

bvkJ.

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

Heft 03/14 · 45. (63.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:
Drum prüfe
wer sich
weiter bindet...

Fortbildung:
Bewertung
des neuen
Meningokokken B
Impfstoffes

Berufsfragen:
Beschneidung:
Die Diskussion in
Europa geht weiter

Magazin:
Sport: Bewegung
ermöglichen

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

bvkJ.

© denys_kuvaiev – Fotolia.com



Prävention von Übergewicht - Bewegung möglich machen!

S. 130

Inhalt 3/14

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

Forum

- 73 Vermischtes
- 74 **Bits + Bytes: Drum prüfe wer sich weiter bindet...**
Bernd Byte
- 76 Bundesverband Kinderhospiz kritisiert aktive Sterbehilfe
- 77 Nachgefragt
- 78 **Elternrecht vor Kinderrecht?**
Stephan Eßer
- 81 **ELTERN-AG**
Anne-Kristin Philipp
- 82 **Ihr sucht an der falschen Stelle**
Christoph Kupferschmid
- 83 Sicher sein vor übermäßiger Internetnutzung
- 84 **Die Kinderlähmung ist wieder da**
Christoph Kupferschmid
- 86 **Weil der Anfang zählt**
- 87 **Migranten – in Deutschland und anderswo**
Stephan Nolte

Fortbildung

- 91 **Vorstellung und Bewertung eines neuen Impfstoffes gegen Meningokokken der Serogruppe B**
Markus Knuf
- 102 **Highlights aus Bad Orb: Der Kinderfuß**
Klaus Halbhübner
- 108 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Julia Grothaus
- 108 Impressum
- 112 **Consilium Infectiorum: Nachweis von pharyngealer Acitenobacter baumannii bei einer Gesichtsphegmone**
Reinhard Berner
- 114 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**

Berufsfragen

- 116 **Parlamentarisches Hearing im Europarat zur Beschneidung von Jungen**
Christoph Kupferschmid
- 120 **Statement von Dr. Wolfram Hartmann**
Wolfram Hartmann
- 121 **Berufsordnungsverfahren gegen Berliner Gerichtsmediziner beantragt**
Christoph Kupferschmid
- 122 **Aktive Sterbehilfe bei Minderjährigen**
Volker von Loewenich
- 124 **Faktencheck Gesundheit – Basis für Reformen?**
Stephan Eßer
- 125 Vermischtes
- 126 Wahlauf Ruf

Magazin

- 129 **Themenschwerpunkt Sport**
Regine Hauch
- 130 **Prävention von Übergewicht – Bewegung möglich machen!**
Wiebke Kottenkamp
Ulrike Ungerer-Röhrich
- 132 Buchtipp
- 134 Praxistafel/Stellenanzeigen
- 136 Fortbildungstermine des BVKJ
- 137 Personalie
- 139 **Nachrichten der Industrie**
- 145 Wichtige Adressen des BVKJ

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage das Programmheft des 44. Kinder- und Jugendärztetages, Berlin, und ein Supplement der Firma Sandoz Pharmaceuticals GmbH bei sowie als Teilbeilage ein Flyer Pädiatrie zum Anfassan des LV Baden-Württembergs in Fellbach.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Keine Energy-Drinks für Kinder!

Noch eine Stunde nach dem Konsum eines sogenannten Energy-Drinks sind bei gesunden Probanden in der Kernspintomographie Störungen in der Kontraktilität des Herzmuskels nachweisbar. Dies ergab eine Studie, die auf der Jahrestagung der Radiological Society of North America in Chicago vorgestellt wurde.

„Bisher wussten wir nicht genau, welchen Effekt diese Energydrinks auf die Herzfunktion haben,“ sagte der Radiologe Dr. Jonas Dörner, M.D. von der Radiologischen Universitätsklinik in Bonn, an der die Studie durchgeführt wurde. Dörner bedauert, dass trotz der Bedenken gegen die möglichen schädlichen Effekte auf die Herzfunktion durch Energy-Drinks, Kinder und Jugendliche diese Getränke ohne Einschränkung kaufen können. Der Markt für Energy-Drinks ist riesig und wächst immer noch. Bisher haben vor allem Kinder und Jugendliche den Herstellern die Zuwächse beschert.

Nach einem 2013 erschienenen Bericht der Substance Abuse and Mental Health Services Administration des US-Gesundheitsministeriums hat sich die Anzahl der Notfallpatienten, die mit Beschwerden nach dem Konsum von Energy-Drinks in Ambulanzen kamen, zwischen 2007 und 2011 fast verdoppelt, von 10068 auf 20783.

Die meisten davon zwischen 18 und 25 Jahren.

„Energy-Drinks enthalten bis zu dreimal so viel Koffein wie die vergleichbare Menge Cola oder Kaffee,“ so Dr. Dörner: „Und wir wissen, dass Koffein in hohen Dosen erhöhten Herzschlag, erhöhten Blutdruck und sogar plötzlichen Herzstillstand verursachen kann. Für die Studie, die noch nicht abgeschlossen ist, nutzten Dörner und sein Team ein spezielles kernspintomographisches Untersuchungsverfahren, das sogenannte CSPAMM (complementary spatial modulation of magnetization). Es misst die Bewegungen einzelner markierter Punkte des Herzmuskels. Auf diese Weise kann die Beweglichkeit der Herzwände beurteilt werden.“

Und seine Kollegen konnten anhand einer Gruppe von 18 gesunden jungen Erwachsenen (Durchschnittsalter 27,5 Jahre) zeigen, dass noch eine Stunde nach dem Trinken eines handelsüblichen Energy-Drinks (mit 400 mg/100 ml Taurin und 32 mg/100 ml Koffein) eine Zunahme des „peak strain“ und der „peak systolic strain rates“ feststellbar ist. Beide Parameter sind ein Maß für die Kontraktilität des Herzmuskels.



© Andy Short – Fotolia.com

Das Team um Jonas Dörner vermutet, dass sich die hohe Koffeindosis (und vielleicht auch das Taurin) zumindest kurzfristig negativ auf die Herzfunktion auswirkt. Weitere Studien werden benötigt, um die Langzeitwirkung der Getränke auf Gesunde und auf Menschen mit Herzproblemen zu beurteilen, so Dörner.

Unklar sei zudem noch, welche Folgen die häufige Kombination mit Alkohol hat. Kinder sowie Patienten mit Herzrhythmusstörungen sollten nach Ansicht von Dörner die koffeinhaltigen Getränke vorsichtshalber meiden.

Red: ReH

Lebensretter Schutzhelm – Kinder sind Vorbilder

Auch wenn ein Helm keine 100-prozentige Sicherheit bietet, schützt er bei vielen Sportarten vor schweren Verletzungen, darauf weist die Techniker Krankenkasse (TK) hin. In den letzten zehn Jahren ist die Zahl der Kinder, die wegen Schädelverletzungen in nordrhein-westfälischen Krankenhäusern behandelt werden mussten, um 54 Prozent zurückgegangen. Die Kasse führt diese positive Entwicklung darauf zurück, dass der Helm für Kinder beim Skilaufen, Radfahren und Inlineskaten

zunehmend selbstverständlich geworden ist.

Eltern und Großeltern ohne Helm

Dagegen gab es in den letzten zwei Jahren einen Anstieg von über neun Prozent bei Schädel- und Gesichtsknochenbrüchen bei Erwachsenen über 15 Jahren. Mussten 2011 mit dieser Diagnose circa 6.900 Patienten in NRW-Krankenhäusern stationär behandelt werden, waren es 2012 über 7.500.

Red: ReH



© S.Kobold – Fotolia.com

Bits + Bytes ● ● ●



Drum prüfe wer sich weiter bindet...

Am 8. April 2014 stellt die Firma Microsoft die Unterstützung von Windows XP für normale Endkunden ein. Danach werden aus Redmond nur noch jüngere Windows Versionen unterstützt. In vielen Praxen wird daher – zwangsläufig – unter Zeitdruck über ein Update auf eine aktuellere Version von Windows nachgedacht. Ein erst späterer Umstieg wird dabei oft nicht in Betracht gezogen, da mehrere große Softwarehäuser die Unterstützung ihrer Software von einem Update des Betriebssystems abhängig machen. Interessanterweise verlangen diese Hersteller aber oft nicht den Umstieg auf die aktuellste Version Windows 8.1, sondern bestehen auf einem Umstieg auf die Version Windows 7.

Nun wäre es bei der Neuanschaffung einer EDV-Anlage tatsächlich weniger sinnvoll, etwas anderes als das aktuellste Betriebssystem zu wählen. Es stellt für die Sicherheit den aktuellen Stand der Technik dar und bietet am längsten Unterstützung durch den Hersteller. Unter diesen Aspekten ist es sinnvoll, auf die aktuellste Version des Betriebssystems Windows zu wechseln, und diese ist z. Z. Windows 8.1. Aber ebenso klar ist: Bei bestehenden und gut funktionierenden Systemen provoziert jeder Wechsel des Betriebssystems Unsicherheit und Folgekosten.

Wartung läuft weiter unter Windows XP

Aktuell werden Anwender von Betreuern ihrer Arztsoftware durch die Aussage verunsichert, dass z.B. auch ihre Fernwartungssoftware nicht mehr unter Windows XP laufen würde. Eine Behauptung, die laut Angaben des Herstellers im Internet definitiv nicht stimmt, da dort als Systemvoraussetzung nach wie vor auch Windows XP aufgeführt wird. Sicherlich wird es in Zukunft modernere Versionen geben,

die nicht mehr unter Windows XP laufen. Aber wann das sein wird, ist völlig unklar, und es ist wenig wahrscheinlich, dass ältere Versionen der Fernwartungssoftware dann zeitgleich nicht mehr funktionieren. Ein großer süddeutscher Praxissoftware Konzern hat ausgewählten Kunden auch schon versichert, dass er entgegen seinen offiziellen Ankündigungen Windows XP auch im dritten Quartal 2014 noch unterstützen wird – bei aktuell wohl noch Tausenden betroffener Systeme ist das schon aus logistischen Gründen verständlich.

Auch Hersteller von Antivirensoftware und Firewalls werden Windows XP wohl noch eine geraume Zeit weiter unterstützen. Und selbst Microsoft will seinen Virenwächter Security Essentials auf Windows XP auch nach dem 8. April 2014 weiter mit Signaturen beliefern. Dies kündigte der Konzern vor kurzem an. Demnach dürfen sich die Anwender auf Signatur-Updates bis zum 14. Juli 2015 verlassen. Microsoft hat sich bislang auch noch nicht dazu geäußert, wie bezahlte Updates nach dem Ende der Supportzeit mit freien Updates distribuiert werden. Verständlicherweise will man aktuell den Verkauf neuer Windows Lizenzen mit solch unliebsamen Diskussionen nicht gefährden...

Auf das Kleingedruckte achten

Auch lohnt es sich, Kleingedrucktes zu beachten. Anstatt zu fragen, welche Software in der Zukunft nicht mehr unter Windows XP läuft, sollte man auch umgekehrt fragen, welche aktuell eingesetzte Software *nach* dem Wechsel des Betriebssystems nicht mehr läuft. Und davon gibt es einige: Z.B. Microsoft Office 2003 oder spezielle EKG-Software. Diese Programme mögen zwar ältere Versionen sein, die aber für viele Anwender im Umfang ausreichen und vor allem in der Bedienung vertraut sind. Man sollte also fragen, ob es Upgra-

des für diese Programme gibt und was sie kosten. Oder ob vielleicht in der Folge der Neukauf einer solchen Spezialsoftware notwendig ist und ob man die funktionierende EKG-Hardware gleich mitentsorgen soll... Ebenso sollte man abklären, ob es für weitere Hardware aktuelle Treiber für den Betrieb unter Windows 8.1 gibt, oder ob wegen fehlender Treiber noch funktionierende Hardware wie Scanner oder Drucker ebenfalls neu gekauft werden müssen.

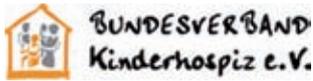
Warten mit der neuen Praxissoftware lohnt sich

Und das führt zur nächsten Frage: Wie viele PCs und Server müssen neu angeschafft werden, weil die alten Geräte nicht mehr die Anforderungen erfüllen, um ein Windows 8.1 vernünftig laufen zu lassen? Wenn alle Antworten auf die oben gestellten Fragen mit einem Preisschild versehen sind, werden nicht wenige Anwender zu der Erkenntnis gelangen, dass ein kompletter Wechsel der Praxissoftware hin zu einer Lösung, die ohne den Austausch des Betriebssystems und mit vorhandener Hardware auskommt, preiswerter ist.

Aktuell verdichten sich die Informationen, dass noch in diesem Jahr Windows 9 vorgestellt wird: Der nach Microsoft-Entwicklungszyklen nach jeweils zwei Versionen neu konzipierte Nachfolger von Windows 8.1, welcher dann ab Frühjahr 2015 verkauft werden soll. In der Logik der genannten Softwarehäuser wird deren Empfehlung dann wohl lauten, erst einmal auf das dann veraltete Windows 8.1 umzusteigen, um ja keinen Schritt zu überspringen.

Dr. Bernd Byte

Red: ReH



Auch schwerkranke Kinder haben Rechte – ein Recht auf Leben und würdevolles Sterben!

Bundesverband Kinderhospiz e.V. kritisiert aktive Sterbehilfe für schwerkranke Kinder in Belgien

„Wenn einem Kind aufgrund einer unheilbaren Erkrankung keine Zukunft gegeben ist, so dürfen wir ihm nicht auch noch das Recht auf ein kinderwürdiges Sterben verwehren“, erklärte Sabine Kraft, Geschäftsführerin des Bundesverbandes Kinderhospiz e.V. in Berlin: „Kinderrechte“ gelten für alle Kinder, weltweit, egal ob in Deutschland, in Belgien, in Afrika, egal ob gesund oder krank, aber vor allem für die besonders vulnerablen, die lebensverkürzend erkrankten Kinder! Deutschland wie auch Belgien gehören zu den ersten Unterzeichnern der UN-Kinderrechtskonvention. Sie haben sich verpflichtet, Kinder zu schützen und gewähren ihnen ein eigenständiges Recht auf Leben.

Es gibt keine Erkenntnisse darüber, wie gemessen werden könnte, ob die Reife eines Kindes ausreicht, um über sein eigenes Sterben zu entscheiden, so der Bundesverband Kinderhospiz e.V. Jedoch wissen wir, dass eine optimale Palliativversorgung für

ein würdevolles und friedvolles Sterben ausschlaggebend ist. Wir wissen nicht, welche Auswirkungen eine aktive Sterbehilfe für das eigene Kind auf die Überlebenden hat – in ein, zwei, drei, zehn Jahren.

Auch international wird Belgien kritisiert, schreibt der Bundesverband Kinderhospiz e.V. in einer Pressemeldung und zitiert Joan Marston, die Direktorin des Internationalen Netzwerks für Kinderpalliativversorgung mit Sitz in Südafrika mit ihrer Forderung an die belgische Regierung: „Stecken Sie lieber dieses Geld in den Ausbau der Kinderpalliativversorgung, insbesondere in die Qualifizierung von Fachkräften, um Kindern und ihren Angehörigen das Leiden zu erleichtern und ihnen höchstmögliche Lebensqualität bis zum letzten Tag zu ermöglichen“.

Prof. Dr. Richard Hain, Honorarprofessor an der Universität von Südwest Wales und Leitender Pädiater in Kinderpalliativmedizin am Kinderkrankenhaus in Wales äußert sich ebenfalls zur Sterbehilfe für Kin-

der:

„Wir wissen, dass wir Kinder glücklicher machen können, indem wir ihre Symptome lindern, denn dazu gibt es wissenschaftliche Ergebnisse. Wir wissen, dass wir sie glücklicher machen können, wenn wir mit ihnen reden und sie lieblos, weil sie lächeln und lachen, wenn wir das tun. Aber es gibt keinerlei Nachweis wie auch immer darüber, dass wir sie glücklicher machen, wenn wir sie töten! Es gibt nichts, absolut nichts, das anraten könnte, dass Euthanasie der beste Weg wäre, um Kinder von ihrem Leiden zu befreien!“

Kontakt:

Bundesverband Kinderhospiz e.V.
Schloß-Urach-Str. 4, 79853 Lenzkirch
Sabine Kraft (Geschäftsführung),
Tel. 0171 727 33 50
kraft@bundesverband-kinderhospiz.de
www.bundesverband-kinderhospiz.de

Red: ReH

Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen weiter auf hohem Niveau – Risiken von Alkohol werden nach wie vor unterschätzt

Insgesamt wurden 2012 26.673 Kinder und Jugendliche aufgrund von akuten Alkoholintoxikationen in Krankenhäusern behandelt. Diese Zahl veröffentlichte das Statistische Bundesamt im Dezember 2013. „Die Risiken von Alkohol – insbesondere für Kinder und Jugendliche – werden nach wie vor unterschätzt. Das kann dramatische Folgen haben und sogar zum Tod führen.“ Mit diesen Worten kommentierte Prof. Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die aktuellen Zahlen. Diese zeigen, dass im Jahr 2012 bundesweit 3.999 junge Menschen zwischen zehn und 15 Jahren aufgrund eines Alkoholrauschs im Krankenhaus behandelt werden mussten. Im Vergleich zum Vorjahr ist das ein Rückgang um 4,2 Prozent. Bei den 15- bis 20-Jährigen wurden 22.674 Fälle registriert, eine Zunahme um 2,3 Prozent. Ge-

rade in dieser Altersgruppe sind mehr männliche (63,4 Prozent) als weibliche Jugendliche (36,6 Prozent) betroffen. Aber die Mädchen holen bei Alkoholvergiftungen auf: ihr Anteil bei den 15- bis 20-Jährigen hat um 4,4 Prozent zugenommen, während er bei den jungen Männern um ein Prozent angestiegen ist. Diese Zahlen, so Pott weiter, bilden sehr deutlich ab, dass Alkohol in der Bevölkerung das am weitesten verbreitete Suchtmittel ist und die Risiken, die von einem unkritischen Alkoholkonsum ausgehen, in der Gesellschaft immer noch deutlich unterschätzt werden. Das beeinflusst auch das Trinkverhalten von Kindern und Jugendlichen. Die BZgA unterstützt Jugendliche und junge Erwachsene daher dabei, einen kritischen und bewussten Umgang mit Alkohol zu lernen, damit die Zahl der akuten Alkoholräsche langfristig reduziert werden kann.

Sie appelliert aber auch an alle Erwachsene und besonders die Eltern, ihrer Vorbildfunktion und Verantwortung gerecht zu werden.

Das Informationsangebot der BZgA zum Thema Alkohol:

www.null-alkohol-voll-power.de
(für Jugendliche unter 16 Jahren)

www.kenn-dein-limit.info
(für Jugendliche zwischen 16 und 20 Jahren)

www.kenn-dein-limit.de
(für Erwachsene)

BZgA-Studie zum Alkoholkonsumverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen:

www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtprevention/?sub=74

Red: ReH

● Nachgefragt

Ab wann brauchen Säuglinge zusätzlich Flüssigkeit?

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

Säuglinge haben bezogen auf ihr Körpergewicht einen höheren Wasserbedarf als Erwachsene. Extra-Getränke brauchen sie in den ersten Lebensmonaten aber dennoch nicht. Denn über die Muttermilch bzw. wenn nicht gestillt wird, über die Säuglingsmilchnahrung, erhält ein gesunder Säugling ausreichend Flüssigkeit. Auch dann noch, wenn schon mit der Beikost begonnen wurde. Doch ab wann brauchen Säuglinge zusätzlich Flüssigkeit?

In den ersten Lebensmonaten löscht die Muttermilch bzw. Säuglingsmilchnahrung den Durst des Säuglings. Mit der Einführung der Beikost ist ebenfalls noch kein zusätzliches Getränk nötig. Der Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Brei und der meist danach eingeführte Getreide-Obst-Brei liefern einen mit der Milch vergleichbaren Anteil an Flüssigkeit. Solange nur ein oder zwei Milchmahlzeiten durch Beikost ersetzt werden, bekommt der Säugling daher ausreichend Flüssigkeit. Erst mit der Einführung des dritten Breis benötigt das gesunde Baby zusätzliche Flüssigkeit und zwar am besten Wasser, so die Empfehlung des Netzwerks Gesund ins Leben, eine IN FORM-Initiative des Bundesernährungsministeriums. Zusammen mit den etwa zwei noch verbleibenden Milchmahlzeiten liefern die drei Breie insgesamt etwa 800 bis 900 ml Flüssigkeit. Der empfohlene Richtwert für die Zufuhr von Wasser liegt bei Säuglingen im Alter von vier bis zwölf Monaten bei etwa einem Liter, sodass ein zusätzliches Getränk von etwa 200 ml genügt, um den Flüssigkeitsbedarf des gesunden Säuglings zu decken.

Info: Die ausführliche Antwort mit Literaturverweisen finden Sie hier:

[http://www.gesundinsleben.de/
fuer-fachkraefte/nachgefragt/](http://www.gesundinsleben.de/fuer-fachkraefte/nachgefragt/)

Red: ReH

KINDER-UND JUGENDARZT

im Internet

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

www.kinder-undjugendarzt.de

Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Elternrecht vor Kinderrecht? – Die Deutsche Liga für das Kind fordert eine Revision des Bundestagesbeschlusses zur Genitalbeschneidung von Jungen

Im Dezember 2012 verabschiedeten Bundestag und Bundesrat das "Gesetz über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes". Dieses Gesetz räumt den Eltern das Recht ein, in eine medizinisch nicht erforderliche Beschneidung des nicht einsichts- und urteilsfähigen Kindes einzuwilligen. Die Deutsche Liga für das Kind machte im Rahmen ihres Neujahrsempfangs im Januar 2014 deutlich, dass der Bundestag mit dem „Beschneidungsgesetz“ keine befriedigende Lösung gefunden hat und ließ von drei kompetenten Expertinnen die Schwierigkeiten beleuchten, die mit der Regelung vom Dezember 2012 verbunden sind.

Nachprüfung durch das Bundesverfassungsgericht

Dr. Lore Peschel-Gutzeit, langjährige Senatorin für Justiz in Berlin und Hamburg, stellte klar, dass der neue Paragraph unvereinbar mit anderen Normen ist, so dem Recht des Kindes auf gewaltfreie Erziehung und die Pflicht der Eltern zur Sorge für das minderjährige Kind. Vor allem müssen die durch die Verfassung geschützte Religionsfreiheit gegen die ebenfalls Verfassungsrang genießenden Grundrechte des Kindes die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, auf körperliche Unversehrtheit gewichtet werden. Peschel-Gutzeit kommt zu dem eindeutigen Ergebnis, dass der Bundestag eine „ungeheure Kompetenzerweiterung“ für die Eltern auf Kosten der Rechte des Kindes beschlossen hat. Frau Peschel-Gutzeit glaubt nicht, dass die vom Parlament geschaffene Lösung einer Prüfung durch das Bundesverfassungsgericht standhalten wird und hofft, dass eine solche Prüfung bald stattfinden wird. Hierzu müsste allerdings zunächst ein betroffener Junge den Klageweg beschreiten.

