind drei bis vier Wochen nach einer Gehirnerschütterung die Symptome nicht komplett verschwunden oder treten einige erneut auf, zeigen die Experten sich einig, sollte der Patient vom Haus- oder Kinder- und Jugendarzt weiter überwiesen werden. Neurologe, Neuropsychologe, Augen- oder Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Physio- oder Schmerztherapeuten können dann häufig helfen.

**Info:** Informationen, Taschenkarten und Schnelltests für den Spielfeldrand, eine Smartphone-App und Kontaktadressen zu Unfallkliniken sowie Neuropsychologen finden sich auf [www.schuetzdeinenkopf.de](http://www.schuetzdeinenkopf.de).

Red.: ReH

# Migrantinnen brauchen mehr Hilfe bei häuslicher Gewalt

Hilfs- und Beratungsstellen, die sich um das Thema „Gewalt gegen Frauen“ kümmern, erreichen Frauen mit Migrationshintergrund nur selten. Das hat eine durch das Niedersächsische Sozialministerium geförderte Studie ergeben.

**S**abine Bohne und Annette Müller von der Universität Osnabrück haben untersucht, wie Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland häusliche Gewalt erleben, welche Hilfsstrukturen sie vorfinden und wie stark sie diese in Anspruch nehmen.

Die Studie mit dem Titel „Häuslicher Gewalt im Migrationskon-

text vernetzt und kompetent begegnen“ zeigt, dass die bestehenden Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten Migrantinnen, die häusliche Gewalt erleben, nur unzureichend bekannt sind. Zudem führen fehlende Sprachkenntnisse dazu, dass die Migrantinnen Hilfsangebote nicht nutzen können. Daher seien neue niedrigschwel-

lige und anonyme Hilfsangebote wichtig.

Mehrsprachiges und mehrkulturelles Personal könnte helfen, die Migrantinnen zu erreichen, ebenso wie der Kontakt zu und die Vernetzung mit Migrantenorganisationen.

*Red.: ReH*

# Berlin: vier neue Kinderschutzambulanzen

**A**b dem 1. Januar 2016 soll es in der Hauptstadt vier sogenannte Kinderschutzambulanzen geben. Das hat der Senat auf Vorlage der Senatorin für Bildung, Jugend und Wissenschaft, Sandra Scheeres, des Senators für Gesundheit und Soziales, Mario Czaja, und des Senators für Justiz und Verbraucherschutz, Thomas Heilmann, beschlossen. Mit den vier neuen Kinderschutzambulanzen wird eine flächendeckende Versorgung der Stadt mit medizinisch-psychologisch-sozialpädagogisch kompetenten Anlaufstellen für die Bewertung von Kindeswohlgefährdungen angestrebt.

Senatorin Scheeres: „Im Zuge von Gefährdungseinschätzungen gibt es immer wieder auch Grenzfälle, in denen es Fachkräften schwerfällt, eine Kindeswohlgefährdung zweifelsfrei festzustellen. Je frühzeitiger wir aber Misshandlungen und Vernachlässigungen erkennen, desto besser können wir Kinder schützen. Mit den Kinderschutzambulanzen entstehen Kompetenzzentren, in denen speziell geschultes Personal künftig in

Zweifelsfällen mehr Klarheit schaffen kann.“

Senator Czaja: „Mit der Etablierung von regionalen Kinderschutzambulanzen wird vor allem eine ärztliche Expertise zum medizinischen Kinderschutz zur Verfügung gestellt und dadurch das bestehende ‚Netzwerk Kinderschutz‘ in Berlin um einen wichtigen Baustein erweitert.“

Senator Heilmann: „Wir wollen die Kinder schützen und die Täter bestrafen. Die gerichtsfeste und zeitnahe Sicherung von Misshandlungs- und Missbrauchsspuren ist deshalb von großer Bedeutung für ein eventuelles späteres Gerichtsverfahren. Der rechtsmedizinische Dienst der Gewaltschutzambulanz, der seit über einem Jahr auf diesem Feld erfolgreiche Arbeit leistet, wird die betroffenen Kinder begutachten und diese wichtige gerichtsfeste Dokumentation sicherstellen.“

Die Kinderschutzambulanzen richten sich an Fachkräfte, die beruflich mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt stehen. Das sind z. B. niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, Familienhelferinnen und -helfer, Mitarbeiterinnen und

Mitarbeiter in den Kinder- und Jugendpsychiatrien, Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten, Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten, Jugendämtern sowie in Kinderschutzprojekten und andere Kontaktpersonen.

*Red.: ReH*

## Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

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

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

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



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

● Personalien

## Kinder- und Jugendmediziner Prof. Dr. med. Heininger erhält Meinhard von Pfaundler Preis für Pädiatrische Prävention

Die Stiftung Kindergesundheit hat Prof. Dr. med. Ulrich Heininger mit dem Meinhard von Pfaundler Preis für sein langjähriges wissenschaftliches, klinisches und kommunikatives Engagement und die damit erreichte wirksame Verbesserung der Prävention von Infektionskrankheiten bei Kindern und Jugendlichen ausgezeichnet.



V.l.n.r.: Prof. Berthold Koletzko (Stiftung Kindergesundheit) Prof. Ulrich Heininger, Prof. Johannes Liese (Uni-Kinderklinik Würzburg)

**P**rof. Dr. Heininger leitet seit 2001 die Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der DAKJ. „Aus der Arbeit der Kommission sind viele wichtige Stellungnahmen für die Kinder- und Jugendmedizin erarbeitet worden, an denen Prof. Heininger maßgeblich beteiligt war“, betont DAKJ-Generalsekretär Prof. Dr. Manfred Gahr.

Prof. Heininger ist seit 2001 leitender Arzt für Infektiologie und Vakzinologie am Universitäts-Kinderspital beider Basel (Schweiz). Seit über 25 Jahren engagiert er sich für die Impfprävention von Infek-

tionskrankheiten. Er ist seit 2001 berufenes Kommissionsmitglied der Ständigen Impfkommision am Robert-Koch-Institut (STIKO) und war langjähriges Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (DGPI) sowie in Europäischen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (ESPID), deren Vorsitzender er von 2009 bis 2012 war.

Den Lesern unserer Zeitschrift ist der Geehrte als Autor zu aktuellen Impffragen bekannt. (Siehe S. 595)

Red.: ReH

## Für betroffene Eltern und Pädiater: 6. Deutsches Kinderhospizforum – größte Fachtagung in Europa

**D**ie größte Fachtagung zur Kinder- und Jugendhospizarbeit findet vom 13. – 14.11. 2015 mit 100 Referenten im Haus der Technik in Essen statt. Veranstalter ist der Deutsche Kinderhospizverein. Das Programm steht im Zeichen aktueller Themen. Jugendliche mit lebensverkürzender Erkrankung berichten über ihre Auseinandersetzung mit Tod, Sterben und dem Wunsch nach gesell-

schaftlicher Teilhabe, Wissenschaftler, Eltern und Praktiker widmen sich dem Thema Sterbehilfe, der Migration und der Abschiedskultur in Kinder- und Jugendhospizen. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe ist Schirmherr der Veranstaltung. Gemeinsam mit NRW-Ministerin Barbara Steffens wird er das Kinderhospizforum eröffnen.

Die Fachtagung zur Kinder- und Jugendhospizarbeit richtet sich an

Mitarbeitende im Gesundheits-, Sozial- und Wissenschaftsbereich, an haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter in der Hospiz- und Palliativarbeit und an betroffene Familien.

Nähere Informationen und Anmeldung unter [info@kinderhospizforum.de](mailto:info@kinderhospizforum.de) und unter [www.deutscherkinderhospizverein.de](http://www.deutscherkinderhospizverein.de)

Red.: ReH

# WEGE ZUR INKLUSION

## FRÜHDIAGNOSTIK, FRÜHTHERAPIE, KINDLICHE SOZIALISATION

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

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

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

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

---

### FRÜHDIAGNOSTIK UND FRÜHTHERAPIE AUF DEM PRÜFSTAND

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

---

---

### KINDLICHE SOZIALISATION, SOZIALE INTEGRATION UND INKLUSION

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

---

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

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



# Psoriasis im Kindes- und Jugendalter

Die Psoriasis ist eine chronisch entzündliche Hauterkrankung, die sich häufig bereits im Kindes- und Jugendalter manifestiert. Typische Triggerfaktoren sind Streptokokkeninfektionen und mechanische Reize an der Haut. Sie ist mit Komorbiditäten wie der Adipositas, Hypertension und Diabetes mellitus Typ II assoziiert. Oft erfahren die betroffenen Kinder eine soziale Stigmatisierung durch sichtbare Hautveränderungen. Juckreiz und eine aufwendige Therapie können zu Einschränkungen der Lebensqualität des betroffenen Kindes und seiner Familie führen. Die Therapie der Psoriasis ist komplex und abhängig vom Ausmaß der Erkrankung, dem Alter der Patienten, Begleiterkrankungen und Kontraindikationen. Dies macht eine interdisziplinäre Betreuung betroffener Kinder durch Haut- und Kinder- und Jugendärzte sowie gegebenenfalls Psychologen erforderlich.



Dr. Maren Fließer

## Epidemiologie

Die Lebenszeitprävalenz der Psoriasis beträgt 2 – 3 %. Bei 14,8 % der Patienten manifestiert sich die Erkrankung vor dem 15. Lebensjahr. Für Deutschland liegt die Prävalenz für alle Kinder unter dem 18. Lebensjahr bei 0,71 %. Betrachtet man die altersbezogene Prävalenz, so steigt diese kontinuierlich von 0,12 % bei Säuglingen auf 1,2 % bei 17-jährigen [1]. Die Psoriasis ist somit nach dem atopischen Ekzem die zweithäufigste chronisch-entzündliche Hauterkrankung im Kindesalter. Auf Grund atypischer Verlaufsformen wird die Psoriasis im Kindesalter oft erst spät erkannt. Daher erfolgt die adäquate Behandlung der Haut und der Begleiterkrankungen oft erst verspätet.

## Ätiologie und Pathogenese

Bei der Psoriasis handelt es sich um eine genetisch bedingte, chronisch entzündliche Hauterkrankung. Manifestation und Ausmaß der Erkrankung können durch äußere Einflüsse getriggert werden [2]. Zusätzlich nehmen Begleiterkrankungen Einfluss auf den Erkrankungsverlauf.

Die Psoriasis wird polygen vererbt. Es handelt sich in erster Linie um aktivierende Mutationen proinflammatorischer Gene. Bis zu 71 % der betroffenen Kinder haben einen Verwandten ersten Grades, der ebenfalls an einer Psoriasis leidet [3]. Die für die Psoriasis typische Entzündungsreaktion in Epidermis und Dermis wird durch aktivierte Keratinozyten verursacht. Die Expression von Chemokinen führt zu einer Einwanderung neutrophiler Granulozyten in die Epidermis. Dadurch kommt es zur Bildung der histologisch typischen Munro-Mikroabszesse. Zusätzlich werden durch die Freisetzung von IL-1 $\beta$ , IL-6 und TNF- $\alpha$  aus T-Zellen dendritische Zellen aktiviert. Diese bewirken in den regionalen Lymphknoten durch IL-12- und IL-23-Freisetzung die Transformation naiver T-Zellen in TH1- und TH17-Zellen. IL-23, IL-17, TNF- $\alpha$  und Interferon- $\gamma$  induzieren die krankheitstypische überschießende Proliferation von Keratinozyten und

die Immigration von T-Zellen, welche die chronische Entzündung und Proliferation unterhalten.

Der Entzündungsprozess findet jedoch nicht nur in der Haut statt. Vielmehr ist die Psoriasis Teil einer systemischen entzündlichen Erkrankung. Neben der bekannten Assoziation zu entzündlichen Gelenkveränderungen besteht ein Zusammenhang mit dem metabolischen Syndrom und kardiovaskulären Erkrankungen. Der pathogenetische Zusammenhang erklärt sich durch die Bildung proinflammatorischer Faktoren in Fettgewebe [1].

Inzwischen ist bekannt, dass Komorbiditäten wie Adipositas, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus, Rheumatoide Arthritis und Morbus Crohn bei Kindern und Jugendlichen mit Psoriasis doppelt so häufig vorkommen wie bei altersgleichen Kontrollpatienten [4]. Übergewicht bzw. Adipositas bei Kindern und Jugendlichen geht der Erstmanifestation der Psoriasis nicht nur voraus [5]; es besteht auch eine Korrelation zwischen dem BMI im Alter von 18 Jahren und der Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Psoriasis-Arthritis [6]. Wird bei einem Kind eine Psoriasis diagnostiziert, ist daher nicht nur eine geeignete Therapie der Hautveränderungen erforderlich, sondern es sind auch Untersuchungen zum Vorliegen von Komorbiditäten erforderlich, und diese müssen ebenfalls behandelt werden.

Typischer Triggerfaktor für die Psoriasis im Kindesalter sind Streptokokkeninfektionen. So gehen Racheninfektionen mit hämolysierenden Streptokokken häufig Krankheitsschüben der Psoriasis voraus [7]. Tonsillektomien können möglicherweise einen positiven Effekt auf den Verlauf der Psoriasis haben [8]. Konkrete Empfehlungen zur Tonsillektomie gibt es jedoch nicht. Des Weiteren spielt der isomorphe Reizeffekt (Köbner-Phänomen) als Trigger neuer Hautläsionen eine wichtige Rolle. Es handelt sich dabei um das Auftreten neuer krankheitsspezifischer Hautläsionen nach unspezifischer Reizung (mechanisch, thermisch, chemisch) an einer vorher nicht beeinträchtigten Stelle der Haut. So kann Kratzen durch ausgeprägten Juckreiz, das Auftreten neuer Hautläsionen verursachen.



Abb. 1: Psoriasis capitis

Als krankheitsverschlechternder Umweltfaktor muss insbesondere bei Kindern das Passivrauchen genannt werden. Man sollte rauchende Eltern unbedingt auf diesen Umstand aufmerksam machen [9].

Psoriatische Hautveränderungen können auch durch Medikamente getriggert werden. An erster Stelle muss dabei Infliximab genannt werden, welches bei Kindern häufig als Therapeutikum chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen eingesetzt wird. Unter einer adäquaten Therapie der Hautläsionen kann die Therapie mit Infliximab jedoch meist fortgesetzt werden [10]. Es ist empfehlenswert, zum Management der psoriasiformen Hautveränderungen einen Hautarzt hinzuzuziehen.

### Klinik

Die häufigste Manifestationsform der Schuppenflechte im Kindesalter ist die Psoriasis vulgaris. Typischerweise finden sich die Hautveränderungen an den Extremitätenstreckseiten und der Kopfhaut [11]. Es können aber auch das Gesicht und intertriginöse Areale der Haut betroffen sein (Psoriasis inversa). Bei den Hautveränderungen handelt es sich typischerweise um flache, scharf begrenzte erythematöuse Plaques, welche nur wenige Millimeter ausmessen können, aber auch großflächig zu landkartenartigen Plaques konfluieren. Bei der Psoriasis des Capillitiums überragen die Psoriasisherde die behaarte

Kopfhaut um einige Millimeter (Abb. 1). Dieses Merkmal stellt ein wichtiges klinisches Diagnosekriterium dar. Bei den wichtigsten Differenzialdiagnosen, dem Kopfhautkeuzem und der Tinea capitis, ist dieses Überschreiten der behaarten Kopfhaut nicht zu finden. Bei Säuglingen findet die Erstmanifestation der Psoriasis oft im Windelbereich statt (Abb. 2). Sie kann leicht mit einer Windeldermatitis verwechselt werden. Diese ist jedoch meist weniger scharf begrenzt und oft nässend. Stellt sich bei der adäquaten Behandlung einer mutmaßlichen Windeldermatitis keine Besserung ein, so sollte auch an eine Psoriasis im Windelbereich gedacht werden.

Wird die Psoriasis durch einen Streptokokkeninfekt getriggert, so manifestiert sie sich oft in Form einer Psoriasis guttata. Dabei findet sich eine exanthematische Aussaat von kleinen (bis 1 cm messenden) erythematösum-plaques (Abb. 3).

Sind über 90 % der Körperoberfläche betroffen, spricht man von einer Erythrodermie. Die massive Entzündung der Haut führt zu einem transdermalen Flüssigkeits- und Eiweißverlust. Die Patienten fühlen sich krank. Eine stationäre Behandlung und eine Systemtherapie sind in der Regel erforderlich.

Bei ca. 30 % der betroffenen Kinder sind Nagelveränderungen vorhanden. Die Befunde können von kleinen Grübchen in der Nagelplatte bis hin zu Onycholysen und vollständigen Nageldystrophien reichen. Dabei ist der Schweregrad der Nagelbeteiligung unabhängig vom Hautbefund und kann auch isoliert auftreten. Initial sollte eine Onychomykose ausgeschlossen werden.

Pustulöse Psoriasisformen sind im Kindesalter zum Glück selten. Man unterscheidet die generalisierte Psoriasis pustulosa Zumbusch, die mit einem schweren Krankheitsgefühl einhergeht und einer akuten stationären Behandlung bedarf, von der lokalisierten Psoriasis pustulosa palmoplantaris.

Als juvenile Psoriasisarthritis bezeichnet man die Assoziation von Arthritis und Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen. Sie kann allerdings auch dem Auftreten von Hautveränderungen vorausgehen oder eigenständig in Erscheinung treten. Typischerweise sind die kleinen Gelenke von Händen und Füßen und die Kniegelenke betroffen [12].

### Diagnostik

Die Diagnose Psoriasis wird in der Regel klinisch gestellt, da Verteilung und Morphe der einzelnen Läsionen typisch für die Erkrankung sind. Außerdem lassen sich an den Hautveränderungen für die Psoriasis typische Phänomene (Kerzenwachsphänomen, Phänomen des letzten Häutchens, Auspitz-Phänomen) durch Kratzen mit einem Holzspatel auslösen. Eine histologische Sicherung mittels Hautbiopsie sollte daher insbesondere im Kindesalter die Ausnahme darstellen. Zur Bestimmung des Schweregrades der Erkrankung dient der PASI-Score. Dabei finden die betroffene Körperoberfläche, Rötung, Infiltration und Schuppung der Plaques Berücksichtigung in der Berechnung. Wurde eine Psoriasis diagnostiziert, sollten die Patienten stets auch auf das



Abb. 2: Psoriasis im Windelbereich



Abb. 3: Psoriasis guttata

Vorhandensein einer Psoriasisarthritis und auf Begleiterkrankungen untersucht werden.

### Therapie

Zur Behandlung der Psoriasis stehen sowohl topische als auch systemische Therapeutika zur Verfügung. Bei der Auswahl der geeigneten Therapie sollten das Alter des Patienten, Art und Ausmaß der Hautveränderungen sowie Begleiterkrankungen und Kontraindikationen berücksichtigt werden. Grundsätzlich sollte man nach einem Stufenschema vorgehen, wobei an erster Stelle immer die

topische Therapie steht. Systemische Therapeutika sollten Patienten mit schweren Verläufen vorbehalten sein, deren Hautbefund sich unter einer geeigneten Lokalthherapie nicht bessert. Im Gegensatz zu erwachsenen Patienten existiert für die Behandlung der Psoriasis im Kindesalter keine evidenzbasierte Leitlinie.

Zu Beginn der Behandlung steht immer die Keratolyse. Ohne das Lösen der Hyperparakeratosen auf den psoriatischen Plaques können die entzündlichen und antiproliferativen Externa ihren Wirkungsort nicht erreichen. Neben regelmäßigen Ölbädern sind lipophile harnstoffhaltige Externa mit einer Konzentration von 5–10 % geeignete Keratolytika (allerdings nicht bei Säuglingen). Ab einem Alter von sechs Jahren kann Salicylsäure in einer Konzentration von 1–1,5 % kleinflächig zum Einsatz kommen. Allerdings muss dabei stets an die systemische Resorption von Salicylsäure gedacht werden. Während bei Erwachsenen die Anwendungsfläche von Salicylsäure 50 % der Körperoberfläche nicht überschreiten darf, sollte diese bei Kindern unter acht Jahren maximal handteller groß sein. Bei Intoxikation mit Salicylsäure (Salicylismus) kann es neben Verwirrheitszuständen zu einer Nierenschädigung kommen.

Bei der Schuppenflechte findet neben der Entzündung der Haut eine Hyperparakeratose statt. Daher ist eine Kombination von Glukokortikosteroiden und antiproliferativ wirksamen Vitamin-D-Analoga sinnvoll. Ein Problem bei der Anwendung topischer Vitamin-D-Derivate ist die systemische Resorption, die zu Hyperkalzämien führen kann. Daher sollte die Anwendungsfläche auf 30 % der Körperoberfläche begrenzt werden. Bei den topischen Glukokortikosteroiden sind Präparate der Klasse II und III geeignet. Gerade bei Kindern sollte man darauf achten, dass ein modernes Präparat mit einem günstigen Nebenwirkungsprofil verwendet wird. Dazu gehört in erster Linie Mometason. Betamethason gibt es auch in Kombinationspräparaten mit Vitamin-D-Analoga. Grundsätzlich gilt, dass die Anwendung topischer Glukokortikosteroide im Gesicht und in intertriginösen Arealen obsolet ist. Hier eignet sich die Anwendung topischer Calcineurininhibitoren, da sie im Gegensatz zu topischen Glukokortikosteroiden keine Hautatrophie bewirken. Eine gewisse Irritation der Haut zur Beginn der Behandlung ist normal und lässt nach einigen Tagen nach.

Ein altes und bewährtes lokales Therapeutikum der Psoriasis ist das Dithranol. Es wirkt antiproliferativ und entzündungsmodulierend. Die wichtigste Nebenwirkung ist eine lokale Irritation, die in den meisten Fällen gut toleriert wird. Im stationären Rahmen erhält man meistens sehr gute Ergebnisse [13]. Da die Therapie mit Dithranol im ambulanten Setting recht aufwendig ist (aufsteigende Applikationsdauer von 15–45 Minuten täglich und nachfolgendes Abduschen), sollte man vor Verordnung die Bereitschaft von Patienten und Eltern zur Therapie klären.

Im Kindes- und Jugendalter spielt die Lichttherapie nur eine untergeordnete Rolle. Zwar zeigen die UVB-311nm-Phototherapie und die PUVA-Therapie bei Erwachsenen mit Psoriasis vulgaris gute Ergebnisse, sie sollte jedoch bei Kindern auf Grund der Kanzerogenität des UV-Lichtes nicht zum Einsatz kommen. Auch bei Jugendlichen sollte

die Entscheidung für eine Phototherapie nur in Ausnahmefällen getroffen werden. Der Hauttyp des Patienten, die Anzahl von Naevi und die Familienanamnese bezüglich maligner und semimaligner Hauttumoren müssen in die Entscheidung mit einbezogen werden.

Ist eine Lokalthherapie zur Verbesserung des Hautbefundes nicht ausreichend, so muss der Patient eine Systemtherapie erhalten. Methotrexat hat als Folsäureantagonist einen guten antiproliferativen und antientzündlichen Effekt und ist bei Kindern sowohl für die Therapie der schweren Psoriasis vulgaris als auch der Psoriasisarthritis geeignet [13]. Mit einer Ansprechrate von über 80 % ist es bei Kindern sehr gut wirksam [14]. Die wöchentliche Dosierung sollte 10 – 15 mg/m<sup>2</sup> KOF betragen. Im Abstand von 24 – 48 Stunden muss zur Vermeidung von Nebenwirkungen 5 mg Folsäure substituiert werden. An Nebenwirkungen müssen gastrointestinale Beschwerden, Übelkeit, Myelosuppression, Immunsuppression und Hepatotoxizität beachtet werden.

Fumarsäureester sind bei erwachsenen Psoriasispatienten das am häufigsten eingesetzte Systemtherapeutikum bei der schweren Plaquesoriasis. Der Vorteil der Fumarsäureester besteht darin, dass sie zwar eine komplexe immunmodulierende Wirkung haben, aber die Immunsuppression gering ausfällt. Die häufigsten Nebenwirkungen sind gastrointestinale Beschwerden und eine Flush-Symptomatik, die sich in der Regel durch ein langsames Einschleichen des Medikamentes oder aber eine Reduktion der Dosis gut beherrschen lassen. Hämatologische Veränderungen und Proteinurie sind selten. Da sie aber auftreten können, sind regelmäßige Laborkontrollen nötig. Dass auch Kinder von Fumarsäureestern profitieren, konnte bereits gezeigt werden [15]. Bisher sind Fumarsäureester aber nur für Jugendliche ab dem 15. Lebensjahr zugelassen.

Die einzigen TNF- $\alpha$ -Blocker zur Therapie der Psoriasis im Kindes- und Jugendalter sind Etanercept und Adalimumab. Etanercept hat mit einem PASI75-Ansprechen (Besserung des Ausgangs-PASI um 75 %) von 57 % nach 12 Wochen eine ausgezeichnete Wirksamkeit [16]. In der Regel werden 0,8 mg/kg Körpergewicht pro Woche subkutan injiziert (maximal jedoch 50 mg pro Woche). Die Therapiekosten von Biologika sind im Vergleich zu anderen systemischen Therapeutika in der Behandlung der Psoriasis sehr hoch. Auf Grund der immunsuppressiven Wirkung von Etanercept bzw. Adalimumab müssen vor Therapiebeginn Infektionen – insbesondere eine Tuberkulose – ausgeschlossen und der Impfstatus überprüft werden. Unter der Therapie können gehäuft Kopfschmerzen oder gastrointestinale Beschwerden, Rhinitis und Fieber auftreten. Auch allergische Reaktionen können vorkommen. Problematisch kann das Auftreten schwerer Infektionen sein. Diese gilt es frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Die Therapie muss bei dem Auftreten einer Infektion pausiert werden.

Ustekinumab (Handelsname Stelara) ist ein humaner Antikörper gegen Interleukin-12 und Interleukin-23. Es ist seit Januar 2009 allein und in der Kombination mit MTX für die Therapie der Psoriasis im Erwachsenenalter zugelassen. Seit Juli 2015 besteht nun auch die Zulassung

für Kinder ab dem 12. Lebensjahr. Somit steht nun ein weiteres Biologikum zur Therapie der Psoriasis im Kindes- und Jugendalter zur Verfügung.

Ciclosporin ist bei der Therapie der Psoriasis sehr gut wirksam. Aufgrund eines ungünstigen Nebenwirkungsprofils mit starker Immunsuppression und Nephrotoxizität sollte es jedoch insbesondere im Kindesalter schweren therapierefraktären Verläufen vorbehalten sein.

Das systemische Retinoid Acitretin kann eine rasche Besserung bei schwerer pustulöser Psoriasis und Erythrodermie bewirken. Ein Vorteil des Medikamentes ist, dass es im Gegensatz zu anderen Systemtherapien keine immunsuppressive Wirkung hat. Problematisch ist jedoch die ausgeprägte Trockenheit von Haut und Schleimhäuten, die mit der Therapie einhergeht. Eine sichere Kontrazeption bei Mädchen im gebärfähigen Alter ist die Voraussetzung für eine Therapie mit Acitretin, da es eine ausgeprägte teratogene Wirkung hat.

Systemische Glukokortikosteroide sind in der Therapie der Psoriasis ungeeignet, da es nach Absetzen zu noch schwerer behandelbaren Rezidiven kommt. Sie sind daher für die Behandlung der Psoriasis nicht zugelassen und finden auch keine Erwähnung in der S3-Leitlinie zur Psoriasisstherapie. Trotzdem werden bedauerlicherweise systemische Glukokortikosteroide durch Kinder- und Jugendärzte immer noch häufig bei der kindlichen Psoriasis eingesetzt [17].

## Fazit für die Praxis

Die Psoriasis vulgaris stellt auf Grund der komplexen Therapie und schwerwiegenden Komorbiditäten wie Adipositas, Hypertonus und Diabetes mellitus Typ II eine interdisziplinäre Herausforderung für Kinder- und Jugendärzte und Hautärzte dar. Nimmt sich der Kinderarzt neben den Begleiterkrankungen auch der Therapie der Haut an, so sollte er die verschiedenen Möglichkeiten der Lokal- und Systemtherapie kennen. Bei Auswahl der geeigneten Therapie sollten das Alter des Patienten, Art und Ausmaß der Hautveränderungen sowie Begleiterkrankungen und Kontraindikationen berücksichtigt werden. Besteht Unsicherheit bei der Wahl der geeigneten Medikamente, sollte auf jeden Fall ein Dermatologe hinzugezogen werden. Ferner ist die psychische Belastung der kleinen Patienten durch Juckreiz und soziale Stigmatisierung zu berücksichtigen und, falls erforderlich, eine psychologische Betreuung zu veranlassen.

Literatur bei der Verfasserin

Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

## Korrespondenzadresse

*Dr. Maren Fließner*

*Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift*

*Abt. Pädiatrische Dermatologie / Allergologie*

*Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg*

*Tel.: 040/67377-402*

*E-Mail: m.fliesser@kkh-wilhelmstift.de*

*Red.: Höger*

## Highlights aus Bad Orb ● ● ●

# Augeninfektionen bei Kindern und Jugendlichen



Dr. Melanie Jäger

Eine infektiöse Erkrankung im Augenbereich von Kindern und Jugendlichen kann im Rahmen einer Allgemeinerkrankung oder aber auch als einziges Symptom auftreten. Viele Erkrankungen können Kinder und Erwachsene gleichermaßen treffen. Dieser Artikel soll einen Überblick über die häufigsten infektiösen Erkrankungen im Augenbereich von Kindern in Mitteleuropa geben. Um bei Kindern eine frühe und korrekte Diagnose stellen zu können, müssen teilweise spezielle Untersuchungsmethoden und -geräte angewendet werden. Ein Abstrich kann hilfreich sein, jedoch ist die richtige Durchführung und korrekte Auswahl der Abstrichmethode entscheidend. Therapeutisch sind die Möglichkeiten aufgrund der Zulassungsbeschränkungen der Medikamente eingeschränkt. Folgeschwer oder chronisch können kongenitale Infektionen (Toxoplasmose) oder Infektionen unter Immunsuppression (Blepharitis) verlaufen. Eine Herpesinfektion der Hornhaut führt durch die Neigung zu Rezidiven zur Narbenbildung. Bei vielen infektiösen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen kann in der Regel ein komplettes Ausheilen (Lidphlegmone, Konjunktivitis, Dacryoadenitis) erreicht werden.

**E**in infektiöser Befall der Augenregion bei Kindern kann im Rahmen einer Allgemeinerkrankung z.B. Varicella Zoster Infektion oder aber auch als einziges Symptom erfolgen. Viele Erkrankungen betreffen Kinder und Erwachsene gleichermaßen. Mit schweren Folgen können kongenitale Infektionen oder Infektionen unter Immunsuppression ablaufen. Bei Kindern kommt erschwerend hinzu, dass teilweise spezielle Untersuchungsmethoden und -geräte angewendet werden müssen, um eine frühe und korrekte Diagnose stellen zu können. Ein Abstrich kann hilfreich sein, jedoch ist die richtige Durchführung und korrekte Auswahl der Abstrichmethode entscheidend (4). Wenn sich dann Arzt und Eltern zu einer Therapie durchringen, stellt die

Verabreichung von Augentropfen die Eltern oft vor Probleme. Das Tropfen im Liegen mit geschlossenen Augen beim kleinen Kind oder im Schlaf kann alternativ versucht werden.

Therapeutisch sind die Möglichkeiten aufgrund der Zulassungsbeschränkungen der Medikamente eingeschränkt, nicht selten muss off-label behandelt werden.

Wegen der Infektiosität muss im Einzelfall entschieden werden, wie lange kein Kindergarten bzw. keine Schule besucht werden kann.

Dieser Artikel soll einen Überblick über die häufigsten infektiösen Erkrankungen im Augenbereich von Kindern in Mitteleuropa geben.

### Infektiöse Erkrankungen des Augenlides

Eine **Blepharitis** äußert sich durch gerötete, verkrustete Lidränder ggf. bis zum roten Auge. Der Patient ist ggf. durch Brennen, Epiphora, Fremdkörpergefühl, Jucken, Visusminderung und Photophobie gestört. Es existieren verschiedene Blepharitis-Unterformen. In allen Fällen können Staub, Wind, Kälte, Rauch, Hitze, Chemikalien, schlechte Hygiene, Augenreiben, Refraktionsfehler, Schlafdefizit, allergische Disposition und Kosmetika ein Fortbestehen begünstigen.

Eine **seborrhische Blepharitis** entsteht durch die massive Sekretion von Lipiden aus den Meibom'schen Drüsen, auf deren Ausführungsgängen am Lidrand ölige Tropfen sitzen können. Der Lidrand hat einen glänzenden Aspekt, die Wimpern können fettig und verklebt sein. Im Verlauf verdicken sich die Lider, und es entsteht ein Chalazion. Bei chronischer Entzündung können die Wimpern ausfallen.

Bei der **Staphylokokken Blepharitis** kann eine Infektion mit *Staphylococcus aureus* oder *-epidermidis* nachgewiesen werden. Diese zeichnet sich durch harte, brüchige Schuppen um die Wimpernbasis aus. Akut entsteht daraus ein Hordeolum. Im chronischen Stadium zeigen sich narbige Einziehungen am Lidrand und eine reduzierte Anzahl an Wimpern.

Bei beiden Formen der Blepharitis ist die Führung des Patienten wichtig, da kurzfristig oft nur eine Besserung und keine Heilung zu erreichen ist. Der Evidenzgrad der Therapiemöglichkeiten ist niedrig (13).

**Lidrandhygiene mit 2 x täglich warmen Kompressen, Rotlicht für 5 bis 10 Minuten und/oder vorsichtiges Massieren der Lidränder ggf. mit Babyshampoo sollte als Dauertherapie für mindestens zwei bis acht Wochen angesehen werden.**

Eine antibiotische Therapie sollte möglichst erst nach Erregernachweis erfolgen, zum Beispiel lokal mit Azithromycin oder Ofloxacin konservierungsmittelfrei oder systemisch mit Erythromycin. Nur kurzzeitig kann eine zusätzliche lokale Steroidgabe sinnvoll sein. Ein Hordeolum oder Chalazion kann bei ausbleibender Besserung chirurgisch eröffnet werden.

Eine **therapierefraktäre Blepharitis unter Immunsuppression** bei Kindern kann durch eine **Infektion mit Demodex folliculorum** verursacht sein (15). Es zeigen sich extrem gerötete Lidränder und verkrustete Wimpern. Die Diagnose kann z.B. unter dem Mikroskop durch Aufsuchen der Erreger gestellt werden. Die Therapie gestaltet sich bei Kindern schwierig. Ergänzend zur Lidrandpflege können z.B. für drei Wochen Metronidazolgel 1 bis 2% oder ab dem neunten Lebensjahr per os Tetracyclin verabreicht werden.

Eine **Lidbeteiligung bei Molluscum contagiosum** kann sich durch die typischen 1 bis 3 mm großen Knötchen mit zentraler Einziehung, aus denen käsiges Material exprimierbar ist, aber auch durch unspezifische Entzündungszeichen zeigen (Abbildung 1). Sollte ein spontanes Abheilen nach sechs bis neun Wochen ausbleiben, ist eine operative Intervention notwendig. Konservativ sind Therapieversuche mit Cidofovir (5%), Imiquimod (5%) oder systemischem Interferon Alpha beschrieben (18).

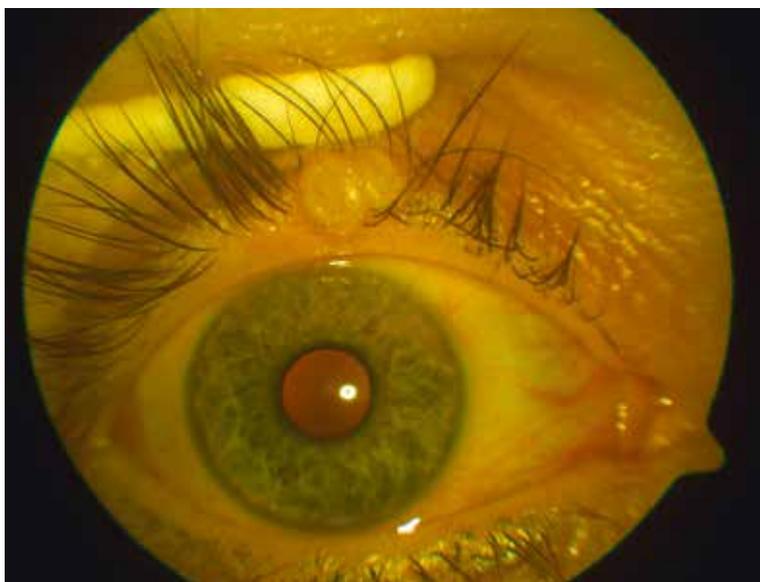


Abb. 1: Molluscum contagiosum im Lidbereich

Ein bläschenartiges Exanthem kann im Rahmen einer **HSV oder VZV Infektion** auftreten. Die Wahrscheinlichkeit einer intraokularen Beteiligung, z.B. Keratitis oder Iritis mit Augendruckanstieg, erhöht sich bei Hautbefall des nasoziliaren oder lacrimalen Astes oder bei reduzierter Hornhautsensibilität. Seltener treten akute Doppelbilder durch Motilitätseinschränkung bei Lähmung des III., IV. oder VI. Hirnnerven auf; hierbei kommt es in der Regel nach sechs Monaten zur spontanen Besserung. In schweren Fällen ist eine akute Therapie mit Aciclovir systemisch und lokal Aciclovir Augensalbe zusätzlich zur Therapie der okulären Komplikationen zu erwägen.

Eine **Lidphlegmone** kann z.B. aus einer punktuellen Lidverletzung oder einem Hordeolum entstehen. Das Lid ist diffus schmerzhaft geschwollen, überwärmt und gerötet (Abbildung 2). Selten zeigt sich eine abgekapselte fluktuierende Abszedierung, die sich ggf. spontan eröffnet. Die lokoregionären Lymphknoten sind geschwollen, der Allgemeinzustand ist reduziert. Aufgrund der Gefahr der Ausbreitung nach intrakraniell oder orbital ist eine systemische Antibiotikatherapie mit einem Breitbandantibiotikum z.B. Cefuroxim indiziert. Ggf. muss eine chirurgische Eröffnung des Abszesses durch lidkantenparallele Inzision und Leukasegel-Einlage erfolgen.

### Infektiöse Beteiligung des Tränenapparates

**Bei 5% der Neugeborenen zeigt sich zwei bis sechs Wochen nach der Geburt der Aspekt einer Entzündung mit purulentem Sekret aufgrund einer konnatalen Tränenwegstenose.**

Als Ursache werden die ausbleibende Kanalisierung des Ductus nasolacrimalis und die Persistenz der Hasner'schen Membran angenommen. Aufgrund der hohen Spontanheilungsrate wird den Eltern zunächst lediglich die Durchführung einer **Tränensackmassage** mehrmals täglich empfohlen.

**Nur bei eitrig Mitbeteiligung der Konjunktiva sollte nach Antibiogramm eine lokale Antibiotika-Therapie erfolgen.**

Eine Tränenwegspülung könnte nach ca. drei Monaten erfolgen. Alternativ kann unter augenärztlicher Kontrolle zum Ausschluss einer anisometropen Amblyopie auch weiter abgewartet werden. Sollten sich die Symptome bis zum zwölften Lebensmonat nicht zurückgebildet haben, dann sollte unter Allgemeinanästhesie eine Tränenwegspülung mit vorübergehender Einlage einer Sonde durchgeführt werden (9, 17).

Selten kann eine Tränenwegstenose zu einer akuten Dacryozystitis führen. Im Bereich des Tränensacks zeigt sich eine überwärmte gerötete Schwellung ggf. mit spontaner Pusentleerung. Lokal kann mit Ofloxacin

und systemisch mit Dicloxacillin therapiert werden. Eine chirurgische Intervention ist erst nach Abklingen der akuten Entzündung indiziert.

Eine **Dacryoadentitis** zeichnet sich durch die berührungsempfindliche, typische paragraphenförmige Schwellung mit Betonung des äußeren Oberlidrandes mit darunter liegender Bindehautchemose aus. Dadurch entsteht eine mechanische Ptosis und evtl. eine Diplopie. Die präaurikulären Lymphknoten sind in der Regel geschwollen, der Allgemeinzustand ist durch Fieber und Kopfschmerzen reduziert. Die entzündete Tränendrüse ist sonographisch darstellbar. Eine solche Entzündung kann beispielsweise im Rahmen einer Mumps- oder EBV-Infektion bestehen. Innerhalb von zwei Wochen kommt es in der Regel zur vollständigen Abheilung. Komplikationen, wie eine Abszedierung oder Fistelbildung, die weitere Maßnahmen erfordern würden, sind selten.

### Infektiöse Beteiligung der Konjunktiva

Eine **Konjunktivitis** äußert sich in der Regel durch den Aspekt des roten Auges, Sekretabsonderung, Fremdkörpergefühl, Brennen, Epiphora und Photophobie. Neben nicht infektiösen Ursachen, wie z.B. Allergie, Hornhautfremdkörper, Verätzung, usw., kommen häufiger Bakterien (Staphylokokken, Chlamydien) und Viren (Adenoviren), seltener Pilze (Candida) und Parasiten (Akanthamoeben) als Verursacher in Betracht. Für die Diagnosefindung können eine ausführliche Anamneseerhebung und eine korrekte Abstrichuntersuchung richtungsweisend sein. Jedoch sind bei Konjunktivitis nur in weniger als der Hälfte Erreger nachweisbar, z.B. 36% (19).

Eine einseitig beginnende, nasal bzw. Karunkel und Plica semilunaris betonte Konjunktivitis mit morgens extrem verklebten Augen und begleitender präaurikulärer Lymphadenopathie könnte auf eine Infektion mit **Adenovirus Typ 8, 19 oder 37** zurückzuführen sein (Abbildung 3). Da es sich um eine hochinfektiöse Erkrankung handelt, gibt es oft Miterkrankte in Familie, Schule oder Kindergarten. Die Inkubationszeit beträgt zwei bis zwölf Tage. Die Infektion kann durch den sogenannten Schnelltest oder PCR nachgewiesen werden. Im Verlauf können Pseudomembranen und schmerzhafte Hornhautdefekte entstehen. Zur Linderung können Tränenersatzmittel verabreicht werden, ein off-label Therapieversuch kann mit Ganciclovir Augengel erfolgen. Nach ca. 14 Tagen entstehen meist Visus einschränkende und Lichtempfindlichkeit verschlimmernde punktförmige Hornhauttrübungen, sogenannte Nummuli, die persistieren können (Abbildung 4). Zu diesem Zeitpunkt ist die Erkrankung nicht mehr infektiös (14).

Anamnestisch häufige Schwimmbadbesuche mit deutlicher folliculärer Bindehautbeteiligung und präaurikulärer Lymphadenopathie könnten auf die sogenannte **Schwimmbadkonjunktivitis** hinweisen. Nach einseitigem Beginn wird innerhalb von zwei bis drei Wochen auch das zweite Auge symptomatisch. Um die Infektion mit den obligat intrazellulären Clamydia

trachomatis nachzuweisen, sind die Nukleinsäuren-Amplifikationstechniken am zuverlässigsten. Eine gynäkologische bzw. urologische Mitbeurteilung sollte nicht vergessen werden. Unbehandelt kann es nach fünf bis neun Monaten zur Abheilung bzw. zur Chronifizierung über Jahre kommen. Eine lokale Therapie mit Kanamycin oder Azithromycin ist bei hochgradigem Verdacht oder Erregernachweis indiziert. (12)



Abb. 2: Beginnende Lidphlegmone rechts mit Oberlid-Schwellung und Ptosis



Abb. 3: Ausgeprägte Sekretabsonderung bei nasal betonter Konjunktivitis

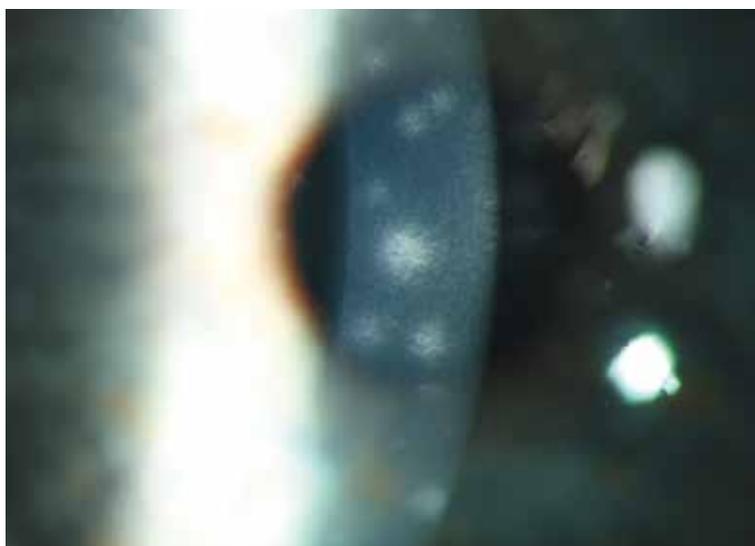


Abb. 4: Nummuli nach einer Keratokonjunktivitis epidemica

## Infektiöse Erkrankungen der Hornhaut

Typisch für eine beginnende **Herpeskeratitis** ist die herabgesetzte Hornhautsensibilität und die fluoreszein positive Dendritica Figur in der Spaltlampenuntersuchung. Im Verlauf kann es zu subepithelialen Eintrübungen und weiteren intraokulären Komplikationen kommen. Innerhalb von fünf Jahren kommt es bei 25 bis 45% zu einem Rezidiv. Eine systemische antivirale Dauertherapie führt eventuell zu einer geringeren Rezidivrate (8). Therapeutisch in der akuten Phase sind Aciclovir Augensalbe, ggf. medikamentöse Mydriasis und lokale Steroide nach Epithelschluss indiziert. Bei Hornhautvernarbung kann nur eine Keratoplastik möglichst unter antiviraler Therapie zu einer Visusverbesserung und einer Vermeidung einer tiefen Amblyopie bei Kindern unter fünf Jahren führen (8, 16).

Eine **Hornhautentzündung durch Akanthamoeben z.B. nach unsachgemäßem Kontaktlinsen Gebrauch oder okulärem Trauma** zeichnet sich üblicherweise durch ein ringförmiges Infiltrat oder salzähnliche punktförmige Trübungen und sehr starke Schmerzen aus (Abbildung 5). Ein Erregernachweis gelingt aus einem Abkratzpräparat in ca. 86% (19). Eine sehr langfristige Therapie auf niedrigem Evidenzniveau mit lokal Chlorhexidine 0,02%, Propamidin, Neomycin und Atropin und oral mit Ketoconazol ist möglich (2). Eine Visuserholung kann sich erst nach vielen Monaten einstellen (10).

## Infektiöse Erkrankung der Uvea

Die Uvea besteht aus Iris, Aderhaut (Chorioidea) und Ziliarkörper, dementsprechend kann eine **Iritis, Chorioiditis oder Zyklitis** entstehen. Prinzipiell können aber fast alle Strukturen des Auges bis hin zur **Endophthalmitis** beteiligt sein (7) (Abbildung 6). Als infektiöse Ursachen neben **autoimmunologischen Triggern** kommen z. B. verschiedene Erkrankungen in Frage:

**Streptokokken-Infektion, Tuberkulose, Syphilis, Borreliose, Herpes simplex Infektion, HIV- oder CMV-Infektion, Toxoplasmose, Zystozerkose, Chagas Krankheit, Toxocariasis und Pilzinfektion** (3, 5, 6, 7, 16, 20).

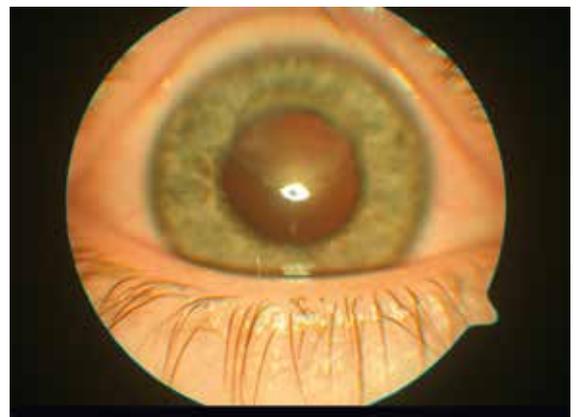
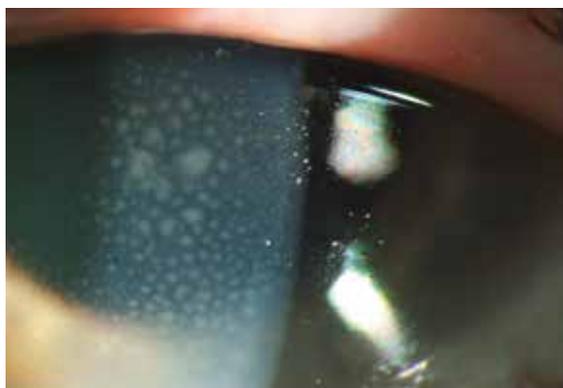


Abb. 5: Ringförmiges Infiltrat unter Kontaktlinsen

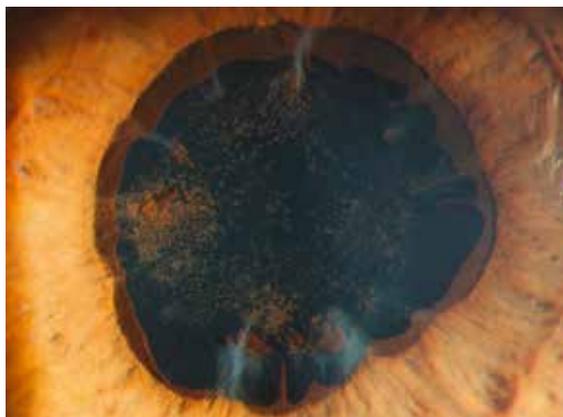
Die Erkrankung kann plötzlich oder allmählich beginnen, der Verlauf kann akut, rezidivierend oder schubweise sein. Die Spaltlampenbefunde sind sehr weitreichend: z.B. gemischte Bindehautinjektion, Hornhautbeschläge (Abbildung 6 und 7), Irisknötchen, Vorderkammerreiz, usw.. Funduskopisch können sich ein Makulaödem, Netzhautinfiltrate, Papillenschwellung usw. zeigen. Trotz gezielter Therapie der Grunderkrankung kann es zu einer persistierenden Erkrankung im Auge kommen. Eine isolierte Uveitis anterior sollte zusätzlich mit lokalen Prednisolon Augentropfen hochdosiert anbehandelt werden. Bei Synechieierung ist eine medikamentöse Mydriasis indiziert (Abbildung 8). Systemisch können ebenfalls Steroide oder verschiedene Immunsuppressiva ein Ausheilen unterstützen.



**Abb. 6: Gemischte Injektion bei Uveitis mit bläulich durchscheinender Aderhaut**



**Abb. 7: Endothelbeschläge bei Uveitis anterior**



**Abb. 8: Pupillenverziehung durch Synechieierungen der Iris**

## Infektiöse Erkrankungen des Sehnerven

Bei **Neuritis nervi optici** beklagen die Patienten eine plötzliche einseitige oder beidseitige Sehminderung mit Augenbewegungsschmerz und Ausstrahlung in die Brauenregion. Weitere Untersuchungen zeigen eventuell einen relativen afferenten Pupillendefekt, Gesichtsfeldausfälle und eine Farbentsättigung. Funduskopisch ist bei einer Papillitis die Papille prominent und rundscharf, bei einer Retrobulbärneuritis sieht man jedoch keine Auffälligkeiten am Sehnervenkopf.

Als infektiöse Ursachen kommen bei Kindern besonders Borreliose, Masern, Mumps, Röteln und infektiöse Mononukleose bzw. eine Fortleitung bei Sinusitis in Betracht (11).

Nach 2 Wochen und ggf. Zurückbildung der Grunderkrankung bessert sich der Befund meist spontan, es können aber Funktionseinschränkungen zurückbleiben. Eine Steroid-Megadosis kann eine Ausheilung eventuell beschleunigen. (1)

### Fazit für die Praxis

Das Spektrum an infektiösen Erkrankungen im Augenbereich ist bei Kindern und Jugendlichen ähnlich breit wie bei Erwachsenen, wobei die erschwerten Untersuchungs- und Therapiebedingungen vor allem bei kleinen Kindern für Arzt und Eltern ein Problem darstellen können. Eine augenärztliche Mitbeurteilung ist anzustreben.

Prophylaktische Antibiotikagaben sollten zurückhaltend nur nach positivem Erregernachweis angeordnet werden, da häufig eine Virusinfektion ursächlich ist.

Richtungsweisend können eine ausführliche Anamneseerhebung und eine genaue Beobachtung des Erkrankungsverlaufs sein. Abhängig von der Art der Erkrankung kommt es zur kompletten Restitution oder Defektheilung.

Literatur bei der Verfasserin

Interessenskonflikt: Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

**Dr. Melanie Jäger**  
 Universitäts-Augenklinik Gießen  
 Friedrichstr. 18  
 35392 Gießen  
 E-Mail: [Melanie.jaeger@gmx.de](mailto:Melanie.jaeger@gmx.de)

Red.: Keller

# Welche Diagnose wird gestellt?

Peter H. Höger

## Anamnese

Ein 10,5-jähriges Mädchen wird zur Abklärung möglicher vaskulitischer Hautveränderungen vorgestellt. Seit etwa 2 Monaten seien wiederholt purpurfarbene Flecken im Bereich des linken Oberarmes aufgetreten. Diese seien asymptomatisch. Mögliche Auslöser seien nicht bekannt. Bisherige Laboruntersuchungen (Blutbild, Infektionsparameter, Doppelstrang-DNS-Antikörper, Antinukleäre Antikörper, Urinstatus) seien unauffällig gewesen. Die übrige Eigen- und Familienanamnese ist unauffällig.