Keine stichhaltigen medizinischen Gründe für die Circumcision

In den Debatten um die Knabenbeschneidung wurden von den Befürwortern neben den religiösen auch medizinische

Gründe angeführt. Die Stellungnahme der American Association of Pediatrics aus dem Jahr 2012 (AAP) wird in diesem Zusammenhang gerne ins Feld geführt. Professor Ute Thyen, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, stellte klar, dass zahlreiche europäische pädiatrische Fachgesellschaften diese Auffassung nicht teilen und der AAP eine „kulturelle Voreingenommenheit“ bescheinigen. Besonders hart ging Frau Thyen mit der Billigung der Beschneidung von Kindern in den ersten sechs Lebensmonaten auch durch Nicht-ärzte um. Dieser Regelung liege offensichtlich die irrierte Annahme zugrunde, dass ein Kind in dieser Phase des Lebens weniger schmerzempfindlich sei, ein Irrtum, der in der Vergangenheit auch unter Pädiatern weit verbreitet war, wie sie selbstkritisch anmerkte.

Die Kinder- und Jugendpsychiaterin Prof. Ulrike Lehmkuhl, Berlin, sieht die Gefahr seelischer Traumatisierungen, wobei sowohl das Alter des Kindes als auch die Umstände des Eingriffs eine Rolle spielen.

Gesetzesänderung gefordert

Vor diesem Hintergrund fordert die Deutsche Liga für das Kind den Gesetzgeber auf, „den § 1631d BGB zu streichen und stattdessen in das Strafrecht eine Regelung aufzunehmen, der zufolge Genitalbeschneidungen des männlichen Kindes

unter bestimmten Bedingungen straffrei sind. Vorgeschlagen wird ein Tatbestandsausschluss, der die Strafbarkeit einschränkt oder gar ausschließt. Dabei könne offen bleiben, ob das fragliche Verhalten (Beschneiden) kein Unrecht ist oder ob es, obwohl es als Unrecht gilt, nicht mit einer Kriminalstrafe geahndet wird.“ Als notwendige Bedingungen für diese Straffreiheit nennt die Liga:

(1) die alters- und reifeangemessene Beteiligung des Kindes an der Entscheidung,

(2) die umfassende Aufklärung und Zustimmung der Eltern entsprechend den Regeln des Informed Consent,

(3) die Einführung eines zweitägigen Moratoriums zwischen Aufklärung bzw. Zustimmung und Eingriff,

(4) die Durchführung der Beschneidung nach den Regeln der ärztlichen Kunst einschließlich einer effektiven Schmerzbehandlung sowie

(5) die psychologische Begleitung des Kindes während des Eingriffs in der Regel durch Anwesenheit einer dem Kind vertrauten Person.

Stephan Eßer

stephan.esser@uminf.de

Red.: Kup

ELTERN-AG: Sozial benachteiligte Familien erreichen und nachhaltig unterstützen



Eltern in besonders belastenden Lebenssituationen sind häufig schwer erreichbar und greifen nur selten auf konventionelle Unterstützungsangebote zurück. Neben der hohen Stressbelastung sind vor allem Angst und Scham ausschlaggebend dafür, dass bestehende Angebote nicht oder nicht ausreichend genutzt werden. Doch genau diese Eltern müssen erreicht werden, will man die Lebenschancen von sozial benachteiligten Kindern nachhaltig verbessern. Dieser Aufgabe stellt sich seit vielen Jahren erfolgreich das Magdeburger Programm ELTERN-AG. Im Dezember 2013 wurde das Programm mit dem internationalen Klaus J. Jacobs Best Practice Prize für seine richtungsweisende Arbeit mit sozial benachteiligten Familien ausgezeichnet.

ELTERN-AG bietet ein kostenfreies Kurs-Programm für Eltern und andere an der Erziehung beteiligte Personen, die mindestens ein Kind im noch nicht schulfähigen Alter (in der Regel 0–6 Jahre) haben. Schwangere sind ebenfalls in den Gruppen willkommen.

Ziel der ELTERN-AG ist es, Mütter und Väter fit für Erziehung zu machen und dabei die Kooperationsbereitschaft der Eltern mit Angeboten des Sozial- und Gesundheitswesens zu erhöhen. Mütter und Väter werden konsequent mit ins Boot geholt, wenn es um die Entwicklung, Förderung und die damit verbundene Chancengleichheit ihrer Kinder geht.

Eltern sind Experten ihrer Kinder – Diesem Leitsatz folgt das Programm und offeriert den TeilnehmerInnen lediglich eine festgeschriebene Grundstruktur und kurze Inputs durch die MentorInnen. Alle weiteren Inhalte werden von den teilnehmenden Müttern und Vätern bestimmt und orientieren sich an den Interessen und Bedarfen der Gruppen. Innerhalb der 20 Treffen können Mütter und Väter ihre Erfahrungen und Fragen zum Thema Gesundheit und Erziehung stellen und sich darüber austauschen.

„Wir wissen, dass auch Eltern in schwierigen Lebenslagen nur das Beste für ihre Kinder wollen, dabei aber oft an ihre Grenzen stoßen. Durch Unterstützung und Rückhalt von anderen Müttern und Vätern bekommen sie zunehmend das Gefühl, nicht allein mit ihren Sorgen zu sein, und erfahren sich als das, was sie sind – die Experten ihrer Kinder“, beschreibt Janet Thiemann, Geschäftsführerin der ELTERN-AG die Arbeitsweise des Programms. Die ELTERN-AG ist eine aufsuchende Institution. „Wir begeben uns auf Augenhöhe, sind

dort, wo unsere Eltern sind, beispielsweise Spielplätze, Einkaufszentren, Kitas und sprechen sie ressourcenorientiert an“, so Janet Thiemann weiter.

Der Erfolg gibt dem Programm Recht. In einer Panelstudie im Kontrollgruppendesign, durchgeführt durch das unabhängige nexus Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung, konnte die Verbesserung der Erziehungskompetenzen von Müttern und Vätern sowie eine bessere emotionale Entwicklung der Kinder nachgewiesen werden. Nach dem Besuch einer ELTERN-AG waren die TeilnehmerInnen offener für Angebote des Sozial- und Gesundheitswesens und sensibilisiert für das Thema gewaltfreie Erziehung.

Auch im Bereich Teilnahme und Nachhaltigkeit erzielt das Programm wichtige Effekte: Mehr als 80 Prozent der angemeldeten TeilnehmerInnen absolvieren den gesamten Kurs und haben kaum Fehlzeiten. Ein weiteres wichtiges Ziel der ELTERN-AG, die nachhaltige Wirkung durch Vernetzung der Eltern und Bildung von Selbsthilfegruppen, erreichen 77 Prozent aller TeilnehmerInnen.



„Für die Eltern ist das eine Win-Win-Situation. Treten Probleme auf oder benötigen sie jemanden, der ihnen abends das Kind abnimmt, können sie sich gegenseitig unter die Arme greifen“, sagt Prof. Dr. Meinrad Armbruster Gründervater des Programms.

„Der Erfahrungsaustausch mit den anderen Eltern hat mir sehr geholfen, ich habe viele neue Dinge ausprobiert und fühle mich nicht mehr so allein gelassen. Ich habe auch gemerkt, dass wenn ich mich verändere, es auch meine Kinder tun“, sagt Yvonne K, Mutter aus einer Magdeburger ELTERN-AG.

Um möglichst vielen Familien in Deutschland den Zugang zu einer Gruppe zu ermöglichen, arbeitet die gemeinnützige MAPP Empowerment GmbH in Kooperation mit Organisationen vor Ort. Bereits mehr als 50 Partner aus 13 Bundesländern befinden sich im Netzwerk des Programms und es werden stetig mehr. Bis Dezember 2013 konnten so 2.029 Eltern mit 4.662 Kindern erreicht werden.

„Durch eine standardisierte Ausbildung der MitarbeiterInnen unserer Partner können wir das Konzept schnell weitergeben, durch ein qualitätsbasiertes Kooperationsmodell haben wir die Möglich-



keit, Träger bei der Umsetzung zu unterstützen und Herausforderungen gemeinsam zu meistern“ erläutert Janet Thiemann die Zusammenarbeit.

Aktuell befinden sich vorrangig Träger der Kinder- und Jugendhilfe im Netzwerk des Programms. Doch die Anfragen aus dem medizinischen Bereich häufen sich. Besonders in den Bereichen der sozialme-

dizinischen Nachsorge bietet ELTERN-AG beste Voraussetzungen, Familien frühzeitig aufzufangen und bei Bedarf in bestehende Unterstützungsnetzwerke zu integrieren.

„Für 2014 wünschen wir uns weitere Kooperationen mit Trägern der freien Kinder- und Jugendhilfe, sowie Projekten aus dem sozialmedizinischen Bereich, um das

Programm ELTERN-AG an weiteren Standorten in Deutschland, Österreich und der Schweiz anbieten zu können“, sagt Janet Thiemann, Geschäftsführerin der ELTERN-AG.

Mehr Infos unter www.eltern-ag.de

Anne-Kristin Philipp
MAPP-Empowerment GmbH
Programm ELTERN-AG
Klausenerstr. 15, 39112 Magdeburg

Red: ReH

Legasthenie und Dyskalkulie, vom Kopf auf die Füße gestellt?

Ihr sucht an der falschen Stelle

In einer Zeit zunehmender Verordnungszahlen von Logopädie und Ergotherapie beleuchtet Professor Wolfram Meyerhöfer die Frage der Legasthenie und Dyskalkulie anders. „Nicht der Kopf der Kinder ist das Problem, sondern ihr Mathematikunterricht“. Mit diesem Satz spielt Meyerhöfer, Professor für Mathematikdidaktik an der Universität Paderborn, den Ball aus der Ecke der Krankheiten in das Feld der Pädagogik. Kinder hätten unterschiedliche Begabungen, müssten aber alle gleichermaßen die Schule besuchen. Daher müsse die Schule den Stoff so lehren, dass alle ihn sich auch aneignen können. Diese Verpflichtung sei vielen Lehrern und auch der Bildungsadministration nicht bewusst.

Die Begriffe „Legasthenie“ oder „Dyskalkulie“ hält der Pädagoge für „theoriesprachliche Konstrukte“. Sie helfen nicht zu verstehen, was das Problem dieser Kinder ist und wie ihnen geholfen werden kann. Mehr noch, diese Begriffe dienen ausschließlich dazu festzulegen, wer die Ressourcen bereitstellen muss, um den Betroffenen zu helfen. Wenn die Schule diesen Kindern das Lesen und Rechnen nicht beibringen könne, treibe dies die Eltern in die ärztlichen Praxen. Nur dort erhielten die Kinder eine fachärztliche Bescheinigung für einen Nachteilsausgleich, sie erhalten dort teilweise auch Heilmitteltherapie.

Meyerhofer hält diesen Weg für eine ungeheure Verschwendung von Krankenkassengeldern, denn es gäbe keine Krankheit namens Rechenschwäche. Tests, die auch im medizinischen Bereich verwendet werden, erfassen nur, ob das Kind das richtige Resultat nennt, nicht wie es dieses bestimmt hat. Darauf komme es jedoch an. Besonders, ob sich das Kind von zählenden zu nicht zählenden Strategien bewegt habe. Dieser Schritt müsse in der ersten Klasse von kompeten-

ten Lehrerinnen und Lehrern vermittelt werden.

Tests passend konstruiert

Tests seien ebenfalls nur Konstrukte, die letztendlich so entwickelt würden, dass das

5- 10 Prozent der Untersuchungsgruppe auffällig seien. Bereits der IQ-Wert sei ein Testprodukt, das mit vielen problematischen Annahmen arbeite. Zudem seien Tests Wirtschaftsgüter, mit denen Autoren und Verlage Geld verdienen. Das begrenze die Qualität ihrer Erprobung. Meyerhöfer glaubt nicht, dass es Kinder gibt, die bei guter Intelligenz von vorneherein nicht in der Lage sind, lesen, schreiben und rechnen zu lernen.

Von der medizinischen Diagnose zum Behindertenstatus sei der Weg nicht weit. Er werde beschränkt, um Ressourcen für die Betreuung von Kindern mit Legasthenie oder Dyskalkulie zu mobilisieren. Gesellschaftlich sei es jedoch die falsche Richtung. Sie würde die Schulen aus

der Verantwortung nehmen, den Kindern das Lesen, Schreiben und Rechnen beizubringen. Meyerhöfer kenne keinen einzigen Nachweis, dass es Kinder gibt, die bei gutem Mathematikunterricht und eventuell zusätzlicher Förderung nicht rechnen lernen.

<http://lrs-legasthenie.info/?p=1190>

Kup



Ergebnis der Erwartung entspräche. Man könne problemlos einen Test entwickeln, mit dem alle Kinder als rechenschwach klassifiziert würden. Da ein Kind dann als rechenschwach gilt, wenn seine mathematischen Fähigkeiten mehr als zwei Standardabweichungen unterhalb des Erwartungswertes für das chronologische Alter und die allgemeine Intelligenz lägen, würden die Tests eben so konstruiert, dass etwa

Sicher sein vor übermäßiger Internetnutzung

Jugendliche für Risiken im Internet sensibilisieren

Eine aktuelle Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zeigt, dass 72 Prozent der 12- bis 19-Jährigen ein Smartphone besitzen, mit dem sie mobil surfen können. Darüber hinaus haben 97 Prozent der Jugendlichen in ihrem Elternhaus Zugang zum Internet. Anlässlich des „Safer Internet Day“ am 11. Februar betonte Marlene Mortler, Drogenbeauftragte der Bundesregierung: „Für Schule und Beruf ist es heutzutage äußerst wichtig, sich sicher und gezielt im Internet bewegen zu können. Internetangebote sind aber auch zu einem wesentlichen Teil der modernen Freizeitgestaltung für Jugendliche geworden. Es besteht die Gefahr, dass sie sich übermäßig lange und zu oft im Netz aufhalten. So können sie die Kontrolle über den eigenen Internetgebrauch verlieren.“

16 Stunden online

Wie eine vor Kurzem von der BZgA veröffentlichte repräsentative Studie zeigt, verbringen 12- bis 17-jährige Jungen im Durchschnitt mehr als 16 Stunden in der Woche mit Computerspielen und Internetangeboten. Bei den gleichaltrigen Mädchen sind es knapp elf Stunden. Besonders attraktive Angebote für Jugendliche sind dabei soziale Netzwerke, aber auch Unterhaltungsangebote wie Video- oder Musikportale. Daneben sind Online-Spiele beliebt – insbesondere bei den Jungen: Rund 60 Prozent geben an, in den letzten zwölf Monaten online Computerspiele gespielt zu haben. Prof. Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der BZgA: „Bei etwa 3,2 Prozent der 12- bis 17-Jährigen in Deutschland kann derzeit von einer exzessiven Nutzung von Internetangeboten und Computerspielen ausgegangen werden. Die damit verbundenen persönlichen Probleme und Belastungen können massiv sein.“

Eine exzessive Nutzung liegt zum Beispiel vor, wenn Betroffene Schwierigkeiten haben, ihren Internetgebrauch zu kontrollieren, sich gedanklich übermäßig stark mit Internetangeboten beschäftigen und sich körperlich und psychisch unwohl fühlen, wenn sie nicht online sein können.

Mit Präventionsangeboten gegen die Sucht

Um einer suchtmöglichen Nutzung des Internets vorzubeugen, ist es wichtig, Jugendliche mit passgenauen Präventionsangeboten für die Risiken zu sensibilisieren und zu einem verantwortungsvollen Umgang zu motivieren. Die BZgA setzt mit ihrem Präventionsangebot „Ins Netz gehen“ (www.ins-netz-gehen.de) bei Jugendlichen ab zwölf Jahren an. Ziel ist es, eine kritische Einstellung zu Computerspielen und Internetangeboten zu fördern und so eine exzessive Nutzung zu verhindern. Mit dem speziell entwickelten Online-Beratungsprogramm „Das andere Leben“ bietet die BZgA individuelle Unterstützung, wenn eine Tendenz zur suchtmöglichen Nutzung von Computerspielen und Internetangeboten vorliegt.

Info:

Weitere Informationsangebote der BZgA:

- *Computerspiele find ich toll! Wo ist das Problem?* - Flyer zum Thema „Computerspiele im Internet“ für Jugendliche

- *„Im Netz bin ich am liebsten! Wo ist das Problem?“* Flyer zur richtigen Nutzung von Internetangeboten für Jugendliche

- *„Online sein mit Maß und Spaß“ – Ein Elternratgeber zum richtigen Umgang mit digitalen Medien.*

Die Materialien gibts unter <http://www.bzga.de/infomaterialien/suchtvorbeugung/>

Red: ReH

Die Kinderlähmung ist wieder da

Syrien war seit 1995 Polio frei. War, denn im Rahmen des Bürgerkrieges ist die Krankheit wieder zurück gekommen. Beinahe hundert Fälle sind aus Berichten von internationalen Gesundheitsorganisationen und von syrischen Ärzten inzwischen bekannt geworden. Die Betroffenen sind überwiegend jünger als zwei Jahr und nicht vollständig geimpft. Alle Länder, in denen Menschen aus dem Bürgerkriegsland Zuflucht finden sind alarmiert. Polio ist so hoch ansteckend, dass bereits ein einzelner Fall den Ausnahmezustand bei den Gesundheitsbehörden auslöst. In einer Bevölkerung ohne Mukosabarriere durch Schluckimpfung kann sich das Virus rasant verbreiten.

Zahlen sind politisch

„Bislang wurde im Rahmen der Stuhl-Surveillance bei Kindern aus Syrien, die als Asylbewerber nach Deutschland gekommen sind, kein Polio-Wildvirus nachgewiesen“, meldete das Robert-Koch-Institut (Berlin). Dort geht man auch nur von 36 Fällen in Syrien seit Oktober 2013 aus. Die syrische Regierung bestätigt jene 23 Erkrankungen, bei denen der Erreger in WHO Labors nachgewiesen wurde. Säuglinge und Kleinkinder, die ohne Erregernachweis an Lähmungen erkranken und sterben, werden nicht gezählt. Auch solche nicht, die lediglich vorübergehende Paralyse eines Beines mit Fieber und Durchfall haben. Im 21. Jahrhundert vergessen wir leicht, dass die meisten Poliofälle mild verlaufen und sich Lähmungen innerhalb eines Jahres zurückbilden können.

Bereits im letzten Jahr hat das RKI eine Reihe von Maßnahmen empfohlen. Vordringlich die Impfung ungenügend geimpfter Flüchtlinge mit IPV- oder Kom-

binationsimpfstoff. Nach 2010 geborene Kinder sind besonders gefährdet. Insbesondere bei diesen wird eine Stuhluntersuchung zum Nachweis von Wild-Polioviren gefordert.

In der ersten Januar-Woche 2014 wurde nach RKI-Berichten die dritte Runde der Impfkampagne mit oralem Polioimpfstoff (OPV) in Syrien und den Nachbarländern durchgeführt. Nach Presseberichten wurde ein großer Teil der Kinder in den von Aufständischen kontrollierten Gebieten Syriens in dieser Runde zum ersten Mal erreicht, d. h. diese Kinder haben erst eine Dosis OPV erhalten und sind somit nur unvollständig gegen Polio geschützt. Zurzeit findet die vierte von insgesamt sechs geplanten Impfrunden statt.

Gefährliche Versorgungs- und Impfücke

Nach einem anklagenden Bericht von Dr. Annie Sparrow, pädiatrische Intensivmedizinerin an der Icahn School of Medi-

cine, Mount Sinai in New York, traten die ersten Erkrankungen in der Provinz Deir Al Zour am Euphrat auf, die traditionell dem Assad System kritisch gegenüber steht. Inzwischen ist die Krankheit auf Aleppo und andere Städte übergesprungen, auch auf Vororte der Hauptstadt Damaskus. Die Regierung hätte mit Beginn des Bürgerkrieges die medizinische Versorgung, Impfkampagnen und das Wassermanagement in den Rebellengebieten sofort gestoppt. Am schlechtesten gehe es den Flüchtlingen, die im Land bleiben mussten. Von 1,8 Millionen Kindern, die seit Kriegsbeginn geboren sind, habe, so Sparrow, wenig mehr als die Hälfte einen Impfschutz gegen Polio. Das Impfprogramm wird von der UN unterstützt und sein Erfolg wird vom Roten Halbmond Katar überprüft. Mindestens 800.000 Kinder seien bislang deswegen nicht geimpft worden, weil die Planung und Dokumentation ungenügend gewesen sei oder weil sie in Gegenden leben, die wegen der Kämpfe zu gefährlich sind.

Kup

Überleitungs- und Pflege für schwerkranke Kinder und Jugendliche an der Medizinischen Hochschule Hannover

Weil sowohl die Eltern schwerkranker Kinder und Jugendlicher als auch ambulante Pflegedienste häufig direkt nach der Entlassung mit der besonderen medizinischen Versorgung, wie intravenöser antibiotischer Therapien, künstlicher Ernährung oder häuslicher Chemotherapie überfordert sind und oft in der ambulanten Kinderkrankenpflege ein Mangel an Fachpersonal besteht, soll das sogenannte „Brückenteam“ der MHH-Kinderklinik

jetzt mit der sogenannten Überleitungs- und Pflege diese Lücke schließen.

Dabei soll das vertraute und besonders ausgebildete Klinikpersonal in den ersten Tagen den Übergang von der klinischen High-Tech Versorgung in den heimischen Alltag begleiten, bis die weitere Versorgung von der Familie oder durch einen ambulanten Kinderkrankenpflegedienst übernommen werden kann. Dieses besondere Behandlungsangebot bietet jetzt auch die

BARMER GEK ihren betroffenen Versicherten an. „Konkret unterstützt das Team durch Beratung und Einweisung der Eltern, aber auch durch aktive Pflege der betroffenen Kinder“, erklärt Heike Sander, Landesgeschäftsführerin der BARMER GEK, die getroffene Vereinbarung zum neuen Entlassungsmanagement.

Quelle: GKiND

Red: ReH

Weil der Anfang zählt – Geburtskliniken sind wichtige Partner in den Frühen Hilfen

Über 200 Fachkräfte aus Geburtskliniken und Jugendhilfe kamen am 30. Januar erstmals auf Einladung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen zusammen

98 Prozent aller Kinder in Deutschland werden in Geburtskliniken geboren. Sie sind der ideale Ort, um Mütter und Väter über Angebote der Frühen Hilfen zu informieren. Leider ist es in Deutschland noch



© Tobilander – Fotolia.com

immer nicht selbstverständlich, dass Familien dort Informationen über Unterstützungsangebote erhalten. Das ist besonders bedauerlich, da die Fachkräfte in den Geburtskliniken bereits rund um die Geburt erkennen können, ob eine Familie sich durch das Neugeborene überfordert fühlt und Hilfe benötigt.

Um diese Situation zu verbessern, sind am 30. Januar über 200 Fachkräfte aus Geburtskliniken und anderen Bereichen der Frühen Hilfen zur Tagung „Weil der Anfang zählt – Frühe Hilfen und Geburtskliniken“ in Köln zusammengekommen. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) hat sie gemeinsam mit dem Deutschen Caritasverband e.V. und der WHO/UNICEF-Initiative „Babyfreundlich“ eingeladen.