## Untersuchungsbefund

Altersgerecht entwickeltes, 10 6/12-jähriges Mädchen in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Cor, Pulmo und Abdomen ohne pathologischen Befund. Auch die Prüfung der Gelenkbeweglichkeit zeigt keinen auffälligen Befund. Im Bereich des linken Oberarmes finden sich mehrere längliche, rötlich-livide Maculae, die nicht wegdrückbar sind (Abb. 1). Eine Detailaufnahme (Abb. 2) zeigt überwiegend längliche, purpuriforme Patches mit bizarrer Konfiguration. Das übrige Integument ist unauffällig.



Abbildung 2: Detailaufnahme: Längliche, purpuriforme Macula, bizarr konfiguriert



Abb. 1: Länglich angeordnete, rötliche Streifen im Bereich des linken Oberarmes.

## Welche Diagnose wird gestellt ?

## Diagnose:

### Dermatitis artefacta

Purpuriforme Hautveränderungen lassen initial regelhaft an eine Vaskulitis denken. Allerdings sind unilaterale Veränderungen bei einer kutanen Vaskulitis sehr ungewöhnlich. Auch wäre die Lokalisation (lediglich) im Bereich der oberen Extremitäten höchst ungewöhnlich. Vielmehr manifestieren sich Vaskulitiden aufgrund des erhöhten intravasalen Druckes bevorzugt bzw. betont im Bereich der unteren Extremitäten. Vor allem aber der länglich-streifige Aspekt, der an Kratzeffekte erinnert, wie sie beim Atopischen Ekzem oder anderen juckenden Dermatosen vorkommen, spricht gegen eine Vaskulitis und eher für eine exogene Einwirkung im Sinne einer Dermatitis artefacta (DA).

Die DA ist durch ungewöhnliche Verteilungsmuster gekennzeichnet, die zu keiner anderen Dermatose passen (1). Die Läsionen werden durch den Patienten bewußt oder unbewußt selbst hervorgerufen. Purpuriforme Läsionen wie im vorliegenden Fall sind nicht ungewöhnlich (2). Sie können durch Abschnürung/Stauung, Druck, Reibung mit Löffeln o.ä. hervorgerufen werden. Auch hautirritierende Chemikalien (Deodorantien, Alkohol, Säuren, Laugen, Desinfektionsmittel) werden nicht selten in die Haut geritzt oder eingerieben.

Die DA zählt gemeinsam mit der Trichotillomaie und neurotischen Exkoriationen (z.B. der Acne excoriée) zu den psychokutanen Erkrankungen. Diese werden bevorzugt bei Adoleszenten und jungen Erwachsenen manifest (1-4). Exkoriationen und Ulzerationen werden am häufigsten beobachtet (2), aber die Vielfalt möglicher Erscheinungsbilder ist groß. Dazu zählen auch Verbrennungen, Blasen, Hämatome, Pigmentverschiebungen, Kontaktdermatitiden, Pannikulitiden sowie Cheilitiden (2, 4). Am häufigsten betroffen sind Gesicht (25-36%) und Extremitäten (44-45%) (2, 4). Die DA

wird bei Mädchen deutlich häufiger (>80%) beobachtet als bei Jungen.

Ihre Entstehung wird typischerweise geleugnet bzw. verdrängt. Bei chronischen Verläufen ist ein häufiger Arztwechsel typisch. Die Diagnosestellung der DA ist daher schwierig. Oftmals wird die Diagnose erst nach vielen Arztkontakten und (unnötigen) Laboruntersuchungen aufgrund des ungewöhnlichen Verlaufes und der atypischen Hautmuster gestellt. In der Tat sind viele Differentialdiagnosen zu bedenken, die sich im Zweifelsfall erst durch eine Hautbiopsie ausschließen lassen.

Diagnostik und Therapie erfordern daher einen interdisziplinären Ansatz (5). Für die Diagnosestellung sollte der Kinderarzt regelhaft einen Hautarzt hinzuziehen. Unter okklusiven Verbänden erfolgt typischerweise eine rasche Abheilung der Läsionen. Wenn sich der Verdacht erhärtet, erfolgt die Abklärung der dem Krankheitsbild zugrundeliegenden psychodynamischen Störung mit Hilfe von Kinder- und Jugendpsychologen/-Psychiatern. Dies ist allerdings oft ein langwieriger Prozess.

#### Literaturangaben

1. Shah KN and Fried RG. Factitial dermatoses in children. *Curr Opin Pediatr.* 2006;18: 403-9.
2. Ring HC et al. Artefactual skin lesions in children and adolescents: review of the literature and two cases of factitious purpura. *Int J Dermatol.* 2015; 54: e27-32
3. Alcántara Luna S et al. Dermatitis Artefacta in Childhood: A Retrospective Analysis of 44 Patients, 1976-2006. *Pediatr Dermatol.* 2015; 32: 604-8
4. Uçmak D et al. Dermatitis artefacta: a retrospective analysis. *Cutan Ocul Toxicol.* 2014; 33: 22-7
5. Mohandas P et al. Dermatitis artefacta and artefactual skin disease: the need for a psychodermatology multidisciplinary team to treat a difficult condition. *Br J Dermatol.* 2013;169: 600-6

**Prof. Dr. Peter H. Höger**

**Abt. Pädiatrie und Pädiatrische Dermatologie/Allergologie**

**Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift**

**Lilientronstr. 130, 22149 Hamburg**

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

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

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

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

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

Die ausführlichen Preisstatuten sowie Informationen zu den Preisgewinnerinnen und -gewinnern der letzten Jahre unter [www.nutricia-forum-muttermilchforschung.org](http://www.nutricia-forum-muttermilchforschung.org).



Suchtforum

## Steckbrief zu:

### Speed

**Chemische Bezeichnung:** Amphetamine (Alpha-Methylphenethylamin), seit 1930 in Hustenmitteln, Appetitzüglern, in Grippe- und Asthmamitteln und heute unter BTM-Rezept zur Behandlung des ADHS; Speed im engeren Sinn ist eine Mischung aus Amphetamin, Methamphetamin, Ephedrin und Koffein.

**Straßennamen(n):** Speed, Crystal, Glass; Pep.

**Dosierung(en):** Tagesdosen liegen zwischen 5 – 40 mg, Tagesdosen ab 50 mg sind hoch; Wirkeintritt nach 30 bis 60 Minuten, Wirkdauer ca. 4 Stunden, die Halbwertszeit schwankt zwischen 7 und 11 (bis max. 31) Stunden.

**Einnahmeform:** Pulver oder Tabletten mit stark schwankendem Wirkstoffgehalt zwischen 10% und 80%; man kann das Pulver auch schnupfen oder in die Mundschleimhaut einreiben, was schnelleren Wirkeintritt bedeutet.

**Interaktionen:** Wirkverstärkung durch Alkohol, insbesondere bei Wirkstoffgemischen (Speed) Steigerung der unerwünschten Wirkungen.

**Straßenpreis(e):** 1 Gramm Pulver mit Wirkgehalt < 10 % kostet 10 – 20 Euro und entspricht fünf bis zehn Einzeldosen, Rabatte bei Abnahme größerer Mengen über Internetversand.

**Erwünschte Wirkung(en):** Euphorie und Rededrang mit gesteigertem Selbstvertrauen; wach machend mit Erhöhung der Konzentrations- und Leistungsfähigkeit (ADHS – Therapie); gesteigertes Sexualbedürfnis.

**Unerwünschte Wirkung(en):** dosisabhängig Anstieg von Herzfrequenz, Blutdruck und Körpertemperatur, optische und taktile Halluzinationen (kleine Tiere auf/unter der Haut) führen zu hektischem Kratzen; Muskelverspannungen äußern sich als „Kiefermahlen“ (Bruxismus), Erregungszustände mit Zittern und Unruhe und beschleunigter Atemfrequenz, Schlaflosigkeit; durch Hemmung des Hunger- und Durstgefühls wird Flüssigkeitsaufnahme trotz Anstiegs der Körpertemperatur vernachlässigt; nach Abklingen der Rauschwirkung öfters Kopfschmerzen, Reizbarkeit, Gedächtnisstörungen oder depressive Verstimmungen.

**Symptome bei Überdosierung:** Tachykardie und Blutdruckanstieg bis zum Kreislaufkollaps, Schwitzen oder Frösteln, Übelkeit und Erbrechen, Muskelschwäche, Verwirrtheit und im Einzelfall zerebraler Krampfanfall; Hyperthermie bis > 40 Grad Celsius.

**Nachweismethoden:** in bedside – Testen qualitativ im Urin nachweisbar.

**Therapieoptionen akut:** bei Hyperthermie sofortige kalkulierte Flüssigkeitszufuhr i.v. und externe Kühlung; Benzodiazepine bei zerebralen Krampfanfällen; trotz Tachykardie keine Gabe von Betarezeptorenblockern, da erhöhtes Risiko von ischämischen Infarkten.

**Langzeitfolgen:** sozialer Rückzug bei Einengung des Denkens mit stereotypen Verhaltensweisen und Gedankenfixierungen, körperlicher Abbau und in Einzelfällen Auslösung einer Psychose möglich drogeninduzierte Psychose, hierbei ist von bleibenden hirnanorganischen Schädigungen auszugehen.

**Dr. Matthias Brockstedt**  
 Ärztlicher Leiter KJGD –Mitte  
 Reinickendorfer Str. 60b, 13347 Berlin  
 Tel.: 030/9018-46132  
 E-Mail: [matthias.brockstedt@ba-mitte.berlin.de](mailto:matthias.brockstedt@ba-mitte.berlin.de)

Red.: Heinen

## Kursus Pädiatrische Rheumatologie

Bremen  
27. bis 28. November 2015

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

## Masernparties

Ich bin für Masernparties. Das mag Sie erstaunen, aber ich will es präzisieren und gerne erläutern. Ich bin für Masernparties, aber nur unter 2 Bedingungen: 1) Eintritt zur Party erst ab 18 Jahren und 2) nur in strenger Klausur. Warum bin ich für Masernparties? Solange Masern nicht eliminiert sind, was ja weiterhin ein erklärtes WHO Ziel für das Jahr 2020 ist, gibt es für Menschen in Deutschland nur 2 Möglichkeiten: die schützende Impfung akzeptieren oder auf die Krankheit warten, welche früher oder später bei der ersten Masernexposition mit hoher Wahrscheinlichkeit kommen wird. Daraus folgt, wer die Impfung ablehnt, nimmt für sich bzw. sein Kind die Krankheit billigend in Kauf. Warum dann nicht selbst entscheiden, wann es soweit sein soll und bewusst den Zeitpunkt selbst bestimmen? Nun zu den Einschränkungen. Zutritt zu Masernparties darf erst ab 18 Jahren erlaubt sein, weil man dann eigen(un)verantwortlich über seine Gesundheit bestimmen darf. Kinder haben auf Masernparties nichts verloren, denn sie sind ja eigentlich unschuldig an ihrem unvollständigen Impfstatus, da dies den Wunsch der Eltern widerspiegelt. Wir erleben es ja oft, dass sich bis dahin ungeimpfte Jugendliche über die „Dummheit“ ihrer Eltern hinwegsetzen und sich, aus welchen vernünftigen Gründen auch immer, nun doch gegen Masern (Mumps, Röteln u.s.w.) impfen lassen möchten. Diese Chance darf man ihnen nicht verwehren. Wenn sich Erwachsene auf Masernparties begeben möchten, dann müssen sie sich für die Dauer der Inkubationszeit in Quarantäne begeben und bis mindestens Tag 5 nach Ausbruch des Exanthems, also während ihrer Kontagiosität, in strenger Isolation bleiben. Dies dient wiederum dem Schutz von denjenigen Kindern und Jugendlichen, denen der aktive Impfschutz durch ihre Eltern vorenthalten wird und allen Personen, die eine medizinische Kontraindikation für MMR-Impfung aufweisen und somit auf indirekten Schutz, also möglichst geringes Expositionsrisiko, angewiesen sind. Wahrscheinlich gäbe unter diesen Kautelen nur vereinzelt Masernparties, aber bitte, der Schutz der Bevölkerung muss massgebend sein. Für Varizellenparties könnte ich mich unter den gleichen Voraussetzungen auch erwärmen.

## Pertussis – eine (un)endliche Geschichte?

So lautete nicht nur ein Vortrag an der 111. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin Anfang September in München, sondern so kommt es einem tatsächlich vor, wenn man sich mit Pertussis näher beschäftigt – was ein hohes Mass an Frustrationstoleranz verlangt, wenn man nicht verzweifeln möchte. Warum? Welchen Aspekt dieser Krankheit Sie auch beleuchten, sie stossen auf mehr Fragen als Antworten und ungelöste Probleme. Es beginnt mit der Falldefinition. Was bitte ist Pertussis? Die WHO definiert sie als mindestens 3 Wochen Husten mit charakteristischen Begleitsymptomen (anfallsartiger Husten u.s.w., siehe Lehrbücher) und mikrobiologisch gesicherter Bordetella pertussis Infektion oder Kontakt zu einem gesicherten Fall. Andere Institutionen, z.B. das Robert Koch-Institut, akzeptieren eine kürzere Hustendauer. Wie dem auch sei, Sie wissen, dass diese typischen Pertussisfälle nur die Spitze des Eisbergs sind, weil das Manifestationsspektrum von gänzlich asymptomatisch über mitigierte bis hin zum komplizierten Verlauf reicht. Nachdem Pertussis nun gemäss Infektionsschutzgesetz meldepflichtig ist dürfen wir gespannt auf die ersten bundes-



## Impfforum

weiten Auswertungen sein. Fakt ist, dass die jährliche Inzidenz gemäss prospektiven Studien mindestens 500/100'000 Einwohner pro Jahr betragen müsste, was pro Woche in Deutschland im Mittel etwa 8000 Fällen entspräche; 2015 wurden aber bis Ende August insgesamt nicht einmal 6000 Fälle gemeldet. Wir tapen also im Dunkeln, was die wahre Krankheitslast betrifft. Wie diagnostizieren Sie Pertussis? Expertenempfehlungen zufolge ist bei Säuglingen ausschliesslich der Erregernachweis im Nasopharynx (i.d.R. mittels spezifischer PCR) erfolgversprechend, ebenso in allen anderen Altersgruppen in den ersten 2-3 Krankheitswochen. Danach ist der Serologie, d.h. Bestimmung von anti-Pertussistoxin IgG Vorzug zu geben – vorausgesetzt, die Person hat in den vergangenen 6 (-12) Monaten keine Pertussisimpfung erhalten, denn diese würde mit der serologischen Diagnostik interferieren. Ein Wert von 100 EU/ml oder höher zeigt eine akute oder kürzlich zurückliegende Pertussis an. Wenn Sie konsequent sein wollten, müssten Sie bei jedem verdächtigen Husten (2 Wochen ohne Besserungstendenz genügt als Verdacht!) so vorgehen, was wahrscheinlich Ihr Budget sprengen würde. Wie behandeln Sie Pertussis? Vermutlich mit einem Makrolidantibiotikum, richtliniengerecht. Das beendet nach 5 Tagen die Ansteckungsfähigkeit des Patienten (Cave: die PCR kann darüber hinaus positiv bleiben), lindert aber nicht seine Beschwerden. Wir verfügen leider bis heute über keine wirksame symptomatische Therapie des Keuchhustens. Bleibt die Impfprävention, die Königin der Medizin. Wir haben in Deutschland ein umfassendes Pertussisimpfprogramm mit regulär 7 Impfzeitpunkten, der letzte im Erwachsenenalter „einmalig“, zum Zeitpunkt der „nächsten fälligen Td-Impfung“. Die Problematik der Pertussisimpfung lässt sich wie folgt zusammenfassen: 1) der Schutz nach Grundimmunisierung im Säuglingsalter ist suboptimal (bestenfalls ca. 85% gegen typischen Keuchhusten, deutlich geringer gegen weniger typische Verläufe), und 2) lässt im Laufe der Zeit nach, so dass regelmässige Auffrischimpfungen erforderlich sind, aber auch nach diesen lässt der Schutz wieder kontinuierlich nach; 3) die Durchimpfungsrate für die ersten 3 Dosen ist hoch (>95%), aber die Impfungen erfolgen nicht so zeitgerecht wie es erforderlich wäre (mit 2, 3 und 4 Monaten) um früh und gut zu schützen; 4) für die nachfolgenden Auffrischimpfungen ist die Akzeptanz mangelhaft (4. Dosis), unzureichend (5. und 6. Dosis) bzw. inakzeptabel (Erwachsenendosis, siehe Dtsch Med Wochenschr

2013;1380:14517); 5) die zusätzlichen Indikationen für die Pertussisimpfung, welche Ausbrüche in Kliniken und Gemeinschaftseinrichtungen verhindern sollen (berufliche Indikation – auch Sie und Ihr Praxispersonal!) bzw. wie das „Cocooning“ vor allem den jungen Säugling schützen sollen, werden bislang stiefmütterlich behandelt.

Wenn wir „bessere“ Pertussisimpfstoffe einfordern, so ist das legitim, ebenso wie es gute Gründe gibt, bei der STIKO eine Erweiterung der Impfindikationen anzuregen (z. B. regelmässige

Auffrischungen bei Erwachsenen und die Impfung schwangerer Frauen). Gleichzeitig aber muss jeder von uns beitragen, die Umsetzung der bestehenden Empfehlungen zu verbessern. Jede Impfung zählt.

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

*Red.: Huppertz*

## 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

### www.paediatricboerse.de

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater

- Melden Sie sich mit Ihrem DocCheck-Passwort an (Registrierung über [www.doccheck.com](http://www.doccheck.com))
- Erstellen Sie Ihre eigene Anzeige
- Stöbern Sie durch alle Gebote und Gesuche

Die Geschäftsstelle ist Ihnen gern bei der Erstellung Ihrer Anzeige behilflich!

### Zentraler Vertreternachweis

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:

- Gesuche und Gebote von BVKJ-Mitgliedern: (Urlaubs-)Vertretung, Weiterbildungsstellen, Praxisübernahme, Anstellung, Jobsharing

### Formulare zur Erstellung einer Anzeige auf [www.paediatricboerse.de](http://www.paediatricboerse.de) oder Aufnahme in den Zentralen Vertreternachweis erhalten Sie bei der

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 02 21 / 68 90 90, Fax: 02 21 / 68 32 04

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

Vorname	Nachname
Straße	PLZ / Ort
E-Mail	Tel. / mobil
Datum	Unterschrift
	Stempel

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

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



**Ist Passivrauchen im Kindesalter mit einem erhöhten Arteriosklerose-Risiko im Erwachsenenalter verbunden?**

## Exposure to Parental Smoking in Childhood is Associated with Increased Risk of Carotid Atherosclerotic Plaque in Adulthood: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study

West HW et al., *Circulation*; 131: 1239-1246, März 2015



**Review aus englischsprachigen Zeitschriften**

**R**auchen ist weltweit einer der größten Risikofaktoren für kardio-vaskuläre Erkrankungen und einer der häufigsten Gründe für einen vorzeitigen Tod. Auch die Tabakrauch-Exposition von Nicht-Rauchern erhöht deren kardio-vaskuläres Risiko. Besteht auch ein Zusammenhang zwischen der Tabakrauch-Exposition von Kindern und ihrem späteren kardio-vaskulären Risiko? Diese bisher kaum untersuchte Frage wurde jetzt von finnischen Autoren untersucht.

In einer 26-jährigen Follow-up-Studie („The Cardiovascular Risk in Young Finns Study“) wurden die Daten von 2.448 Studienteilnehmern daraufhin analysiert, inwieweit ihre Tabakrauch-Exposition im Kindesalter mit der Entstehung arteriosklerotischer Veränderungen in der Arteriacarotis im jungen Erwachsenenalter zusammenhängt. Informationen zur Tabakrauch-Exposition wurden zu Studienbeginn 1980 und 1983, die Daten zur Intima-Media-Dicke der Arteriacarotis (ein Marker zur Evaluation arteriosklerotischer Erkrankungen) im jungen Erwachsenenalter 2001 und 2007 erhoben. Die tiefgefrorenen Serum-Cotinin-Spiegel (Cotinin ist ein Abbauprodukt des Nikotins) aus dem Jahre 1980 wurden 2014 (n=1.578) ausgewertet.

Die Anzahl der Kinder mit nicht nachweisbaren Cotinin-Spiegeln war da am größten, wo keiner der beiden Eltern (84%) rauchte, und nahm ab, wenn einer der Eltern rauchte (62%), und war am niedrigsten, wenn beide Eltern rauchten (43%). Das relative Risiko (RR), arteriosklerotische Plaques in der Carotis zu entwickeln, stieg an, wenn einer oder beide Elternteile rauchten (RR 1,7, 95% KI 1,0-2,8, P=0,04). Selbst bei rauchenden Eltern, die sich bemühten, ihre Kinder nicht ständig dem Rauch auszusetzen, war das spätere Arteriosklerose-Risiko um das 1,6fache größer. Wenn die Eltern nicht darauf achteten, war das kindliche Risiko sogar um das 4fache erhöht.

Kinder, die dem Tabakrauch ihrer Umgebung ausgesetzt sind, werden in ihren Gefäßfunktionen dauerhaft geschädigt und weisen ein höheres späteres Arteriosklerose-Risiko auf. Rauchende Eltern können dieses Risiko mindern aber nicht ganz eliminieren, wenn sie versuchen, die Tabakrauch-Exposition ihrer Kinder weitestgehend zu reduzieren.

**Kommentar:** Die Beziehung zwischen Rauchen und Arteriosklerose ist gesichert. Rauchen fördert über eine erhöhte Fett-Oxidation und Anhäufung von Cholesterol-Estern in den arteriellen Plaques die Entstehung der Arteriosklerose. Dabei konnte bisher schon gezeigt werden, dass die Auswirkungen des Passivrauchens sich nicht wesentlich von denen bei aktiven Rauchern unterscheiden. Die Ergebnisse der „Cardiovascular Risk in Young Finns Study“ bestätigen damit ältere Studien an Erwachsenen, die gezeigt haben, dass die Tabakrauch-Exposition über die Umgebung (Passivrauchen) einen irreversiblen Einfluss auf die spätere Gesundheit der Gefäße besitzt. Das gilt auch für Kinder, deren Eltern rauchen. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass bereits ein rauchender Eltern-Teil ausreicht, das kindliche Arteriosklerose-Risiko im Erwachsenenalter signifikant zu erhöhen. Eltern, die nicht in der Lage sind, ihr Rauchverhalten zu ändern, können zumindest durch Einhalten einer „Rauchhygiene“, indem sie nicht in der gemeinsamen Wohnung rauchen, dazu beitragen, das spätere kindliche Krankheitsrisiko zu reduzieren. Eltern sollten nicht nur über die kurzfristigen kindlichen Risiken (erhöhte Infektanfälligkeit), sondern auch über die Langzeitriskien (Gefäßerkrankungen) aufgeklärt werden.

Eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst bereits im Kindesalter das spätere kardio-vaskuläre Krankheitsrisiko. Vitamin D-Mangel scheint, einer der vielen Risikofaktoren zu sein. Vitamin D-Mangel im Kindesalter ist, wie die epidemiologischen Daten nahelegen, mit einem höheren späteren Arteriosklerose-Risiko verbunden. Diese Assoziation ist unabhängig von den bekannten konventionellen kardialen Risikofaktoren wie Lipide, Blutdruck, Rauchen, Diät, körperlicher Aktivität, Adipositas und sozio-ökonomischem Status. Das spätere kardio-vaskuläre Risiko mag vielleicht einer von vielen Gründen sein, bereits im Kindesalter auf eine ausreichende Vitamin D-Versorgung zu achten. Mit der Prävention kardio-vaskulärer Erkrankungen kann, darüber scheinen sich alle einig zu sein, nicht früh genug begonnen werden.

Literatur über den Autor: [juergen.hower@googlemail.com](mailto:juergen.hower@googlemail.com)

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

### Beeinflusst ein niedriger Vitamin D-Spiegel im Kindesalter das spätere kardio-vaskuläre Risiko?

## Childhood 25-OH Vitamin D Levels and Carotid Intima-Media Thickness in Adulthood: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study

Juonala, M et al., *J ClinEndocrinolMetab*; Februar 2015

**D**ie Forschungen der letzten Jahrzehnte haben gezeigt, dass die Voraussetzungen für die kardio-vaskuläre Gesundheit des Erwachsenen im Kindes- und Jugendalter gelegt werden. Modifizierbare Risikofaktoren im Kindes- und Jugendalter, wie zum Beispiel Bewegungsmangel, hoher Blutdruck, aktives und passives Rauchen, geringe kardio-respiratorische Fitness und Ernährung, sind präklinische Marker für eine spätere kardio-vaskuläre Erkrankung.

Niedrige Vitamin D-Spiegel sind im Erwachsenenalter nicht nur mit einem erhöhten, sondern auch mit dem Ausmaß des kardio-vaskulären Risikos verbunden. Jetzt haben finnische Autoren Daten zu einem möglichen Zusammenhang zwischen dem kindlichen 25-(OH)-Vitamin D-Spiegel und der Intima-Media-Dicke der Arteriacarotis (CIMD) im Erwachsenenalter untersucht (The Cardio vascular Risk in Young Finns Study). Die CIMD dient allgemein als Surrogat-Marker des kardio-vaskulären Risikos.

Die Autoren haben die Daten von 2.148 Probanden, die zu Studienbeginn zwischen 3-18 Jahre alt waren, analysiert. Im Alter zwischen 30-45 Jahren wurden die Studienteilnehmer erneut un-

tersucht. Zu diesem Zeitpunkt wurde in den im Kindesalter eingefrorenen Serumproben der Vitamin D-Serumspiegel bestimmt. Die CIMD wurde an der hinteren Wand der Arteria carotis mit Ultraschall gemessen.

Die Auswertung der Daten zeigte einen signifikanten, umgekehrten Zusammenhang zwischen dem kindlichen Vitamin D-Spiegel und der im Erwachsenenalter gemessenen CIMD bei Frauen, nicht bei Männern. Insgesamt wiesen aber Kinder mit 25-(OH)-Vitamin D-Spiegeln in der niedrigsten Quartile (<40 nmol/L, entsprechend <16ng/ml) eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für eine größere CIMD und arteriosklerotische Gefäßveränderungen im Erwachsenenalter auf.

**Schlussfolgerungen:** Niedrige 25-(OH)-Vitamin D-Spiegel im Kindesalter scheinen, mit einer erhöhten CIMD im Erwachsenenalter verbunden zu sein.

**Kommentar:** Eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst bereits im Kindesalter das spätere kardio-vaskuläre Krankheitsrisiko. Vitamin D-Mangel scheint, einer der vielen Risikofaktoren zu sein. Vitamin D-Mangel im Kindesalter ist, wie die epidemiologischen Daten nahelegen, mit einem höheren späteren Arteriosklerose-Risiko verbunden. Diese Assoziation ist unabhängig von den bekannten konventionellen kardialen Risikofaktoren wie Lipide, Blutdruck, Rauchen, Diät, körperlicher Aktivität, Adipositas und sozio-ökonomischem Status. Das spätere kardio-vaskuläre Risiko mag vielleicht einer von vielen Gründen sein, bereits im Kindesalter auf eine ausreichende Vitamin D-Versorgung zu achten. Mit der Prävention kardio-vaskulärer Erkrankungen kann, darüber scheinen sich alle einig zu sein, nicht früh genug begonnen werden.

Literatur über den Autor: [juergen.hower@googlemail.com](mailto:juergen.hower@googlemail.com)

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

# Asthma bronchiale – Kontraindikation für Influenza Lebendimpfstoff?

## CONSILIUM

Dr. Marcus Dahlheim

### Frage

Wir wurden von Seiten der KV darüber informiert, dass Asthma bronchiale für die Impfung mit dem intranasalen Influenza Lebendimpfstoff Fluenz® eine Kontraindikation darstellt. Laut Fachinformation sollte der Impfstoff nicht bei Kindern und Jugendlichen mit schwerem Asthma oder akutem Giemen angewendet werden, da solche Patienten im Rahmen von klinischen Studien nicht hinreichend untersucht wurden. Gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission sollten jedoch gerade diese Patienten aufgrund ihrer erhöhten gesundheitlichen Gefährdung infolge ihrer Grunderkrankung gegen Influenza geimpft werden.

- Wie wird im Zusammenhang mit der Impfempfehlung für oder gegen den intranasalen Lebendimpfstoff schweres Asthma definiert? Fallen hierunter alle Arten von unkontrolliertem Asthma? Wie verhält es sich bei Patienten, deren schweres Asthma jedoch gut kontrolliert ist?
- Wird durch die nasale Deposition von Glukokortikoiden im Rahmen einer inhalativen Therapie der Impferrfolg unter Umständen gefährdet?

### Antwort

Der Impfstoff Fluenz® ist zugelassen ab einem Alter von 24 Monaten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, er wird nasal (0,1 ml pro Nasenloch) appliziert und enthält attenuierte Viren. In Kapitel 4.3 der Fachinformation wird darauf hingewiesen, dass eine topische Behandlung mit Glucocorticoiden keine Kontraindikation darstellt. Eine theoretische negative Beeinflussung der mukosalen Immunität oder eine Beeinflussung der Vermehrungsfähigkeit der Viren muss allerdings vorerst offen gelassen werden, da hierzu keine Daten vorliegen. Der Hersteller weist darauf hin, dass deshalb die Gabe von topischen Corticosteroiden nicht unmittelbar auf die Applikation der Impfung erfolgen sollte. In Kapitel 4.4 der Fachinformation findet sich der zitierte Abschnitt, nach welchem eine Anwendung bei schwerem Asthma (nach Herstellermitteilung auf Anfrage definiert als Schweregrad IV der Leitlinie der deutschen Atemwegsliga: Patienten mit dauerhaften Asthmasymptomen hoher Intensität, häufig auch nachts, ständige Aktivitätseinschränkungen, Exa-

zervationen trotz Therapie) oder akutem Giemen nicht zur Anwendung kommen solle, „da solche Patienten in klinischen Studien nicht hinreichend untersucht wurden.“ Besser wäre hier allerdings eine Beurteilung anhand der Asthmakontrolle! Zu sprechen wäre dann von „unkontrolliertem Asthma“!

Da eine Atemwegsinfektion eine Asthmaexacerbation auslösen kann und der Impfstoff eine Lebendimpfung mit resultierender (gewünschter) Schleimhautinfektion darstellt, ist diese Formulierung naheliegend, bis entsprechende Studien vorliegen.

Leichtes bis mittelschweres Asthma stellt keine Kontraindikation dar!

Belshe et al. (1) fanden bei Kindern im Alter von 6 – 11 Monaten in den 6 Wochen nach Influenzaimpfung mit Lebendviren eine (nicht signifikant) höhere Rate an wheezing-Episoden und in den 180 Tagen nach Impfung eine (signifikant) höhere Hospitalisierungsrate („for any cause“) im Vergleich zu Kindern, welche mit inaktivem Impfstoff geimpft worden waren. Eine allerdings nicht signifikant höhere Hospitalisierungsgruppe fand sich auch in den Altersgruppen 12 – 23 Monate, 24 – 35 Monate und 36 – 47 Monate, wenn die Kinder Wheezing-Episoden in der Vorgeschichte aufwiesen.

Aus meiner Sicht bestehen keine Bedenken gegen die Impfung von Kindern mit kontrolliertem Asthma (auch wenn ursprünglich ein, wie auch immer definiertes, „Schweres Asthma“ vorgelegen hat).

Auch stellt die topische Deposition von Corticosteroiden keine Kontraindikation dar.

Die KV Baden-Württemberg teilt auf Anfrage mit, dass die Übernahme der Impfkosten bei Kindern von 2 bis 6 Jahren erfolge (cave, regionale Unterschiede möglich) und ein gut behandeltes Asthma als kodierte Diagnose keine Kontraindikation sei. Hier wäre also der impfende Kollege angehalten, gut zu dokumentieren, dass bei bestehender Diagnose Asthma zum Zeitpunkt der Impfung ein kontrolliertes Asthma vorliegt.

#### Literatur

1. Belshe et al. New England Journal of Medicine 2007, 356: 685-696.

**Dr. med. Marcus Dahlheim**

**Praxis für Kinderpneumologie und Allergologie  
Collinstr. 11, 68161 Mannheim**

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

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

# Mitgliederbefragung 2015

Für den Vorstand und die engagierten Funktionäre im Verband ist es von großer Bedeutung einzuschätzen, wie die Arbeit des BVKJ von den Mitgliedern angesehen und beurteilt wird. Deswegen haben wir 2015, zwei Jahre nach der letzten Umfrage, die Mitglieder wieder befragt. Wir erhofften uns Informationen, wie die Strukturen und Angebote des BVKJ von den Mitgliedern wahrgenommen werden und in welchen Bereichen die Kolleginnen und Kollegen vor Ort weiteres Engagement unseres Verbandes wünschen. Viele der 2013 geäußerten Wünsche und Ideen konnten in der Zwischenzeit umgesetzt werden. Ein Teil der Fragen wurde wiederholt, z. B. die Einschätzung der Arbeit des Vorstandes, um eine longitudinale Entwicklung beurteilen zu können. Ein weiterer Teil der Fragen richtet sich auf aktuelle Themen wie z. B. die Weiterentwicklung von Selektivverträgen. Hier kann die Auswertung der Umfrage unserer Vertragskommission wichtige Aspekte vermitteln.

Leider hat bei der Umfrage im Frühjahr 2015 bei einer Frage der Fehlerteufel zugeschlagen, es war nicht möglich, eine Frage nicht zu beantworten. Wir haben diesen Fehler schnellstens korrigiert und eine zweite Version des Fragebogens versandt. Bei einem Vergleich der Antworten bestand vor und nach der Korrektur kein Unterschied, d.h. die getrennt ausgewerteten Fragen der beiden Umfrageversionen können problemlos zusammengefasst werden. Neben der Befragung von 8830 Mitgliedern über E-Mail haben wir an 500 zufällig ausgewählte zusätzlich einen Fragebogen per Post versandt um herauszufinden, ob bei den Antworten zwischen der Online-Version und der Papier-Version relevante Unterschiede bestehen. Die Befragung erfolgt am 20.03.2015.

## Ergebnisse

Gegenüber 2013 haben deutlich weniger Kolleginnen und Kollegen den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Dies ist sicherlich der großen Zahl von Fragen, der dezidierten Nachfrage über die Praxisstruktur, aber auch der unmittelbar vorausgehenden Umfrage des BVKJ im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) über die Kenntnis des neuen Kinderschutzgesetzes geschuldet.

Insgesamt wurden 1854 Fragebögen zurückgeschickt. Für die Auswertung haben wir nur die 1324 vollständig ausgefüllten herangezogen (Tab. 1).

Bei **Frage 1 – „Ich bin Mitglied im BVK, weil ich ..“** – ergaben sich im Vergleich zu 2013 keine wesentlichen Änderungen. Von den Mitgliedern werden die Repräsentanz, die Lobbyarbeit für Kinder und Jugendliche sowie die berufspolitische Arbeit geschätzt. Bei der Beantwortung der Schriftversion fällt auf, dass der Anteil der Antworten „im Ruhestand weitere Informationen zu bekommen“ dreimal so hoch ist wie in der Onlineversion. Dies lässt den Schluss zu, dass KollegInnen im Ruhestand lieber schriftlich als elektronisch antworten. Die Assistenzärzte schätzen die Weiterbildungsmöglichkeiten, die ihnen der BVKJ anbietet. Der BVKJ wird als Lobbyist für Kinder und Jugendliche im Vergleich zur Voruntersuchung doppelt so häufig wahrgenommen – ein gutes Zeichen.

Bei **Frage 2 – „In welchem Maße sollte sich der BVKJ in den folgenden Aufgabenbereichen engagieren“** – wird im Vergleich zu 2013 mehr Repräsentanz bei der internationalen Interessenvertretung der Pädiatrie gewünscht. Dies kann als positive Zustimmung des Engagements des BVKJ in den internationalen Gremien wie EAP und ECPCP gewertet werden. Die Zustimmung zur Interessenvertretung der Pädiatrie in politischen Gremien und berufspolitische Lobbyarbeit liegt nahe 100% und rechtfertigt das umfassende Engagement des BVKJ in der Politik. Dies wird auch von den Assistenten in der Weiterbildung zunehmend wahrgenommen. 98% der Assistenten wünschen sich ein Engagement und

### Teilnehmerzahlen (nur vollständige Antworten):

Fachärzte Version online 1	Fachärzte Version online 2	Fachärzte online Gesamt	Fachärzte Post	Fachärzte 2013	Assisten- zärzte online	Assisten- zärzte Post	Assisten- zärzte 2013
503	556	1059	114	2016	135	16	270

### unvollständig ausgefüllt:

243	287	530			92		
-----	-----	-----	--	--	----	--	--

Tab. 1: Anzahl der zurückgesandten Fragebogen nach Gruppen (Versand an 8.830 E-Mail-Adressen)

Unterstützung für Aus-, Fort- und Weiterbildung. Dies ist eine Bestätigung und Aufforderung bei der Ausrichtung unserer Kongresse die Interessen der Assistenten zu berücksichtigen. Hohe Zufriedenheit besteht über die diversen Informationsangebote des BVKJ. Die Entwicklung und Weiterführung von Selektivverträgen wie bisher wird von 61% der Pädiater gewünscht, 12% wünschen sich hier noch mehr Engagement. Bei dieser Frage wird der Unterschied zu der Schriftversion evident, hier ist die Aktivität 18% unbekannt und 20% wünschen sich weniger oder gar kein Engagement in diesem Bereich. Dies lässt sich durch einen höheren Anteil von Ruheständlern in der Gruppe der Schriftversion erklären.

Bei **Frage 3 – „Wie bewerten Sie die Aktivitäten des BVKJ“** – ist die Zufriedenheit z. B. mit dem Präsidenten und dem Vorstand generell gestiegen, 28% sind sehr zufrieden, 46% zufrieden. Auch die Arbeit der Ausschüsse des BVKJ wird tendenziell positiver bewertet. Dies trifft auch für die Beurteilung der Arbeit der Obleute zu, die von knapp 50% mit zufrieden eingeschätzt wird. Keine Änderung in der Einschätzung erfahren der Länderrat und die Delegierten, die ihren Bekanntheitsgrad gegenüber 2013 nur minimal steigern konnte. Dies ist ein Ansporn die konstruktive Arbeit dieser wichtigen Gremien, die das Wirken des BVKJ maßgebend prägen, den Mitgliedern besser zu verdeutlichen. Besonders erfreulich ist, dass unsere Geschäftsstelle in der Beurteilung noch besser abgeschnitten hat als 2013, 83% sind sehr zufrieden oder zufrieden (Frage 9). Auch unsere Service GmbH wird deutlich besser bewertet als bei der Umfrage 2013.

Bei **Frage 4 – „Mit welchen Themen sollte sich der BVKJ in den nächsten Jahren stärker befassen“** – steht die Nachwuchsgewinnung für die Kinder- und Jugendmedizin, die Erstellung praxisingerechter Leitlinien sowie die Kooperation Praxis – Klinik eindeutig im Vordergrund. Der BVKJ hat diese Themen bereits in unterschiedlicher Weise aufgegriffen z. B. Famulaturbörse, Mitarbeit an der Entwicklung des Weiterbildungscurriculums, regelmäßige Mitarbeit bei der Erstellung neuer AWMF Leitlinien, sowie Unterstützung beim Aufbau von Weiterbildungsverbänden in der Kooperation Praxis/Klinik.

Bei **Frage 5 – „Schwerpunktthema“** freuen wir uns über die große Zustimmung und Akzeptanz. 19% der Pädiater finden die Auswahl eines Schwerpunktthemas pro Jahr sehr wichtig, 53% wichtig, nur 4% unwichtig. Diese hohe Akzeptanz ist der vorbereitenden Arbeitsgruppe (Geitmann, Fegeler, Hartmann, Rodens, Weissenrieder) Ansporn und Verpflichtung, diese Zustimmung zu erhalten und noch zu verbessern. Allen ist bekannt, dass jedes Jahr ein neues Schwerpunktthema bearbeitet wird und 82% befürworten eine Fortsetzung dieser Reihe. Auch die Verknüpfung des Themas der Jahrestagung mit den Inhalten des Schwerpunktthemas wird von 80% der Mitglieder begrüßt. Die bisherigen Themen wurden hervorragend beurteilt und nur von wenigen KollegInnen als schlecht oder weniger gut

eingeschätzt. Die Mehrzahl der Mitglieder möchte das Schwerpunktheft sowohl als gedruckte Ausgabe in Händen halten als auch das PDF Herunterladen können.

Bei **Frage 6 – „Kinderärzte-im-Netz.de“** – ist festzuhalten, dass die Besuche auf unserer Web-Seite kontinuierlich zunehmen, wobei die Assistenten sich hier nahezu vollständig verweigern. Auch die Anzahl der Kolleginnen, die auf der Web-Seite ihre Praxis in einer eigenen Web-Seite vorstellen, nimmt zu und hat die 50% Marke deutlich überschritten. Die zahlreichen Verlinkungsangebote wie z. B. der BMI-Rechner oder die Vorsorge- oder Impferinnerung wird leider nur von 18% der Befragten genutzt. Die Neugestaltung, Übersichtlichkeit, News, Meldungen im Focus und das Informationsangebot der Web-Seite findet bei 68% eine sehr hohe bis hohe Zustimmung, während die Mediathek-Angebote nur von 25% der Befragten als positiv bewertet werden. Die neue App des BVKJ zur individuellen Information der Eltern, die die Firma Monks entwickelt hat, ist nach kurzer Einführungszeit bereits mehr als 40% der KollegInnen bekannt, wird aber nur von wenigen (7%) benutzt. Die Mehrzahl der Nutzer hat bisher weniger als 25 Kinder in die App eingeschrieben.

Bei **Frage 7 – „bvkj.de“** – muss leider festgestellt werden, dass 53% der Fachärzte und 69% der Assistenzärzte noch nicht wissen, dass der BVKJ eine eigene Web-Seite betreibt.

Bei der **Frage 8 – „Fortbildungsveranstaltungen“** – hat sich im Vergleich zu 2013 keine wesentliche Veränderung ergeben. 62% der Befragten besuchen keine regionalen Fortbildungen des BVKJ, sondern bevorzugen Veranstaltungen von Infectopharm. Dies ist sicherlich unterschiedlichen Gründen geschuldet unter anderem dem kostenlosen Zugang zu diesen Fortbildungen.

Bei **Frage 10 – „Angebote des BVKJ für die MFA“** hat die Nutzung der Internetplattform [www.praxisfieber.de](http://www.praxisfieber.de) deutlich zugenommen. Auch die Zeitung Kinderpraxis wird im Vergleich zu 2013 besser bewertet und ist vielen Befragten bekannt. Der Telefonleitfaden für die MFA wurde 2013 von Busse/Weissenrieder in Kooperation mit dem BVKJ herausgegeben. Leider ist er 42% der befragten KollegInnen nicht bekannt. Von den Nutzern wird er jedoch hervorragend beurteilt, nur 1% der Kolleginnen gefällt er nicht.

Bei **Frage 11 – „Kooperation mit Kliniken“** – finden 99% der Befragten die Kooperation mit der Klinik vor Ort bei der Betreuung von Kindern und Jugendliche wichtig bis sehr wichtig. Für die Mehrzahl der KollegInnen (95%) gilt dies auch für die Kooperation im kinder- und jugendärztlichen Notdienst vor Ort. 75% der Befragten geben an, dass es diese Kooperation vor Ort bereits in ihrer Region gibt. Ein ähnliches Meinungsbild ergibt sich für eine Kooperation im Bereich der Weiterbildung der Kinder- und Jugendärztinnen, 95% befürworten dies. Die gleiche Anzahl befürwortet, dass

	FÄ online gesamt	FÄ Post	FÄ2013
als Fachärztin/Facharzt in der Klinik	10,29 %	2,63 %	5,26 %
als Fachärztin/Facharzt in Einzelpraxis	34,47 %	29,82 %	35,07 %
als Fachärztin/Facharzt in Gemeinschaftspraxis	31,54 %	22,81 %	28,97 %
als Fachärztin/Facharzt im MVZ	1,51 %	1,75 %	1,49 %
als angestellte/r Fachärztin/ Facharzt in der Praxis, MVZ	6,33 %	0,88 %	4,91 %
als Fachärztin/Facharzt im ÖGD	3,21 %	2,63 %	4,17 %
Ruhestand	6,42 %	30,70 %	nicht gefragt
Sonstiges	6,23 %	5,26 %	19,69 %
keine Antwort	0,00 %	3,51 %	0,00 %

Tab. 2: Momentane Tätigkeit der Teilnehmer

der BVKJ gemeinsam mit den Kliniken Module für die sektorenübergreifende Weiterbildung erarbeitet. Eine Mehrzahl – 75% - befürworten die Entwicklung von sektorenübergreifenden Behandlungspfaden, wobei sich keine eindeutige Mehrheit für die Etablierung von Behandlungspfaden in Selektivverträgen ausspricht.

Bei Frage 12 „Selektivverträge“ hält eine Mehrheit von 65-70% der Fachärztinnen die weitere Entwicklung von pädiatrischen Selektivverträgen für wichtig bis sehr wichtig. Knapp  $\frac{3}{4}$  der Befragten geben der Weiterentwicklung von Modulen in einem Add on Vertrag den Vorzug und lehnen die Entwicklung von Vollversorgungsverträgen ab. Dabei befürworten sie in absteigender Reihenfolge Module mit folgenden Inhalten: Prävention, Impfung, sozialpädiatrische Beratung, differenzierte Sprachdiagnostik, krankheitsspezifische Behandlungspfade, Ernährungsberatung, Amblyopiescreening, Sozialpädiatrie, Beratung Medien, spezielle Entwicklungsdiagnostik, Nierenscreening, Erweiterte Vorsorgen, Zahnpflege, Unfallprävention, Transition, technische Ausstattung, Jungenmedizin.

Bei Frage 13 – „Angaben zur Person“ – sind 45% der „Antworter“ weiblich, 3% sind unter 35 Jahre alt, 20% zwischen 36-45 Jahre alt, 36% zwischen 46-55 Jahre, 30% zwischen 55-65 Jahre sowie 11% über 65 Jahre alt. Wie bereits vermutet sind bei den Ärzten, die postalisch geantwortet haben, die KollegInnen mit über 65 Jahren mit 32% überrepräsentiert. Die Anzahl der KollegInnen, die die Informationen des BVKJ per E-Mail bekommen möchten (84%), hat gegenüber 2013 nochmals zugenommen, die Ausnahme stellen auch hier wieder die postalisch Befragten (51%). Die momentane Tätigkeit ist in Tabelle 2 dargestellt.

Bei Frage 14 – „Angaben zur Praxis“ haben wir die Angaben von 776 Befragten auswerten können. 51% der Praxen wurden als Einzelpraxis, 42% als Gemeinschaftspraxis geführt. Die Mehrheit der Gemeinschaftspraxen (80%) besteht aus 2 Kassensitzen, 14% haben 3 Kassensitze, 5% haben mehr als 3. Insgesamt beschäftigen von den 776 Antwortern 26% einen angestellten FacharztIn, die aber nur in 16% Vollzeit, in 41% Halbtags bzw. in 44% in anderen Zeitmodellen tätig sind. Einen Weiterbildungsassistenten beschäftigen 15%, davon arbeiten 25% in Vollzeit, 53% in Halbtagesstellen sowie 22% in anderen Zeitmodellen. Zwei Drittel der befragten Kollegen haben keine Weiterbildungsermächtigung, 3% für 6 Monate, 15% für 12 Monate, 6% für 18 sowie 10% für 24 Monate. Die Mehrheit (78%) der Befragten würden eine Weiterbildungsermächtigung anstreben, wenn eine finanzielle Unterstützung analog der Allgemeinmedizin gewährt wird. Die Möglichkeit zur Famulatur wird von  $\frac{3}{4}$  der Praxen ermöglicht. 21% der Befragten arbeiten auch fachärztlich in einem Schwerpunkt. Nur 7% der Befragten geben an, dass sie ihre Praxistätigkeit in weniger als 2 Jahren beenden wollen, 14% in 2-5 Jahren, 11% in 5-7 Jahren, 13% in 7-10 Jahren. Die Mehrheit (56%) müssen noch mehr als 10 Jahren arbeiten.

400 Kolleginnen und Kollegen beantworteten die Frage nach der Grösse der Praxis. In der Einzelpraxis behandeln 3% im Quartal weniger als 500, 6% behandeln zwischen 501-750, 17% zwischen 751-1000 Patienten. Die Mehrzahl der Befragten (32%) betreut im Quartal 1001-1250 Kinder und Jugendliche, 23% versorgen 1251-1500 sowie 19% über 1501 Patienten. Bei 25% beträgt der Anteil der Patienten unter 5%, bei 36% zwischen 6-10%, 21% betreuen 11-15%, 9% 16-20% als auch über 20% Privatpatienten. Bei den Gemeinschaftspraxen betreuen 3% unter 1000 Patienten, 19% versorgen 1001-1500 Kinder und Jugendlichen, 25% 1501-2000 Patienten, die Mehrzahl (27%) zwischen 2001-2500, 11% 2501-3000 sowie 16% mehr als 3000 Patienten. Bei den Privatpatienten ist der Anteil analog den Einzelpraxen. Die Mehrzahl der Kollegen (55%) findet die Anzahl der Patienten als genau richtig, 16% würde gerne mehr Patienten betreuen, 29% würden gerne weniger Patienten behandeln. Ein knappes Viertel der Kolleginnen und Kollegen haben einen Aufnahme-stopp verhängt. Von 440 Befragten geben 44% an, dass sie nur noch Neugeborene Patienten aufnehmen, 31% zugezogenen Kinder und Jugendliche und 21% Überweisungsfälle. Nur wenige nehmen gar keine neuen Patienten mehr auf.

Die Abbildungen zur Umfrage finden Sie in Päd-  
Inform im Ordner bvkJ Aktuell. Sie konnten hier aus Platzgründen nicht vollständig abgedruckt werden.

**Dr. Nikolaus Weissenrieder**  
für die Arbeitsgruppe Mitgliederumfrage im BVKJ  
80797 München  
E-Mail: [info@praxiszentrum-saarstrasse.de](mailto:info@praxiszentrum-saarstrasse.de)

Red.: Kup

BVKJ trifft ● ● ●

## Hermann Gröhe, Bundesminister für Gesundheit



v.l.n.r.: BVKJ-Vizepräsident Prof. Dr. Ronald Schmid, BVKJ-Vizepräsidentin Dr. Sigrid Peter, Bundesminister für Gesundheit Hermann Gröhe, BVKJ-Geschäftsführerin Christel Schierbaum, BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann

**E**in gut gelaunter Minister, diesmal nur von einer einzigen Referentin begleitet, begrüßt uns.

Er eröffnet das Gespräch mit der Feststellung, dass unsere in der Vorbereitung aufgeführten Themen ja bereits gesetzgeberisch abgeschlossen seien: Aber „ein Gesetz schließt kein Thema ab!“ Insbesondere das Präventionsgesetz müsse mit Leben gefüllt werden. Und beim wichtigen Thema Impfen gelte: „Impfpflicht darf kein Tabu sein! Aber zuerst müssen alle anderen Möglichkeiten ausprobiert werden“. Als außerordentlich wichtig benennt der Minister auch die aktuelle Flüchtlingssituation.

Er skizziert kurz die bisher umgesetzten Punkte. Die Krankenhausreform gehört noch nicht dazu und bietet Diskussionsstoff.

Beim Thema Bedarfsplanung wird der sonst so verbindliche Minister ernst. „Die Bedarfsplanung macht nicht das Ministerium!“ stellt er klar. Die Kampagne der KBV zur Bedarfsplanung habe er daher als Hetze gegen seine Person empfunden. Es sei Panik auf Grund von Zahlen gemacht worden, die keine wissenschaftliche Basis haben. Der Bedarf müsse angenähert werden.

Das Anliegen des BVKJ, die Weiterbildung analog zur Förderung in der Allgemeinmedizin zu unterstützen, sieht der Minister auf einem guten Weg, es seien erste Schritte getan, es werden die Möglichkeiten der Stiftung geprüft. Eine einzelne Maßnahme reiche hier aber nicht aus.

Nach dieser intensiven Einführung des Ministers dankt Dr. Wolfram Hartmann als Präsident vor allem zur klaren Positionierung zu den Impfungen. Seiner Einschätzung nach sei die Laienpresse deutlich sachlicher als früher mit dem Thema umgegangen, hier habe auch der „Schock Masernausbruch in Berlin“ ein Umschwenken mit bewirkt und auch das Thema in die Gremien gebracht.

Der Präsident appelliert eindringlich an den Minister, das Thema „Versorgung der Flüchtlingskinder“ in die Gesundheitsministerkonferenz zu bringen. Es sollte Standards für die Untersuchungen geben, ein Mitgabeheft zu den Untersuchungen in vielen Sprachen sei von hoher Wichtigkeit. Er weist auch noch einmal auf das entsprechende Papier der DAKJ hin sowie auf erste Entwürfe einer pädiatrischen Arbeitsgruppe in Bremen, die eine Grundlage darstellen könnte. Er mahnt: „Nach der UN-Kinderrechtskonvention haben die Kinder ein Recht darauf!“

Die Gäste sprechen Probleme bei der Kostenübernahme (Steuerlast) an, die über Impfstoffe hinausgehen. Und sie fordern: „Alle Kinder ohne Impfpass müssen gegen alle übertragbare Krankheiten grundimmunisiert werden.“

Die Ärzte seien mit Krankheiten konfrontiert, die sie nicht kennengelernt haben (Dr. Montgomery wurde bereits gebeten, hier die Ärzte entsprechend in der Weiterbildung vorzubereiten), auch der ÖGD ist in seinen Kapazitäten überfordert. Hier wird dringend um Unterstützung gebeten.