Das Ziel ist, Geburtskliniken in die regionalen Netzwerke der Frühen Hilfen besser einzubeziehen, Belastungen und Überforderungen von jungen Eltern bereits rund um die Geburt zu erkennen und passgenaue Unterstützung anzubieten, damit alle Kinder von Anfang an gute Chancen auf eine gesunde Entwicklung haben.

„Geburtskliniken sind ideale Partner in den Netzwerken Früher Hilfen, in denen alle Angebote organisiert sind, die es für junge Familien – wenn es mal schwierig

wird – in einer Kommune gibt, betonte **Regina Kraushaar**, Abteilungsleiterin im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). „Derzeit stellt der Bund den Kommunen im Rahmen einer Bundesinitiative bis Ende 2015 177 Millionen Euro für den Ausbau der Frühen Hilfen zur Verfügung“

In ihrer Begrüßung sagte **Prof. Dr. Elisabeth Pott**, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, in der das NZFH angesiedelt ist: „Geburtskliniken sind für die Frühen Hilfen besonders wichtig, denn gerade nach der Geburt eines Kindes sind Eltern oft dankbar und offen für Angebote, die sie unterstützen. Am Anfang der Elternschaft sind viele Eltern verunsichert und wollen nichts falsch machen.“

Prof. Dr. Ute Thyen, Vorsitzende des Beirates des NZFH, informierte in ihrem Vortrag: „Ich helfe gerne, aber ich kann das nicht allein – Kooperation zwischen den Systemen“ über Aspekte der notwendigen Zusammenarbeit zwischen Fachkräften aus den unterschiedlichen Bereichen im Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe. Darüber hinaus stellten fünf Kliniken aus verschiedenen Regionen Deutschlands und Kooperationspartner des lokalen Netzwerks ihre Zusammenarbeit vor. Auch Eltern kamen zu Wort, die in Kliniken angesprochen wurden und dadurch über die Angebote der Frühen Hilfen erfahren und bereits genutzt haben. Sie berichten über ihre Erfahrungen. Red: ReH

Info:

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen wird gemeinsam von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Deutschen Jugendinstitut e.V. getragen. Es unterstützt seit 2007 im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Fachpraxis dabei, familiäre Belastungen früher zu erkennen, bedarfsgerechte Unterstützungsangebote bereitzustellen und die Vernetzung der unterschiedlichen Berufsgruppen zu fördern. Außerdem koordiniert es die 2012 gestartete Bundesinitiative Frühe Hilfen auf Bundesebene.

Weitere Informationen unter www.fruehehilfen.de

Heidelberger Kinderherzzentrum komplett unter einem Dach

Das Kinderherzzentrum des Universitätsklinikums Heidelberg ist unter einem Dach. Mit der Unterstützung der Dietmar Hopp Stiftung in Höhe von drei Millionen Euro – die Gesamtkosten betragen 5,7 Millionen Euro – stehen moderne Räume mit einer innovativen Ausstattung für die Behandlung von Kindern mit angeborenen

Herzfehlern und schweren Herzerkrankungen zur Verfügung. Dazu gehören ein neuer Operationssaal und ein Herzkatheterlabor.

Kinder mit angeborenen Herzfehlern und anderen Herzerkrankungen wurden bislang an zwei getrennten Orten behandelt: In der Herzchirurgischen Abteilung

der Chirurgischen Klinik und in der Kinderklinik. Die Kinder wurden für die Eingriffe in die Chirurgische Klinik gebracht und wurden dann wieder in die einige hundert Meter entfernte Kinderklinik zurückverlegt.

Quelle: GKiND

Red: ReH

Migranten – in Deutschland und anderswo

32. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Tropenpädiatrie in Würzburg, 31.1.-2.2.2014

Zum dritten Mal fand die Jahrestagung der ATP in Würzburg statt, in zeitlichem Zusammenhang mit dem Intensivseminar, dem 5. TropPädKurs der ATP am missionsärztlichen Institut und mit erfreulich großer Beteiligung ausländischer Teilnehmer. Insgesamt nahmen 210 Teilnehmer, davon 14 ausländische Gäste aus 10 verschiedenen Ländern teil. Organisiert wurde die Tagung von einem Team von Mitgliedern der ATP, darunter vier Vorstandsmitgliedern, unter lokaler Leitung der stellvertretenden Vorsitzenden der ATP, Christa Kitz, Würzburg. Die Tagung fand dank Teilnehmergebühren, Spenden und hohem ehrenamtlichen Engagement ohne Unterstützung der Pharmaindustrie statt. Statt Pharmafirmen präsentierten sich viele Nichtregierungsorganisationen während der Pausen.

Als Migrant in Würzburg

Unter diesem Titel stellte August Stich im Festvortrag die Situation von Migranten in Deutschland dar. Jedes vierte Kind hat heute einen Migrationshintergrund. Verlust oder Verschlechterung der Lebensgrundlage ist der Hauptgrund für Migration, und wir sind daran häufig mit schuldig. Man denke nur an die Kämpfe um Ressourcen, Umweltschäden oder auch Konflikte, an denen europäische und nordamerikanische Unternehmen beteiligt sind. Europa hat sich heute zur Festung abgeschottet. Wie viele Tote kosten Europas Grenzen täglich? Politische Flüchtlinge haben Asylrecht. Es wird aber nur ein Prozent anerkannt, ein Drittel der Asylsuchenden wird meist nach zwei oder drei Jahren zurückgeschickt, ein Drittel wird geduldet. 27 Prozent der Asylsuchenden sind Kinder. Medizinische Hilfe gibt es nur bei Schmerzen oder lebensbedrohlichen Erkrankungen, Impfungen und vor- und nachgeburtliche Betreuung müssen beantragt werden. Wenn Migranten aber keinen Zugang zur medizinischen Betreuung haben, ist dies nicht nur eine Verletzung der Menschenrechte und der nationalen Verfassungen, sondern kann auch, Beispiel Polio, eine öffentliche Gesundheitsgefährdung verursachen. Das Missionsärztliche Institut engagiert sich in Würzburg mit Sprechstunden, aber auch mit Pilotprojekten zur Kommunikationsverbesserung, Kulturbarrieren und zu Traumatisierungen, die etwa 70 Prozent aller Asylbewerber zeigen. Der Referent forderte, dass alle Menschen, die in Deutschland leben, unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus gleichen Zugang zu medizinischer Versorgung erhalten.

Die Seele einer Gesellschaft zeigt sich im Umgang mit ihren Kindern (Nelson Mandela).

Gesundes Aufwachsen für alle Kinder ist auch in Deutschland keine Selbstverständlichkeit, wie Christa Kitz, unter anderem basierend auf den Daten der KIGGS Studie, darlegte. Kinder mit Migrationshintergrund, fast ein Drittel aller Kinder, haben schlechtere Ausgangsbe-

dingungen. Eine ausführliche Erstanamnese und – untersuchung mit Übersetzer unter Einbeziehung spezifischer Risikofaktoren des Herkunftslandes findet häufig nicht statt. Auch fehlt es an migrationspezifischen Schulungsangeboten bei Kindern mit chronischen Krankheiten. Pädiater sollten sich für die Rechte aller Kinder auf gleichberechtigten Zugang zu Gesundheit und Bildung einsetzen. Die spezifischen Probleme von Kindern mit Migrationshintergrund erfordern neue Untersuchungs- und Behandlungsstrukturen. Zu wenig wird bisher der soziokulturelle Kontext berücksichtigt, um mit chronischen Krankheiten und auch kinder- und jugendpsychiatrischen Problemen kultursensibel umzugehen. Die medizinische Versorgung von Kindern mit Migrationshintergrund darf nicht nur infektiologisch und mit Impfungen gelöst werden.

Schattentheater wirft seine Schatten

Abends fand in der Würzburger Residenz ein Weinfest mit Weinverkostung und fränkischer Brotzeit statt. Eine Schattentheateraufführung mit eindrucksvollen, aber auch sehr bedrückenden Szenen aus dem Leben von Asylbewerbern zeigte die Schatten dieses Daseins. Die mit großem Applaus gefeierten Schauspieler, Bewohner der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft, mischten sich anschließend unter die Gäste.

Problemen ohne Grenzen

Die Vorträge der folgenden Tage im Audimax der Universität drehten sich um die immer wieder neuen alten Probleme: Überleben ist in Not- und Katastrophensituationen entscheidend von medizinischer Hilfe abhängig, diese muss nicht nur vorhanden, zugänglich sondern auch akzeptiert sein. Frauen sind weltweit die wichtigsten „health care provider“. Der „Brain drain“ zieht ausgebildete Fachkräfte in die westlichen Länder und dünnt die Gesundheitsstrukturen weiter aus. Berichte aus Gesundheitseinrichtungen etwa aus Sierra Leone oder dem Kongo zeigen die Notwendigkeit, das Gesundheitswesen



Dr.
Stephan Nolte

durch lokale Health posts von unten zu organisieren (Community orientated primary care). Dies muss durch einheimische Kräfte geschehen, denn „Ein Land kann nicht entwickelt werden, nur Menschen können sich selbst entwickeln“, wie der erste Präsident Tansanias, Julius Nyerere, sagte. Gebraucht würden, wie aus rwandischer Sicht geschildert wurde, gut ausgebildete und erfahrene Ärzte, die Lehrtätigkeit, Studentenunterricht, Ärztefortbildung und Beratung der Krankenhaus-Verwaltung übernehmen, mindestens für zwei bis drei Jahre, besser vier Jahre, um das System zu beherrschen und aus-



reichend Erfahrung zu sammeln, aber nicht, um leitende Stellen zu übernehmen. In erster Linie müssen einheimische Ärzte in In- und Ausland besser ausgebildet werden. Die Erkenntnis, „Our first job is, to teach“, sollte alle

Entwicklungshilfeprogramme durchziehen.

Die „Entdeckung“ der Neugeborenen

Die Neugeborenensterblichkeit, die heute etwa 40 Prozent kindlicher Todesfälle ausmacht, ging ursprünglich in die Mortalitätsstatistik nicht ein. Weltweit hat sich zwar die unter 5-Sterblichkeit von 1990 auf 2012 von 12,6 auf 6,6 Mio. Kinder halbiert, dabei hat aber die Neugeborenensterblichkeit relativ zugenommen, die nun 44 Prozent der Todesfälle ausmacht. Die Hälfte der Kinder stirbt am ersten Tag, 75 Prozent in der ersten Woche. Infektio-

nen und Asphyxie machen je ein Viertel, die Frühgeburtlichkeit ein Drittel der Todesfälle aus. So liegt der Schlüssel zur Senkung der Kindersterblichkeit heute in der Bekämpfung der Neugeborenensterblichkeit. Zwar wurde in vielen Studien gezeigt, dass etwa jede zweite Totgeburt, jeder zweite Neugeborenen-todesfall und die Hälfte der mütterlichen Todesfälle durch einfache Maßnahmen verhindert werden können, es fehlt aber an Problembewusstsein, Ausbildung und Ausstattung. Außerdem werden schätzungsweise ein Drittel der Geburten sowie zwei Drittel der Neugeborenen-todesfälle noch gar nicht erfasst, sie sind noch „unentdeckt“. Die WHO hat einen Aktionsplan „Every Newborn“ zur Reduktion verhinderbarer Todesfälle aufgestellt, mit den Zielen, bereits die Schwangere zu erreichen und Mutter- und Kindbetreuung als Einheit zu sehen. Monica Mallomo, Tanzania, stellte ein Programm „No Baby left out“ zur Reduzierung der neonatalen Mortalität vor, welches in 84 Zentren in Tanzania implementiert wurde. Die Neugeborenensterblichkeit konnte durch verbesserte Zuweisung, Einrichtung von Neugeborenenstation, Neugeborenen-Basisversorgung und Reanimation sowie Kangaroo Methode von 3,5 2011 auf 2,2 Prozent 2013 gesenkt werden. Ihr Vortrag wurde mit dem Helmut Wolff Preis der ATP geehrt.

Mit Hinweis auf die nächste Tagung in Mainz 2015 ging die Tagung zu Ende. Auch im nächsten Jahr wird es wieder einen TropPädKurs zur intensiven Einführung in die internationale Pädiatrie geben.

Info: www.tropenpaediatric.de

Stephan Heinrich Nolte, Marburg
shnol@t-online.de

Red: ReH

Vorstellung und Bewertung eines neuen Impfstoffes gegen Meningokokken der Serogruppe B

Meningokokken der Serogruppe B sind in Europa die häufigsten Erreger der bakteriellen Meningitis und des septischen Multiorganversagens (Waterhouse-Friderichsen-Syndrom). Seit Jahrzehnten wird an einem überregional wirksamen und gut verträglichen Impfstoff gearbeitet, der nicht nur lokal einsetzbar ist. Am 14. Januar 2013 hat die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) einen rekombinanten 4-Komponenten-Meningokokken-B-Impfstoff (4CMenB, Bexsero®, Novartis Vaccines and Diagnostics) für Personen ab einem Alter von zwei Monaten zugelassen. Er könnte in Deutschland mehr als 80% der krankheitsverursachenden Meningokokken-B-Stämme erfassen. Ein weiterer Impfstoffkandidat aus rekombinantem Lipoprotein 2086 (der Firma Pfizer) befindet sich noch in der frühen klinischen Entwicklung. Immunogenität und Sicherheit des Impfstoffes 4CMenB sind für unterschiedliche Impfschemata in verschiedenen Altersgruppen ab zwei Monaten untersucht. Der Impfstoff ist immunogen und kann mit den Standardimpfungen des Säuglings- und Kleinkindalters gemeinsam verabreicht werden. Allerdings führt diese Koadministration zu einer Erhöhung der Nebenwirkungsrate, wobei besonders die Fieberreaktion von Interesse ist.

Es werden Möglichkeiten der Anwendung des Impfstoffes in Deutschland diskutiert. Bei Einführung des Impfstoffes wäre eine ausführliche Beobachtung der zirkulierenden Meningokokken-Stämme unerlässlich.



Univ.-Prof. Dr.
Markus Knuf

Hintergrund

Das einzige Reservoir von *Neisseria meningitidis* ist der Mensch, ca. 10% der Bevölkerung sind asymptomatische Träger (1, 2). Die Inzidenz invasiver Erkrankungen weltweit beträgt etwa 0,5 bis 10 Fälle pro 100.000 Einwohner, bei epidemischer Häufung bis zu 1.000 pro 100.000 (3). In Europa nimmt man eine Inzidenz zwischen 0,2 und 14 Fällen pro 100.000 Einwohner an (4). In Deutschland wurden 2011 dem RKI 369 Fälle invasiver Meningokokken-Erkrankungen gemeldet, entsprechend einer Inzidenz von 0,45/100.000.

Seit vielen Jahren sind hierzulande Meningokokken der Serogruppe B (Men B) für rund 70% der Fälle von Meningokokken-Erkrankungen verantwortlich.

In Deutschland sind hauptsächlich Kinder im ersten Lebensjahr von Men B Erkrankungen betroffen (2011: 51 Fälle), ein zweiter, etwas kleinerer Erkrankungsgipfel liegt bei den 15- bis 19-Jährigen (2011: 72 Fälle) (Abb. 1). Die Letalität nach isolierter Meningokokken-Meningitis wird mit ca. 3% angegeben, nach Sepsis mit ca. 10% – in Kombination mit Waterhouse-Friderichsen-Syndrom mit ca. 35% (6).

Entwicklungsversuche mit Men B-Impfstoffen

Schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde der Meningokokken-Erkrankung mit Ganzkeim-Impfstoffen vorgebeugt und diese mit spezifischen Immunglobulinen behandelt. Seit mehr als 30 Jahren werden Polysaccharidimpfstoffe zur Prävention invasiver Meningo-

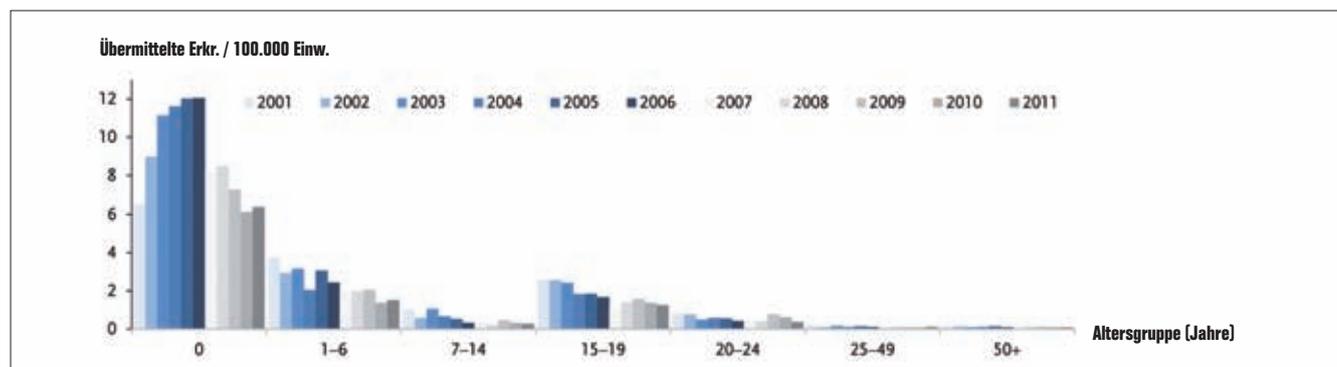


Abb. 1: Invasive Meningokokken-B-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe, Deutschland 2001–2011, hochgerechnet aus Meldedaten nach Infektionsschutzgesetz (5)

(© RKI: Invasive Meningokokken-Erkrankungen, 2001–2011. Epid Bull 39/2012)

Klassifikation und Stammvariabilität

Meningokokken weisen eine große Antigenvielfalt auf. Grundsätzlich ist zwischen der Polysaccharidkapsel und den Molekülen der äußeren Bakterienmembran zu unterscheiden. Weder die Kapsel, noch bestimmte Membranproteine sind obligat vorhanden. Außerdem können Meningokokken einen Teil der äußeren Membran als Vesikel (Outer Membrane Vesicles, OMVs) abschnüren.

Für den Hauptteil der invasiven Erkrankungen sind weltweit die Serogruppen A, B, C, Y, W135 und X verantwortlich. Mit neuen Methoden veränderte sich auch die Klassifikation. Zu den Serogruppen der Kapselpolysaccharide kamen früher der Serotyp (anhand Porin B), der Serosubtyp (anhand Porin A) und der Immunotyp (anhand Lipooligosaccharid) hinzu. Inzwischen ist die DNA-Sequenzierung üblich. Manchmal wird ein Stamm aber auch nur kurz mit dem Jahr der Entdeckung und einer laufenden Nummer bezeichnet, z.B. NZ98/254 für den Stamm, aus dem ein Impfstoff gegen Men B für Neuseeland (MeNZB) entwickelt wurde.

Nicht in die Klassifikation aufgenommen, aber dennoch wichtig für die Schutzwirkung einer Vakzine sind die drei Varianten des Faktor H Binding Proteins (fHBP VR 1, 2, 3), bzw. seine zwei Subfamilien: A (entspricht VR 2 und 3) und B (entspricht VR 1).

Meningokokken können außerdem den Kapselphänotyp wechseln („capsular switch“). Andererseits sind hypervirulente Stämme, wie beispielsweise in Neuseeland, abgesehen vom Kapseltyp genetisch sehr stabil und treten überregional auf (7, 8, 9, 10).

kokken-Erkrankungen der Serogruppen ACWY eingesetzt (11). Es gelang jedoch im Gegensatz zu diesen Serogruppen nicht, einen Polysaccharidimpfstoff gegen die Serogruppe B zu entwickeln. Das Gruppe-B-Polysaccharid besteht aus Einheiten von α (2,8) Sialinsäure und ähnelt strukturell humanen neuronalen Zelladhäsionsmolekülen (N-CAM). Dadurch entsteht zum einen eine Toleranz, d.h. eine nicht ausreichende Immunogenität und damit unzureichende Wirksamkeit. Zum anderen bestanden auch theoretische Sicherheitsbedenken aufgrund von Autoimmunreaktionen auf die Impfung mit dem Serogruppen B-Polysaccharid mit dem Risiko von Entzündungen des Nervensystems.

Der erste Meningokokken-Polysaccharid-Konjugatimpfstoff, zunächst gegen die Serogruppe C, wurde 1999 in Großbritannien zugelassen (4). Seit 2005 steht in den USA ein 4-valenter Konjugatimpfstoff (Serogruppen A, C, W135, Y) zur Verfügung. Seit 2010 ist in Deutschland ein weiterer tetravalenter Konjugatimpfstoff mit den gleichen Serogruppen zugelassen, 2012 kam noch ein weiterer Impfstoff hinzu. Das Konzept der Konjugatimpfstoffe war jedoch aus o.g. Gründen nicht auf die Serogruppe B anwendbar.

Impfstoffe aus Abschnürungen der äußeren Bakterienmembran (OMVs) haben nur regional (z.B. in Norwegen, Neuseeland oder auf Kuba) eine unterschiedliche Schutzwirkung gezeigt (ca. 37–94%, je nach Alter der Geimpften und angewendetem Impfschema). Um eine weltweit akzeptable Abdeckrate innerhalb der Serogruppe B zu erreichen, müsste man allerdings zahlreiche OMVs in einem Impfstoff kombinieren, was an die Grenzen des Machbaren stößt. Ab den 1990-er Jahren wurde

bei neuen Meningokokken-B-Impfstoffkandidaten nicht mehr versucht, die Immunantwort gegen die Kapsel zu richten. Vielmehr versuchte man, Proteinimpfstoffe zu entwickeln, die sich allerdings aufgrund der selektiven Antigenität einzelner Proteine bei einer Vielzahl von Men B-Stämmen als nicht hinreichend wirksam gegen die Vielzahl von Stämmen erwiesen. Deshalb war es erforderlich, Proteine bzw. Antigene zu identifizieren, die möglichst viele dieser Stämme übergreifend erfassen (12, 13).

Neue Versuche mit „reverser Vakzinologie“

Die vollständige Entschlüsselung des Genoms von *N. meningitidis*, Serogruppe B, Stamm MC58 eröffnete neue Möglichkeiten für die Impfstoffentwicklung. Aus den 2.185 Genen des Erregers konnten nun mit Hilfe der „reversen Vakzinologie“ die zugehörigen Proteine identifiziert werden. Nur einige Hundert dieser Kandidaten-Proteine ließen sich erfolgreich in *E. coli* exprimieren, bakterizide Antikörper induzierten nur 28, von denen fünf in die engere Wahl kamen. In den hier vorgestellten 4-Komponenten-Meningokokken-B-Impfstoff (4CMenB) sind schließlich drei Proteine aufgenommen worden sowie Porin A 1.4 als Bestandteil des neuseeländischen OMVs (Abb. 2). Im Folgenden werden diese Komponenten des neuen Impfstoffs vorgestellt.