Als nächstes Thema spricht der Vizepräsident des BVKJ, Prof. Ronald Schmid, das Problem der Datenerfassung des „gelben Heftes“ an. Eine elektronische Auswertung sei unabdingbar. In vielen Bereichen gäbe es nur eine dünne Datenlage. Mit dem Datenschutz an sich gäbe es wegen der Anonymität kein Problem. Die Kassen argumentieren, dass diese Erfassung nicht Kassen-Angelegenheit sei. Die Ergebnisse könnten aber für eine Weiterentwicklung verwendet werden. Er fragt, ob es nicht im Ministerium Interesse an Gesundheitsdaten gäbe.

Minister Gröhe möchte dazu im Gespräch bleiben, er fragt „Was sollen die Beitragszahler finanzieren?“ Die große Menge an Datenmaterial verbessere die Ergebnisse nicht deutlich gegenüber einer professionell designten Studie mit kleinerer Zahl.

Dr. Hartmann weist darauf hin, dass Datenerhebung früher ein Bestandteil des §26 SGB V war. Minister Gröhe vergleicht die Situation mit der Pflege: Hier dürfen die Kassen die ausgewerteten Daten in die Versorgungsplanung einbringen.

Prof. Schmid stellt an Hand des Entwicklungsscreenings dar, dass fünf bis zehn Prozent der Kinder identifiziert werden können und die Kriterien erfüllen.

Der Minister versichert, dass das Thema Datenschutz noch auf der Agenda ist.

Im weiteren Verlauf des Gesprächs führt der Präsident aus, dass viele Probleme, die in der pädiatrischen Versorgung auftauchen, medizinischer Art seien und Anlaufstellen fehlten, an die Pädiater ihre Patienten weiterleiten können. So entstünden immer wieder der Druck und der Anspruch, dass die Ärzte Logopädie oder Ergotherapie verordnen sollen.

Minister Gröhe berichtet, dass ein Etat geschaffen wurde, das RKI sei beauftragt, „hier besser zu werden“. Auch hier geht er auf den Vergleich mit der Pflege ein: Zahlen und Daten fließen hier ein in die Versorgung, medizinische Daten nicht. Er teile die Auffassung, dass das Angebot an Logo/Ergotherapie „schwer einschätzbar“ sei.

Im Bereich von seelischen Erkrankungen fehlen ihm Kriterien gegenüber „modischen Fehlentwicklungen“, vor allem im Bereich der Jugendmedizin.

Nun stellt Dr. Sigrid Peter, designierte Vizepräsidentin des BVKJ, dar, dass es immer schwerer falle, Eltern davon zu überzeugen, dass ihr Kind keine Therapie benötige, insbesondere keine Osteopathie. Zur Medikalisierung nicht existierender bzw. sozial bedingter Krankheiten nimmt die designierte Vizepräsidentin ebenfalls Stellung. Sie wünscht sich eine Qualitätsoffensive für Kitas. Diese könne helfen, das Problem zu beseitigen. Bei dem derzeitigen massenhaften Ausbau der Kinderbetreuung werde jedoch zu wenig Gewicht auf die Qualität gelegt.

Von der Kita zur Schule: Der Minister sieht die Umstellung hin zur Ganztagschule als eine Chance für echte Förderung, er bemisst (dem Erlernen) der Lebensführung, Ernährung, Sport usw. hohe Bedeutung zu und sieht hier auch eine positive Entwicklung in der Verbesserung der Ausbildung der Pädagogen. Dies könne dazu führen, dass in Zukunft Ärzte seltener als Lebensberater zu Rate gezogen würden.

Dr. Hartmann spricht auch noch einmal die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendärzten an, hier bestehe noch immer immenser Verbesserungsbedarf. Noch immer seien die Forderungen aus dem Kinder- und Jugendbericht nicht umgesetzt, auch die Frühen Hilfen funktionieren noch immer nicht überall. (Finanzierte) Pädiatrische Hilfestrukturen/Netzwerke werden gebraucht. Der Minister erwidert, dass die Länder - auch unter dem aktuellen

Druck der Haushaltsbelastungen durch die Flüchtlinge - derzeit alles ausbremsen, was finanziell zu ihren Lasten geht. Dr. Peter berichtet, dass die Frühförderung in SPZ stattfindet, diese aber für Diagnose und Therapie zuständig seien und nicht für Förderung, der derzeitige Zustand sei inakzeptabel.

Der Minister meint, dass Jugendsozialarbeit ausgebaut werden müsse, aber die Finanzierung sei nicht absehbar. Als Lehrersohn ist es für ihn denkbar, dass Pädagogen einen Teil der sozialen Arbeit übernehmen.

Der Präsident erinnert den Minister an die BLIKK-Studie der Stiftung des BVKJ und dass es trotz immensen öffentlichen Interesses noch immer keine Finanzierung gibt. Der Minister kennt die Anfrage, steht dem Anliegen auch positiv gegenüber, sieht das Gesundheitsministerium aber außerstande, hierfür Geld bereit zu stellen und verweist auf das Forschungsministerium als Finanzier.

Zum Abschluss des Gesprächs bringt Dr. Hartmann seine Sorge über den kritiklosen Verbrauch von Energy-Drinks bei sehr jungen Jugendlichen zum Ausdruck und wünscht sich eine eindeutige Stellungnahme aus dem Ministerium hierzu. Hier positioniert sich der Minister eher vorsichtig und betrachtet den Umgang mit den bedenklichen Getränken als eine Gratwanderung im Spannungsfeld „Beraten, Empfehlen, Verbieten“ in einem freiheitlichen Rechtsstaat.

Das Ende des Gespräches ist dann ganz der Lage der Kinderkrankenhäuser/-Stationen gewidmet: Vizepräsident Prof. Schmid mahnt eindringlich deren kritische Situation an. Der Minister sieht im Sicherstellungszuschlag fragwürdige Anreize zu Subventionswünschen.

Prof. Schmid stellt nochmals dar, dass durch die Besonderheiten der pädiatrischen Versorgung die Kinderkrankenhäuser und -stationen tendenziell defizitär seien und er befürchtet, dass diese „unter die Räder“ geraten. Der Minister schätzt diese Situation nicht so kritisch ein und beharrt darauf: „Der Zuschlag ist nicht das richtige Instrument“. Er versichert aber, das Thema bleibe auf der Agenda.

Nach einer guten Stunde intensiven Gespräches verabschiedet sich der Minister. Den scheidenden Präsidenten entlässt er mit den entsprechenden Dankesworten und guten Wünschen, der Vizepräsident bittet um Gesprächsfortsetzung mit dem nachfolgenden Präsidenten Dr. Thomas Fischbach. Dies wird zugesagt.

*Christel Schierbaum, Geschäftsführerin BVKJ*  
E-Mail: [christel.schierbaum@uminfo.de](mailto:christel.schierbaum@uminfo.de)

Red.: ReH

## KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter

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



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

## Brief aus der Praxis ● ● ●



Dr. Tanja Brunnert

Während meiner Tätigkeit als Oberärztin in einem konfessionellen Haus war ich bereits mit der Personalplanung befasst. Damals umfasste das im Wesentlichen den Dienstplan, eher keine Mitarbeitergespräche. Ehrlich gesagt, kann ich mich auch an kaum eines erinnern, welches mit mir als Mitarbeiterin geführt wurde. Nun, in der Selbstständigkeit versucht man ja, alles etwas besser zu machen. Da gehört dann das regelmäßige Mitarbeitergespräch genauso dazu wie die Teambesprechung bzw. Fortbildungen.



Ich gestehe: es fällt mir manchmal schwer. Die echten Probleme bespreche ich sofort, entweder im Team oder nehme die Mitarbeiterin kurz zur Seite. Im Einzelgespräch erfahre ich nur von wenigen MFAs, wo es eventuell doch nicht so rund läuft. Viele sagen immer das Gleiche: alles in Ordnung.

Etwas anders läuft es bei unseren Fortbildungen im Team. Neulich erst wieder. Zunächst machten wir Telefontraining, Umgang mit stressigen Patienten(elnern), dann aber zum krönenden Abschluss: Teambuilding. In liebevoller Kleinarbeit hatten wir vorher erarbeitet, wo der Schuh drückt. Dann haben wir aufgedrösel: wer fühlt sich von wem und wann falsch verstanden oder behandelt? Wie möchten wir behandelt werden, wie werden wir die anderen Teammitglieder behandeln. War wirklich klasse, hat uns auch viel gebracht. Mit viel Schwung und neuem Elan wieder an die Arbeit. Und dann?

Nach kurzer Zeit wieder dieselben Themen:

- Auf den letzten Drücker zum Dienst erscheinen, die Kolleginnen haben ja alles so schön vorbereitet.
- Unliebsame Aufgaben so lange liegen lassen, bis irgendeine Kollegin sie erledigt.
- Bei der Vorbereitung zu den Vorsorgeuntersuchungen immer die supernetten Patienten(elnern) aussuchen.
- Für Fehler nie verantwortlich sein: „Da müssen Sie die Anderen fragen.“

Und was macht die Praxisleitung? Anstatt sich an das Erlernte aus dem Workshop zu erinnern, ist mir ist der

Kragen geplatzt. Ich habe pädagogisch wenig wertvoll auf den Tisch gehauen und rumgemeckert und Anweisungen und Verbote ausgesprochen. Ich habe den Mitarbeiterinnen das Liebste genommen, das sie haben: „Das Handy bleibt im Mitarbeiterschrank! Ich will kein Wischen auf dem Smartphone unter der Anmeldung! Es nervt!“ Als Chefin darf man das. Leider entstand durch dieses Verbot eine unvorhergesehene Pollakisurie, die sicher keine infektiöse Genese hatte, aber viel mit dem Standort des Mitarbeiterschanks zu tun hat: neben der Toilette. Und das Ende der Geschichte, die mit der Teambesprechung so harmonisch angefangen hatte? Kündigung einer Mitarbeiterin. War echt schwierig und möchte ich nicht noch mal erleben. Aber: war genau richtig! Danke an dieser Stelle auch noch mal an die vielen Kolleginnen und Kollegen mit ihren Tipps in PaedInform!

Auch ohne viele Gespräche und immer wiederkehrender Erinnerung an unsere Teamregeln: es klappt jetzt richtig gut.

Also: ich hätte da noch gerahmte Teamregeln. Wenn jemand Bedarf hat....

**Dr. Tanja Brunnert**

37077 Göttingen

E-Mail: [tanja.brunnert@kinderarzt-goe.de](mailto:tanja.brunnert@kinderarzt-goe.de)

Red.: ReH

## Kompaktkurs Psychosomatische Grundversorgung und Sozialpädiatrie in Nordrhein von Januar bis Juli 2016 über den BVKJ (im Großraum Köln) und die ÄKWL (in Münster)

Weitere Details und Termine berichten wir in der Novemberausgabe. Unsere Absicht ist, dass die Teilnehmer/Innen bis Ende Juni 2016 die Berechtigung zur Abrechnung der G.Nr. 04356 erhalten, sofern diese die 10 Std. praktische Übungen ebenfalls buchen. Zudem ist erforderlich: Wer den Kurs Psychosomatische Grundversorgung beim BVKJ absolviert hat, benötigt dann nur noch 10 Std. Theorie für die Sozialpädiatrie II und müsste sich hierfür für einen Samstag ab April bei der ÄKWL in Münster anmelden.

Sofern Sie darüber hinaus die angebotenen Wochenenden zur „Patientenzentrierten Selbsterfahrung“ buchen, so erhalten Sie die Genehmigung für die Abrechnung der psychosomatischen Grundversorgung für III/ 2016.

Voranmeldungen oder Voranfragen über  
[yvonne.rottlaender@uminfo.de](mailto:yvonne.rottlaender@uminfo.de)

**Jeder Fehler zählt! \*** ● ● ●

## Verätzung von gesunder Haut durch Silbernitrat Ist Höllenstein-Ätzstift noch zeitgemäß?

<b>Was ist passiert?</b>	Der zehn Tage alte Säugling Sven erleidet tiefe Hautverätzungen um den Nabel herum, nachdem der Nabel wegen eines kleinen Nabelgranuloms mit einem Höllenstein-Silbernitrat-Stift behandelt und dabei unbeabsichtigt die gesunde Haut in der Umgebung zu Schaden kam.
<b>Was war das Ergebnis?</b>	Die Wundheilung der tiefen Verätzungen zieht sich über Wochen hin und machte viele Arztvorstellungen und Arztwechsel nötig. Die Narben sind noch lange zu sehen.
<b>Mögliche Gründe</b>	Fehlender Schutz der gesunden peri-umbilikalen Haut vor der ätzenden Flüssigkeit. Der Stift kann beim zappelnden schlecht gehaltenen Kind abrutschen und die gesunde Haut berühren.
<b>Wie hätte man das Ergebnis verhindern können?</b>	Die gesunde Haut um den Nabel herum muss beim Verätzen des Nabelgranuloms mit einer gut haftenden Salbe z.B. einer Zinksalbe ganz abgedeckt und geschützt werden. Mit einem Stiel-Tupfer muss der Nabel außerdem sofort und gründlich von der überschüssigen ätzenden Flüssigkeit gereinigt werden. Kinder müssen bei der Prozedur von einer MFA (besser nicht von der Mutter) gut gehalten werden. In der Gebrauchsanleitung wird unzureichend auf die Gefährdung hingewiesen. (Es handelt sich nicht um einen Einzelfall. Im Internet finden sich zahlreiche Schilderungen über Silbernitrat-Verätzungen von gesunder Haut durch Ärzte und Hebammen)
<b>Und die Moral von der Geschichte? Muss was geändert werden?</b>	Eine nicht evidenzbasierte Maßnahme wird nicht hinterfragt und über Generationen hinweg tradiert. Eine Alternative ist das aktive Zuwarten der natürlichen Heilung. Kleine Granulome bilden sich von selbst zurück („primum non nocere“). Das vorübergehende Aufbringen von ein paar Krümel Speisesalz für fünf Minuten, anschließendes Säubern oder auch das Auswischen des Nabels mit Alkohol-Wipes bei jedem Windelwechsel kann ähnlich effektiv und erheblich nebenwirkungsärmer sein. Lit: ARCHIMEDES Edited by Bob Phillips: Towards evidence based medicine for paediatrician, Arch Dis Child 2001; 85 :431–434 Daniels J: Is silver nitrate the best agent for the management of umbilical granulomas? Arch Dis Child 2001; 85; 452. Die Crede'sche Prophylaxe bei Neugeborenen mit Silbernitratlösung wurde bereits 1986 verlassen. Warum sind wir am Baby-Nabel nicht vorsichtiger?
<b>Redaktion</b>	Autor der Kolumne: Dr. Gottfried Huss, 79618 Rheinfeldern, Sonnenweg 7 grhuss@t-online.de Mitarbeit bei dieser Kolumne ist ausdrücklich erwünscht- Vertraulichkeit ist gewährleistet.



Dr. Gottfried Huss

\* **Was ist ein Fehler?** Das ist jeder Vorfall, von dem Sie behaupten können „Das war eine Bedrohung für das Wohlergehen des Patienten und sollte nicht passieren. Ich möchte nicht, dass es nochmal passiert.“  
(Quelle: [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de))

Red.: ReH

Die Redaktion bittet um weitere lehrreiche Zusendungen nach diesem Schema zur Bearbeitung.

# Die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“. Termine und Erinnerungen mit einem Klick

Und so funktioniert diese neue Anwendung in der Praxis



In der PraxisApp-Verwaltung wird der gewünschte Termin angeklickt und gespeichert. Der Patient erhält unmittelbar danach eine Benachrichtigung zu diesem Termin. Eine zweite Nachricht mit Bestätigungsaufforderung wird automatisch einen Tag vor dem Termin versandt. Bei längerfristigen Terminen (mehr als einen Monat nach Vergabe) wird eine zusätzliche Erinnerung 1 Woche vor dem Termin verschickt.

Mit der neuen PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) können Termine und auch die Erinnerungen an diese Termine innerhalb von wenigen Sekunden vergeben und eingerichtet werden. In der Online-Verwaltung der PraxisApp gibt es jetzt eine neue Kalenderfunktion, in der gewünschte Termine angeklickt und den Patienten zugeordnet werden können. Gleichzeitig wird eine erste Erinnerung an diesen Termin auf das Mobiltelefon des Patienten verschickt, der die PraxisApp installiert hat. Diese Terminerinnerung hat einen vorgefertigten Text und übernimmt das ausgewählte Datum und auch die Uhrzeit aus dem Online-Kalender. Beispiel: „Ihr nächster Termin in unserer Praxis ist am 16.11.2015 um 9:30“. Neben der sofortigen Bestätigung des Termins wird der Patient auch einen Tag vor dem Termin mit einer Textnachricht an den bevorstehenden Termin erinnert – ohne dass dies von der Praxis initiiert werden muss. Bei längerfristigen Terminen (mehr als einen Monat nach Vergabe) erhält der Patient eine zusätzliche automatische Erinnerung eine Woche vor dem vereinbarten Termin. Und so funktioniert die neue Terminerinnerung in der Praxis (siehe rechts).

Red.: Kup

Die neue PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ steht für Eltern und Patienten kostenlos im Appstore (für iPhone-Nutzer) oder bei Googleplay (für Smartphones mit Android-Betriebssystem) zur Verfügung. Ärztinnen und Ärzte können die PraxisApp für ihre Praxis für nur € 5.-/Monat (zzgl. gesetzl. MwSt) freischal-

ten lassen. Online-Anmeldungen unter <http://www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp/praxisapp-mein-kinder-und-jugendarzt/> oder via Fax: 089-64209529.

Ansprechpartner: Evelyne Bob, 089-642482-23

## 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.**



# Zukunftsaufgabe Kompetenzbasierte Weiterbildung

Die Inhalte der Muster- Weiterbildungsordnung sollen künftig kompetenzbasiert strukturiert werden. So hat es der Deutsche Ärztetag beschlossen. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeine Ambulante Pädiatrie (DGAAP) legt kompetenzbasierte Kerninhalte der allgemeinen ambulanten Pädiatrie vor.

## Warum wird die kompetenzbasierte Weiterbildung so begeistert gefeiert?

Es ist doch eigentlich alles ganz in Ordnung. Von der Musterweiterbildungsordnung weiß jeder, dass die Inhalte nicht vollständig im Krankenhaus abgearbeitet werden können. Das ist in der Pädiatrie nicht anders als in anderen Fächern - hier ist die Lücke zwischen Theorie der Musterweiterbildungsordnung und tatsächlich Gelerntem höchstens weniger breit. In den operativen Fächern sieht die Lage dagegen ganz anders aus. Gynäkologen werden beispielsweise ihre Facharztzeit lang zu geschickten Operateuren ausgebildet, um dann in den Praxen genau das nicht mehr zu sein – kaum einer operiert dann noch.

## Daran krankt die kompetenzbezogene Weiterbildung

Weiterbildung wird nicht finanziell gefördert, weshalb insbesondere Pädiater in den Praxen davor zurückweichen wie der Teufel vor dem Weihwasser. Kollegen fragen mich: „Ja, wollen Sie mich denn ruinieren?“ Die Arbeitszeitgesetze haben dazu geführt, dass in den minimal 60 Monaten Weiterbildung sehr viel weniger Stunden zusammenkommen als zuvor. Außerdem wird der Notdienst zunehmend von den Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert. Beides führt dazu, dass das letzte Feld der ungefilterten Inanspruchnahme, die Primärmedizin im Krankenhaus, kleiner und kleiner wird. Inzwischen werden Stimmen laut, die meinen, deshalb solle die Weiterbildungszeit verlängert werden. Weiterbildungsverbände von Praxen und Kliniken stecken in den Kinderschuhen. Zu groß sind die organisatorischen und strukturellen Hindernisse, als dass sich mehr als die absoluten Idealisten damit abmühen.

Die Einführung der Logbücher hat im Wesentlichen dazu geführt, dass die Verantwortlichen mit großen, geschweiften Klammern alles am letzten Tag bescheinigen. Ob jemand reif für die Facharztprüfung ist, ist eine Frage der Zeit und der Bereitschaft des Chefs, das Zeugnis auszustellen. Die Prüfung selbst ist in vielen Kammern ein „kollegiales Gespräch“ von maximal 30 Minuten. Es fällt kaum jemand durch,

weil die Prüfer schon viel Chuzpe haben müssen, um sich über das Urteil hinwegzusetzen, das aus den Zeugnissen spricht. Die Prüfung selbst ist nicht objektiv, zuverlässig oder valide. Aber wer sollte das System auch anders organisieren? Etwa die Ärztekammern mit ihren mehrheitlich altersweisen gewählten Mitgliedern, die schlimmstenfalls auch noch zu Gruppierungen krankenzentrierter Verbände gehören und deshalb besonders den Problemen dort verpflichtet sind? Auch von den Subjekten der Weiterbildung, den jungen Ärztinnen und Ärzten, ist nicht viel zu erwarten. Sie haben andere Themen oben auf der Agenda und stimmen allenfalls mit den Füßen ab, wenn die Arbeitsbedingungen gar zu schlecht werden. Manch einer denkt, dass die sich nicht so haben sollen: „Wir haben wenigstens den AiP durchlitten, haben uns ausbeuten lassen, Kurzverträge unterschrieben, ewig lang gearbeitet, bevor es sich herumgesprochen hatte, dass nicht nur verantwortungsvolle Berufe wie Busfahrer nach acht Stunden pausieren sollten.“ Außerdem haben die meisten von uns eine Heidenangst vor Prüfungen. Wir kennen ja nur die summativen Prüfungen, die man bestand und nach denen man weitermachen konnte oder eben nicht. Dass Prüfungen auch formativ, also auf Rückmeldung und die Entwicklung von Prüflingen, Prüfern und ganzen Teams ausgerichtet sein können, ist grosso modo nur der medizindidaktischen Literatur bekannt.

In den letzten Jahren wächst bei vielen Verantwortlichen die Besorgnis, dass Kinder und Jugendliche in Deutschland nicht in alle Zukunft qualitativ hochwertig durch eine fachärztliche Kinder- und Jugendmedizin in der Grundversorgung betreut werden können.

Die Spektren der Grundversorgung in der Praxis und der Spezialversorgung im Krankenhaus driften auseinander. Die Bedingungen für die stationäre Weiterbildung haben sich durch Veränderungen in den Systemstrukturen verschlechtert. Die steigende Zahl der Ärzte wiegt die sinkende Arbeitskapazität nicht auf. Die Anzahl und der Bedarf an medizinischer Behandlung und Betreuung der Kinder werden entgegen der Prognosen wachsen, unter anderem, da die Anzahl der Flüchtlinge deutlich höher wird, als ursprünglich angenommen. Die „Neuen Morbiditäten“ können nicht im Krankenhaus behandelt werden, sondern



Dr. Folkert Fehr

verlangen Antworten aus dem Sozialraum in Vernetzung mit nicht-medizinischen Fachkräften. Wie kann da eine Veränderung im Umgang mit unseren Nachfolgerinnen und Nachfolgern Abhilfe schaffen?

### **Kompetenzbasierte Weiterbildung: Vom Ergebnis her denken**

Schon William Osler hat Ende des 19. Jahrhunderts beklagt, dass „Weiterbildung nur ein Abfallprodukt der Anwesenheit“ sei. Fast möchte man meinen, daran habe sich in den vergangenen 150 Jahren nicht viel geändert. Etwas vorsichtiger formuliert, geht es im traditionellen Medizinstudium vorrangig um die Akkumulation und Prüfung von Wissen und in der traditionellen Weiterbildung um die Verrichtung von der Arbeit im Krankenhaus, die gerade anfällt. Diese Schwerpunkte werden von der kompetenzbasierten Weiterbildung nun nicht völlig entwertet. Allerdings kommen andere Triebkräfte in den Blick, die den Zug der Weiterbildung antreiben und lenken sollen: Das Ergebnis guter pädiatrischer Arbeit und der Lernen-de selbst. Bildung vom Ergebnis „sehr gute Betreuung von Kindern und Jugendlichen“ her zu sehen ist ein hoher Anspruch. Es verlangt nicht weniger von uns, als die unterschiedlichen Bedarfe der Kinder und Familien mit den Änderungen über die Zeit gleichsam wie Monitore aufzuzeichnen und zu beschreiben, was ein Facharzt für Pädiatrie tun muss, um bei den verschiedenen Vorstellungsanlässen ein sehr gutes Ergebnis zu erzielen. Dieses Tun setzt ein umfangreiches Wissen, eine präzise Kalibrierung und professionelle Haltungen voraus. Ohne umfangreiches Wissen können Routineanlässe nicht effektiv gemanagt werden und ist keine gezielte Recherche im Wissen der Welt möglich. Ohne präzise Kalibrierung verkennt der Facharzt den Punkt, wo der Behandlungsprozess Mitbehandler braucht oder er meint, er liege richtig, wo er tatsächlich irrt. Ohne professionelle Haltungen können die Patienten selbst wohlmeinende und sinnvolle Empfehlungen nicht annehmen.

Die Triebkräfte „Ergebnis“ und „Lernender“ führen zu einem anderen Weg des Lernens: Mentoren sind mehr Partner als Vorgesetzte. Die Beziehung von Lehrer und Lerner ist non-hierarchisch und fördert über eine Demokratisierung der Weiterbildung die Demokratisierung der Medizin insgesamt. Dadurch tragen auch Lerner und Lehrer gemeinsam die Verantwortung für die Weiterbildung. Das Curriculum ist weniger ein Wettlauf wie in seiner lateinischen Urbedeutung als vielmehr die Summe geplanter Bildungserfahrungen mit dem Ziel der geplanten Lernbegegnungen: Wissensanwendung.