Faktor H Binding Protein (fHBP):

Wird das humane Faktor-H-Protein durch das fHBP der Meningokokken gebunden, ist die Kaskade des Komplementsystems gestört und damit die Lyse der Bakterien unterbrochen. Dies erlaubt den Bakterien, der menschli-

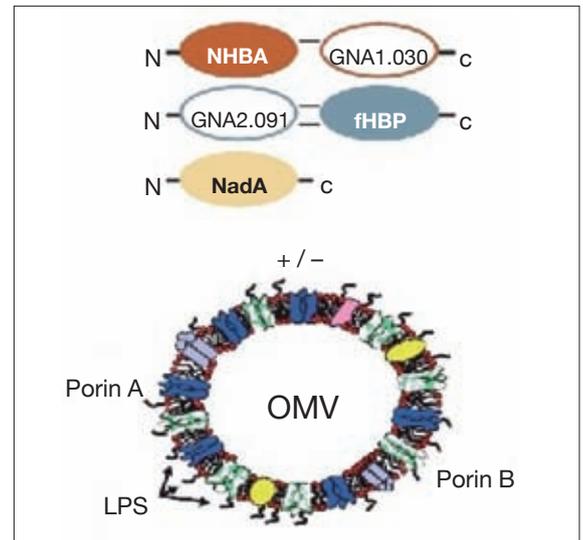


Abb. 2: Komponenten des 4-valenten Meningokokken-B-Impfstoffs (4CMenB). GNA: genome-derived neisserial antigen; Protein, das für eine bessere Immunantwort und Stabilität mit dem Impfantigen fusioniert wurde; LPS: Lipopolysaccharid; OMV: outer membrane vesicle; Vesikel abgeschnürt von der äußeren Bakterienmembran

© Kirchheim Verlag, Sonderheft Meningokokken (2010)

chen Abwehr zu entgehen. fHBP bindet ausschließlich menschliches Faktor-H-Protein, womit der Mensch der einzige Wirt von *Neisseria meningitidis* ist.

Neisseria Heparin Binding Antigen (NHBA):

Dieses Protein erhöht die Adhärenz der Meningokokken an den Wirtszellen, bindet Heparin und fördert so das Überleben des kapsellosen Bakteriums im Serum (14). Die Subvarianten des NHBA sind untereinander hoch kreuzreaktiv.

Neisseria Adhesin A (NadA):

Dieses Protein besteht aus einer Kopf- und einer Stielregion, ähnlich wie ein Löffel. Es gehört zur relativ neuen Klasse der nicht-fimbrialen Adhesine und fördert die Bindung des Erregers an humane Epithelzellen und sein Eindringen in die Zelle. Es ist außerdem wichtig für die Kolonisierung mit Meningokokken.

Porin A 1.4 (PorA):

Porine sind Proteine, die wie Tunnel bestimmten Molekülen erlauben, durch die Bakterienmembran hindurch zu gelangen. PorA ist als Teil des OMVs enthalten, das auf den hypervirulenten Stamm aus Neuseeland zurückgeht, bekannt als Stamm NZ98/254. Zusätzlich wird angenommen, dass der OMV-Anteil die Immunogenität der anderen Impfstoffkomponenten im Sinne einer Adjuvanzwirkung erhöhen kann (12).

Alle Komponenten sind an Aluminium-Hydroxid als Depotvermittler adsorbiert (insgesamt 0,5 mg Al³⁺ pro Impfdosis).

Zwei dieser Proteine, fHBP und NHBA, liegen als Fusionsproteine mit anderen neisserienspezifischen Proteinen vor, wodurch Immunogenität und Stabilität dieser Antigene erhöht wird.

Evaluation der Schutzwirkung von Impfstoffen gegen Meningokokken-B-Stämme

Eine Antikörperbestimmung mittels ELISA, um die Immunogenität eines Meningokokken-B-Impfstoffes zu bestimmen, ermöglicht zwar Aussagen über die Avidität und den IgG-Titer, nicht jedoch, ob die vorhandenen Antikörper funktionell wirksam sind. Für den bei anderen Impfstoffen bewährten funktionellen Opsonophagozytostest (OPA) sind bei Meningokokken B nur wenige Daten vorhanden, ab wann von einer Immunität bzw. Schutzwirkung auszugehen ist. Die Bestimmung des bakteriziden Antikörpertiters im Serum (**Serum Bakterizidie Aktivität, SBA**) nach Goldschneider et al. (15), misst die funktionelle Aktivität vorhandener Antikörper und ist als Surrogatmarker für die Immunogenität verschiedener Meningokokken-Serogruppen etabliert. Die Vielzahl der im 4CMenB-Impfstoff enthaltenen Antigene und deren in der Natur auftretenden Varianten würden es jedoch für klinische Prüfungen zu aufwendig gestalten, die Immunogenität des Impfstoffs mit diesem Verfahren zu beurteilen.

Wird beim SBA humanes Komplement mit Serum von Personen, die noch keinen Kontakt zu Meningokokken hatten, zusammengeführt, ist ein Wert 1:4 **humaner SBA (hSBA)** international als Surrogatmarker für

Schutzwirkung akzeptiert (16, 17).

Allerdings ist es schwierig, humanes Serum ohne Meningokokken-Antikörper zu erhalten. Viele Labore setzten daher Kaninchen-Serum ein zur Bestimmung der Antikörper gegen die Serogruppen A, C W und Y. fHBP bindet jedoch nur an menschliches Faktor-H-Protein.

Meningococcal Antigen Typing System (MATS)

Es verbietet sich in Impfstudien – insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern – die großen Mengen an Serum abzunehmen, die nötig wären, um die hSBA gegen die große Vielzahl der Meningokokken-B-Stämme zu testen. Daher wurde MATS entwickelt und validiert: Seren von Patienten (hier: 13 Monate alte Kinder; n=141), die den zu testenden Impfstoff erhalten hatten (hier: drei oder vier Dosen 4CMenB), wurden zunächst gepoolt. Für 124 Meningokokken-Stämme mit verschiedenen Antigenvarianten (18) wurde nun ermittelt, wie viele der Antigene, die im Impfstoff enthalten sind (bzw. deren kreuzreaktiven Stämme), ein Bakterium exprimieren muss und in welcher Intensität, damit der Erreger durch die Seren Geimpfter abgetötet wird: **Positiver bakterizider Grenzwert** (positive bactericidal threshold, **PBT**). Die Durchführung des MATS wurde außerdem in sieben nationalen Laboren in Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Italien, Norwegen, Spanien und den USA standardisiert (19).

Die Validierung ergab, dass ein Erreger mit einer Wahrscheinlichkeit von mindestens 80% auch im hSBA abgetötet wird, wenn er mindestens ein in 4CMenB enthaltenes Impfstoffantigen ausreichend häufig präsentiert. Stimmen zwei oder mehr Impfstoffantigene mit dem Erreger überein, steigt die Wahrscheinlichkeit auf 96%. Der Test wurde auch für Seren von Erwachsenen validiert (18).

Stammabdeckung in Deutschland und Europa

Mit Hilfe des MATS kann in einem zweiten Schritt abgeschätzt werden, mit welcher Wahrscheinlichkeit der 4CMenB-Impfstoff in einer Region die dort prävalenten MenB-Stämme erfassen wird. Dafür wurden MenB-Isolate aus dem jüngsten erreichbaren Zeitraum mit vollständiger Epidemiologie (Juli 2007 bis Juni 2008) aus Deutschland, England und Wales, Frankreich, Italien und Norwegen sowie zusätzliche Isolate aus Tschechien (2007–10) und Spanien (2008–10) untersucht. Das untersuchte Kollektiv repräsentierte insgesamt 1.052 verschiedene MenB-Stämme (20,21). Alle Stämme enthielten mindestens ein Oberflächenprotein, das für ein Impfantigen von 4CMen B kodiert. MATS ergab, dass bei 78% der Stämme (ohne Tschechien und Spanien) eines oder mehrerer dieser Antigene so stark exprimiert war, dass der Erreger durch impfinduzierte Antikörper abgetötet würde (20). Daraus ließ sich für den neuen 4CMenB Impfstoff eine Erfassung (Abdeckrate, Coverage) von 82% (95% Konfidenzintervall [KI] 69–92%) der MenB-Stämme in Deutschland abschätzen. Die Abdeckrate für

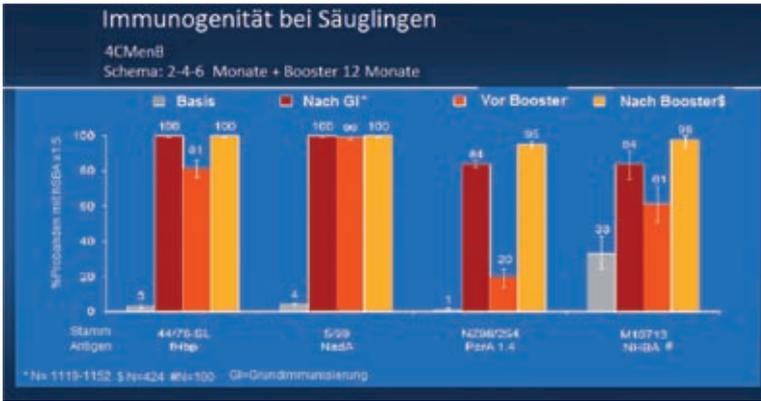


Abb. 3: Quellen: (22, 23)

England, Wales, Frankreich, Italien, Norwegen, Spanien und Tschechien ließ sich jeweils auf 73% (95% KI 65-87%), 85% (95% KI 69-93%), 87% (95% KI 70-93%), 85% (95% KI 76-98%), 69% (95% KI 48-85) und 74% (95% KI 58-87) schätzen.

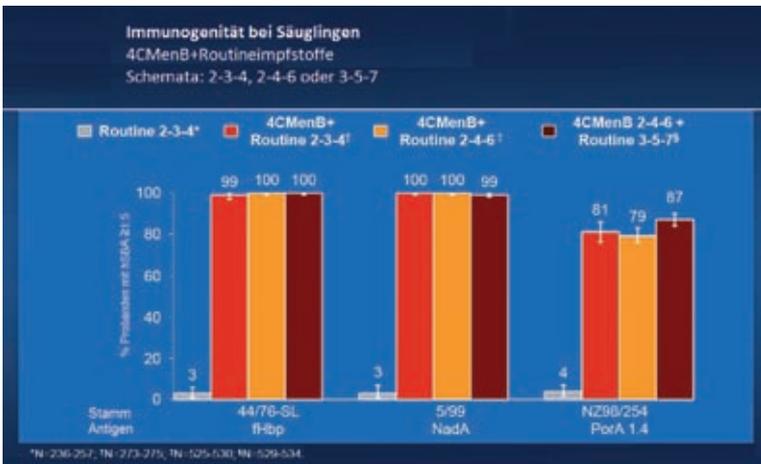
Klinisches Profil des Impfstoffs 4CMenB

Immunogenität

Rund 8.000 Probanden wurden in die klinischen Studien der Phasen 2 und 3 eingeschlossen: Hauptsächlich Säuglinge und Kleinkinder ab zwei Monaten und zu knapp einem Viertel auch Jugendliche und Erwachsene ab einem Alter von 11 Jahren. Für das im Impfstoff enthaltene Antigen NHBA gab es zu Beginn des klinischen Prüfprogramms keinen spezifischen Stamm, um die SBA gegen dieses Antigen zu messen. Deshalb zeigen einige der folgenden Grafiken nur drei Antigene. Blutproben wurden entweder unmittelbar vor oder einen Monat nach der jeweiligen Impfdosis entnommen.

Nach der Grundimmunisierung im **frühen Säuglingsalter** (Schema: 2-4-6-Monate) wurden hohe Konversionsraten erreicht. In den Folgemonaten sanken die Titer ab und eine erneute Impfung mit 12 Monaten erzeugte eine deutliche Boosterreaktion, wie diese auch von anderen Impfstoffen bekannt ist (Abb. 3). Auch mit dem 2-3-4 Impfschema blieb die Immunogenität hoch. Koadministration mit 6-fach-Impfstoff und 7-valentem Pneumokokken-Konjugatimpfstoff (PCV-7) beeinträchtigte die Immunantwort auf 4CMenB und die Routineimpfstoffe nicht (Abb. 4). Allerdings wurden nach

Abb. 4: Quellen: (24, 25)



versetzter Gabe (4CMenB 2-4-6 und 6-fach+PCV-7 3-5-7) etwas höhere Antikörpertiter erreicht, als wenn gleichzeitig geimpft wurde. Umgekehrt blieb auch die Immunantwort auf den 6-fach-Impfstoff und auf PCV-7 uneinträchtigt (26). Nur in einer Studie (16) war die Immunantwort auf einzelne Antigene – den *per se* am schwächsten immunogenen Pneumokokken-Serotyp 6B [-5%; 95%KI -14 bis 3], sowie auf Pertussis-Pertactin [4%; 95% KI -11 bis 3] und Polio Typ 2 [-1%; 95% KI -7 bis 4] – in Routineimpfstoffen statistisch nicht signifikant reduziert. Die klinische Relevanz dieser einzelnen Signale ist jedoch gering oder unklar (24, 27, 28).

Im Hinblick auf die höhervalenten Pneumokokken-Impfstoffe ist es bisher noch nicht in Studien belegt, dass die Ergebnisse aus der Koadministration des 7-valenten Impfstoffes zumindest auf den hieraus weiterentwickelten 13-valenten übertragbar sein könnten.

Mindestens 90% der **älteren Säuglinge** (Schema 6-8-12 Monate; n=24) reagierten bereits nach der zweiten Dosis mit hohen Antikörpertitern. Nach drei Dosen erreichten mindestens 90% der Probanden einen hSBA-Titer 4 für fünf Meningokokken-B-Stämme (29). Für eine Koadministration mit Mumps-Masern-Röteln-Varizellen (MMRV)-Impfstoff im 12. Lebensmonat (Schema 12-14 Monate) konnte ebenfalls eine gute Immunogenität gezeigt werden, wobei sich in einer einzigen Studie eine leicht abgeschwächte Immunantwort für die Varizellen-Komponente ergab.

Auch **Jugendliche** zwischen 11 und 17 Jahren (n=1.631, mittleres Alter 13,8 Jahre) erreichten bei unterschiedlichen Impfschemata (eine Dosis versus 2 Dosen bzw. 3 Impfdosen) hohe Serokonversionsraten: Nach zwei oder drei Impfdosen hatten 99 bis 100% hSBA-Titer ab 1:4 gegen vier Referenz-Stämme. Nach einer Dosis erreichten dies nur 92 bis 97%, die Placebogruppe erreichte 29 bis 50%. Um auch gegen NHBA eine ausreichende Immunantwort zu induzieren, werden wahrscheinlich zwei Dosen benötigt (30).

Sicherheit und Verträglichkeit

Die beobachteten Allgemeinreaktionen bei Säuglingen entsprechen im Wesentlichen dem, was von anderen inaktivierten Impfstoffen bekannt ist. Beobachtet wurden unter anderem verändertes Trinkverhalten, Schlaflosigkeit, Erregbarkeit, vermehrtes Schreien, Hautausschlag und erhöhte Körpertemperatur bzw. Fieber.

Fieber wurde bei Säuglingen nach alleiniger Impfung mit 4CMenB etwa gleich häufig beobachtet wie nach Gabe der Routineimpfungen (6-fach-Impfstoff + PCV-7), allerdings zeitlich auf die ersten sechs bis 24 Stunden beschränkt. Ob nach dem Schema 2-3-4 oder 2-4-6 Monate geimpft wurde, hatte auf die Fieberreaktion keinen Einfluss (siehe Abb. 5). Wurde 4CMenB mit Routineimpfstoffen koadministriert, war Fieber häufiger und höher: Wenn 4CMenB allein verabreicht wurde, trat bei den Geimpften Fieber nach 26% (n=158/602) bis 41% (n=247/607) der Dosen auf. Wurden 6-fach- und Pneumokokken-Impfstoff verabreicht, trat Fieber nach 23% (n=69/304) bis 36% (n=109/306) der Dosen auf. Im An-

schluss an eine Koadministration aller drei Impfstoffe trat Fieber nach 51% (n=306/605) bis 61% (n=380/624) der Dosen auf (Abb. 5). Die jeweiligen Fieberreaktionen addierten sich jedoch nicht vollständig. Zudem erhöhte sich der Anteil der als „schwer“ empfundenen Ereignisse nur wenig bis gar nicht (siehe Abb. 6). Rektal gemessen entwickelten innerhalb von sechs Stunden (n=1.941) rund 34% der geimpften Kinder Fieber $\geq 39^{\circ}\text{C}$, davon n=22 (fast 2%) über 40°C . Nach 24 Stunden hatte noch knapp 15% der Kinder Fieber $\geq 39^{\circ}\text{C}$, darunter n=6 (fast 1%) ab 40°C . Am dritten Tag waren es weniger als 3% (26).

Die klinische Relevanz dieser Daten aus Zulassungsstudien wird dadurch erhellt, dass sowohl nach Koadministration (4CMenB + Routine-Immunsierung) als auch nach Routine-Immunsierung allein für jeweils 2,2% der Geimpften medizinische Versorgung wegen des Fiebers in Anspruch genommen wurde (24, 26). Koadministration von MMRV veränderte die Impfreaktion auf einen der beiden Impfstoffe nicht (32). Die prophylaktische Gabe von Paracetamol zum Zeitpunkt der Impfung hatte keinen Einfluss auf die Immunogenität sowohl von 4CMenB als auch Routineimpfstoffe (33).

Im Vergleich zum Placebo waren Allgemeinreaktionen (Arthralgie, Myalgie, Übelkeit, allg. Krankheitsgefühl, Kopfschmerz) nach Impfung von Jugendlichen nur leicht erhöht (nicht signifikant), Fieber trat im Vergleich zur Kontrolle nicht häufiger auf (30).

Fieberkrämpfe wurden nach Gabe von 4CMenB allein oder gleichzeitig mit PCV-7 und 6-fach-Impfstoff („4CMenB-Gruppe“) bei 2,5 Impfungen / 1.000 Dosen beobachtet versus 2,1 Impfungen / 1.000 Dosen nach gleichzeitiger Gabe von PCV-7 und 6-fach-Impfstoff mit bzw. ohne Meningokokken-C-Impfstoff („Routine-Gruppe“) (24, 26). Beide Gruppen nahmen im selben Umfang medizinische Versorgung in Anspruch (2,2%; n=54/2.459 bzw. n=25/1.129). Bezogen auf die ersten drei Tage nach der Impfung kam es in der 4CMenB-Gruppe zu 0,59 zerebralen Krampfanfällen/1.000 Dosen (95% KI 0,24-1,21) und in der Routinegruppe zu 0,33/1.000 Dosen (95% KI 0,04-1,18).

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es kaum Vergleichsdaten gibt, wie häufig nicht-fieberhafte Anfälle und Fieberkrämpfe überhaupt sind. Tabelle 1 veranschaulicht die wenigen vorhandenen Studien dazu.

Fieber bei Säuglingen
Axillär gemessen

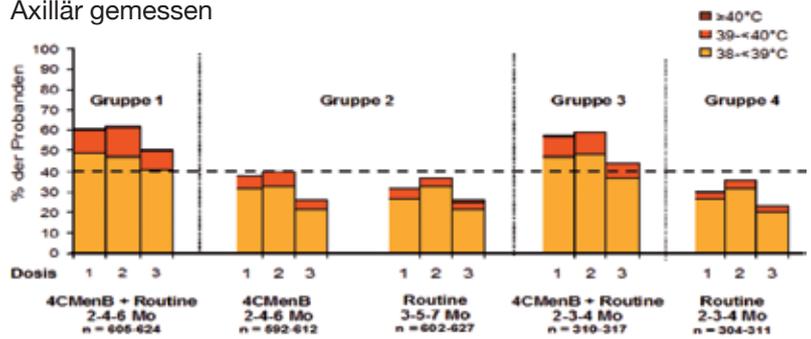
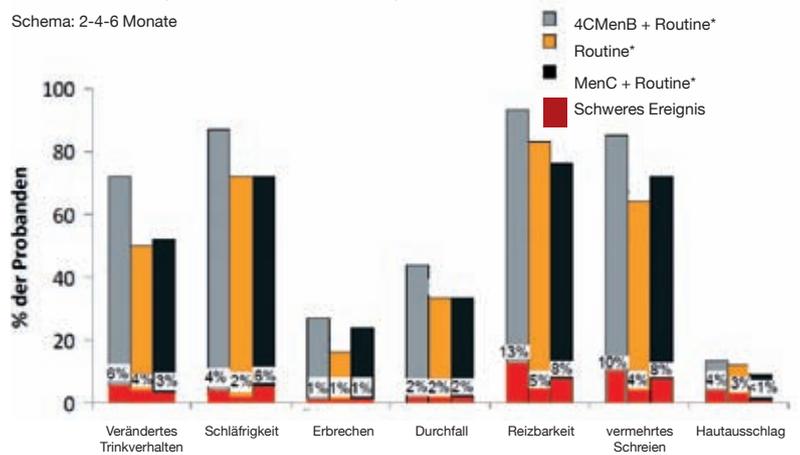


Abb. 5: 4CMenB löst etwa gleich häufig Fieber aus wie die Kombination 6-fach-Impfstoff + PCV-7 (24). Rektal gemessene Werte liegen etwas höher (siehe Text).

Systemische Reaktogenität bei Säuglingen

4CMenB + Routineimpfstoffe oder MenC + Routineimpfstoffe
Schema: 2-4-6 Monate



* Routine: PCV-7 und DTPa-HPV-IPV/Hib
4CMenB + Routine n=2478; Routine n=659; MenC + Routine n=490

Abb. 6: Daten aus dem klinischen Prüfungsprogramm des neuen 4CMenB-Impfstoffs (31), in Rot dargestellt ist der Anteil der jeweils als „schwer“ eingestuft Ereignisse.

Darüber hinaus wurden keine schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse nach 4CMenB-Impfung beobachtet.

Febrile und nicht-febrile Anfälle bei Säuglingen (Gegenüberstellung empirischer und historischer Werte)					
Gruppe	Personenjahre im Follow-up	Fieberkrämpfe		Nicht-febrile Anfälle	
		beobachtet in klin. Prüfung [§]	Erwartungswert nach Literatur*	beobachtet in klin. Prüfung [§]	Erwartungswert nach Literatur**
4CMenB	2915	8	11 bis 12	10	10
Kontrolle	1529	2	6	5	5

[§] nach 26 und 25
^{*} nach 34, 35 und 36
^{**} nach 33

Tab. 1: Daten aus dem klinischen Prüfungsprogramm des neuen 4CMenB-Impfstoffs im Vergleich zu Erwartungswerten aus der Literatur. Da den Werten verschiedene Studien zugrunde liegen, kann keine Rate berechnet werden.

Möglichkeiten der Anwendung: Eltern werden danach fragen, wie die neue Impfung in den vorhandenen Impfkalender insbesondere für Säuglinge integriert werden könnte. Das umfangreiche klinische Studienprogramm zu verschiedenen Impfschemata (2-3-4+12, 2-4-6+12, 3-5-7+12, 6-8+12, 12+13 bis 18 Lebensmonate) und Koadministrationen ermöglichen eine hohe Flexibilität in der Umsetzung.