### **Kompetenzbasierte Weiterbildung in der Praxis**

Erich Kästner sagte: „Es gibt nichts Gutes/ außer: Man tut es“ Bei der kompetenzbasierten Weiterbildung tut man es gemeinsam. Im ersten Monat haben

unsere Ärztinnen in Weiterbildung und der in unserer Gemeinschaftspraxis zuständige Mentor viel miteinander zu tun. Die Ärztin in Weiterbildung arbeitet den DGAAP-Katalog der Anzuvertrauenden Professionellen Tätigkeiten (APT) durch und markiert, in welchen APTs sie sich als fortgeschrittene Lernerin sieht. Der Mentor nimmt sich mehrfach täglich eine halbe Stunde Zeit. In den ersten zehn Minuten beobachtet der Mentor die Ärztin in Weiterbildung, beispielsweise bei einer Vorstellung eines Kindes mit rotem Auge. Nach dem Patientenkontakt gibt der Mentor etwa genauso lang Rückmeldung unter Berücksichtigung der für diesen Vorstellungsanlass hinterlegten Rollen (kommunizieren, managen, Gesundheitsfürsprecher und Vorbild sein) und Lernziele. Zuletzt bewerten die Ärztin in Weiterbildung und der Mentor die Lernbegegnung: Braucht die Ärztin oder der Arzt in Weiterbildung dafür Unterstützung durch die durchgängige Anwesenheit des Mentors oder reicht es aus, wenn der Mentor im Nachbarzimmer ist oder erhält der Arzt in Weiterbildung das Privileg unabhängiger Praxis, d.h. kann Vorstellungsanlässe wie den beobachteten selbstständig bearbeiten. Hinter den Kulissen besteht der Vorstellungsanlass „Kind mit rotem Auge“ aus einer Reihe kleinerer Elemente, z.B. „fokussierte und altersgerechte Anamnese erheben“ oder „Befund für Patienten und Eltern verständlich erklären“. Diese Elemente tauchen in anderen APTs wieder auf, so dass zentrale Weiterbildungselemente anlässlich multipler Messungen durch direkte Beobachtung in einem Portfolio dokumentiert werden. Dieses Portfolio soll durch elektronische Datenverarbeitung tablet-basiert angesteuert werden können, um die individuelle Entwicklung der Ärztinnen in Weiterbildung in Form von Lernkurven abzubilden. Die einzelnen Elemente sind dabei analog den Grenzsteinen der Entwicklung gewissermaßen als Grenzsteine der Weiterbildung zu verstehen. Wie Erstere führen sie zu einem Entwicklungsprofil, da Weiterbildung genau wie kindliche Entwicklung nicht gut mit einem Stufenleitermodell verstanden werden kann.

Nach dem ersten Monat wissen der Arzt in Weiterbildung und die Fachärzte der Praxis, was der Arzt in Weiterbildung eigenverantwortlich tun kann. Ein gutes Bild hierfür ist der Führerschein: Ich war nach bestandener Prüfung nicht der beste Fahrer, der ich je sein kann. Aber ich hatte für mich und andere einen Nachweis in der Hand, dass man mir ein Auto anvertrauen kann. Dadurch entsteht schnell Sicherheit und Entlastung auf beiden Seiten. Nun nimmt sich der Arzt in Weiterbildung in etwa der Hälfte seiner Arbeitszeit weitere APTs vor, bei denen er sich weniger sicher ist, sie meisterlich auszuführen. Manche dauern länger als die top 10 Vorstellungsanlässe der Akutpädiatrie und werden deshalb abschnittsweise beobachtet, beispielsweise die J1 oder die Erstvorstellung eines Kindes mit V.a. Verhaltens- oder Entwicklungsstörung. Bis zu drei Abschnitte zu je 10 Minuten sind im DGAAP-Curriculum vorgesehen und über getrennte Rückmeldeverfahren zu bearbeiten.

Kompetenzbasierte Weiterbildung wird kriterienbezogen evaluiert: Es ist unwichtig, wie oft der Mentor eine Tätigkeit beobachtet hat, bevor Lerner und Lehrer gemeinsam dafür den Führerschein ausstellen. Deshalb muss auch die Zeit für einen definierten Weiterbildungsabschnitt dem Grundsatz nach variabel sein. Wichtig ist die wertschätzende, zu persönlichem Wachstum anregende Rückmeldung, die nicht ein Instrument unter vielen, sondern das vielfach eingesetzte dominierende Instrument kompetenzbasierter Weiterbildung ist. Und wie bei vielen Instrumenten kommt es auch hier darauf an, mit welchem Wissen,

welchen Fähigkeiten und welchen Haltungen die Mentoren damit umgehen. Goldene Früchte trägt auch die kompetenzbasierte Weiterbildung nur dann, wenn die Verantwortlichen Vorbilder sind für die ärztlichen Rollen, die unser fantastischer Beruf bereithält. Vorbild sein kann man glücklicherweise lernen. Denn: Der wahrhaft Edle predigt nicht, was er tut, bevor er nicht getan hat, was er predigt (Konfuzius).

**Dr. Folkert Fehr**

**E-Mail: [folkert.fehr@t-online.de](mailto:folkert.fehr@t-online.de)**

*Red.: ReH*



Fotograf: © Oksana Kuzmina – Fotolia.com

## Warum Vorlesen so gesund ist

Rund 5.000 niedergelassene Kinder- und Jugendärzte unterstützten von 2011 bis 2014 als aktive Partner die erste Phase des bundesweiten Programms Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen. Die Stiftung Lesen, die das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanzierte Programm durchführt, freut sich, ab Herbst 2015 den Praxen neues Material zur Verfügung stellen zu können. So kann das bisherige Engagement auch in der zweiten Phase fortgeführt werden. Mit dem Material können die Kinder- und Jugendärzte Eltern im Rahmen der U 7a-Untersuchungen motivieren, gemeinsam mit den Kindern in der Bibliothek vor Ort das zweite Lesestart-Set abzuholen und ihren Kindern vorzulesen.

### **Vorlesen – ein zentraler Baustein der frühen Lese- und Sprachförderung**

Dass Ärzte als Partner aktiv das Vorlesen unterstützen, kommt nicht von ungefähr. Ihr Engagement spiegelt vielmehr die besondere Bedeutung und den großen Einfluss, den Vorlesen, Geschichtenerzählen und das gemeinsame Betrachten von Bilderbüchern auf die Sprachentwicklung von Kindern besitzen. Kinder erwerben über das Vorlesen neben Wortschatz und Kenntnissen

sprachlicher Strukturen auch Ausdrucksfähigkeit, Weltwissen, Phantasie, Empathie und vieles mehr. Entscheidend für die Wirksamkeit des Vorlesens sind Nähe und Austausch mit Vertrauenspersonen, besonders den Eltern.

Wie wichtig Vorlesen für den Austausch und die familiären Bindungen ist, zeigen Ergebnisse der Vorlesestudie 2014 von Stiftung Lesen, DIE ZEIT und Deutsche Bahn Stiftung. 67 Prozent der 500 befragten Mütter und Väter zwei- bis achtjähriger Kinder gaben an, dass

das Vorlesen über die Geschichten hinaus Gespräche anstößt. Hauptsächlich geht es dabei um alltägliche Themen, die das Kind beschäftigen. Aber auch einschneidende Ereignisse werden thematisiert, etwa Familienzuwachs, Umzug, Krankheit, Trennung oder Verlust. Vorlesen bietet Raum für viele Fragen, die Kinder beschäftigen. Die vorgelesenen Geschichten helfen Eltern bei Antworten und Erklärungen und ermöglichen den Umgang mit herausfordernden Situationen und Problemen.

Viele Eltern sind sich des Mehrwerts, den das Vorlesen für die familiäre Kommunikation bietet, bewusst. 41 Prozent sagen, dass sie Bücher und Geschichten gezielt einsetzen, um ihren Kindern beim Verarbeiten schwieriger Situationen zu helfen. 74 Prozent der Väter und Mütter geben an, dass das Vorlesen und Erzählen von Geschichten den familiären Alltag bereichert. Damit macht Vorlesen Familien und Kinder stark. Es fördert den Austausch, Bindungen und das Familienbewusstsein.

### **Vorlesen und Geschichtenerzählen fürs Leben**

Über die unmittelbaren Effekte hinaus zeigen sich auch nachhaltige gute Entwicklungen: Jugendliche, denen Eltern in der Kindheit vorgelesen haben, empfinden später mehr Freude am Lesen, sie lesen selbst häufiger und intensiver als Gleichaltrige, denen nicht vorgelesen wurde. Kinder und Jugendliche, denen zuhause vorgelesen wurde, haben später durchschnittlich bessere Schulnoten, unabhängig vom Bildungsniveau der Eltern. Das Vorlesen begünstigt die ganzheitliche Entwicklung, die sich z. B. in besonderem Interesse an Sport und musisch-kreativen Aktivitäten manifestiert. Bei Kindern und Jugendlichen, denen täglich vorgelesen wurde, zeigen sich die positiven Entwicklungen am deutlichsten. Idealerweise lesen Eltern ihren Kindern also regelmäßig mehrmals in der Woche, am besten täglich vor.

### **Wer nicht (vor)liest**

Trotz des offensichtlichen Mehrwerts für Eltern und Kinder ist das Vorlesen nicht überall fester Bestandteil des Alltags. In 31 Prozent der Familien mit Kindern im Vorlesealter lesen Eltern nicht oder zu selten vor. Vor allem der Bildungshintergrund der Eltern besitzt einen starken Einfluss auf ihr Vorleseverhalten, der Kinder aus bildungsfernen Familien deutlich benachteiligt.

Unabhängig von Bildung und Herkunft zeigen sich systematische geschlechtsspezifische Muster: 47

Prozent der Väter lesen selten oder nie vor. Damit fehlen vor allem Jungen geschlechtsspezifische Rollenmodelle in der Familie. Da Lesen überwiegend „weiblich“ erlebt wird, ist es für Jungen häufig schwerer, einen Zugang zu finden als für Mädchen (Ehmig, Reuter 2013).

### **Verdrängen Digitale Medien die Vorleser?**

Kritische Stimmen äußern immer wieder die Befürchtung, dass Lesen und Vorlesen mit der auch in den Kinderzimmern zunehmenden Verbreitung digitaler Medien ins Hintertreffen geraten. Entgegen dieser pessimistischen Erwartungen lassen sich gerade in digitalen Angeboten Potenziale erkennen.

Seit Ende der neunziger Jahre bis 2014 ist der Anteil 6- bis 13-jähriger Kinder wie auch 12- bis 19-jähriger Jugendlicher, die täglich oder mehrmals in der Woche (Bücher) lesen, mit geringfügigen Schwankungen auf mittlerem Niveau stabil geblieben, obwohl z. B. die Internetnutzung bei den Kindern und Jugendlichen stetig zugenommen hat und inzwischen nahezu jedes Kind und jeder Jugendliche online ist (KIM- und JIM-Studien 1998-2014).

Trotz des Vordringens digitaler Angebote, die die (Frei-) Zeit und die Aufmerksamkeit von Kindern und Jugendlichen beanspruchen, bleiben die Werte für das Lesen also stabil. Digitale Angebote scheinen das Lesen nicht nur nicht zu verdrängen, sie ergänzen und erweitern es sogar: Fragt man danach, was Kinder und Jugendliche z. B. im Internet konkret tun, zeigt sich, dass ein Großteil der 6- bis 13-Jährigen das Internet zur Informationsbeschaffung verwendet. Sehr viele nutzen Suchmaschinen (71 %) oder surfen (43 %). Viele nutzen Kinderseiten (50 %), manche auch Wikipedia (27 %). Ein zweiter Schwerpunkt im Netz liegt auf der Kommunikation mit anderen: Viele sind in Communities aktiv (48 %), chatten (39 %), verschicken Emails (31 %) oder tauschen sich über Messenger-Systeme aus (17 %). Sowohl die Suche nach Informationen wie auch kommunikative Aktivitäten erfordern, dass



Foto: © Jürgen Fälsche - Fotolia.com

die Kinder lesen (und schreiben) (KIM-Studie 2014).

Kinder und Jugendliche lesen im Netz zu anderen Zwecken, mit anderen Zielen und auf andere Weise als beim Lesen von Büchern. Dennoch erfordert die Nutzung digitaler Angebote mehr denn je das Lesen und entsprechende Lesekompetenzen. Deshalb liegt in digitalen Medien auch ein Potenzial zur ergänzenden frühkindlichen Sprach- und Leseförderung, vor allem um Lesefreude und -motivation sowie ein Bewusstsein und Kompetenzen dafür zu wecken, dass digitale Medien Lesens- und Entdeckenswertes bereithalten, das zudem eine Menge Spaß macht.

### **Digitale Angebote erweitern die Möglichkeiten früher Leseförderung**

Eine zentrale Aufgabe der Leseförderung besteht darin, den Kreislauf aus Bildungsvoraussetzungen im Elternhaus und Bildungschancen der nachwachsenden Generationen zu durchbrechen – so früh wie möglich im Leben der Kinder. Dazu bieten digitale Medien Chancen - dies zeigen die Studienergebnisse zur Nutzung digitaler Vorleseangebote in Familien.

In den letzten Jahren sind in Zusammenhang mit dem Vorlesen eine Reihe von Angeboten in Form von digitalen Trägermedien und elektronisch vermittelten Produk-

ten auf den Markt gekommen. Dazu gehören Lesestifte (Ting, Tiptoi, Toystick), E-Books und Bilder- bzw. Kinderbuch-Apps ebenso wie noch in der Entwicklungsphase befindliche Buch-App-Hybride (z. B. das Leyo-Programm von Carlsen) oder Augmented-Reality-Kindersachbücher. Die Angebote sind dadurch charakterisiert, dass sie teils klassische, teils neue Inhalte mit Zusatzfunktionen anbieten: Vorlesestimme, Sound (Tierstimmen, Motorgeräusche, Musik), Animationen und Spiele ergänzen die Bilder und Texte.

Die Einstellungen von Müttern von Vätern gegenüber digitalen Vorleseangeboten und die Erfahrungen derjenigen, die sie bereits eingesetzt haben, überprüfte im Jahr 2012 eine Befragung der Stiftung Lesen von 500 Vätern und Müttern mit Kindern im Alter zwischen zwei und acht Jahren. 16 Prozent der Eltern hatten bis dahin schon einmal Bilder- und Kinderbuch-Apps genutzt – und berichteten von meist guten Erfahrungen. 14 Prozent nutzten die Apps damals bereits regelmäßig mehrmals pro Woche. Dabei stellten die Eltern das Vorlesen und Geschichtenerzählen als gemeinsame Beschäftigung mit ihren Kindern nicht in Frage. Nur selten berichteten sie, dass ihre Kinder die Apps gelegentlich allein anschauen. Darüber hinaus hat niemand von den

Eltern, die digitale Vorleseangebote nutzen, damit die gedruckten Bilder- und Vorlesebücher ersetzt. Im Gegenteil: Das gedruckte Kinderbuch hat nach wie vor seinen festen Platz im Vorlesealltag.

Deutlich wird ein klarer Mehrwert digitaler Angebote: Sie ergänzen und erweitern die Vorlesesituationen und bieten Möglichkeiten zum Vorlesen und Erzählen, wenn gedruckte Angebote weniger praktisch sind: im Wartezimmer, auf Reisen, in öffentlichen Verkehrsmitteln usw. Sie schaffen über audiovisuelle Kanäle zusätzliche Darstellungsmöglichkeiten, die z. B. auch für die Vermittlung von Sachthemenbereichernd sein kann und technisch gut für Bilderbuchkino-Formate geeignet sind. Die digitalen Angebote ergänzen und erweitern den Kreis der Personen, die Kindern vorlesen, weil sie z. B. Väter, die ihren Kindern seltener vorlesen als Mütter, über die technischen Anreize motivieren. Digitale Angebote erweitern zudem das Leseverständnis eher bildungsferner Zielgruppen, indem sie zeigen, dass Lesen nicht auf anspruchsvolle Literatur beschränkt ist, sondern auch Inhalte, Trägermedien und (z. B. spielerische) Darstellungsformen umfasst, die auf den ersten Blick nicht mit Lesen in Verbindung gebracht werden. Eine wachsende Zielgruppe von Kindern, die in der Familie nicht mit der deutschen Sprache aufwachsen, kann von fremdsprachigen Features und Optionen wie der Vorlesestimme profitieren.

### **Fürs Vorlesen begeistern**

Die Stiftung Lesen fördert mit Programmen und Projekten, die sie mit zahlreichen Partnern realisiert, das Vorlesen und Erzählen bundesweit. Mit Blick auf Familien, in denen Kinder beim Vorlesen benachteiligt sind, müssen Möglichkeiten zur passgenauen Ansprache und Motivation identifiziert werden. Diese Herausforderungen greift das schon erwähnte Programm Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen auf, das mit dem großen Engagement von Kinder- und Jugendärzten Eltern

für die Bedeutung des Vorlesens und Geschichtenerzählens sensibilisiert ([www.lesestart.de](http://www.lesestart.de)).

Ein zentrales öffentlichkeitswirksames Zeichen setzt der Bundesweite Vorlesetag von Stiftung Lesen, DIE ZEIT und Deutsche Bahn Stiftung. Er findet seit 2004 jedes Jahr am dritten Freitag im November statt und ist das größte Vorlesefest Deutschlands, das Freude am Lesen wecken will. Zuletzt haben mehr als 80.000 Prominente, Politiker und andere ehrenamtlich engagierte Vorleser an diesem Aktionstag mit Leidenschaft gezeigt, wie schön und wichtig Vorlesen ist – und mit

gedruckten wie digital verfügbaren Vorlesegeschichten auch in der Zukunft sein wird.

**Dr. Simone C. Ehmig**  
*Leiterin des Instituts für Lese- und Medienforschung der Stiftung Lesen in Mainz*  
 E-Mail: [Simone.Ehmig@stiftunglesen.de](mailto:Simone.Ehmig@stiftunglesen.de)

**Carolin Seelmann**  
*Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Lese- und Medienforschung der Stiftung Lesen in Mainz*

Red: ReH

Die Vielzahl der Maßnahmen und die öffentliche Sichtbarkeit des Themas Vorlesen tragen Früchte, v. a. bei bildungsfernen Eltern und bei Vätern – das zeigen Studien der Stiftung Lesen von 2007 und 2013. Dennoch besteht mit 31 Prozent der Familien, in denen Eltern zu selten oder nie vorlesen, deutlicher und kontinuierlicher Handlungsbedarf. Um Eltern, Erzieher/innen, Lehrkräfte und Ehrenamtliche darin zu unterstützen, beim Vorlesen (auch) digitale Angebote zu nutzen, stellt die Stiftung Lesen kontinuierlich unter <http://www.stiftunglesen.de/initiativen-und-aktionen/digitales/> Anregungen und Empfehlungen zur Verfügung, greift aktuelle Befunde aus der Forschung auf und verweist auf Aus- und Fortbildungsangebote.

## Denk ich an Hellas in der Nacht ...

hätte Heinrich Heine wohl gedichtet, wenn er heute lebte. – Das unendliche Tauziehen um Griechenlands Verbleib im EURO könnte man als Politikomödie bezeichnen, wäre nicht der „Kleine Mann“ der Leidtragende, v.a. die Kranken und unsere aufopfernd arbeitenden Kolleginnen und Kollegen.



Ich erinnere mich an meine schönste Famulatur im August 1959 in Athen. Die Uni-Frauenklinik unterstand Professor N. Louros, besonders deutschfreundlich aus seiner eigenen Vorgeschichte. Er war in Berlin Schüler von Ernst Bumm (1858-1925), Ordinarius für Geburtshilfe und Gynäkologie an der Charité und herausragender Operateur mit großen Verdiensten um neue Operationsmethoden in der Gynäkologie. Louros unter-

stützte daher nachdrücklich den Austausch von jeweils zwei Studenten der FU Berlin gegen zwei aus Athen für einen Monat während der SS-Ferien. - Morgens früh sprang einer von uns aus dem Bett und rannte zum OP-Plan. Operierte er selbst, war Anwesenheit Pflicht. Sonst legten wir uns nochmals hin, denn am Abend zuvor war es meist spät geworden. – Wir konnten uns in allen Abteilungen der Klinik frei bewegen; nie wieder habe ich so viele Geburten täglich erlebt, meist im zweistelligen Bereich.

Und mittags war Schluss: Akropolis, attische Riviera, Kap Sounion und Marathon lockten; dazu unvergessliche Eindrücke vom Land und seinen gastfreundlichen Bewohnern.

Die traurige Entwicklung in den letzten Jahren ist ohne einen Schuss Ironie schwer zu ertragen. Ich musste helfen, den lahmen Export anzuheizen, denn nur daran konnte es liegen:

**RETSINA trinken kann schon nützen,  
 Die Griechen vorm Bankrott zu schützen.  
 Doch mit RETSINA ganz allein  
 Werd'n die nicht mehr zu retten sein.  
 Ich kaufte SAMOS WEIN dazu  
 Und über'n Hilfsfonds der EU  
 Hab' ich METAXA angeschafft  
 Und will jetzt wirklich dauerhaft  
 Und täglich so viel trinken.  
 Dass Hellas nicht im Schuldensumpf  
 Muss elendig versinken. -  
 Natürlich bleibt ein Risiko,  
 Dass Hellas doch versinkt.  
 Nur merken werd' ich das nicht so  
 Wie der, der gar nichts trinkt.**

Wer hilft mit?

**Dr. Olaf Ganssen**  
 Am Grünwald 38, 42549 Velbert

Red.: Kup

# Die Welt der Kinder im Blick der Maler



Foto: © akge-images

Fritz von Uhde, Kinderstube, 1889, Kunsthalle Hamburg

**D**ie drei Kinder auf diesem Bild fühlen sich offensichtlich wohl. Es handelt sich um die drei Töchter des Malers, die in ihrem Spiel- und Schlafzimmer jede für sich freudig ihren Beschäftigungen nachgehen. Links vorne sitzt auf einem Kinderstuhl leicht zurückgelehnt ein dunkelblondes Mädchen, das auf seinem linken Knie eine Puppe mit Hut hält. Über dem rot- und blaue-mustertem Kleid trägt sie eine helle Schürze. Einer der Kniestrümpfe ist heruntergerutscht, auch der andere scheint abzusinken. Der rechte Schuh ist unverschnürt. Es ist die siebenjährige Amalie, die lächelnd auf ihre Puppe blickt. Vermutlich hat sie sich vorher etwas lebhafter getummelt und ruht nun aus.

Schräg dahinter am Fenster die achtjährige Schwester Anna mit übereinander geschlagenen Beinen. Auch sie dunkelblond, konzentriert beschäftigt sie sich mit ihrer Handarbeit, die rechte Hand scheint eben eine Nadel durch den Stoff zu führen. Sie trägt ein dunkles Kleid mit blauem Kragen sowie hellbraune Schnürschuhe. Etwas rechts von der Mitte die dreijährige Sophie, die den Betrachter fröhlich anstrahlt. Leicht nach vorn gebeugt hält sie mit ihren beiden Händen eine Puppe in der Schwebe, als wolle sie mit ihr tanzen. Die Wangen sind kräftig gerötet, in ihren wirren, hellblonden Haaren fängt sich das Licht. Über ihrem dunkelroten Kleid trägt sie eine weiße Rüsenschürze, dazu rote Kniestrümpfe. Im Hintergrund

auf der rechten Seite widmet sich eine weibliche Person einer Handarbeit, ohne sich in das Treiben der Kinder einzumischen, vielleicht ein Kindermädchen oder eine Verwandte. Durch das geöffnete Doppelfenster dringt Sonnenlicht in das Zimmer, das von den Dielen und Einrichtungsgegenständen reflektiert wird und kleinere und größere Schatten entstehen lässt. Ein Gitter außen vor dem Fenster soll die Kinder vor einem Absturz bewahren. Die Zimmereinrichtung ist gediegen, nicht luxuriös, aber freundlich und kindgemäß.

Es bereitet Freude, dieses Gemälde genau zu betrachten. Immer wieder entdeckt man neue Einzelheiten, die feine Modellierung der Gesichter, das Spiel des Lichts mit

Reflexen und Schattenbildungen, die ausgewogene Komposition der Farbtöne. In diesem Kinderzimmer herrscht keine pedantische Ordnung. Spielzeug liegt auf den Tischen oder ist zu Boden gefallen. Kinderwagen und Puppensessel warten auf ihre Benutzung. Girlanden und Papierfiguren hängen an den Regalen. Es herrscht eine fröhliche, unbeschwerte Atmosphäre. Ohne ein aufwändiges Angebot an Spielzeug haben die Kinder die Möglichkeit, sich selbst zu betätigen und ihre Phantasie zu entfalten (so wie es heute die Psychologen empfehlen).

Fritz von Uhde war der Sohn eines sächsischen Beamten. Schon in der Kindheit äußerte er den Wunsch, Maler zu werden und fand dabei durchaus das Verständnis der Eltern. Nach dem Abitur begann er ein Studium an der Dresdner Akademie der Künste. Aber die starre, akademische Ausbildung nahm ihm die Freude an der Kunst, so

dass er das Studium aufgab und sich bei den sächsischen Gardereitern verdingte, wo er es bis zum königlichen Rittmeister brachte, auch am Deutsch-Französischen Krieg 1870/71 teilnahm. Neben seiner militärischen Tätigkeit bildete er sich durch private Malstudien fort. 1878 trat er schließlich aus dem Militärdienst aus und widmete sich nun hauptberuflich der Malerei. Studienreisen nach Holland und Paris brachten ihn in Berührung mit modernen Kunstrichtungen, er lernte Mihaly Munkacsy und Max Liebermann kennen. Unter diesen Einflüssen wandte er sich der Pleinair-Malerei zu und entwickelte eine freie impressionistische Gestaltung.

Nach dem frühen Tod seiner Frau 1886 verzichtete er darauf, erneut zu heiraten und widmete sich als „alleinerziehender Vater“ seinen Töchtern, die nun seinen Lebens- und Schaffensinhalt bildeten. In seinen Werken sind auch soziale und religiöse Bestrebungen

zu erkennen. Die sozialen Bezüge stießen in konservativen Kreisen auf Ablehnung. Bekannt geworden ist sein Gemälde „Lasset die Kindlein zu mir kommen“ mit der Darstellung von Jesus zusammen mit Kindern. Zu seinem 60. Geburtstag wurde er als „Bahnbrecher“ der modernen Malerei gefeiert. Immer wieder hat er darum gerungen, die „Göttlichkeit des Lichts“ in seinen Werken zu feiern, etwa in seinen lichtdurchfluteten Gartenszenen. Auch in unserem Bild imponiert die Lichtführung.

Man erkennt das liebevolle Verhalten des Vaters bei der Erziehung der Kinder, der Maler zeigt sein Verständnis kindlicher Gefühls- und Ausdrucksweisen.

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

*Red.: ReH*

## Buchtipp

Günther Deegener  
**Risiko- und Schutzfaktoren  
 des Kinder- und Jugendhilfesystems  
 bei Prävention und  
 Intervention im Kinderschutz**  
 Pabst Science Publishers, 2014  
 512 S., € 40,00  
 ISBN 978-3899679878



**B**ücher, die sich dem Thema Kinderschutz widmen, beschreiben meist die Lebenswirklichkeit der betroffenen Kinder und ihrer Familien – oder die der Täter. Günther Deegeners neues Buch lenkt den Blick auf das Helfersystem. Er beschreibt den Praxisalltag der Kinder- und Jugendhilfe und des Kinderschutzes im Spannungsfeld zwischen Prävention

und Intervention. Dabei beschreibt er die Stärken und Schwächen des Systems, seine Chancen und Risiken, die sich aus den Organisationen selbst, ihren Vernetzungen und Kooperationen, aus ihrer Fehlerkultur und auch aus den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen sie agieren, ergeben.

Der Autor, Prof. Dr. Günther Deegener wurde 1943 in Arnstadt/Thüringen geboren und ist Psychologischer Psychotherapeut. Sein Hauptforschungsschwerpunkt stellt die Gewalt gegen Kinder in deren Beziehungsgefüge dar. Von 1971 bis 2008 war er als Diplom-Psychologe an der Abteilung für Kinder und Jugendliche der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar tätig, später dort als außerplanmäßiger Professor an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie.

Deegeners Buch gewährt den genauen Blick in das komplexe Feld des Kinderschutzes, in dem verschiedene Berufsgruppen mit unterschiedlichen Blickwinkeln und Sprachen agieren. Es beschreibt den Praxisalltag dieses multiprofessionellen Arbeitsfeldes und gibt allgemeinverständlich und leicht lesbar einen breiten, aktuellen Überblick über Forschung und Handlungspraxis. Konkrete Beispiele knüpfen unmittelbar an Erfahrungen der LeserInnen an.

Dabei wird ein großer Zeitrahmen aufgespannt, um aus den Entwicklungen und auch Fehlentwick-

lungen der letzten Jahre zu lernen, die Gegenwart zu verstehen und die wichtigen Aufgaben für die Zukunft zu identifizieren.

Deutlich wird bei der Lektüre, wie die Struktur der Helfersysteme, das breite Spektrum der beteiligten Professionen sowie deren inhaltlich sehr unterschiedlichen Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowohl Stärke als auch Schwäche des Helfersystems sind. Deegeners Praxisnähe schlägt sich in der Beschreibung zahlreicher Fallbeispiele nieder, wodurch das Werk zum gut lesbaren und spannenden Handlungsleitfaden für alle im praktischen Kinderschutz tätigen Berufsgruppen wird.

Die umfangreiche Fachliteratur bereitet der Autor ausführlich und verständlich auf - immer mit Blick auf das breite Spektrum der professionellen HelferInnen. Abschließend wendet sich der Autor mit klaren und solide begründeten Forderungen an die Verantwortlichen in Politik und Gesellschaft.

### Fazit

Günther Deegener ist es in vorbildlicher Weise gelungen, allen Professionen im Kinderschutz ein Buch an die Hand zu geben, mit dem sie einerseits im Praxisalltag arbeiten und andererseits über den Tag hinaus reflektieren können.

**Dr. Thomas Fischbach**  
**E-Mail: [thomas.fischbach@uminfo.de](mailto:thomas.fischbach@uminfo.de)**

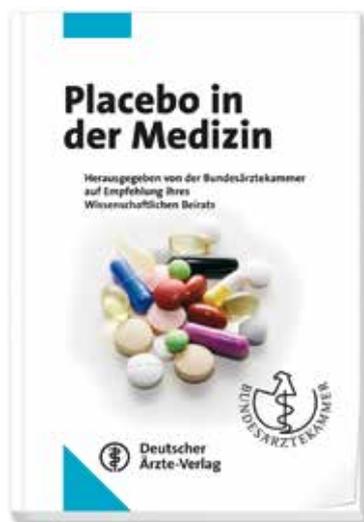
Red.: ReH

## Buchtipps

Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer (federführender Hrg.: R. Jütte)

### Placebo in der Medizin

Deutscher Ärzte-Verlag Köln 2011  
ISBN 978-3-7691-3491-9, € 29,95



**D**as sehr nützliche, schmale, kaum 200 Seiten zählende Büchlein wurde auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer von zwölf Autoren (internistische Lehrstuhlinhaber, Pharmakologen, Sozialwissenschaftler, Psychiater, Psychosomatiker, Neurowissenschaftler, Juristen, Allgemeinärzte) sowie acht Beratern aus Ethik, Biomedizin und Pädiatrie unter der Federführung des Medizinhistorikers und -soziologen Robert Jütte zusammengestellt und ist somit als eine leitlinienartig zu wertende Richtschnur zum Phänomen Placebo und seinem Einsatz in der Medizin konzipiert.

In den zehn Kapiteln werden Definition, Geschichte, Bandbreite und Mechanismen des Placebos abgehandelt, seine Rolle in der evidence-based medicine, ethische und rechtliche Aspekte und die Bedeutung in der Patienten-Arzt-Beziehung. Jedes Kapitel enthält eine kurze Zusammenfassung, die den Inhalt so gut wiedergibt, dass die Lektüre dieser Seiten allein dem eiligen Leser einen guten Überblick gibt, der durch die eingehende Beschäftigung mit einzelnen Kapiteln und deren reichlichen Literaturhinweisen vertieft werden kann. Im letzten Kapitel werden die sich ergebenden Perspektiven resümiert und Empfehlungen ausgesprochen, die die therapeutische Alltagspraxis genau so umfassen wie die klinische Forschung, und auch, naturgemäß für den Pädiater besonders wichtig, die Perspektive Nicht-Einwilligungsfähiger Patienten nicht auslässt. Mit so manchen offen gebliebenen Fragen endet das Büchlein.

Für den Pädiater wichtig ist die Unterscheidung zwischen reinen Placebos, Scheinmedikamenten oder -maßnahmen, und unreinen oder Pseudo-Placebos. Bei letzteren wiederum muss unterschieden werden zwischen solchen, die irrtümlich als wirksam eingeschätzt werden, und solchen, bei denen der Arzt von vorneherein weiß, dass sie keine spezifische Wirkung haben. Reine Placebos werden in der Praxis so gut wie nie eingesetzt, Pseudoplacebos aber sind in der täglichen Praxis aber von großer Relevanz, man denke nur an die diversen Hustensäfte oder an die vielen Antibiotikagaben bei viralen

Erkrankungen. Nach dem Nicht-Schadensprinzip ist die Abwägung zwischen dem Einsatz eines nicht wirklich notwendigen und unter Umständen durchaus nebenwirkungsträchtigen Medikamentes, dem Einsatz eines echten Placebos oder dem für den Patienten oft nicht durchzuhaltenden expektativen Zuwarten eine nicht nur ethische, sondern auch juristische Herausforderung.

Kritisch anzumerken ist, dass sich die Autorschaft der einzelnen Kapitel lediglich durch die Thematik mutmaßen lässt. Hier wären konkrete Angaben, ebenso wie die Kontaktdaten hilfreich. Zu wünschen ist dem Büchlein eine weite Verbreitung zu einem essentiellen Thema der Medizin, nämlich der Frage, was wirkt eigentlich? In unserem engen pathophysiologisch-pharmakologischen Denken werden mächtige andere Wirkfaktoren gerne übersehen. Diese werden gestreift, aber nicht systematisch aufgezeigt, weil es nicht die Zielsetzung des Werkes ist. So wird es nutzbringend sein, um, wie es im Umschlag heißt, erwünschte Arzneimittelwirkungen zu maximieren, unerwünschte Wirkungen zu verringern und Kosten im Gesundheitswesen zu sparen. Und der Leser wird sich fragen müssen, wie dieser wirkmächtige Heilfaktor in die tägliche Praxis einzubringen ist. Diesen zu verschenken, wäre dem Patienten nicht dienlich.

**Dr. Stephan Heinrich Nolte**  
E-Mail: [shnol@t.online.de](mailto:shnol@t.online.de)

Red.: ReH

## KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter  
[www.kinder-undjugendarzt.de](http://www.kinder-undjugendarzt.de)



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

# Lang ersehnt – nun endlich da: Die gründliche Revision des K-ABC mit vielen Änderungen in Gestalt des KABC-II

Die deutsche Adaptation des Kaufman-Assessment-Battery-for-Children-Tests (K-ABC) von 1991 war über lange Zeit eines der meist angewendeten Testverfahren im deutschsprachigen Raum zur Bestimmung der Intelligenz für Kinder von 3 bis 12;5 Jahren. Mit der ersten Revision, die seit diesem Jahr angeboten wird, hat es nur die Hälfte der bisher 16 Untertests in das überarbeitete Testverfahren geschafft. Um dem stark erweiterten Altersrahmen von nun 3 bis 18 Jahren gerecht zu werden, wurden zehn neue Untertests entwickelt. Neben den bekannten Aufgaben zur simultanen und sequentiellen Verarbeitung wurden neue Herausforderungen an das Lernen und das Planen geschaffen, so dass damit gut begründet der intellektuelle Verarbeitungsindex nach Luria bestimmt werden kann oder unter Ergänzung durch die Tests zum Wissensbestand derjenige nach der Fluid-Kristallin-Theorie von Cattell-Horn-Carroll. Mit dem letzteren Index lassen sich nicht nur die verschiedenen Verarbeitungsmodi abschätzen sondern auch, wie weit der oder die Betreffende bisher gefördert wurden und das vorhandene Potential auch genutzt wurde. Außerdem ergeben sich dadurch in direkter Linie Ansatzpunkte zur Förderung z. B. im Rahmen der Ergotherapie. Schließlich verfügt der KABC-II über eine ausreichende Anzahl von sprachfreien Untertests um auch bei sprachentwicklungsgestörten oder des Deutschen nicht mächtigen Testpersonen mit Hilfe des „Sprachfrei Indices“ die kognitiven Fähigkeiten abzuschätzen.

Bei gut geförderten und sprachlich gewandten, aber intellektuell schwachen Testpersonen kann es im sozialen Kontakt leicht zur Überschätzung kommen (sogenannte „Blende“). Gut aber lassen

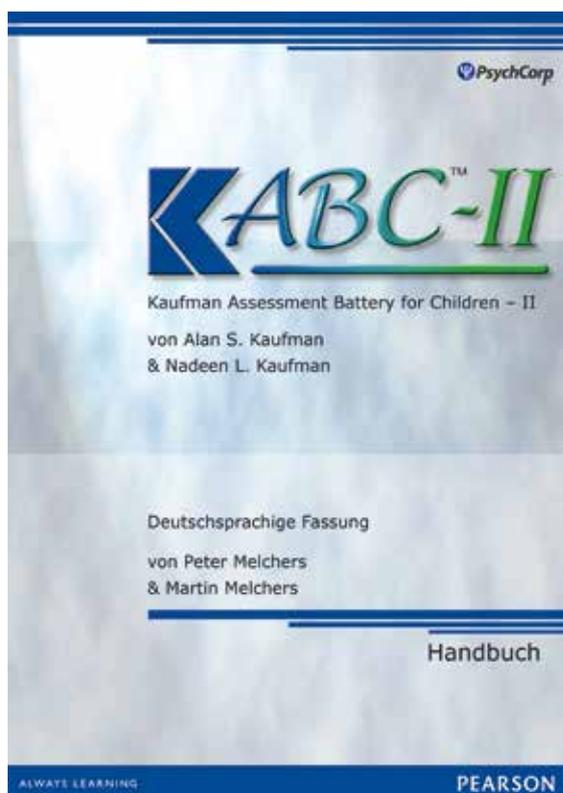
sich gemindertes logisches Denken, mangelnder Vorausblick und erschwerte Regelauffassung und –verinnerlichung mit einigen neuen Untertests erkennen. So wurde der „Rover“ genannte Teilstest nach dem Muster eines Brettspiels konstruiert, bei dem ein Hund ein Ziel auf einem möglichst kurzen Weg erreichen soll. Das Verstehen der wenigen Regeln und deren vorausschauende Anwendung gelingt z. B. der oben genannten Personengruppe nur teilweise, während sie mit dem über Jahre erlernten und verfestigten Basiswissen und mit gut eingeübten Floskeln auf der anderen Seite mit ihren Schwierigkeiten im Alltag kaum auffallen. In ähnlicher Weise sollen sie sich z.B. neue Namen für Fische, Muscheln und Meerespflanzen einprägen und dieses Wissen kurzfristig und nach einer längeren Latenz nach mehreren Untertests unter Beweis stellen („Atlantis“ und „Atlantis–Abruf nach Intervall“). In weiteren „Symbole“ und „Symbole–Abruf nach Intervall“ genannten Untertests geht es um das Behalten von Bedeutungen für abstrakte Symbole, was dann auch nach einem zeitlichen Intervall wiederum überprüft werden kann.

Die Überprüfung der Gedächtnisfunktion findet sich auch in der Intelligence and Development Scale (ids) in der Form des späteren Fragens nach einer anfangs erzählten Geschichte. Bei solchen

Anforderungen kommen in der Realität mehrere Faktoren zum Tragen wie das aufmerksame Zuhören, das sinnvolle Erfassen und die Gedächtnisfunktion. Bei den dies betreffenden Untertests des KABC-II gibt es im Vergleich zur ids kein sinnvoll zusammenhängendes Gedächtnismaterial – es erinnert mehr an das in der Schule wichtige Vokabellernen. Unbestreitbar ist jedenfalls die große Bedeutung des Behaltens neuer Inhalte, damit des Lernens oder des Langzeitgedächtnisses, und damit dass in neuen oder revidierten Testverfahren konkrete Operationalisierungen dafür zunehmend etabliert werden.

Der KABC-II wurde in der amerikanischen Originalfassung von September 2001 bis Januar 2003 an einer Stichprobe von mehr als 3000 Probanden normiert, die Adaptation für die deutschsprachigen





Länder fand erst von April 2013 bis Februar 2014 an 1745 Testpersonen statt, was in Anbetracht der großen Altersspreizung keine allzu große Stichprobe ist. Die Reliabilitätskoeffizienten für die Gesamtskalen sind mit Werten von .90 bis .98 außeror-

dentlich hoch. Bei vergleichenden Validierungsuntersuchungen zu anderen Testverfahren wie der ids oder dem WPPSI-III (dem früheren HAWIVA) waren die Korrelationen bescheiden, was sich durch die unterschiedlichen Konstruktionen dieser Testverfahren erklärt.

Der Zeitbedarf zur Durchführung des KABC-II ist altersabhängig und wird mit 25 bis 60 Minuten angegeben, bei Einbeziehung der Untertests zur Kristallinen Intelligenz mit 30 bis 75 Minuten. Sämtliche Untertests beanspruchen zwischen 60 bis 100 Minuten. Die Instruktionen in den aufwendigen (und teuren) 24 Seiten umfassenden Testheften sind sehr klar gehalten und erleichtern damit die Durchführung. Es gibt klare Abbruchregeln, so dass man bei schwachen Kindern deutlich schneller durch den Test kommt. Für umschriebene Fragestellungen kann es ausreichen, nur bestimmte Untertests durchzuführen. Wichtig ist natürlich die genaue Verhaltensbeobachtung, die durch einen semiquantitativen Fragebogen an den Testleiter strukturiert mit in das Ergebnis einbezogen wird, was für weniger erfahrene Untersucher eine gute Hilfe darstellt. Das Material ist vielfältig, so

dass es sowohl Kinder wie Jugendliche motiviert und auch geeignet ist, dem Testleiter Spaß zu machen. So warnen die Adaptationsautoren augenzwinkernd vor dem Suchtpotential des gründlich überarbeiteten Intelligenztests. Allerdings gibt es viel Kritik an der Ausführung von Testkoffer und Testordnern, die zu wenig Schutz für die Materialien geben bzw. nicht ausreichend robust gestaltet sind. Mittlerweile wird als Reaktion des Verlages darauf der alte Testkoffer nicht mehr verkauft und den bisherigen Käufern, sozusagen als Upgrade, ein fester Testkoffer kostenlos zugeschickt.

Der Gesamttest mit allen Materialien und Auswertungssoftware wird vom Pearson-Testverlag für 1498,- € (+ Versandkosten) angeboten. Es handelt sich um einen stark theoriebegründeten, multimodalen und brandaktuellen Intelligenztest, der für Kinder- und Jugendärzte mit einem Schwerpunkt in sozialpädiatrischen Fragestellungen hochinteressant sein dürfte.

**Dr. Harald Tegtmeier-Metzdorf**  
**E-Mail: [dr.harald.tegtmeyer@t-online.de](mailto:dr.harald.tegtmeyer@t-online.de)**

Red.: ReH

# Fortbildungstermine



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

**Programme und Anmelde-  
formulare finden Sie immer  
aktuell unter:  
[www.bvkj.de/kongresse](http://www.bvkj.de/kongresse)**

## Oktober 2015

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

21. Oktober 2015  
**„Immer etwas Neues“ 2015 in München**  
Update für das gesamte Praxisteam  
Auskunft: ⑤

## November 2015

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

14.-15. November 2015  
**Praxisabgabeseminar in Fulda**  
Auskunft: Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.,  
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln,  
Tel.: 0221/68909-17, Fax: 0221/68909-78,  
(birgit.jennebach@uminfo.de)

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

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

## Dezember 2015

2. Dezember 2015  
**„Immer etwas Neues“ 2015 in Münster**  
Update für das gesamte Praxisteam  
Auskunft: ⑤

## März 2016

5. März 2016  
**25. Pädiatrie zum Anfassen**  
des Berufsverbandes der Kinder- und  
Jugendärzte e.V.  
LV Mecklenburg-Vorpommern  
in Rostock  
Auskunft: ①

11.-13. März 2016  
**22. Kongress für Jugendmedizin in  
Weimar**  
des Berufsverbandes der Kinder- und  
Jugendärzte e.V.  
Auskunft: ②

## April 2016

9. April 2016  
**28. Pädiatrie zum Anfassen**  
des Berufsverbandes der Kinder- und  
Jugendärzte e.V.  
LV Rheinland-Pfalz und Saarland  
in Worms  
Auskunft: ①

7.-10. April 2016

**Päd-Ass 2016**  
**13. Assistentenkongress**  
des Berufsverbandes der Kinder- und  
Jugendärzte e.V.  
Auskunft: ②

16. April 2016  
**39. Pädiatrtreff 2015**  
des BVKJ, LV Nordrhein an der  
Universität zu Köln  
und  
16. April 2016  
**8. Kongress PRAXISfieber-regio für  
MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen**  
Leitung: Christiane Thiele, Viersen,  
Dr. Herbert Schade, Mechernich  
Auskunft: ④

29.-30. April 2016  
**14. Pädiatrie à la carte des BVKJ**  
LV Westfalen-Lippe, Universität Witten  
Leitung: Dr. Marcus Heidemann, Biele-  
feld, Dr. Burkhard Lawrenz, Arnsberg  
Auskunft: ④

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

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

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

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

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



## Geburtstage im November 2015

### 65. Geburtstag

Herr Dr. med. Fridhelm *Schneider*,  
Bonn, am 01.11.  
Herr Dr. med. Hubert *Mund*,  
Breisach, am 01.11.  
Frau Dr. med. Martina *Brandt*,  
Oschersleben, am 01.11.  
Herr Dr. med. Hartmut von *Laer*,  
Bielefeld, am 05.11.  
Frau Dr. med. Oswinde *Bock-Hensley*,  
Dossenheim, am 07.11.  
Frau Dr. med. Ulrike *Hoffmann*,  
Bochum, am 08.11.  
Herr Hans Ch. *Kuderna*,  
Falkensee, am 12.11.  
Herr Friedrich *Raulf*,  
Hamburg, am 14.11.  
Frau Bogda Maria *Kniese*,  
Eschwege, am 20.11.  
Herr Dr. med. Hans *Böhmman*,  
Delmenhorst, am 21.11.  
Frau Dr. med. Ursula *Schwabe*,  
Sömmerda, am 24.11.  
Herr Dr. med. Karl-Friedrich *Keil*,  
Darmstadt, am 24.11.  
Frau Dr. med. Ingeborg *Eick-Prinz*,  
Wolfhagen, am 27.11.  
Frau Dr. med. Viola *Wegner*,  
Strausberg, am 30.11.

### 70. Geburtstag

Frau Dr. med. Gabriele *Stadler*,  
München, am 04.11.  
Herr Dr. med. Ulrich *Staemmler*,  
Dresden, am 26.11.  
Frau Gudrun *Schulz*,  
Burscheid, am 26.11.

### 75. Geburtstag

Frau Sigrun *Wappler*,  
Gotha, am 01.11.  
Frau Dr. med. Barbara *Töpfer*,  
Trostberg, am 01.11.  
Frau Dr. med. Gisela *Strunz*,  
Ulm, am 04.11.  
Frau Dr. med. Sabine *Grasemann*,  
Berlin, am 07.11.  
Frau Dr. med. Ursula *Leopold*,  
Sprockhövel, am 08.11.  
Frau Dr. med. Sieglinde *Geiger*,  
Dresden, am 15.11.  
Herr Dr. med. Udo G. *Wedekind*,  
Siegburg-Seligenthal, am 16.11.  
Herr Dr. med. Hans *Mank*,  
Waldmünchen, am 19.11.  
Herr Dr. med. Walter *Pösentrup*,  
Beckum, am 23.11.

### 80. Geburtstag

Herr Dr. med. Hans Emil *Fredrich*,  
Backnang, am 17.11.  
Herr Dr. med. Eberhard *Schölzke*,  
Remscheid, am 21.11.

### 81. Geburtstag

Herr MR Dr. med. Christian *Töpfer*,  
Fürstenberg, am 01.11.  
Herr Dr. med. Gotthilf *Seiler*,  
Riedstadt-Goddellau, am 06.11.  
Frau Dr. med. Tilla *Gritzmann*,  
Stuttgart, am 07.11.  
Herr Dr. med. Josef *Lang*,  
Stade, am 15.11.  
Herr Dr. med. Helmut *Jung*,  
Hamburg, am 28.11.

### 82. Geburtstag

Frau Dr. med. Hildegard *Pelkmann*,  
Mülheim, am 10.11.  
Herr Dr. med. Christoph *Atzler*,  
Nittendorf, am 12.11.  
Herr Dr. med. Claus *Hager*,  
Ingolstadt, am 25.11.

### 83. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Jürß*,  
Altenhagen, am 02.11.

Herr Dr. med. Hermann *Stapper*,  
Johannesberg, am 04.11.

### 85. Geburtstag

Herr Dr. med. Christof *Schütz*,  
Lappersdorf, am 04.11.  
Frau Dr. med. Helge *Schöppe*,  
Hannover, am 11.11.

### 86. Geburtstag

Frau Dr. med. Ingeborg *Waldmann*,  
Krefeld, am 06.11.  
Herr Prof. Dr. med. Dieter *Lüders*,  
Seesen, am 21.11.

### 88. Geburtstag

Herr Dr. med. Kurt *Weimar*,  
Wiesbaden, am 07.11.

### 89. Geburtstag

Frau Dr. med. Margot *Puschmann*,  
Tönisvorst, am 12.11.

### 90. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Schmitz*,  
Nettetal, am 02.11.  
Herr Dr. med. Günter *Kretzschmar*,  
Traunreut, am 11.11.

### 93. Geburtstag

Herr Dr. med. Karl-Ernst *Sudhoff*,  
Leer, am 14.11.  
Herr Dr. med. Heinz *Schmidt-Rohr*,  
Wiesloch, am 27.11.

### 94. Geburtstag

Frau Dr. med. Hildegard *Schneider*,  
Edingen-Neckarhausen, am 05.11.

### 95. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Heinrich *Rodeck*,  
Recklinghausen, am 01.11.

### 96. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Härtel-Bothe*,  
Hannover, am 01.11.  
Herr Dr. med. Burckhardt *Knaut*,  
Lage, am 20.11.

#### Wir trauern um:

Herrn Michael *Tönnemann*,  
Meerbusch

## Im Monat August durften wir 18 neue Mitglieder begrüßen.

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



### Baden-Württemberg

Frau Dr. med.  
*Laurence Reindl*



### Bayern

Frau Dr. med.  
*Kathrin Rosenthal*  
Frau *Brigitte Schwager*  
Frau *Beate Winters*



### Bremen

Frau *Mirjam von Bibra*



### Niedersachsen

Frau Dr. med.  
*Verena Kronz*  
Herrn Dr. med.  
*Dejan List*  
Herrn Dr. med.  
*Markus Stahl*



### Nordrhein

Frau Prof. Dr. med.  
*Monika Gappa*  
Frau  
*Judith Keull*



### Rheinland-Pfalz

Frau Dr. med.  
*Sonja Böstler*



### Sachsen

Frau *Julia Schumann*

# Läusebefall in Einrichtungen sicher beenden

Kopfläuse treten bei Kindern meist in Form von Kleinerepidemien in Kindergarten, Hort oder Schule auf. Kaum hat sich die Aufregung gelegt, kommt es zum nächsten Ausbruch. Dieses ‚Läuse-Pingpong‘ mit erneuten Ansteckungswellen lässt sich nach Ansicht von Prof. Hermann Feldmeier, Berlin, mit einem neuen Behandlungskonzept erfolgreich verhindern.

Läuse sind an das Leben auf dem Kopfhaar perfekt angepasst. Mit ihren sechs klauen-bewehrten Beinen können sie sich schnell auf den Haaren fortbewegen. Sie vermehren sich jedoch nur auf dem menschlichen Kopf und müssen alle drei bis vier Stunden Blut saugen. „Das bedeutet, sie bleiben auf Textilien nur wenige Stunden infektiös. Gemeinsam benutzte Käämme, Handtücher oder Mützen spielen daher bei der Übertragung keine Rolle. Insofern sind die Reinigungs- und Desinfektionsorgien vieler Mütter vollkommen überflüssig“, erklärte Feldmeier vom Institut für Mikrobiologie und Hygiene an der Berliner Charité.

Die Ansteckung erfolgt fast immer beim direkten, intensiven Kontakt von Haar zu Haar. Da Mädchen im Gegensatz zu Jungen öfter und länger ihre Köpfe „zusammenstecken“, sind sie wesentlich häufiger betroffen. So beträgt die Inzidenz bei Jungen etwa 800 Neuerkrankungen pro 10 000 Kinder (6 bis 15 Jahre) pro Jahr; bei Mädchen gleichen Alters jährlich etwa 2400 Neuerkrankungen/10 000 Kinder.

## Übertragung pathogener Bakterien

Weitgehend unbekannt ist, dass die Kopflaus ein potentieller Überträger von pathogenen Bakterien wie *Yersinia pestis* (Pest), *Rickettsia prowazekii* (Fleckfieber), *Bartonella quintana* (5-Tages-Fieber), *Francisella tularensis* (Tularämie) und *Borrelia recurrentis* (Läuserückfallfieber) ist. Diese Infektionen sind hierzulande zwar nicht üblich, kommen jedoch in anderen Ländern wie Afrika oder Asien durchaus vor. „Daran sollten Sie denken, wenn Kinder mit Migrationshintergrund und Kopflausbefall in die Praxis kommen und ein ungewöhnliches Krankheitsbild zeigen, beispielsweise hohes oder rezidivierendes Fieber“, erinnerte Feldmeier.

## Dimeticone als Mittel der Wahl

Dimeticon nutzt die Achillesverse der Läuse, indem es in das Atemsystem der Parasiten eindringt und dieses blockiert. Die Entwicklung resistenter Läusepopulationen ist somit extrem unwahrscheinlich. Je nach Aufbau verfügen Dimeticone über eine unterschiedliche Viskosität und Kriechfähigkeit. „Es gibt daher Dimeticone, die nicht nur auf die Läuse sondern auch auf die Eier wirken“, erklärte Feldmeier. In einer Studie an 145 Kindern mit Kopflausbefall waren nach der Behandlung 97% der mit NYDA® behandelten Patienten frei von Kopfläusen.<sup>1</sup> Die Wirksamkeit auf 1-2 Tage alte Eier lag sogar bei 100% und auf 9-11 Tage alte Eier bei 97%.<sup>2</sup> „Damit verfügen wir über eine sichere, gut verträgliche Substanz, die nicht nur sehr gut gegen adulte Kopfläuse wirkt, sondern gleichzeitig auch die Läuseeier abtötet“, betonte der Infektionsepidemiologe.