Um die Population zu schützen, die am stärksten durch MenB-Infektionen gefährdet ist, wäre eine Impfung in den **Lebensmonaten 2, 3 und 4** aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht am sinnvollsten. Hier sind jedoch bereits die 6-fach-Impfung (DTaP-HBV-IPV/Hib) und die Pneumokokken-Impfung sowie die Schluckimpfung gegen Rotaviren im deutschen Standardimpfplan vorgesehen. Anhand der Studiendaten erscheint es im Hinblick auf die induzierte Immunität möglich, 6-fach-Impfung, Pneumokokken-Impfung und MenB-Impfung während eines Arztbesuches gleichzeitig zu verabreichen. Dem steht die bei Koadministration von drei Injektionen erhöhte Rate z.T. hoher Fieberreaktionen entgegen, sowie die Tatsache, dass derzeit die Verabreichung von drei Injektionen zu einem Termin in Deutschland nicht üblich ist. Andererseits wäre eine zeitlich getrennte Applikation für viele Kinder möglicherweise in der Summe belastender und logistisch aufwändiger als die gleichzeitige Impfung. Allerdings müsste die mit der Reaktogenität des 4CMenB ausgeprägtere Erhöhung der Körpertemperatur den Eltern erläutert werden. Eine Auswahl der durch Studiendaten untermauerten möglichen Impfschemata für 4CMenB gibt Tabelle 2.

Verschiebt man die 4CMenB-Impfung in die zweite Hälfte des ersten Lebenshalbjahres (**Monate 6 und 8**), ist

das zwar aufgrund der Studiendaten ohne weiteres möglich, jedoch epidemiologisch weniger sinnvoll, weil innerhalb des ersten Lebensjahres in Deutschland 58,3% der invasiven MenB-Infektionen in den ersten sechs Lebensmonaten auftreten (5). Theoretisch wäre es auch denkbar, 6-fach-Impfstoff und/oder Pneumokokken- sowie 4CMenB-Impfstoff jeweils nach dem **Schema 2+1** zu verabreichen (s. Tabelle 2) (37). Die Impfung gegen MenB läge jedoch auch dann relativ spät in den Monaten 6 und 8. Auch setzen solche Ansätze zur Vermeidung von Durchbruchinfektionen hohe Durchimpfungsraten voraus, um die geringere Immunogenität derartiger reduzierter Schemata durch Herdenschutzeffekte zu kompensieren.

Ebenfalls medizinisch weniger sinnvoll, aber theoretisch umzusetzen, wäre die MenB-Impfung im **zweiten Lebensjahr**, z.B. parallel zu MMRV. Hoch fiebernde Säuglinge würden damit vermieden. Ergänzend sollte jedoch ein Programm zur Impfung aller Älteren bis 18 Jahren hinzukommen, insbesondere, um einen Herdenschutz zu induzieren.

Offene Fragen

Der zweite Inzidenzspitzen in der Altersgruppe der Jugendlichen sollte nicht vernachlässigt werden, denn ihre Trägerrate ist besonders hoch (38). Studiendaten bestätigen auch in diesem Alter die Immunogenität und Sicherheit des Impfstoffs. Die praktische Implementierung ist jedoch unklar, denn Jugendliche sind in Deutschland für Präventionsprogramme schlecht zu erreichen.

Angesichts der heute schon bei Eltern vorhandenen Unsicherheiten (39), z.B. das Immunsystem würde „überlastet“, ist offen, von wie vielen Eltern die Koadministration 4CMenB + 6-fach-Impfstoff + Pneumokokkenimpfstoff akzeptiert würde. Ebenso bleibt abzuwarten, ob die relativ häufigen Fieberreaktionen in der Praxis tatsächlich keine vermehrte Inanspruchnahme medizinischer Versorgung nach sich ziehen. Hier ist in jedem Fall Aufklärungsarbeit zu leisten, dass Fieber Teil einer physiologischen Immunantwort ist.

Unter der Annahme, dass der 4CMenB-Impfstoff die Trägerrate von MenB reduzieren kann, ist hier ein Potenzial für Herdenschutz bei ausreichend hohen Durchimpfungsraten möglich. Allerdings ist die Trägerrate bei Kleinkindern eher gering (4, 40). Die Frage nach dem Herdenschutz kann erst nach entsprechenden Studien beantwortet werden, die auch die häufiger kolonisierte Altersgruppe der Jugendlichen mit einbeziehen. Aktuelle Daten zeigen bei Jugendlichen nur sehr bescheidene dekolonisierende Effekte (ca. 15%). Unbekannt ist die Dauer des Impfschutzes, sowohl nach Impfung im Säuglingsalter als auch bei Adoleszenten, obwohl die verstärkte Immunantwort nach einem Booster darauf hinweist, dass ein immunologisches Gedächtnis gebildet wird.

Interessant dürfte die Frage sein, ob und inwiefern dieser Impfstoff auch Schutz vor Erkrankungen durch andere Meningokokken-Serogruppen leisten kann, bzw. auch einen Effekt auf die Kolonisation mit apathogenen

Tab. 2: Auswahl durch Studiendaten gestützter Alternativen

Mögliche Impfschemata im Kindesalter	
Impfstoff	Impfschema nach Monaten
6-fach-Impfstoff	2 - 3 - 4
Pneumokokken-Impfstoff	2 - 3 - 4
4CMenB-Impfstoff	2 - 3 - 4
6-fach-Impfstoff	2 - 3 - 4
Pneumokokken-Impfstoff	2 - 3 - 4
4CMenB-Impfstoff	3 - 5 - 7
6-fach-Impfstoff	2 - 3 - 4
Pneumokokken-Impfstoff	3 - 5
4CMenB-Impfstoff	2 - 3 - 4
6-fach-Impfstoff	2 - 3 - 4
Pneumokokken-Impfstoff	3 - 5
4CMenB-Impfstoff	3 - 5 - 7
6-fach-Impfstoff	2 - 4 - 6
Pneumokokken-Impfstoff	3 - 5
4CMenB	2 - 3 - 4
6-fach-Impfstoff	3 - 5
Pneumokokken-Impfstoff	3 - 5
4CMenB-Impfstoff	2 - 4 - 6
6-fach-Impfstoff	3 - 5
Pneumokokken-Impfstoff	3 - 5
4CMenB-Impfstoff	6 - 8
MMRV- und 4CMenB-Impfstoff	11 - 15

Meningokokken, z.B. *Neisseria lactamica* bei Kleinkindern hat. Diese zum jetzigen Zeitpunkt hypothetischen Überlegungen, müssen genauso wie die Frage nach der Möglichkeit der Entstehung von sogenannten Escape-Mutanten, d. h. Stämmen, die bestimmte Anforderungen für die Abdeckung durch den Impfstoff nicht mehr erfüllen im Rahmen weiterer Studien beantwortet werden. Deshalb ist weiterhin eine ausführliche Beobachtung der zirkulierenden Meningokokken-Stämme notwendig, mit genauer Identifizierung des Stammes und Screening-Untersuchungen zur Besiedlung.

Die Vielzahl der weiteren Ansätze für MenB-Impfstoffe ist an anderer Stelle (14, 40) ausführlich beschrieben worden. Nach 4CMenB ist derzeit wohl ein Impfstoffkandidat am weitesten fortgeschritten, der fHBP beider Subfamilien enthält („bivalenter rLP2086 Impfstoff“) (7, 8, 42).

Eine große Herausforderung bei der gesundheitsökonomischen Evaluierung von Impfstoffen stellt die Zeitspanne dar, die zwischen der Verabreichung einer Impfung und dem dadurch verhinderten Ausbruch einer Erkrankung liegt, da durch die Diskontierung zukünftige Kosten- und Nutzeneffekte niedriger bewertet werden als gegenwärtige. Im Falle einer gesundheitsökonomischen Bewertung des Impfstoffes 4CMenB sind hierbei vor allem genaue Daten über die Wahrscheinlichkeit und das Ausmaß der Spätfolgen einer invasiven Meningokokken-Erkrankung, wie beispielsweise Amputation, Hauttransplantation oder neurologische Schäden, wichtig. Diese verursachen im Verhältnis eine wesentlich höhere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens (direkte Kosten) und einen größeren Rückgang der Produktivität der Patienten (indirekte Kosten), als die akute Phase der Erkrankung. Konkret lässt sich hieraus der Bedarf für eine systematische Übersichtsarbeit zu invalidisierenden Spätfolgen invasiver Meningokokken-Erkrankung ableiten.

Fazit für die Praxis

Nach jahrzehntelanger Entwicklungszeit ist es mit dem rekombinanten 4-Komponenten-MenB-Impfstoff (4CMenB) gelungen, einen immunogenen Impfstoff gegen einen großen Teil der Meningokokken der Gruppe B herzustellen. Damit könnte eine Lücke in der Prävention schwerer invasiver Infektionskrankheiten, wie Sepsis und Meningitis im Kindesalter geschlossen werden. Die frühe Impfung im ersten Lebenshalbjahr wäre aufgrund der epidemiologischen Daten zu bevorzugen. Dies stellt jedoch aufgrund der zusätzlich erforderlichen Injektionen für die Umsetzung in Deutschland eine große Herausforderung dar. Immunogenität und Sicherheit des 4CMenB sind für die unterschiedlichsten Impfschemata (2-3-4+12, 2-4-6+12, 3-5-7+12, 6-8+12, 12+13 bis 18 Lebensmonate) ebenso wie Koadministrationen mit Routineimpfstoffen für das Säuglingsalter untersucht. Allerdings kommt es bei der Koadministration des Impfstoffes mit den Standardimpfungen zu einer deutlichen Erhöhung der Fiebrerate, was die Akzeptanz beeinträchtigen könnte. Auch die Immunogenität und Sicherheit bei

Jugendlichen wurde belegt, sodass auch in dieser epidemiologisch wichtigen Altersgruppe jetzt die Möglichkeit der Prävention besteht. Diese Datenlage bietet dem Niedergelassenen Flexibilität, den neuen Impfstoff in die praktizierten Impfschemata einzubinden. Eine weitere ausführliche Beobachtung der zirkulierenden Meningokokken-Stämme erscheint unabdingbar.

Literatur bei den Verfassern

Koordination: Univ.-Prof. Dr. med. Markus Knuf

Dieser Artikel basiert in Teilen auf Vorträgen während einer Tagung des Advisory Boards zu dem neuen Impfstoff 4CMenB der Firma Novartis gegen Meningokokken Serogruppe B Ende 2011. Die Bewertung des neuen Impfstoffes entstand erst danach in den Diskussionen der Autoren.

Korrespondierender Autor

Univ.-Prof. Dr. med. Markus Knuf
Direktor der Klinik für Kinder und Jugendliche
Klinikum der Landeshauptstadt Wiesbaden
HSK, Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH
Ludwig-Erhard-Str. 100
65199 Wiesbaden
Tel. 0611/43-2554
e-mail Markus.Knuf@hsk-wiesbaden.de

Expertengremium und Co-Autoren (alphabetisch)

Prof. Dr. med. Ulrich Baumann (Medizinische Hochschule Hannover)

Dr. med. Thomas Fischbach (Kinder- und Jugendarzt, Solingen)

Dr. med. Uwe Goering (Kinder- und Jugendarzt, Pegnitz)

Prof. Dr. Wolfgang Greiner (Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften)

Medizinaloberrat Christian Groffik (Gesundheitsamt LH München, Impfwesen)

Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz (Bremen)

Prof. Dr. Markus Knuf (HSK, Klinik für Kinder und Jugendliche), Wiesbaden

Prof. Dr. Johannes G. Liese (Universitätsklinikum Würzburg)

Prof. Dr. Markus Rose (Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin Universitätsklinik Frankfurt)

PD Dr. Johannes Wirbelauer (Universitäts-Kinderklinik Würzburg)

Dr. med. Christoph Wittermann (Gemeinschaftspraxis Kinder- und Jugendmedizin), Weilheim

Interessenkonflikt:

Uwe Goering hat von der Firma Novartis eine Aufwandsentschädigung für ein Expertentreffen erhalten.

Hans-Iko Huppertz hat Vortragshonorare von GlaxoSmithKline, Sanofi und Pfizer erhalten. Honorare für die Teilnahme an Advisory Boards wurden wohltätigen Zwecken zugeführt.

Markus Knuf hat Aufwandsentschädigungen oder finanzielle Unterstützung für wissenschaftliche Projekte sowie Vortragshonorare von den Firmen GlaxoSmithKline, Wyeth/Pfizer, Sanofi Pasteur MSD, Astra Zeneca und Novartis Vaccines erhalten.

Johannes G. Liese hat Aufwandsentschädigungen oder finanzielle Unterstützung für wissenschaftliche Projekte sowie Vortragshonorare bzw. Honorare für Teilnahmen an Advisory Boards von den Firmen GlaxoSmithKline, Wyeth/Pfizer, Sanofi Pasteur MSD, Astra Zeneca und Novartis Vaccines erhalten.

Markus A. Rose hat finanzielle Unterstützung für wissenschaftliche Projekte sowie Vortragshonorare von den Firmen Wyeth/Pfizer, Sanofi Pasteur MSD, AstraZeneca und Novartis Vaccines erhalten.

Ulrich Baumann, Johannes Wirbelauer, Thomas Fischbach, Wolfgang Greiner, Christian Groffik, Christoph Wittermann erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Zielen

Highlights aus Bad Orb ●●●

Der Kinderfuß

Zwischen Normalität und Pathologie



Dr. med. Klaus
Halbhübner

In der Entwicklungsphase des Kindes bildet sich der Fuß zu einem Organ aus, auf dem man geht und steht. Entsprechen Fußstellung, Haltung oder Bewegungsablauf nicht unseren Vorstellungen, wird häufig eine Behandlung eingeleitet, unabhängig von der Prognose. Die ästhetische Korrektur wird als funktioneller Gewinn betrachtet, wobei nicht bedacht wird, dass das vermeintlich Pathologische nur eine Durchgangsphase in der Entwicklung darstellen kann.

Fußdeformitäten zählen zu den komplexesten und am schwierigsten zu behandelnden orthopädischen Leiden und finden sich im Kindesalter häufig und vielgestaltig. Eine Einschätzung, welche Deformitäten sich spontan bessern, welche unverändert bleiben oder sich mit weiterem Wachstum verschlechtern werden, ist sehr schwierig.

Anatomie und Physiologie

Der menschliche Fuß besteht aus 26 Knochen, 20 Muskeln, 107 Sehnen und Bändern sowie 33 Gelenken; er ist erst mit ca. 14 Jahren ausgewachsen, wobei das Fußwachstum etwa zwei Jahre vor dem Längenwachstum endet. In den ersten zwei Lebensjahren wird beim Laufen der ganze Fuß aufgesetzt, das Laufmuster ist eher watschelnd, es entspricht erst mit ca. zehn Jahren dem Erwachsenenmuster.

Das Fußskelett des Neugeborenen ist weitestgehend knorpelig angelegt. Erst mit Beginn der Vertikalisierung wird die vorwiegend hyalin-knorpelig angelegte Fußplatte unter zunehmenden Druck gesetzt. Um diese empfindlichen Strukturen zu schützen, finden wir beim Kleinkind ein dickes Fußsohlenfettpolster (Spitzzy Fettpolster). Dieses führt zu einer starken Druckentlastung der Fußsohle. Zusätzlich findet zur Entlastung eine Rollbewegung der Metatarsaleköpfechen und Sesambeine auf dem Fettpolster statt. Bei der Inspektion der Säuglingsfüße sollte die flache Sohle also nicht täuschen, sie hat eine wichtige Schutzfunktion. Die bereits angelegten Längs- und Quergewölbe formen sich erst nach Vertikalisierung stärker aus und gewinnen dann an Höhe.

Hat das Kind seine Gehfähigkeit erreicht, rücken Fuß- und Beinstellung sowie das Gangmuster in den Mittelpunkt des Interesses. Besorgte Eltern befürchten dauerhafte Fußschäden ihrer Schützlinge und Kommentare von Großeltern, Schuhverkäufern, Kindergärtnerinnen und Freunden führen zu Verunsicherung, obwohl man heute aufgrund von Langzeitspontanverläufen weiß, dass es sich bei Haltungsfehlern im Wesentlichen um wachstums- und entwicklungsbedingte, nicht therapiebedürftige Durchgangsstadialien handelt.

Eine ungestörte Funktion des Fußes führt zur Stützung des Körpers im Stehen sowohl auf unebenem wie geneigtem Boden, Bildung einer sicheren Basis beim Gehen, Laufen, Springen und Lastentragen sowie zur sensorischen Erfassung von mechanischen Einwirkungen von statischen und dynamischen Kräften. Werden die Funktion des Fußes und der Bewegungsablauf beim Gehen gestört, liegen in der Regel krankhafte Fußveränderungen vor.

Störungen bzw. Auffälligkeiten des Haltungs- und Bewegungsapparates sind nach respiratorischen Infekten der zweithäufigste Grund, weswegen Eltern einen Arzt aufsuchen.

Abb. 1: Neugeborenenfuß



Beim Neugeborenen sind 98% der Füße gesund, im Erwachsenenalter sind es nur noch 40%. Zum Zeitpunkt der Einschulung haben bereits 12% der Kinder eine Fußdeformität.

Behandlungsbedürftige Anomalien sollten unbedingt im Rahmen der U2, dann bei der U5 (Laufbeginn), bei der U6 (21.–24. Monat) und der U7 (4. Lebensjahr) erkannt und therapiert werden. Genau so wichtig ist die Vermeidung überflüssiger Behandlungen beim Gesunden.

Um den Fuß funktionell zu fördern und eine gesunde Fußentwicklung zu begünstigen, sollte beim Gehen, Laufen und Spielen ein möglichst variabler Untergrund gewählt werden wie Rasen, Sand, gewachsener Boden. Es sollte spielerisch Geschicklichkeit geübt werden, z.B. durch Klettern. Die Förderung bestimmter Verhaltensweisen durch unterschiedlichste spielerische und sportliche Aktivitäten können die Innen- wie Außenrotationsstellung sowie die Parallelstellung von Bein und Fuß positiv beeinflussen (z.B. fördert Inlinern oder Schlittschuhfahren die Außenrotation, Skilauf z.B. die Innenrotation bzw. die Parallelstellung von Bein und Fuß). Das Körpergewicht sowie die muskuläre Aktivität sollte durch motivierende und zwanglose Haltungskorrektur optimiert werden. Eine Fußgymnastik ist nur dann erfolgversprechend, wenn sie täglich über Jahre durchgeführt wird.

Das Barfußlaufen stellt dabei ein wichtiges Element der Gesundheitsvorsorge über die Kräftigung der Fußmuskulatur und Erhaltung einer korrekten Zehenstellung dar und erreicht durch ein Sensoriktraining für die Fußsohle eine hochgradige Verbesserung der Gesamtkörperkoordination.

Es ist zwingend darauf zu achten, dass passendes Schuhwerk getragen wird. Die Kinderfüße sind auf Druck kaum schmerzempfindlich, es können bis zu fünf Schuhnummern zu kleine Schuhe getragen werden, ohne dass Protest von den Kindern kommt. Zu enge Schuhe bzw. zu kleine Strampler, zu kleine Strümpfe etc. können schwerwiegende Folgen haben. Eltern mit dem dringendem Wunsch nach Einlagenverordnung sollte erklärt werden, dass ein flach wirkendes Gewölbe in der Regel physiologisch ist.

Die Lockerheit des Sehnen-, Band- und Kapselgewebes und auch des Muskelbindegewebes erklärt sich aus dem hohen Wassergehalt, dem höheren Anteil der Glykoproteine und Proteoglykane sowie der elastischen Fasern gegenüber dem niedrigerem Anteil an Kollagenfibrillen. Stützen erschweren die Reifung des Fußes, behindern oder vereiteln die Abwicklung über den medialen Fußrand und halten den Vorfuß in der supinatorischen Stellung des Säuglingsfußes fest. Ein flaches Längsgewölbe muss nicht zwangsläufig gestützt werden, zumal, wenn im Rahmen der physiologischen Entwicklung des Kinderfußes sowie der funktionellen Anpassung an das mit der Reifung des zentralen Nervensystems sich verändernde Bewegungsverhalten eine positive Entwicklung zu erwarten ist.

Fußfehlhaltungen

Definition: Die Fußfehlhaltung ist bedingt durch eine noch nicht ausreichend entwickelte Fußmuskulatur sowie ein laxes Bindegewebe und korrigiert sich meist spontan ohne Therapie. Es liegen keine knöchernen Fehlstellungen vor, Gelenke sind nicht kontrakt.

Die häufigste **Fehlhaltung** des Säuglingsfußes bei Geburt ist der pes calcaneus valgus = *Knick-Hackenfuß* oder auch *Hackenfuß*.

Hackenfuß

Definition: Der Hackenfuß ist durch die Unmöglichkeit der Plantarflexion über die Mittelstellung gekennzeichnet.

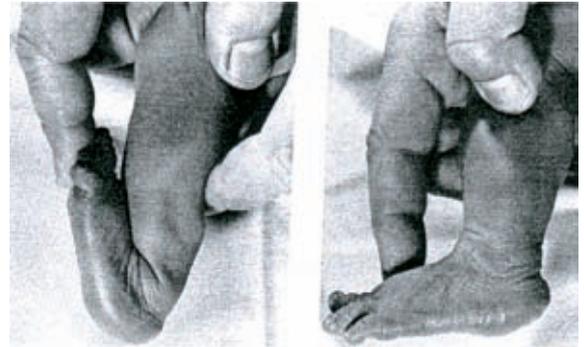


Abb. 2: Hackenfuß

Die Dorsalextension im oberen Sprunggelenk geht teilweise so weit, dass der Fußrücken die Tibiavorderkante berührt. Die Plantarflexion ist aufgehoben, Fußhebermuskeln sind verkürzt, die Ferse steht in Valgusposition (cave: spina bifida occulta und Hüftluxation). Die Häufigkeit des Hackenfußes liegt beim Neugeborenen bei ca. 3%. Die Ursache ist häufig Platzmangel im engen Uterus während der Endphase der Schwangerschaft (Erstgeborene und Kinder von jungen Müttern sind häufiger betroffen).

Prognose und Therapie

Die Prognose ist günstig und es kommt meist zu einer spontanen Korrektur, sodass Tape- oder auch Gipsverbände nur selten erforderlich werden.

Knickfuß

Definition: Der Knickfuß zeigt bei Geburt eine vermehrte Valgusstellung der Ferse, der Vorfuß ist abduziert, und proniert, das Bewegungsausmaß in den Fußgelenken ist nicht eingeschränkt.



Abb. 3: Knickfuß

Prognose und Therapie

Meist ist eine redressierende Behandlung zu jedem Wickeln in Form von Dehntechniken und aktivierenden Hautreizen ausreichend. Gipsbehandlungen bilden die Ausnahme. Normalerweise liegt nach ca. einem Monat ein Normalbefund vor. Bleibt die Valgusstellung der Ferse über die sechste Lebenswoche bestehen und beträgt sie mehr als 6°, sollte physiotherapeutisch vorgegangen werden – z.B. mit der 3-dimensionalen manuellen Therapie auf neurophysiologischer Grundlage nach Zukunft-Huber (1).

Der Sichelfuß (pes adductus)

Definition: Beim *Sichelfuß* handelt es sich um eine medialwärts gerichtete Vorfußverbiegung.

Er ist zehnmal häufiger als der Klumpfuß, das erbliche Vorkommen liegt bei 4%, und tritt in 55 % bds. auf, bei Jungen und Mädchen gleich häufig. Bei der klinischen Untersuchung des Neugeborenen sollten drei Formen unterschieden werden: 1. Funktioneller Sichelfuß, 2. Lagedeformität des Sichelfußes und 3. der kongenitale Sichelfuß.

Ad 1: Er entsteht durch Überaktivität des m. abductor hallucis, ausgelöst durch den Fußgreifreflex. In Bauchlage ist die Fußform unauffällig. Durch den Greifreflex kommt es zur Zehenbeugung und Adduktion des Vorfußes.

Ad 2: Bei Lagedeformitäten kann durch Reizung der Fußaußenseite der Vorfuß aktiv und passiv in Neutralstellung gebracht werden. Es besteht keine Fehlstellung im Lisfranc-Gelenk, der Fuß ist nicht fest oder rigide. Unter Belastung nimmt die Fehlstellung zu, Vorzugshaltungen können den Befund verstärken und sollten vermieden werden (z.B. fixierte Bauchlage).

Cave: Verwechslung mit Klumpfuß! Der Sichelfuß zeigt eine freie Beweglichkeit in den Sprunggelenken. Zu beachten ist der Fußgreifreflex, der beim Gesunden nur in den ersten zwei Lebensmonaten konstant ist. Ist er nach dem sechsten Monat noch auslösbar, muss an eine ICP gedacht werden. Ist er nach dem zwölften Monat noch auslösbar ist er immer pathologisch.

Ad 3: Der kongenitale Sichelfuß zeigt eine primäre Subluxation in allen fünf Tarso-Metacarpalgelenken und ist immer pathologisch (siehe unten).

Fußfehlformen

Definition: angeborene oder erworbene Formabweichung der Füße mit Fehlstellung der Fußknochen und Funktionsbeeinträchtigung.

Fußfehlformen bei Kindern finden wir am häufigsten als Knick-Hacken-, Knick-Senk-, Sichel- oder Klumpfuß. Da

diese Fehlstellungen auch in Kombinationen vorkommen, ist eine klare Zuordnung häufig schwierig. Wahrscheinlich sind genetische / externe Einflüsse ursächlich für diese Erkrankungen verantwortlich.

Ein klassischer Fall für eine kombinierte Fehlstellung ist der Klumpfuß, bei dem wir einen Spitzfuß, einen Hohlfuß sowie einen Sichelfuß finden.

Gerade kongenitale Fehlbildungen wurden und werden zum Teil noch so behandelt, dass das Ergebnis ein normal aussehender Fuß sein sollte ohne Entstellungen und Verformungen. Doch was ist die Norm und ist die Norm etwas Gutes?

Untersuchungen über die physiologische Entwicklung des Kinderfußes liegen kaum vor. Wir wissen auch nur sehr wenig über die funktionelle Anpassung an das mit der Reifung des zentralen Nervensystems sich verändernde Bewegungsverhalten der Kinder (Zitat Matthias) (2). Insbesondere Durchgangsphasen wie der Knick-Hackenfuß, der Knickfuß oder das nicht auferichtete Längsgewölbe dürfen nicht durch unphysiologische Therapien gestört werden. Im Gegensatz dazu stehen die Fehlformen wie z.B. der Klumpfuß, dessen Behandlung möglichst direkt nach der Geburt zu beginnen hat (Ponseti) (3).

Der Klumpfuß – pes equino varus, excavatus et adductus

Definition: Es handelt es sich um einen in Fehlform erstarrten Fuß mit Spitzfuß und Varusstellung des Rückfußes sowie Adduktion und Supination des Vorfußes, der besonders in der arthrogrypotischen Form an einen Klumpen erinnert.

Der angeborene Klumpfuß muss von den zahlreichen Formen des sekundären Klumpfußes unterschieden werden, was für die weitere Behandlungsplanung von großer Bedeutung ist.

Der angeborene Klumpfuß weist eine komplexe 3-dimensionale mehr oder minder kontrakte Deformitätenkombination des Vor- und Rückfußes auf.

Der sekundäre Klumpfuß enthält dieselben Teilkomponenten der angeborenen Deformität, mehr oder weniger kontrakt, in meist geringerer Ausprägung.

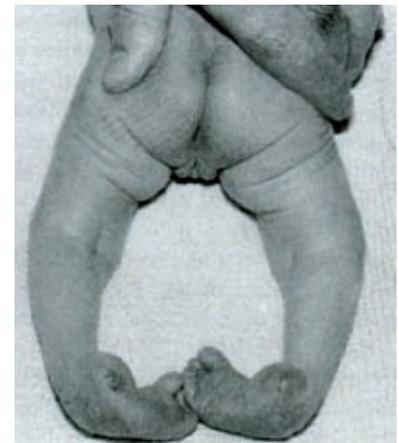


Abb. 4: Klumpfuß

Ätiologisch kommen nach Grill sechs Theorien in Betracht: chromosomale, embryonale, ontogenetische, fetale, neurogene und myogene Theorien (4).

Histologisch und elektromyographisch ergaben sich keine signifikanten Störungen. Morphometrisch zeigt sich eine Zunahme der Typ I-Fasern bei Verminderung der Typ-II-Fasern.

Therapie

Die bis Anfang 2000 durchgeführte Behandlungsmethode nach Imhäuser (5) wurde zugunsten der Behandlungsmethode nach Ponseti verlassen, der in einer 6-wöchigen Gipsbehandlung die Füßchen in allen Komponenten korrigiert. Bei verbleibendem Spitzfuß muss die Achillessehne minimal invasiv perkutan durchtrennt werden. Die Nachbehandlung erfolgt in einer Spezialschiene über drei Jahre, wodurch ein Klumpfußrezidiv verhindert werden kann. Sollte die Schiene nicht toleriert werden, besteht die Möglichkeit, nach der Zukunft-Huber Methode physiotherapeutisch zu behandeln.

Der Sichelfuß = pes adductus = pes adductus plano-valgus

Definition: Der Sichelfuß zeigt eine sichelförmig medialwärts gerichtete Vorfußverbiegung mit Abflachung des medialen Längsgewölbes und ausgeprägter Fersenvalgus (Unterschied zum Klumpfuß!!).

Er kommt häufig doppelseitig vor bei familiärer Disposition im Verhältnis weiblich : männlich 1 : 3. Eine Verwechslung mit der atavistischen **Kletterfußhaltung** ist möglich. Diese lässt sich unkompliziert und leicht ausgleichen, während der pes adductus immer einen hart federnden Widerstand zeigt.

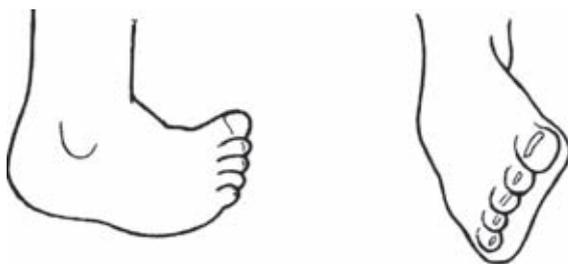


Abb. 5: Kletterfuß

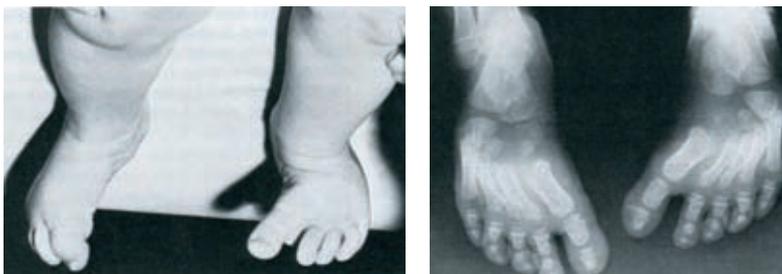


Abb. 6: Sichelfuß

Definition des Kletterfußes: Es handelt sich um eine lockere Supinationsfehlhaltung des ansonsten völlig normalen Säuglingsfußes, die durch eine leichte Pronationsbewegung korrigiert werden kann.

Therapie des Sichelfußes

Die Therapie sollte möglichst schon beim Neugeborenen begonnen werden. Zunächst manuelle Redression, dann je nach Schweregrad – (kongenitaler Sichelfuß) – Sichelfußschiene oder fixierender Gipsverband in Korrekturstellung. Anschließend korrigierende Wachstumslenkung in Spezialschiene, gegebenenfalls später Einlagenversorgung mit vorgezogenem Innenrand. Ein operatives Vorgehen wird nur bei frustranter konservativer Therapie oder unbehandelten Sichelfüßen in Form von Weichteileingriffen oder Knochenplastiken empfohlen.

Knick-Senk-Fuß und Knick-Plattfuß

Definition: Knick-Senkfuß und Knick-Plattfuß zeigen wie der Klumpfuß eine kombinierte Deformität des Rück- und Vorfußes. Der Knick-Platt-Fuß entspricht der dekompensierten Form des Knick-Senkfußes; der angeborene Schauelfuß bildet eine Extremvariante des Knick-Plattfußes bei fixierter dorsolateraler Luxation des subtalaren Fußkomplexes.

Beim Knick-Plattfuß (talus vertikalis), der schon bei Geburt vorhanden ist, findet sich eine Valgusstellung der Ferse mit Abduktion und Pronation des Vorfußes. Die Fußlängswölbung fehlt, zum Teil sieht man eine plantarkonvex gewölbte Sohle mit verkürzter Achillessehne und talonavikulärer Subluxation.

Therapie

Talus-Ringorthese nach Baisse, ggf. Operation im ersten Lebensjahr mit anschließender Orthesenversorgung.



Abb. 7: Knick-Plattfuß mit talus vertikalis

Der flexible Plattfuß

Definition: Er findet sich häufig bei Übergewichtigen und Muskelschwachen, zeigt eine fehlende mediale Aussparung der Belastungsfläche, eine verminderte Dorsalextension, verkürzte Achillessehnen, einen verstärkten Rückfußvalgus und eine Hyperpronation des Vorfußes. Beim Neugeborenen ist der Fuß oft noch unauffällig.

Therapie

Therapeutische Möglichkeiten bestehen in einer Reduktion, Versorgung mit einer Ringorthese oder Gips. Nach Gehbeginn ggf. Einlagenversorgung.

Der kontrakte Plattfuß

Definition: Der kontrakte Plattfuß zeigt häufig eine Koalition von Talus und Calcaneus. Er manifestiert sich mit ca. 8–10 Jahren. Die Ferse steht in Hypervalgus und die Beweglichkeit im unteren Sprunggelenk ist aufgehoben.

Therapie

Eine therapeutische Möglichkeit besteht in der Resektion der Knochenbrücke mit Fettinterposition.

Es sollten exemplarisch die wichtigsten Fußfehlstellungen erwähnt werden, bei denen es in den zurücklie-

genden Jahren teilweise grundlegende Veränderungen in den Therapieverfahren gegeben hat. Darüber hinaus existiert eine kaum zu übersehende Vielzahl von Fußdeformitäten in unterschiedlichsten Ausprägungen und Formen, deren Darstellung im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist.

Die Arbeit des Kinder- und Jugendarztes/Kinderorthopäden ist darauf ausgerichtet, Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparates frühestmöglich zu erkennen und notwendige therapeutische Maßnahmen einzuleiten. Dabei kann die Abgrenzung ‚noch physiologisch‘, ‚schon pathologisch‘ erhebliche Probleme bereiten. Bezogen auf den Kinderfuß muss Ziel unserer Bemühungen sein: Entwicklung und Erhalt eines balancierten und zentrierten Körperverhaltens sowie einer ausgewogenen, wesensgerechten dynamischen Fußfunktion.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikte: Der Autor erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Dr. med. Klaus Halbhübner
FA für Orthopädie, Unfallchirurgie und Kinderorthopädie
Orthopädiezentrum Rankestraße
Rankestr. 34, 10789 Berlin
Tel. 030/2137088
E-Mail: halbhuebner@orthopaede-berlin-charlottenburg.de

Red.: Keller

Welche Diagnose wird gestellt?

Julia Grothaus

Anamnese

Ein 7 Monate alter männlicher Säugling wird wegen seit einer Woche bestehender und täglich zunehmender Blasen am gesamten Integument vorgestellt. Zusätzlich habe er einen ausgeprägten Pruritus. Trink- und Essverhalten seien immer gut gewesen.

Untersuchungsbefund

7 Monate alter männlicher Säugling in gutem Allgemeinzustand. Am gesamten Integument mit Betonung der Extremitäten finden sich multiple, teils erodierte Bullae (Abb. 1). Die angrenzenden Schleimhäute und Hautadnexstrukturen stellen sich unauffällig dar.



Abb. 1: Multiple pralle, teils erodierte Bullae auf erythematösem Grund am linken Arm. Die Weißfärbung stammt von der zuvor mehrmals von den Eltern aufgetragenen Zinklotion.

Wie lautet die Diagnose?

Auflösung auf Seite 111

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Prof.-Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen, Tel. (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-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; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Lilienconstr. 130, 22149 Hamburg, Tel. (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@khh-wilhelmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, Tel.

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

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

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

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

Druckauflage 13.500

lt. IVW IV/2013

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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



IA-MED

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 47 vom 1. Oktober 2013

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

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

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

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

Diagnose: Bullöses Pemphigoid

Das bullöse Pemphigoid (BP) ist die häufigste bullöse Autoimmun-Dermatose im Erwachsenenalter; bei Kindern tritt sie deutlich seltener auf (1). Zur Gruppe der bullösen Autoimmun-Dermatosen zählen weiterhin die Lineare IgA-Dermatose, die Dermatitis herpetiformis Dühring, der Pemphigus vulgaris sowie die Epidermolysis bullosa acquisita.

In der Literatur sind bisher etwa 80 Fälle eines BP bei Kindern beschrieben (2). Insgesamt gilt sie als eine Erkrankung des höheren Lebensalters und betrifft etwas häufiger Männer als Frauen (1). Als Auslöser werden bei Erwachsenen häufiger Medikamente (z.B. Diazepam, Diuretika), gelegentlich Tumorerkrankungen diskutiert. Im Kindesalter spielen diese beiden Faktoren keine Rolle. Vereinzelt wurde über einen zeitlichen Zusammenhang mit Infektionen bzw. Impfungen berichtet (2).

Charakteristisch für das BP sind große, teils hämorrhagische Blasen. Der eigentlichen Blasenentwicklung voran gehen meist über Wochen und z.T. Monate urtikarielle oder ekzematöse Hautveränderungen voraus, die mit einem ausgeprägten Pruritus verbunden sind. Prädispositionsstellen sind das Gesicht, der Nacken, die Leisten, die Oberschenkelinnenseiten sowie der Genitalbereich. Eine Beteiligung der Mundschleimhaut wird bei Kindern etwas häufiger als bei Erwachsenen beobachtet. Die Läsionen heilen in der Regel narbenlos ab, postinflammatorische Hyper- oder Hypopigmentierungen sowie Milien können jedoch folgen.

Die Diagnosesicherung erfolgt mittels Hautbiopsie und Immunfluoreszenztestung. Die histologische Untersuchung dient zur Bestimmung der Ebene des Adhäsionsverlustes und zur Beschreibung des kutanen Entzündungsinfiltrates. Beim BP zeigen sich eine subepidermale Blasenbildung sowie ein entzündliches Infiltrat mit Eosinophilen, Lymphozyten und Neutrophilen. Die direkte Immunfluoreszenz (DIF) gilt jedoch weiter als Goldstandard bei der Diagnostik der bullösen Autoimmun-Dermatosen, charakteristisch sind beim BP lineare Ablagerungen von C3 und IgG entlang der dermoepidermalen Junctionszone (3), die sich auch in dem von uns beschriebenen Fall nachweisen ließen. Mittels indirekter Immunfluoreszenz lassen sich zudem zirkulierende Autoantikörper im Serum nachweisen, die Serumspiegel der Autoantikörper gegen BP 180 NC 16 A korrelieren mit der Krankheitsaktivität (3).

Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch kommen andere blasenbildende Autoimmundermatosen in Betracht, vor allem die im Kindesalter am häufigsten vorkommende Lineare IgA-Dermatose. Weiterhin ist an Infektionskrankheiten wie die bullöse Impetigo contagiosa oder auch eine generalisierte Herpes-simplex-Infektion zu den-

ken. Skabies, Erythema exsudativum multiforme oder auch eine Urticaria pigmentosa können insbesondere im Säuglingsalter gelegentlich mit Blasen einhergehen (2).

Therapie

Die Therapie richtet sich nach der Ausdehnung des Befundes. Bei mildem bzw. lokalisierten Befall ist eine Lokaltherapie mit potenten topischen Glukokortikoiden ausreichend. Bei ausgedehnteren Befunden, wie dem hier beschriebenen, ist eine systemische Therapie erforderlich. Prednisolon gilt als Mittel der ersten Wahl, (Startdosis 1-2mg/kg/d). Überlappend kann nach Aktivitätsbestimmung der Glucose-6-Phosphatdehydrogenase und unter Kontrolle des Methämoglobin-Wertes sowie der Hämolyseparameter eine Therapie mit Dapson (0,5 – 1 mg/kg/d) begonnen werden. Zur Minderung der Nebenwirkungen von Dapson empfiehlt sich die gleichzeitige Gabe von Ascorbinsäure (100-200 mg/d). Alternativ zu Dapson kann Sulfapyridin eingesetzt werden (10-50mg/kg/d). Andere steroidsparende Medikamente wie Azathioprin und Cyclophosphamid, die im Erwachsenenalter häufiger zum Einsatz kommen, sind im Kindesalter aufgrund der guten Prognose des BP nur selten gerechtfertigt (2). Ergänzend sollten die Blasen steril eröffnet, das Blasendach aber belassen werden. Bei Erosionen können lokal antiseptische Maßnahmen indiziert sein. Bei schmerzhaftem Mundschleimhautbefall sollten anästhetisch wirksame Lösungen zur lokalen symptomatisch Therapie eingesetzt werden (3).

Prognose

Die Prognose des bullösen Pemphigoids im Kindesalter ist sehr gut. Die meisten der bisher in der Literatur beschriebenen Fälle zeigten eine Remission innerhalb eines Jahres (2).

Literaturangaben

1. Kneisel A, Hertl M. Autoimmune bullous skin diseases. Part 1: Clinical manifestations. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2011; 9: 844-859
2. Kirtschig G, Wojnarowska F. Pemphigoid. In: Irvine AD, Hoeger PH, Yan AC (eds.), *Harper's Textbook of Pediatric Dermatology*. Oxford: Wiley-Blackwell, 3rd ed. 2011, S. 91.13-21
3. Kneisel A, Hertl M. Autoimmune bullous skin diseases. Part 2: diagnosis and therapy. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2011; 9:927-949

Julia Grothaus
Abt. Pädiatrische Dermatologie/Allergologie
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Lilientornstr. 130
22149 Hamburg

Red.: Höger

Nachweis von pharyngealer *Acinetobacter baumannii* bei einer Gesichtspneumonie

Frage:

Ich betreue einen 2-jährigen Jungen mit Trisomie 21. Auch wenn ich üblicherweise sehr sparsam Antibiotika verordne, hat der Junge in den letzten 12 Monaten insgesamt 8 indizierte Antibiosen erhalten, zumeist aufgrund Infektionen mit Streptokokken der Serogruppe A.

Vor kurzem wurde eine vom HNO-Bereich ausgehende Gesichtspneumonie in einer Kinderklinik parenteral antibiotisch behandelt. Nach der Entlassung fand sich im Arztbrief ein aus dem Rachenabstrich erhaltener positiver Befund auf *Acinetobacter baumannii*. Aufgrund des klinisch unauffälligen Allgemeinzustandes wurde keine Therapie eingeleitet.

Nun trat in den letzten Monaten die dritte Tonsillitis hintereinander auf, jeweils mit positivem Befund für Streptokokken der Serogruppe A. Neben dem Schnelltest veranlasste ich einen Tonsillenabstrich im Labor, welcher abermals das Vorliegen von *Acinetobacter baumannii* bestätigte. Trotz seines geringen Alters steht der Junge nun zur Tonsillektomie beim HNO-Arzt an.

- Kann eine Infektion mit *Acinetobacter baumannii* bei einem Patienten mit Trisomie 21 ein Auslösefaktor für rezidivierende Tonsillitiden darstellen?
- Stellt die tonsillopharyngeale *Acinetobacter baumannii*-Besiedlung bei diesem Patienten ein Risiko dar?
- Sollte der Versuch einer *Acinetobacter*-Eradikation unternommen werden?

Antwort:

Ungewöhnlich ist zunächst einmal, dass ein 2-Jähriger in den letzten 12 Monaten mehrfach Infektionen durch Streptokokken der Gruppe A (GAS) erlitt und dafür mit Antibiotika behandelt werden musste. GAS-Tonsillopharyngitiden treten vor Beginn des dritten Lebensjahrs extrem selten auf. Dies gilt auch für Patienten mit Trisomie 21. Aber möglicherweise waren diese Episoden bei dem „2-Jährigen“ tatsächlich in dessen dritten Lebensjahr aufgetreten und möglicherweise handelte es sich nicht ausschließlich um das Krankheitsbild Tonsillopharyngitis, sondern auch um andere GAS-Infektionen. Dreimal in den letzten Monaten waren jedoch offensichtlich definitiv GAS-Tonsillopharyngitiden nachgewiesen worden.

Der Nachweis von *Acinetobacter baumannii* im Rachenabstrich bei einem Patienten, der mehrfach innerhalb kurzer Zeit, zuletzt auch stationär sicher auch mit breiter wirksamen Antibiotika behandelt worden ist,

stellt mit sehr großer Wahrscheinlichkeit nur eine „Fehlbesiedelung“ dar. *Acinetobacter spp.* gehört zu der Gruppe von Keimen, die durch Antibiotikatherapie nicht selten selektioniert und dann an Orten angetroffen werden, wo man sie üblicherweise nicht findet.

Interessant scheint mir die Beobachtung, dass bei der letzten beschriebenen Krankheitsperiode der GAS-Schnelltest offensichtlich positiv war, in der Kultur des Tonsillenabstrichs dann aber nicht GAS, sondern *Acinetobacter baumannii* nachgewiesen wurde. Dies deutet daraufhin, dass der GAS-Schnelltest falsch positiv war, und dieser falsch positive Befund möglicherweise durch *Acinetobacter baumannii* ausgelöst war. Dies ist zwar in der Literatur nicht beschrieben, aber da *Acinetobacter* wie GAS ein Hämolysin besitzt, sind Kreuzreaktivitäten auch anderweitig denkbar.

In der Literatur gibt es keine Hinweise darauf, dass *Acinetobacter spp.* als Auslöser von Tonsillopharyngitiden oder rezidivierenden Tonsillopharyngitiden in Frage kommt. Meiner Kenntnis nach gibt es eine einzige Fallbeschreibung einer 24-jährigen Patientin, bei der *Acinetobacter baumannii* im Abszessmaterial bei beidseitigem Peritonsillarabszess nachgewiesen worden ist (Lin 2011). Aber in dieser Arbeit bezweifeln die Autoren selbst, dass *Acinetobacter baumannii* der ursächliche Erreger für das beschriebene Krankheitsbild gewesen war. Ansonsten wird dieser Keim nicht als Erreger von Tonsillopharyngitis angesehen.