## Neues Konzept: Ratio statt Emotio

Bislang fehlt eine praktisch anwendbare Strategie, um einen Ausbruch sicher zu beenden. Stattdessen herrschen laut Feldmeier häufig Ratlosigkeit, Schuldzuweisungen und konfuser Aktionismus vor. In seinem Konzept schlägt er daher folgende Vorgehensweise vor:<sup>3</sup>

- Validierung des Indexfalls mittels feuchtem Auskämmen (Sensitivität: 91 %)
- im positiven Fall auf weitere diagnostische Untersuchungen verzichten
- kein Ausschluss des befallenen Kindes aus der Einrichtung

- ad hoc Elternversammlung einberufen, an der ein Kinderarzt teilnimmt
- anschließend die Eltern der Einrichtung die Eltern anderer Kinder mit denen vermutlich Kopfkontakt bestand informieren lassen
- wichtig: zeitgleiche Behandlung aller Kinder und Kontaktpersonen mit einem adultizid und ovizid wirkenden Dimeticone

„Ein nicht ganz einfacher, aber wichtiger Bestandteil des Konzepts besteht in der Anwesenheit eines Kinderarztes, der den Eltern die Sinnhaftigkeit der Vorgehensweise erklärt. Erzieher sind dazu meist nicht in der Lage“, berichtete Feldmeier. Da während der Inkubationszeit bereits Ansteckungsgefahr besteht und nur 14-36% der betroffenen Kinder Symptome entwickeln, müssen zudem mögliche Kontaktpersonen verständigt werden.

„Entscheidend ist die zeitgleiche Behandlung möglichst aller Kinder und Kontaktpersonen mit Dimeticone. Nur so kann die Transmission unterbrochen und das Reinfestationsrisiko auf Null gesenkt werden“, betonte der Referent. Seiner Meinung nach sollte es ausreichen, wenn 90 % der Eltern mitmachen. Die Behandlung nicht-Infizierter lässt sich laut Feldmeier durch die Anwendung nicht-toxischer Dimeticone rechtfertigen.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

### Literatur

- 1 Heukelbach J. et al. (2008): A highly efficacious pediculicide based on dimeticone: randomized observer blinded comparative trial. *BMC Infect. Dis.* 8 (115)
- 2 Heukelbach J. et al. (2011): Ovicidal efficacy of high concentration dimeticone: A new era of head lice treatment. *J Am Acad Dermatol* 64; 4, e61-e62.
- 3 Feldmeier H. Eliminierung der Pediculosis capitis in der Kinderpopulation: Ein neues Konzept. *Hygieneinspektor* 2015; in Druck

### Quelle

Vortrag „Pediculosis capitis – ein neues Behandlungskonzept macht eine Eliminierung der Parasitose möglich“ im Rahmen der 111. Jahrestagung der DGKJ am 02.09.2015 in München

Expertenkonsens zur Therapie des infantilen Hämangioms veröffentlicht

# Propranolol als Goldstandard in der Erstlinie empfohlen

Die Entdeckung, dass der Betablocker Propranolol bei Säuglingen mit komplizierten infantilen Hämangiomen hochwirksam und gut verträglich ist, hat die Behandlung dieser Erkrankung revolutioniert. Die bisher eingesetzten Therapieoptionen wurden damit weitgehend obsolet. Um diesen neuen Gegebenheiten Rechnung zu tragen, haben europäische Experten Konsensusempfehlungen zum Stellenwert der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten erarbeitet. Danach werden neben dem 2014 für die Indikation „Infantiles Hämangiom“ zugelassenen Propranolol in bestimmten Situationen auch noch Glukokortikoide empfohlen.<sup>1</sup>

**M**it einer Prävalenz von 2,6-4,5 % ist das infantile Hämangiom (IH) der häufigste Tumor bei Kleinkindern. Es handelt sich um gutartige Gefäßwucherungen, die vor allem in den ersten drei Lebensmonaten sehr rasch proliferieren. Dann verlangsamt sich ihr Wachstum und kommt meist nach 4-6 Monaten zum Stillstand. In den folgenden Jahren bilden sich die Tumoren meist spontan zurück. In rund 10 % der Fälle kommt es zu Komplikationen wie blutenden oder schmerzhaften Ulzera, der Störung von Körperfunktionen (z. B. Atmung) oder dem Risiko von Entstellungen. Bis zur Entdeckung der Wirksamkeit oralen Propranolols wurden in diesen Fällen verschiedene Behandlungen eingesetzt. Während Kryotherapie und diverse Formen der Laserbehandlung vorwiegend zur Entfernung kleinerer, oberflächlicher IH dienen, erforderten größere Läsionen eine systemische Therapie. Standard war hier die Kortikosteroid-Therapie, insbesondere die Gabe von Prednisolon. In der Zweitlinie kamen nicht selten Vincristin oder Interferon-alpha „off-label“ zum Einsatz. Diese Optionen sind jedoch mit einem hohen Risiko für teilweise schwere Nebenwirkungen assoziiert.<sup>1,2</sup>

## Aktuelle Therapieempfehlungen

Die neuen Konsensus-Empfehlungen einer europäischen Expertengruppe zur Therapie des IH sollen Ärzten helfen, sich auf die Veränderungen einzustellen, die sich durch die Einführung der effektiven Behandlungsoption Propranolol ergeben haben. In zwei randomisierten Studien,

einer großen Serie von Kasuistiken und einer Metaanalyse von 1.264 Fällen zeigte der Betablocker in einer Dosierung von 2-3 mg/kg/Tag nach 6 Monaten eine Wirksamkeit von 96-98 %, bei reversiblen und meist benignen Nebenwirkungen. Am häufigsten (>10 %) waren hierbei Schlafstörungen, Bronchitis, Diarrhoe und Erbrechen.<sup>1</sup>

Aufgrund der in retrospektiven Studien gezeigten höheren Effektivität und besseren Verträglichkeit im Vergleich zu oralen Kortikoiden wird Propranolol als Therapiestandard zur systemischen Erstlinienbehandlung des komplizierten IH empfohlen. Orale Kortikoide als Monotherapie sollten Patienten vorbehalten bleiben, die auf Propranolol nicht ansprechen oder es nicht vertragen. Nicht mehr empfohlen wird der Einsatz von Vincristin und Interferon.

Da retrospektive Studien darauf hindeuten, dass Propranolol auch der Kryotherapie oder Lasertherapie überlegen ist, sollte ihr Einsatz nur in bestimmten Fällen indiziert sein, z. B. nach Versagen oder Unverträglichkeit des Betablockers. Gepulste Farbstofflaser oder intense pulsed light (IPL) können zur Entfernung residueller Teleangiektasien dienen. Konventionelle operative Eingriffe können nach Propranolol-Versagen indiziert sein. Zudem sind sie eine wesentliche Maßnahme in Notfallsituationen (z. B. Kehlkopfverschluss) oder zur kosmetischen Verbesserung verbliebener Hautveränderungen.

## Empfehlungen zur Anwendung von Propranolol

Das Konsensus-Papier gibt darüber hinaus Empfehlungen zur Anwendung von

Propranolol, dessen pädiatrische Formulierung Hemangiol® 2014 in der EU zugelassen wurde. Danach sollte die Behandlung von einem pädiatrischen Facharzt in einer Klinik oder Ambulanz begonnen werden, so dass auf unerwünschte Ereignisse angemessen reagiert werden kann. Kontraindikationen wie z. B. Asthma bronchiale oder Hypotension sind vor Therapiebeginn abzuklären. Bei Verdacht auf Arrhythmien sollte in Absprache mit einem pädiatrischen Kardiologen ein EKG durchgeführt werden.

Die Startdosis beträgt 1,0 mg/kg/Tag. Eine Eskalation auf die empfohlene Enddosis von 3 mg/kg/Tag erfolgt bei ambulanten Patienten in wöchentlichen Abständen (laut Fachinformation). Dem Expertenkonsens zufolge wird in der Klinik bei stationären Patienten bereits nach einem bzw. nach zwei Tagen auf die empfohlene Enddosis hochtitriert, die zwischen 2 und 3 mg/kg/Tag variiert. Jeweils die Hälfte der Dosis sollte am Morgen und am Abend zu den Mahlzeiten verabreicht werden. Die empfohlene Mindestdauer der Therapie beträgt sechs Monate, wobei alle vier Wochen Kontrollen der Herzfrequenz sowie Dosisanpassungen erfolgen sollten. Bei schlechter Aufnahme des Medikaments oder dem Auftreten einer Bronchiolitis sollte die Therapie unterbrochen werden.

### Quellen

- 1 Hoeger P. H. et al. Treatment of infantile haemangiomas: recommendations of a European expert group. *Eur J Pediatr* 2015. DOI 10.1007/s00431-015-2570-0
- 2 Dreyfus I. et al. Quoi de neuf dans les hémangiomes infantiles? *Archives de Pédiatrie* 2013;20:809-816

*Nach Informationen von Pierre Fabre Dermo-Kosmetik, Freiburg*

# Weniger Impfungen und bessere Impfquoten dank Kombinationsimpfstoffen

Impfstoffe gehören zu den sichersten und am besten geprüften Arzneimitteln. Ihre Kombination zu fixen Mehrfachimpfstoffen erleichtert Kinderärzten die Impfroutine und ermöglicht zusammen mit der Koadministration einen zeitgerechten Impfschutz.

Vor dem Jahr 2000 mussten 18 Einzelimpfungen durchgeführt werden, um die Kinder vor neun Erkrankungen zu schützen. Seither hat sich der Impfkalender deutlich verändert: Dank der Kombinationsimpfstoffe lässt sich heute ein Schutz gegen 14 Erkrankungen mit nur 17 Einzelimpfungen erreichen.

Ein weiterer Effekt der Kombinationsimpfstoffe besteht in der Steigerung der Impfquote. Dies verdeutlichte Dr. Gunnar Kattenstroth, Leiter der Abteilung Kinderimpfstoffe bei GlaxoSmithKline, München, am Beispiel der 6-fach Impfstoffe. So lag der Anteil der bei der Einschulung vollständig gegen Hepatitis B geimpften Kinder in den Jahren 1997 bis 1999 bei 26 %. Mit der Einführung der 6-fach Impfstoffe stieg der Anteil nach und nach auf ein Niveau von über 90 % und lag 2012 bei 86,9 %. „Damit wurde ohne zusätzliche Impfung ein zusätzlicher Impfschutz generiert“, erklärte Kattenstroth.

## Verschiedene Zusammensetzungen

Unter dem Begriff ‚Kombinationsimpfstoff‘ fasst man unterschiedliche Inhaltsstoffe zusammen. So können verschiedene Antigene eines Erregers enthalten sein, beispielsweise von Influenza, Polio oder HPV. Der Impfstoff kann jedoch auch unterschiedliche Antigene von nicht verwandten Erregern wie Hepatitis A und B, oder Diphtherie-Tetanus-Pertussis beinhalten. Schließlich gibt es noch die Kombination aus beidem, etwa beim Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Polio-Kombinationsimpfstoff.

Für die Koadministration von Lebend- und Totimpfstoffen hat das Robert-Koch-Institut einfache Regeln aufgestellt (Stand 14.12.2012). Demnach sind Lebendimpfstoffe mit Totimpfstoffen sowie Totimpfstoffe mit Totimpfstoffen prinzipiell am

selben Tag und an aufeinander folgenden Tagen kombinierbar. Die Kombination von Lebendimpfstoffen sollte entweder simultan oder mit vier Wochen Abstand erfolgen.

## Impfreaktion auf Kombinationsimpfstoffe

Viele Kinder reagieren auf eine Impfung mit Fieber. Beim Mumps-Masern-Röteln-Varizellen (MMRV)-Impfstoff (Priorix-Tetra®) tritt im Zeitraum zwischen fünf und zwölf Tagen nach der ersten Impfung häufiger Fieber auf als bei einer Dreifachimpfung gegen MMR plus einem Monoimpfstoff gegen Varizellen. Die Häufigkeit von Fieberkrämpfen ist in diesem Zeitraum ebenfalls erhöht, nach 30 Tagen ist der Unterschied jedoch nicht mehr signifikant. Das zusätzliche Risiko für einen Fieberkrampf beträgt somit etwa 1 zu 2747. Die praktische Relevanz dieses Risikos verdeutlichte Kattenstroth: „Wenn Sie als Pädiater pro Jahr etwa 113 mal den 4-fach Impfstoff anwenden, erleben Sie in 24 Jahren einen zusätzlichen Fieberkrampf. In der gleichen Zeit liegt die Rate der Fieberkrämpfe ohne Impfung jedoch bei 96 bis 120!“ Eine erhöhte Fieberrate findet sich auch bei der Kombination von Meningokokken B (MenB)-Impfstoff mit Routineimpfungen (7- oder 6-fach). Die gute Nachricht ist laut Kattenstroth, dass die prophylaktische Gabe von Paracetamol die Fieberreaktion verringert. Die Immunogenität von MenB oder den Routineimpfstoffen wird dadurch nicht beeinträchtigt.

## Erhöhte Seroprotektionsrate

Interaktionen innerhalb der Kombinationsimpfstoffe zeigen sich nicht nur in Form von Impfreaktionen. Sie können auch die Immunantwort beeinflussen. Dies erläuterte Kattenstroth am Beispiel

des Hepatitis A/B-Impfstoffs. Die Seroprotektionsraten der Einzelimpfstoffe gegen Hepatitis A und B unterscheiden sich in Abhängigkeit vom Alter des Impflings. Betrachtet man hingegen die Seroprotektionsrate von Hepatitis B im Hepatitis A/B-Kombinationsimpfstoff liegt diese höher als die des Einzelimpfstoffs gegen Hepatitis B. „Hier scheint eine Interaktion zwischen den Antigenen stattzufinden, welche die Immunantwort verbessert“, so der Referent. Bei einer Koadministration von Impfstoffen sind allerdings auch gegenteilige Effekte bekannt. „In Abhängigkeit davon, wie viele verschiedene Kombinationen Sie wählen, kann sich die Immunantwort verbessern oder verringern. Daher lohnt sich immer ein Blick in die Fachinformationen, denn zumindest neu zugelassene Impfstoffe verfügen über Koadministrationsdaten“, erklärte Kattenstroth.

## Ausblick

Laut Kattenstroth stehen in einigen Bereichen, wie etwa den therapeutischen Impfstoffen gegen Tumoren, Allergien oder Autoimmunerkrankungen noch große Veränderungen an. Auch die Impfstoffentwicklung gegen verschiedene Bakterien und Viren, nicht zuletzt gegen Ebola, Noroviren oder Hepatitis C-Viren sind eine Aufgabe der Zukunft. Neue Verfahren und Entwicklungen könnten zudem noch bessere Verträglichkeits- und Wirksamkeitsprofile der Impfstoffe und eventuell noch mehr Kombinationen ermöglichen.

**Autor:**  
Dr. Marion Hofmann-Aßmus

**Quelle:**  
Symposium „Kombination von Impfstoffen in der pädiatrischen Praxis“ im Rahmen der 111. Jahrestagung der DGKJ am 05.09.2015 in München, veranstaltet von GlaxoSmithKline.

## Ameisensäure versus Verrucae vulgares

# Warzen bei Kindern einfach & schmerzfrei\* behandeln: Neuer EndWarts® PEN trocknet Warzen aus

Vulgäre Warzen bei Kindern sind vielleicht kein „Tagesgeschäft“ für den Padiäter – und doch kennen Kinderärzte eventuell folgende Frage besorgter Eltern: „Können Sie mir auch etwas zur Entfernung der Warze bei meinem Kind empfehlen, das leicht aufzutragen ist und vor allem meinem Kind keine Schmerzen bereitet?“ Ab sofort können Pädiater diesen Eltern ein neues OTC-Medizinprodukt empfehlen, das zur schonenden und effektiven Eigenbehandlung unkomplizierter Verrucae vulgares an Hand, Fuß und Körper eingesetzt werden kann: Der EndWarts® PEN\*\* enthält eine Lösung mit Ameisensäure, die nur 1x wöchentlich mittels des innovativen Applikationsstifts punktgenau und sekundenschnell auf die Warze aufgetragen wird. Der Wirkstoff Ameisensäure hilft dem Körper die Warze auszutrocknen und abzustößen.

**D**er neue Stift zeichnet sich nicht nur durch seine schnelle Anwendung aus, sondern auch aufgrund der einfachen Applikation: die Lösung muss nur 1x wöchentlich für 1-2 Sekunden auf die Warze an Hand oder Fuß aufgetragen werden. Nach durchschnittlich fünf dieser Kurzbehandlungen ist die Warze von innen ausgetrocknet und verschwunden (bei sehr großen bzw. tiefen Warzen kann die Therapie 10-15 Wochen dauern).

## Umfrage: 93,6% der Mütter empfehlen EndWarts®

Die einfache Anwendung und gute Verträglichkeit der Ameisensäure besonders zur Behandlung von Warzen bei Kindern konnte in einer Befragung von Apothekenkunden gezeigt werden<sup>1</sup>: etwa 94 % der Mütter, die für ihre Kinder das wirkstoffgleiche Produkt EndWarts® (Lösung) kauften, würden das Mittel weiterempfehlen.

## Ameisensäure: Studien belegen Wirksamkeit

Ameisensäure ist neben dem neuen Stift bereits als Lösung zum Auftupfen erhältlich. Der Wirkstoff hat sich als Verrucae-Therapeutikum nicht nur in der Praxis bewährt, sondern auch in Studien: So konnte eine randomisierte, plazebo-kontrollierte, klinische Doppelblindstudie an 34 Patienten mit vulgären Warzen



## Neuer „Warzenstift“ mit Ameisensäure trocknet Warzen aus

zeigen, dass die Applikation 85 %-iger Ameisensäurelösung der Behandlung mit Plazebo (destilliertem Wasser) signifikant überlegen war. Beim Körper-Halbseiten-Vergleich kam es auf der Seite mit Ameisensäurebehandlung bei 91 % der Patienten zur vollständigen Abheilung der Warzen, auf der Plazeboseite nur in 10 %<sup>2</sup>.

Die Effektivität des Wirkstoffes belegt eine weitere aktuelle Untersuchung<sup>3</sup> mit der fertigen Lösung zum Auftupfen (EndWarts®): Nach acht Wochen Behandlung konnte bei 80 % der Anwender eine sehr gute bzw. deutliche Besserung festgestellt werden. Bereits nach vier Wochen war dies bei 51 % aller Teilnehmer der Fall. Zudem bewerteten die behandelnden

Ärzte bei 81% der Probanden die Ameisensäure-Therapie insgesamt als gut bis sehr gut.

\* bei sachgerechter Anwendung

\*\* EndWarts® PEN, UVP 19,90 €, rezeptfrei, apothekenexklusiv. Weitere Infos zum Produkt unter [www.endwarts.de](http://www.endwarts.de) oder unter [meda-otc@medapharma.de](mailto:meda-otc@medapharma.de)

### Quellen

- 1 Befragung von 32 Apothekenkunden, data on file
- 2 Faghihi G et al. A double-blind, randomized trial of local formic acid puncture technique in the treatment of common warts. *Skinmed* 2010; 8: 70-71 (e-pub S.70)
- 3 Praxistraining mit 230 Patienten (data on file) - An der Untersuchung nahmen 230 Patienten aus Deutschland und Österreich teil, deren Erfolg der Warzenbehandlung von Dermatologen beurteilt wurde

Nach Informationen von  
**MEDA Pharma GmbH, Bad Homburg**

## Codein – kontraindiziert bei Kindern unter 12 Jahren

- Mit BfArM-Bescheid vom 17.06.2015 darf Codein bei Kindern unter 12 Jahren nicht mehr und bei Kindern und Jugendlichen von 12 – 18 Jahren nur noch eingeschränkt angewendet werden.
- Eine vergleichbar wirksame und auch im Säuglings- und Kindesalter gut verträgliche Alternative stellt Capval mit dem Wirkstoff Noscapin dar.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat mit Bescheid vom 17.06.2015 eine europäische Vorgabe der European Medicines Agency (EMA; EMA/CMDh/206590/2015) umgesetzt, wonach Codein auch in Antitussiva für Kinder unter 12 Jahren kontraindiziert ist und daher bei dieser Patientengruppe zukünftig nicht mehr angewendet werden darf<sup>1</sup>. Auch bei Kindern und Jugendlichen in der Altersgruppe zwischen 12 und 18 Jahren mit ausgeprägten Atemwegsbeeinträchtigungen sowie bei Erwachsenen, die Codein sehr schnell verstoffwechseln, wird die Anwendung Codein-haltiger Arzneimittel zur Behandlung von Husten nicht mehr empfohlen<sup>1,2</sup>.

Hintergrund dieser Entscheidung ist eine Neubewertung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses von Codein aufgrund der beobachteten schnelleren Metabolisierung und damit verbundenen höheren Morphinspiegeln im Blut bei sogenannten ultraschnellen CYP2D6-Metabolisierern. Demnach können die höheren Morphinspiegel im Blut bei den betroffenen Patienten zu schwerwiegenden Nebenwirkungen wie z. B. einer beeinträchtigten Atemfunktion führen. Etwa fünf bis zehn Prozent der europäischen Bevölkerung weisen diese genetisch bedingten Risiken auf.

Eine vergleichbar wirksame und auch im Säuglings- und Kindesalter gut verträgliche Alternative stellt das verschreibungspflichtige Antitussivum Capval mit

dem Wirkstoff Noscapin dar<sup>3</sup>. Noscapin ist nicht morphinähnlich und führt daher auch nicht zu Atemdepression. Auch andere bekannte Nebenwirkungen von Codein wie eine Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens, Obstipation und Suchtpotential wurden bei Noscapin bislang nicht beobachtet. Daher ist Capval als Saft oder Tropfen auch weiterhin bereits ab dem 6. Lebensmonat zugelassen.

„Wir freuen uns, dem Arzt mit Capval auch weiterhin ein hochwirksames und zugleich gut verträgliches Antitussivum als sinnvolle therapeutische Option ab dem Säuglingsalter anbieten zu können“, so Philipp Zöller, Geschäftsführer von INFECTOPHARM. „Damit untermauern wir unseren Anspruch, Ärzte mit innovativen und evidenzbasierten Präparaten zu unterstützen, von denen bereits die kleinsten Patienten profitieren“.

#### Quellen:

- 1 [http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/RisikoBewVerf/a-f/codein-bescheid.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/RisikoBewVerf/a-f/codein-bescheid.pdf?__blob=publicationFile&v=2)
- 2 [http://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RV\\_STP/a-f/codein3.html?nn=4694172](http://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RV_STP/a-f/codein3.html?nn=4694172)
- 3 Dahlheim et al., Atemw.-Lungenkrkh., Jg. 36, Nr. 1/2010; S. 35–40,

**Nach Informationen von Infectopharm Arzneimittel GmbH, Heppenheim**

## InfectoDiarrstop® LGG® – jetzt wieder erstattungsfähig!

InfectoDiarrstop® LGG® ist die einzige fixe Kombination aus Elektrolyten und *Lactobacillus* GG, die zur Durchfalltherapie bei Säuglingen und Kleinkindern zur Verfügung steht.

- Reduziert die Durchfalldauer und stoppt begleitendes Erbrechen<sup>1</sup>
- Die Kombination aus LGG und Elektrolyten ist der alleinigen Rehydratation klar überlegen<sup>1</sup>
- Fachgesellschaften empfehlen LGG bei kindlichem Durchfall<sup>2,3,4,5</sup>

Mit der wiederhergestellten Erstattungsfähigkeit aller Varianten von InfectoDiarrstop® LGG® stellt InfectoPharm erneut die einzige fixe Fertigarzneimittelkombination aus Elektrolyten und *Lactobacillus* GG zur Durchfalltherapie bei Säuglingen und Kleinkindern zur Verfügung.

Die einzigartige Kombination zeigt klare Vorteile gegenüber einer alleinigen Rehydratation – durchschnittlich mindestens einen Tag frühere Durchfallfreiheit der Kinder!<sup>1</sup>

Laut verschiedener Fachgesellschaften ist *Lactobacillus* GG Mittel der Wahl bei der Durchfalltherapie von Säuglingen

und Kleinkindern.<sup>2,3,4,5</sup> Nachdem in der Vergangenheit die Erstattungsfähigkeit durch den G-BA eingeschränkt war, sind nun alle Varianten (geschmacksneutral, Kirsch und Banane sowie die Variante LGG ohne Elektrolyte) wieder zu Lasten der Krankenkassen für Kinder bis 12 Jahre erstattungsfähig.

#### Quellen

- 1 DIALAGG: Multicentre, prospective, double-blind, two-armed, placebo-controlled phase III study to evaluate the efficacy and safety of the treatment of diarrhoea with *Lactobacillus rhamnosus* GG in infants and toddlers, EudraCT Nr. 2012-002291-13.
- 2 Handbuch der Dt. Gesellschaft f. pädiatrische Infektologie, S. 662 (2013).
- 3 Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V., Leitlinie Pädiatrische Gastroenterologie 2008, Absatz 6.3.1.
- 4 Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), DEGAM-S1-Handlungsempfehlung Akuter Durchfall, AWMF-Register 053/030; 05/2013.
- 5 ESPGHAN Guideline, Guarino, 2014.

**Nach Informationen von Infectopharm Arzneimittel und Consilium GmbH, Heppenheim**

## Präsident des BVKJ e.V.

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

## Vizepräsident des BVKJ e.V.

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

## Pressesprecher des BVKJ e.V.

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

## Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

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

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

## Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln  
Tel.: 0221/6 89 09-0  
[www.bvkj.de](http://www.bvkj.de)

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

### Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum

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

### Büroleiterin:

Doris Schomburg

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

### Bereich Mitgliederservice/Zentrale

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

### Bereich Fortbildung/Veranstaltungen

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

## BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

### Geschäftsführer:

Herr Klaus Lüft

E-Mail: [bvkservicegmbh@uminfo.de](mailto:bvkjservicegmbh@uminfo.de)  
Tfx.: 0221/6890929

### Büroleiterin:

Anke Emgenbroich

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

### Ansprechpartnerinnen:

Stephanie Kernchen

Tel.: 0221/68909-27  
E-Mail: [stephanie.kernchen@uminfo.de](mailto:stephanie.kernchen@uminfo.de)

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28  
E-Mail: [uschi.horst@uminfo.de](mailto:uschi.horst@uminfo.de)

## Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

### Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

E-Mail: [klaus-michael.keller@helios-kliniken.de](mailto:klaus-michael.keller@helios-kliniken.de)

Prof. Dr. med. Stefan Zielen

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

### Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. med. Christoph Kupferschmid

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

Regine Hauch

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

## Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

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

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

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

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

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

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

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