Insofern ist die erste Frage nach *Acinetobacter baumannii* als Auslösefaktor für rezidivierende Tonsillitiden zu verneinen.

Die Besiedelung der Tonsillen mit *Acinetobacter baumannii* stellt nach meiner Überzeugung per se auch ansonsten kein Risiko dar. Wenn es klinisch vertretbar ist, sollte man aber zwischen der letzten stattgehabten Antibiotikabehandlung, die Selektionsdruck hinsichtlich *Acinetobacter* ausgeübt hat, und der anstehenden Tonsillektomie eine gewisse Zeit vergehen lassen.

Einen Eradikationsversuch des *Acinetobacter* würde ich aus o.g. Gründen nicht für indiziert halten.

Literatur

Lin YY, Lee JC. Bilateral peritonsillar abscesses complicating acute tonsillitis. CMAJ 2011; 183:1276-1279

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

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Wann sollten Väter Väter werden?

Rate of de Novo Mutations and the Importance of Father's Age to Disease Risk

Kong A, Frigge ML, Masson G et al., *Nature* 488:471-475, August 2012

Die Mutationsrate ist die Voraussetzung und Grundlage für die natürliche Selektion der Arten. Mutationen im Gen-Code können zu biologischen Vorteilen, aber auch, wohl in der Mehrzahl der Fälle, zu biologischen Nachteilen und zu Erkrankungen führen. Viele angeborene Erkrankungen des Menschen werden über Eizellen oder Spermien auf die nächste Generation übertragen. Wie oft kommt es vor, dass Mutationen nicht aus dem ursprünglichen Genom der Eltern stammen, sondern neu in Eizellen oder Spermien entstehen. Treten diese Mutationen häufiger in der Eizelle oder in den Spermien auf? Kong et al. haben eine Genomstudie an 78 isländischen Kindern, die unter Autismus, Schizophrenie oder anderen Krankheiten litten, und 1900 gesunden Kontrollen durchgeführt [1]. Die Anzahl der Neumutationen hing dabei überwiegend vom Alter des Vaters zum Zeitpunkt der Konzeption ab. Väter im Alter von 40 Jahren übertrugen etwas mehr als doppelt so viele Mutationen wie Väter mit 20 Jahren (65 versus 25 Mutationen). Die Autoren konnten dabei zeigen, dass die Mutationsrate vor allem vom Alter des Vaters zum Zeitpunkt der Konzeption abhängt. Bei den Müttern spielte das Alter eher keine Rolle. Sie übertrugen etwa 15 Mutationen. Die Ergebnisse können kaum überraschen, wenn man bedenkt, dass Spermien sich immer wieder neu durch Zellteilung bilden müssen, während die Eizellen, wenn sie einmal angelegt sind, kaum noch Veränderungen unterliegen. In einem exponentiellen Modell schätzten die Autoren, dass die paternalen Mutationen sich alle 16,5 Jahre verdoppeln. Diese Beobachtungen werfen nach Meinung der Autoren der Studie ein neues Licht auf die Bedeutung des väterlichen Alters bei der Entstehung von polygenen Erkrankungen wie Schizophrenie und Autismus.

Kommentar

Das Durchschnittsalter, in dem Paare sich für ein Kind entscheiden, hat in den letzten Jahrzehnten aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen in den Industrieländern zugenommen [2]. Vor allem für Frauen stellt sich die Frage nach dem Karrierepfad, dem der Mutter oder dem der berufstätigen Frau, heute im günstigen Fall kombiniert. Mit zunehmendem Alter nehmen nicht nur die Fertilität ab, sondern auch die Schwangerschaftskomplikationen zu. Die biologischen Konsequenzen für das Hinausschieben der Elternschaft betreffen aber nicht nur die Frau, sondern mindestens ebenso den Mann, wie klinisch-epidemiologische und jetzt auch genetische Untersuchungen zeigen [1, 3, 4]. Nicht nur beim Menschen, sondern bei allen Säugetieren überträgt der Mann die meisten Mutationen in das Genpool. Die sich fortlaufend teilenden Spermatogonien sammeln mit zunehmender Teilungshäufigkeit Mutationen an. Zwischen 20 und 40 Jahren haben die männlichen Keimzellen, im Vergleich zu den weiblichen mit etwa 25 Teilungen, zwischen 200 bis 600 Teilungen erfahren [5]. Mehrere Untersuchungen haben gezeigt, dass sowohl die Spermienqualität als auch die männliche Fruchtbarkeit mit dem Alter nachlassen. Es ist allerdings nicht klar, ob sich die Veränderungen der Spermien alleine auf DNA-Schäden der Spermatogonien zurückführen lassen, oder ob auch die für die Spermiogenese essentiellen Sertoli-Zellen an den Veränderungen beteiligt sind. Wahrscheinlich spielen beide Systeme bei dem alters-assoziierten Keimzell-Verlust eine Rolle [6]. Die isländischen Untersuchungen bestätigen jedenfalls die wiederholt aus diversen Regionen der Welt berichteten klinisch-epidemiologischen Ergebnisse, wonach das hohe väterliche und nicht das mütterliche Alter bei der Zeugung eines Kindes mit Autismus, Schizophrenie und weiteren Erkrankungen assoziiert ist [7, 8]. Die gesellschaftliche Praxis, sich eher spät für den Nachwuchs zu entscheiden, mag deshalb Anlass zur Sorge geben.

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

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

Veränderte Epidemiologie schwerer Bakterieller Infektionen bei jungen Säuglingen

The Changing Epidemiology of Serious Bacterial Infections in Young Infants

Greenhow TL, Hung Y-Y, Herz AM et al., *Ped Infect Dis Journal*
Publish Ahead of Print DOI: 10.1097/INF.000000000000225,
Dezember 2013

Die Autorengruppe analysierte anhand elektronischer medizinischer Berichte die Daten aller reifen Neugeborenen und Säuglinge im Alter von 1 Woche bis 3 Monaten, die im Bereich des Kaiser Permanente Versicherungsbereiches in Nord-Kalifornien während einer 7-jährigen Studienperiode erhoben wurden. Es wurden alle Blut-, Urin- und Liquor-Kulturen analysiert.

Erfasst wurden die Daten von 224.553 Neugeborenen, die während dieser Periode geboren wurden. Bei 129 (2%) von 5396 Blutkulturen wurden Bakteriämien nachgewiesen. In 4599 Urinkultu-

ren wurden bei 778 Säuglingen 823 (17%) Harnwegsinfekte nachgewiesen. In 1796 Liquor-Kulturen wurde bei 16 (0,9%) Säuglingen eine bakterielle Meningitis nachgewiesen.

Es wurde eine Inzidenz von Schweren Bakteriellen Infektionen (SBI) bzw. fieberhaften SBI von 3,75 bzw. 3.1/1000 reifen Neugeborenen errechnet. Häufigster Erreger war E.coli in Blut (78), Urin (719) und Liquor (7). 23 Säuglinge hatten eine Streptokokken-B(GBS)-Infektion mit Bakteriämie einschließlich 6 Fälle von Meningitis. Kein Fall von Listerien-Infektion wurde nachgewiesen. Bei 9 % der Säuglinge wurden aus mehreren Quellen Erreger gezüchtet. 10 % der Harnwegsinfektionen waren bakteriämisch und 52 % der Bakteriämien hatten einen Harnwegsinfekt.

Im Vergleich mit früheren Studien haben die bakteriellen HWI bei Neugeborenen und jungen Säuglingen als Ursache okkultur Infektionen zugenommen, bei deutlichem Rückgang der Bakteriämien und Meningitiden.

Epidemiologie der Bakteriämie als Fieberursache bei jungen Säuglingen

Epidemiology of bacteremia in febrile infants in the United States

Biondi E, R Evans, M Mischler et al., Pediatrics; 132:990-996, Dezember 2013

Die Autoren führten von Januar 2006–Dezember 2012 in 6 verschiedenen Regionen der USA eine retrospektive Analyse von Säuglingen mit Fieber jünger als 90 Tage durch, die im Untersuchungszeitraum in einem Allgemein-Krankenhaus wegen Fieber zur Aufnahme kamen. Ausgeschlossen wurden multimorbide Patienten von Allgemein- und Intensiv-Stationen. Sie fanden in 181 positiven Blutkulturen 19 verschiedene Erreger bei 177 Patienten. E.coli war mit 42% der häufigste Erreger, gefolgt von GBS mit 23 %, S.pneumoniae mit 6 % und S.aureus mit 5 %. Mehr als 90 % der Säuglinge mit einer E.coli-Bakteriämie hatten einen HWI,

27 % der GBS positiven Säuglinge litten an einer Meningitis. Kein Listerien-Nachweis.

Die Berücksichtigung von Listerien bei der antibiotischen Sofortbehandlung u.a. mit Ampicillin wird in Frage gestellt

Kommentar

Diese umfassenden Studien, haben retrospektiv die Daten junger (fieberhafter) Säuglinge im Alter von 7–90 bzw. 90 Lebensstagen nach unterschiedlichen Methoden und in verschiedenen Regionen über 7 Jahre analysiert. Wenngleich die Kollektive nicht nach identischen Kriterien erfasst und analysiert wurden, zeigen sie doch einen deutlichen Trend: weniger GBS- und E.coli-Meningitiden, häufigere bakteriämische Harnwegsinfektionen. Es fand sich in beiden Kollektiven keine einzige Listerien-Infektion. Allerdings wurden Neugeborene der ersten Lebenswoche und solche, die sich bereits zum Zeitpunkt der Erkrankung auf einer Intensivstation befanden, ausgeschlossen

Inwieweit die Zunahme der bakteriellen Harnwegsinfektionen absolut oder relativ zu bewerten ist, bleibt offen. Es fehlen Daten zur Erregerempfindlichkeit und zur durchgeführten kalkulierten Antibiotika-Therapie.

Die Daten dürften in Deutschland nicht grundlegend anders liegen und stellen die initiale Antibiotika-Behandlung in Frage. Die S2-Leitlinie Neonatale Sepsis deckt den untersuchten Personenkreis nur unvollständig ab, favorisiert aber für die kalkulierte Therapie die Ampicillin-Gentamicin-Kombination gegenüber der Cefotaxim-Ampicillin-Aminoglykosid-Kombination. Weiterhin müssen lokale und regionale Erreger-Muster und -Empfindlichkeiten Grundlage der Therapie-Regime sein. Die Therapie des fiebernden jungen Säuglings mit Verdacht auf Sepsis sollte in gutem Antibiotic Stewardship anhand des vorhandenen Resistenz-Profils erfolgen. Um zusätzliche Resistenzbildungen zu vermeiden, sollten Cephalosporine vermieden werden, wenn dies möglich ist. Die Urosepsis kann evtl. auch mit der Kombination Ampicillin + Aminoglykosid behandelt werden. Die bildgebende Abklärung der Harnwege mittels Ultraschall sollte bei allen E.coli-positiven Harnwegsinfekten routinemäßig erfolgen.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Parlamentarisches Hearing im Europarat zur Beschneidung von Jungen

Am 28. Januar 2014 hat der Ausschuss für soziale Angelegenheiten, Gesundheit und nachhaltige Entwicklung der parlamentarischen Versammlung des Europarats (PACE) in Straßburg Fachleute zu einer Diskussion über die Beschneidung von Jungen eingeladen. Dieses Hearing mit 300 Teilnehmern führte den Meinungsbildungsprozess weiter, der in der Resolution 1952 des Gremiums vom Oktober 2013 angekündigt worden ist. Damals empfahlen die Parlamentarier ihren Regierungen, politische Schritte gegen medizinisch ungerechtfertigte Verletzungen der körperlichen Integrität von Kindern zu unternehmen. Unter anderem war hier auch die Beschneidung gemeint. Die PACE-Mitglieder wollten aber auch einen interkulturellen und interreligiösen Dialog anstoßen. Sie haben hierzu Mediziner, Psychologen, Repräsentanten der jüdischen und muslimischen Gemeinden und Betroffene eingeladen. BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann sprach für alle pädiatrischen Verbände in Deutschland.

Die Parlamentarier haben sich offensichtlich nicht davon beeindrucken lassen, dass der Generalsekretär des Europarates, Thorbjørn Jagland, unmittelbar nach dem Beschluss von 2013 bei einem Galadiner der europäischen Rabbinerkonferenz versprach, dass kein europäisches Land die rituelle Beschneidung verbieten würde. Viele empfanden dieses Verhalten als respektlos und bevormundend.

Eingeleitet wurde die Debatte durch zwei Filme. Die Dokumentation des preisgekrönten jüdisch britischen Regisseurs Victor Schönfeld: „It's a boy“ enthält erschütternde und verstörende Szenen über Verletzungen und Leid durch die Beschneidung von Jungen. Der zweite Film ist vom Mitglied der Israelischen Knesset, Nachman Shai, eigens für diese Veranstaltung produziert worden. Er bezeichnet die Beschneidung als einen zentralen sinnstiftenden Teil des jüdischen Lebens. Im Wesentlichen stellt er jedoch in Interviews mit israelischen Ärztinnen und Ärzten, die vielen gesundheitlichen Vorteile dar, die eine Beschneidung von männlichen Säuglingen habe. Demgegenüber gebe es fast keine Nachteile, besonders wenn der Eingriff früh erfolge.

Medizinische Expertise in der Kluft zwischen Kinderrechten und Realität

Die deutsche Abgeordnete Marlene Rupprecht war im letzten Jahr Vorsitzende bei der PACE-Resolution 1952. Sie erinnerte daran, dass Kinderrechte Menschenrechte sind. Die Europaabgeordneten müssten in erster Linie die Kinderrechte zur Richtschnur ihrer Erwägungen und Entscheidungen machen. Die Abgeordnete Stella Kyriakidis aus Zypern ergänzte, dass die Kluft zwischen Recht und Realität von

Kindern in Europa überbrückt werden müsse. Beschneidung sei keine Frage der Elternrechte, sondern der Kinderrechte. Kyriakidis mahnte eine Kinderzentrierte aber nicht konfrontierende Haltung in der Diskussion an.

Prof. Bernhard Lobell empfand die Debatte über die Verletzung von Kindern durch Beschneidung als „surreal“. Kindern würden auf der Welt durch Kriege und Flucht so viele schlimmere Traumata zugefügt. Für den Urologen aus Rennes, Frankreich, ist die Beschneidung reine Prophylaxe und ein wesentlicher Beitrag zur Penishygiene. Sie schütze vor Peniskrebs und könne schon deswegen keine Verstümmelung sein, außerdem sei ein beschnittener Penis schön. Wenn die Operation durch kompetente Ärzte oder ausgebildete Beschneider durchgeführt würde, sei sie unproblematisch. Die Entscheidung darüber könne man den Eltern überlassen, weil die Eltern wüssten, was das Beste für ihr Kind sei. Ein anderer französischer Urologe aus dem Auditorium berichtete, dass er selbst 5500 Beschneidungen durchgeführt habe und nie eine Komplikation gesehen hätte.

Persönliche negative Erfahrungen, wie sie beispielsweise in Viktor Schönfelds Film dargestellt werden, dürften nicht generalisiert werden, betonte Prof. Mesur Selçuk Silay, Istanbul. Für den Kinderchi-

urgen und Kinderurologen zählt ausschließlich evidenzbasierte Medizin. Er schlussfolgert für die Abgeordneten aus den Metaanalysen, dass es große gesundheitliche Vorteile habe, beschnitten zu sein. Schmerzen gebe es im Zusammenhang mit der Operation keine und für manche Jungen sei der Beschneidungstag einer der schönsten in ihrem Leben. Beschneidungen würden zudem die Kosten im Gesundheitswesen verringern. 1,2 Milliarden beschnittene Männer gebe es auf der Welt, die keine Probleme mit ihrer Situation hätten.

Der deutsche Kinderchirurg Dr. Matthias Schreiber berichtet hingegen, dass er in seiner Klinik fast wöchentlich Kinder behandeln müsse, die vorübergehende oder auch bleibende Schädigungen durch eine Beschneidung erlitten hätten. Harald Winterberg vom Verein „inaktiv e.V.“ vermutet, dass die medizinischen Experten, die im einführenden israelischen Film zu Wort kamen, eigentlich wissen, dass ihre medizinischen Aussagen nicht richtig sind.

BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann referierte für alle pädiatrischen Verbände in Deutschland sowie für die wissenschaftliche Kinderchirurgie, dass es aus medizinischer Sicht keinen Grund gibt, einem Knaben die gesunde Vorhaut vorbeugend abzuschneiden. Eltern dürften dieser Prozedur nicht einfach zustimmen und

Ärzte, die derartige Eingriffe vornehmen, stünden im Konflikt mit der Genfer Deklaration. Hartmann würde in einer symbolischen Beschneidung einen Kompromiss sehen (das vollständige Referat von Dr. Hartmann finden Sie auf Seite 120).

Breaking the chain of pain

Dr. Ronald Goldman ist Psychologe, Buchautor und Direktor des „Circumcision Resource Center“ in Boston, USA, und Jude. Er verfügt über Daten von vielen Männern, die psychisch an den Folgen ihrer Beschneidung leiden. „Wir beschneiden ohne zu wissen, was wir damit anrichten.“ Und „wir glauben, dass es harmlos ist, weil so viele es schon so viele Jahre ma-

ethische und intellektuelle Konflikte. Befürworter der Beschneidung hätten sich niemals die Mühe gemacht zu belegen, dass der Eingriff keine negativen Folgen hat. Viel Leid und Schmerz auf der Welt käme daher, dass Menschen, denen Schlimmes widerfahren ist, Schlimmes weitergeben. „Diese Kette zu durchbrechen könnte ein Beitrag zur Heilung sein.“

Viele Männer empfinden ihre Beschneidung als Amputation, viele fühlen sich missbraucht, berichtete Christian Bahls vom Verband MOGI's. Für die Betroffenen sei es keine Frage der religiösen Selbstbestimmung, sondern eine Frage der sexuellen Selbstbestimmung und des Rechtes auf eine offene Zukunft. Männer,

durchgeführt würde, verursache sie kein Leid, sie sei nicht verletzend. Rabi Goodman aus Straßburg bezeichnete sich als „einen Sohn des Volkes, das wegen der Beschneidung denunziert wird. „Zum ersten Mal seit der Shoah wird wieder mit Fingern auf uns gezeigt. Wir sind als Juden im Herzen Europas angekommen und Europa muss in der Lage sein, eine Diskussion zu führen, ohne jemanden zu stigmatisieren. Wer kann das Risiko ausschließen, dass nach dieser Diskussion die Juden wieder als Quelle allen Übels stigmatisiert werden? Kein Beschluss kann verändern, was wir seit Abrahams Zeiten waren und was wir immer sein werden.“ Mit Blick auf die deutsche Abgeordnete Marlene Rupprecht

sagte er: „Sie sprechen hier von körperlicher Unversehrtheit, die unseren Vätern nicht gewährt wurde.“

„Was vor 70 Jahren begann, darf sich nicht wiederholen, dass Menschen Verfolgung befürchten müssen“, ergänzte Philip Carmel, vom European Jewish Congress. Der Direktor der europäischen Rabbinerkonferenz, Moshe Levin, gab zu bedenken, was die Botschaft bedeutet, dass Beschneidung eine Verstümmelung



Foto: W. Hartmann

chen.“ Das Drama der Beschneidungen würde von Generation zu Generation wiederholt, referierte er. Die Verletzungen der Kinder führten vielfach zu posttraumatischen Belastungsstörungen, die Bindung werde beeinträchtigt und das spätere Schmerzerleben verstärkt. Beschneidungen würden von Kindern als aggressiver Akt empfunden, der die Aggressionsbereitschaft der Betroffenen steigere. Zeitlebens könne man Symptome beobachten. Zudem sei die Sexualität vieler Männer empfindlich gestört, weil ein beträchtlicher Teil des sensiblen Gewebes entfernt worden ist. Statt in bunten Farben seien ihre Empfindungen wie schwarz und weiß. Die gesellschaftliche Forderung nach allgemeiner Beschneidung stürze Eltern in emotionale,

die Probleme mit ihrer Beschneidung hätten, würden darüber in der Regel nicht mit einem Urologen sprechen, weil sie fürchten, nicht verstanden oder ausgelacht zu werden. Harald Winterberg ergänzte, dass viele überhaupt nie darüber sprechen würden, was ihnen durch die Beschneidung angetan wurde. „Wir sehen nur die Spitze des Eisbergs.“

Eine zweite Shoah

Der israelische Beobachter Nachman Shai war über die PACE Veranstaltung empört. „Es hätte dieses Hearing gar nicht geben dürfen, weil es gegen die Religionsfreiheit gerichtet ist“, meinte er. „Eine Religion, die Teil unserer Geschichte und Tradition ist.“ Wenn die Beschneidung richtig

ist. Die Diskussion führe wieder zu Antisemitismus. Sie führe zur Stigmatisierung von Menschen, die in Europa leben und nur eines wollen, nämlich ihre Religion in Frieden zu leben und auszuüben. Mit Blick auf das deutsche Beschneidungsgesetz warf er Dr. Hartmann vor, er wolle die PACE-Mitglieder von etwas überzeugen, wovon er nicht einmal sein eigenes Land überzeugen konnte.

Jüdische und muslimische Redner zeigten sich schockiert über die nach ihrer Ansicht völlig unzulässige Vermischung von Beschneidung von Jungen und der Genitalverstümmelung von Mädchen (FGM). Hierbei hatten sie aber offenbar nur die schweren Formen im Blick und nicht die FGM Grad I nach der WHO- Klassifizie-

rung, die in einer Beschneidung der Klitorisvorhaut besteht und international wie alle anderen Formen geächtet ist. Abderrahim El Heloui ist Präsident der großen Moschee in Straßburg. Er meinte, dass eine Beschneidung nicht dramatischer sei, als die Nabelschnur zu durchtrennen, die Nägel oder die Haare zu schneiden. Wer jetzt gegen Beschneidung sei, dränge die Praxis in den Untergrund.

BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann äußerte in seiner abschließenden Stellungnahme Bestürzung über die Angriffe und den Vorwurf des Antisemitismus. Kinder- und Jugendärzte in Deutschland behandeln viele moslemische und jüdische Kinder. So sei es schwierig für ihn nachzuvollziehen, wie eine solche Kritik zustande komme, nur weil wir eine andere Meinung äußern. Er wisse von jüdischen Freunden, dass bei uns mehr unbeschnittene als beschnittene jüdische Männer leben. Hartmann verwies darauf, dass auch in Israel zunehmend Kritik an der Beschneidung geäußert wird und hierzu auf einen Brief

Bemerkenswert, dass insbesondere die jüdischen Sprecher die Begriffe Menschen- und Kinderrecht nicht benutzen, dafür Religionsfreiheit und Antisemitismus.

von Eran Sadeh, Gründer der israelischen Kinderrechtsorganisation "Protect the child", an die Mitglieder von PACE.

Der Ausschuss für soziale Angelegenheiten, Gesundheit und nachhaltige Entwicklung wird nach den Worten des Vorsitzenden, Ghiletchi Valerien, Modawien, den Dialog zunächst nicht fortsetzen. Zunächst müssten sich die zuständigen Minister des Europarates mit den Ergebnissen befassen.

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

Kommentar:

Sehr schmaler Raum für Verständigung

Der israelische Beobachter und Knesset Abgeordnete Nachman Shai sagte in einem Interview am Rande der parlamentarischen Versammlung des Europarates zur Beschneidung: „Wir akzeptieren das Recht der Kinder auf körperliche Unversehrtheit. Aber Beschneidung hat damit nichts zu tun.“

Diese Position macht einen Dialog schwierig. Was man nicht hören will, wird weg definiert. Im Namen der Religion verletzt bleibt der Körper unversehrt. Ein Halbsatz Shai's lässt allerdings eine kleine Hoffnung auf Verständigung. „Das Religiöse Recht ... wird wie bisher oder auf eine andere Weise bestehen bleiben.“ Hier könnte doch das Kompromissangebot einer symbolischen Beschneidung von

BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann noch fruchtbaren Boden finden. Keine Verständigungsmöglichkeiten sehe ich jedoch mit jüdischen und moslemischen Ärztinnen und Ärzten, die entgegen aller wissenschaftlichen Literatur den großen gesundheitlichen Nutzen einer allgemeinen Beschneidung von männlichen Neugeborenen, Säuglingen und Kindern behaupten. Diese opfern ihre Wissenschaft und den hippokratischen Geist auf dem Altar ihrer Religion. Wer zur Lüge greift weiß, wie schlecht seine Argumente sind. Und er wird kaum gesichtswahrend davon abzubringen sein.

Dr. Christoph Kupferschmid

Statement von BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann vor dem Ausschuss für Soziales, Gesundheit und nachhaltige Entwicklung der parlamentarischen Versammlung des Europarates zur Beschneidung von Jungen



Dr. Wolfram
Hartmann

Ich spreche zu Ihnen als Vertreter der ärztlichen pädiatrischen Gesellschaften in Deutschland einschließlich der wissenschaftlichen Gesellschaft der Kinderchirurgen.

1. Es gibt keine medizinische Indikation zur prophylaktischen Entfernung der Vorhaut eines Jungen.

2. Stellungnahmen hinsichtlich eines vorbeugenden Schutzes vor Peniskarzinom und sexuell übertragbaren Erkrankungen durch Entfernung der Vorhaut sind vielfältig widerlegt und rechtfertigen nicht die prophylaktische Entfernung der Vorhaut bei einem noch nicht sexuell aktiven Jungen vor Eintritt in die Pubertät.

3. Behauptungen, dass die Entfernung der männlichen Vorhaut ein harmloser, weitgehend schmerzfreier medizinischer Eingriff sei, sind wissenschaftlich nicht haltbar. Kinderchirurgen und nachbehandelnde Kinder- und Jugendärzte haben zahlreiche Komplikationen dokumentiert.

4. Die Schmerzempfindlichkeit auch von Neugeborenen ist umfassend durch Literatur belegt. EMLA®-Creme ist für die Anwendung im Bereich des männlichen Genitales und zur lokalen Betäubung bei Neugeborenen nicht zugelassen und führt in keinem Fall zu einer Schmerzfreiheit. Die Tatsache, dass sich ein Säugling beim Stillen, mit einem Schnuller auf dem Arm seiner Eltern, beim Hin- und Herwiegen rasch beruhigt, ist kein Beweis dafür, dass er keine Schmerzen mehr hat. Der Höhepunkt des postoperativen Schmerzes tritt nach unseren Erfahrungen erst am dritten Tag ein. Betroffene erwachsene Männer, die als Säuglinge oder im Kindesalter beschnitten wurden, schildern nicht nur im Internet, sondern auch in zahlreichen persönlichen Schreiben ihre Langzeitfolgen der Beschneidung und teilweise schwere psychische Traumatisierungen.

5. Eine wirksame Aufklärung eines Kindes vor Erreichen der Pubertät und damit des Beginns seiner sexuellen Aktivitäten über die möglichen Langzeitfolgen einer kompletten Entfernung der Vorhaut und über mögliche Komplikationen der Operation selbst und der Betäubung ist kaum möglich. Eltern können nicht einfach für ihr Kind zustimmen, auch wenn sie selbst Erfahrungen mit der Beschneidung haben. Das Erleben ist immer individuell und auch die Ansprüche an das spätere Sexualleben. Es gibt auch keine objektiven und evaluierten Methoden, mit denen wir messen können, ob ein Kleinkind mit dem Eingriff einverstanden ist oder nicht.

6. Die Befürworter der Beschneidung bagatellisieren diese Form der Körperverletzung, bei der es auch zu lebenslangen körperlichen und vor allem seelischen Verletzungen kommen kann, und werfen den Verfechtern des Kindeswohls immer wieder Antisemitismus und mangelnde Sensibilität gegenüber den Religionen vor. Dies weise ich nachdrücklich gerade für uns Kinder- und Jugendärzte zurück.

7. Als Ärztinnen und Ärzte sind wir ausschließlich dem Wohl des Patienten verpflichtet. In der Genfer Deklaration heißt es: „Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung. Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten

der Menschlichkeit anwenden.“

8. Religiöse Vorschriften dürfen Ärztinnen und Ärzte in ihrer Fürsorge für ihre Patienten – und unmündige Kinder verdienen hier unsere ganz besondere Fürsorge – nicht beeinflussen. Jungen haben nach unserem Rechtsempfinden den gleichen grundgesetzlichen Rechtsanspruch auf körperliche Unversehrtheit wie Mädchen, sie dürfen nicht wegen ihres Geschlechts benachteiligt werden (Art. 3 Grundgesetz). Das Erziehungsrecht der Eltern und auch die Religionsfreiheit enden dort, wo die körperliche Unversehrtheit eines unmündigen und nicht einwilligungsfähigen Kindes angefasst wird, ohne dass dafür eine klare medizinische Indikation vorliegt (Art. 2 Grundgesetz).

9. Für uns sind daher nur die symbolischen unblutigen Formen der Beschneidung im Säuglings- und Kleinkindalter als Kompromiss akzeptabel und mit unserer Verpflichtung zur Gewährleistung der körperlichen Unversehrtheit auch gegenüber Jungen vereinbar.

10. Jungen haben die gleichen Grundrechte wie Mädchen. Eine religiöse und auf ethischen Grundsätzen basierende Erziehung von Jungen ist ganz sicher auch ohne blutige Beschneidung in der frühen Kindheit möglich. Althergebrachte Bräuche und Riten müssen mit den heutigen Erkenntnissen hinterfragt werden dürfen. Wir haben in den meisten Kulturen der Welt heute ein anderes Menschenbild als noch vor vielen Jahren. Ein Kind ist kein Objekt – weder für seine Eltern noch für Religionsgemeinschaften, es ist ein Subjekt mit eigenen Rechten. Das sehen auch viele Juden und Muslime so.

Dr. Wolfram Hartmann, BVKJ-Präsident

Berufsordnungsverfahren gegen Berliner Gerichtsmediziner beantragt

BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann hat bei der Berliner Ärztekammer gegen Prof. Dr. Michael Tsokos und Dr. Saskia Guddat vom Institut für Rechtsmedizin der Charité ein berufsrechtliches Verfahren beantragt. Die Rechtsmediziner sind Autoren des Buches „Deutschland misshandelt seine Kinder“.

Das Buch wurde Ende Januar bei der Bundespressekonferenz in Berlin öffentlichkeitswirksam vorgestellt und hat in der Tages- und Fachpresse ein starkes Echo gefunden. Zunächst berechtigt prangert es die Tatsache an, dass jede Woche drei Kinder in Deutschland an Misshandlungen sterben und dass diese Zahl nicht abnimmt. 70 Kinder würden wöchentlich so schwer misshandelt, dass sie von Ärzten versorgt werden müssten. Aber diese würden versagen wie alle anderen Verantwortlichen auch. Ärzte würden dazu neigen, Gewalt gegen Kinder zu bagatellisieren. Sie würden dulden, dass „Hunderte misshandelter Kinder wieder in die Hände ihrer Peiniger übergeben“ würden. Eine Triebfeder hierfür sei, wie bei den privaten Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, das Gewinnstreben. Kinder- und Jugendärzten wird vorgeworfen, dass sie aus wirtschaftlichen Gründen offensichtliche Fälle von Kindesmisshandlung und –vernachlässigung entgegen ihrer Pflicht nicht den zuständigen Behörden melden, um die Familien als Patienten nicht zu verlieren.

Kinderschutz – professionell und ehrenamtlich

Hartmann sieht hierin einen ehrabschneidenden öffentlichen Vorwurf gegenüber unseren Kolleginnen und Kollegen und damit ein Verstoß gegen die Berufsordnung der LÄK Berlin. Er fordere die Landesärztekammer Berlin im Namen der Kinder- und Jugendärzte auf, gegen die Buchautoren ein berufsrechtliches Verfah-

ren einzuleiten und darauf hinzuwirken, dass beide diese Behauptung öffentlich zurücknehmen. Er erinnert daran, dass sich Kinder- und Jugendärzte seit jeher für das Kindeswohl engagieren. Sie haben zahlreiche Kinderschutzambulanzen mit aufgebaut, mehrere Gewaltleitfäden für Klinik und Praxis erstellt, am Bundeskinderschutzgesetz mitgearbeitet und in Bayern das Online-Expertensystem Remed (mit dem rechtsmedizinischen Institut in München) ins Leben gerufen, das hervorragend funktioniert. „Wir als Kinder- und Jugendärzte haben im Rahmen der Gesetzgebung zum Bundeskinderschutzgesetz konkrete Vorschläge gemacht, um zusammen mit anderen Professionen, die täglichen Umgang mit Kindern und ihren Familien haben, jedem noch so vagen Verdacht nachgehen zu können, entweder, um ihn zu entkräften oder aber zu erhärten. Leider ist der Gesetzgeber dem nicht gefolgt und hat das Jugendamt als alleinigen Ansprechpartner festgelegt, was uns in vielen Situationen nicht weiterhilft.“ Hartmann erinnert daran, dass ein großer Teil des Einsatzes von Kinder- und Jugendärztinnen und -Ärzten gegen Kindeswohlgefährdung ohne jegliche Vergütung geschieht.

Aber auch inhaltlich ist nicht alles so klar, wie es im Buche steht. Die Autoren fordern von Kinder- und Jugendärzten



Fortbildungen in „Misshandlungsmedizin“ um die Misere zu verbessern. Als wäre dieses Thema nicht schon Gegenstand vieler Fortbildungsveranstaltungen gewesen. Darüber hinaus gibt es nach einer neuen Studie von Dr. Marion Bailhache, Bordeaux, leider nur geringe Hoffnung, dass durch (rechts)medizinische Diagnostik allein Misshandlungen früh erkannt werden (1). Aus ähnlichem Grund hat der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Regelungen zur Erfassung, Früherkennung und Vermeidung von Kindesmisshandlungen in die Früherkennungsrichtlinien aufgenommen.

Christoph Kupferschmid
Ch.Kupferschmid@t-online.de

1) Bailhache M, Leroy V, Pillet P, Salmi LR. Is early detection of abused children possible?: a systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. BMC Pediatr. 2013 Dec 5;13:202. doi: 10.1186/1471-2431-13-202.

Aktive Sterbehilfe bei Minderjährigen

Am Abend des 13. Februar 2014 hat das belgische Parlament das seit 2002 gültige Gesetz, das aktive Sterbehilfe bei Erwachsenen legalisiert, auf Minderjährige erweitert.

Was erschreckt uns daran? Und gibt es auch einen positiven Aspekt?

Aktive Sterbehilfe ist in Deutschland wie auch in anderen europäischen Staaten, außer Belgien, Luxemburg und den Niederlanden, verboten, sie gilt als Tötungsdelikt (§ 212 StGB). Auch Tötung auf Verlangen ist mit Strafe bedroht (§ 216 StGB). Soweit man Umfrage-Ergebnissen in der Tagespresse Glauben schenken darf, sieht das ein großer Teil der Bevölkerung anders. Normativen Charakter kann man Umfragen nicht zubilligen, auch wenn man sie nicht für unbeachtlich halten sollte.

Erlaubt ist das, was man früher als passive Sterbehilfe bezeichnete und heute lieber Änderung des Behandlungszieles nennt: weg von Lebenserhalt hin zu einer ausschließlich Leiden mindernden Therapie unter Inkaufnahme des Sterbens. Auch indirekt-aktive Sterbehilfe ist erlaubt, d.h. die Billigung eines Versterbens als Nebenwirkung einer hochdosierten Analgesie und/oder Sedierung. Hier sei allerdings angemerkt, dass eine wirksame Schmerzbekämpfung das Leben eher verlängert als verkürzt (B. Zernikow).

Von Philosophen, auch von Theologen, wurde durchaus diskutiert, ob es denn einen echten Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe gebe. Bei beiden Formen der Sterbehilfe seien Intention und Ergebnis nicht verschieden (v. Loewenich).

Wo liegt der dennoch von uns empfundene Unterschied? Aktive Sterbehilfe ist nicht frei von einem gewissen Maß an Aggressivität gegen Leben. Hingegen gibt passive den Kampf gegen das Sterben auf,

wenn man mit diesem Kampf dem Patienten nicht mehr etwas Gutes tut, sondern eher etwas Schlechtes.

Wie leben die Eltern damit, wie der Arzt?

Das Groninger Protokoll, das nur Neugeborene und junge Säuglinge mit schwersten und unerträglichem Leiden betrifft, gleicht den Sterbehilfegesetzen in den Niederlanden und in Belgien argumentativ. Es wurde von der niederländischen Gesellschaft für Pädiatrie als Positionspapier herausgegeben. Die große Sorgfalt, mit der es erarbeitet wurde, ist beeindruckend und der ethische Hintergrund verstehbar. Aber, jenseits aller philosophischer und juristischer Argumentation, bleibt für mich etwas, das mich zurückschrecken, ja grausen lässt: Es wird nach ausführlichen Beratungen und Konsens zwischen Eltern, behandelnden Ärzten und einem Vertreter des öffentlichen Gesundheitsdienstes gemeinsam festgelegt, wann der Patient getötet werden soll. Dann schreitet man – man verzeihe die Wortwahl – zum Vollzug. Wie leben die Eltern damit, wie der Arzt? Ich würde fürchten, dadurch ein Anderer zu werden. Das ist eine recht subjektive Argumentation. Vielleicht ist sie dennoch gewichtiger, als viele theoretische Erwägungen mit kontroversen Ergebnissen.

Im *belgischen Gesetz* muss der Wille des einwilligungsfähigen Patienten mehrfach geäußert sein. Ist der Patient minderjährig, muss sein Wille und auch der seiner Eltern gleichlautend und schriftlich niedergelegt sein. Der behandelnde Arzt und ein weiterer müssen die Ausweglosigkeit der Krankheit bestätigen, die Einsichtsfähigkeit und Einwilligungsfähigkeit ist durch einen Psychologen oder Kinderpsychiater festzustellen. Dann darf aktive Sterbehilfe geleis-

tet werden. Weitere Voraussetzungen sind unerträgliches Leiden und ein naher Tod. Gerade hier kann man sich fragen, ob dann wirklich Eile geboten ist und die Zeit bis zum natürlichen Ende z.B. unter terminaler Sedierung nicht abgewartet werden könnte.

Begrüßenswert ist, dass der *Wille des Minderjährigen* ausdrücklich respektiert wird. Aber, das sei hier betont, der/die Minderjährige muss, soll ihm/ihr Einwilligungsfähigkeit bescheinigt werden, seine Situation beurteilen können. Das wird trotz mit der Länge der Krankheit wachsender Einsichtsfähigkeit im Einzelfall zu beurteilen sein. Erwarten kann man es in aller Regel erst im zweiten Lebensjahrzehnt. Dass solche Kinder und Jugendliche ein durchaus fundiertes Urteil haben können und mitentscheiden wollen, ist insbesondere aus der pädiatrischen Onkologie bekannt und auch belegt (Wiener et al.). Einigkeit besteht, dass dem Willen eines Einsichts- und damit Einwilligungsfähigen zu entsprechen ist. Völlig unverständlich und wohl auch gesetzgeberisch-handwerklich schlecht gemacht ist dagegen die deutsche Gesetzgebung, die schriftliche Patientenverfügungen erst dann als rechtsverbindlich anerkennt, wenn der Verfasser volljährig ist (§1901a BGB). Deutschland steht hier im Gegensatz zum österreichischen Patientenverfügungs-Gesetz und zur Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften. Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin arbeitet gerade ein Positionspapier aus mit der Forderung, das Gesetz nachzubessern.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. Volker von Loewenich
E-Mail: Volker.vonLoewenich@kgu.de

Red.: Kup

Faktencheck Gesundheit – Basis für Reformen?

Im Rahmen einer Pressekonferenz in Berlin stellte das Unternehmen „Premium Circle“ den „Faktencheck Gesundheits- und Versicherungssystem in Deutschland“ vor, die Ergebnisse einer Studie, welche der „Zukunftskreis Gesundheit“ in den letzten 12 Monaten erarbeitet hat. In diesem Zukunftskreis hätten 60 „tiefen Akteure“ des Gesundheitswesens (darunter Dr. Rainer Hess) das deutsche Gesundheitswesen „gründlich und faktenorientiert analysiert und bewertet“. Bemerkenswert war, wie viele Journalisten an dieser Pressekonferenz teilnahmen (über 20, inklusive Fernsehsender).

Die Studie habe das Unternehmen 1,3 Mio. Euro gekostet. Claus-Dieter Gorr, der geschäftsführende Gesellschafter des Unternehmens und Markus Reick, Geschäftsführer, stellten die Ergebnisse vor. Die anwesenden Journalisten erhielten ein umfassendes Handout, die Repräsentanten der Verbände allerdings nicht. Der Grund hierfür könnte darin liegen, dass Verbände zu den potentiellen Abnehmern der Studie gehören, die zum Preis von 1.798 € erworben werden kann.

PKV zum Teil schlechter als GKV

Die Ergebnisse waren nicht wirklich neu. Sie stellte die Vor- und Nachteile der gesetzlichen wie der privaten Krankenversicherung dar, wobei offen gelassen wurde, welchem Versicherungssystem die Autoren den Vorzug in der Zukunft geben. Interes-

sant war ein Vergleich der noch auf dem Markt aktiven privaten Versicherungsgesellschaften, der bemerkenswerte Unterschiede in der Strategie aufzeigte: Ein Teil der Unternehmen setzte auf qualitativ hochwertige Leistungen und bietet wenige für den Kunden gut verständliche Tarife an. Die anderen Firmen versuchten durch auf den ersten Blick verlockend günstige Prämien und eine verwirrend große Anzahl von Tarifen Kunden zu gewinnen, während das Leistungsspektrum häufig nicht nur deutlich schlechter sei, als bei den Wettbewerbern in der PKV, sondern auch den Leistungen der GKV nicht standhalten könne.

Wie reformiert man ein unüberblickbares System?

Klaus-Dieter Gorr verglich das Ge-

sundheitswesen in seiner Komplexität mit einem 1000-Teile-Puzzle, wobei unklar sei, „ob für das fertige Bild alle Teile aus dem Puzzle gebraucht werden, und wie das komplette Bild überhaupt aussieht“. Seine Studie werde eine „Zeitenwende“ im deutschen Gesundheitswesen auslösen, zumal es noch keiner Institution, auch nicht dem Sachverständigenrat, gelungen sei, das System und seine Probleme so transparent darzustellen. In einem nächsten Schritt werde nun der „Zukunftskreis Gesundheit“ konkrete Vorschläge für Reformschritte erarbeiten. Ob die Entscheidungsträger der Gesundheitspolitik diesen Vorschlägen folgen werden, bleibt abzuwarten. Der Großteil der Teilnehmer verließ die Veranstaltung mit Skepsis.

Stephan Eßer

E-Mail: stephan.esser@uminfo.de

Red.: Kup

Arzneikostenbremse verlängert

Um die ständig wachsenden Ausgaben der GKV für Arzneimittel zu bremsen, stehen dem Staat zwei Mittel zur Verfügung: Der erhöhte Herstellerabschlag und das Preismoratorium für Arzneimittel. Für beide Maßnahmen wäre die gesetzliche Grundlage zum 31.12.2013 ausgelaufen. Herstellerabschläge sind prozentual festgelegte Preisnachlässe, die den Pharmaunternehmen als Mengenrabatt gegenüber den GKV auferlegt sind. Erst im August 2013 hat der Gesetzgeber diesen Zwangsabschlag für patentgeschützte Arzneimittel, die nicht durch Festbetrag gebunden sind, von sechs auf 16% erhöht. Er hat dies damit begründet, dass der Kostenzuwachs überwiegend in diesem Sektor gelegen habe. Generika waren von dieser Erhöhung ausgenommen, für diese gilt ein Abschlag von 10%. Das Preismoratorium friert die Arzneimittelpreise auf dem Stand vom 1. August 2009 ein.

Im Koalitionsvertrag hat die neue Bundesregierung vereinbart, das Preismoratorium fortzuschreiben und den Herstellerabschlag auf verschreibungspflichtige Arz-



neimittel ab dem Jahr 2014 auf sieben Prozent festzusetzen. Ein weiterer wichtiger Faktor zur Kontrolle der Arzneimittelpreise ist die Nutzenbewertung. Neue Medikamente ohne Zusatznutzen werden in

das Festbetragsystem überführt. Für Arzneimittel mit Zusatznutzen werden die Preise zwischen dem Spitzenverband der Krankenkassen und den Unternehmen ausgehandelt. Mittelfristig ist geplant, dass das System der Nutzenbewertung die Herstellerrabatte zur Eindämmung der Arzneimittelkosten ersetzen soll. Voraussetzung hierfür ist aber, dass es in der Einsparung wirksam ist, was bislang nicht der Fall ist.

Zunächst musste die Regierung Zeit für die Neuregelung gewinnen. Daher hat der Bundestag in seiner letzten Sitzung im vergangenen Jahr die bisherige Regelung zunächst einmal verlängert.

http://www.bundestag.de/dokumente/analysen/2013/Herstellerabschlaege_und_Preismoratorium_fuer_Arzneimittel_in_der_GKV.pdf

Red.: Kup

Gemeinsamer Bundesausschuss katapultiert Berufsverbände aus der Leitlinienentwicklung

Im Januar 2014 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Verfahrensordnung bei der Entwicklung von Leitlinien geändert. Zu Stellungnahmen und Anträgen sollen nur noch Gesellschaften mit „primär wissenschaftlicher Zielsetzung“ in ihrer Satzung berechtigt sein, also in erster Linie klinisch Tätige. Dies würde bedeuten, dass insbesondere die ärztlichen Berufsverbände beispielsweise von der Entwicklung von AWMF- Leitlinien ausgeschlossen wären. Auch Dachverbände, wie die Deutsche Akademie für Kinder und Jugendmedizin sollen nicht mehr anerkannt werden.

Die Berufsverbände vertreten jedoch die übergroße Mehrheit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in ihrem Fachgebiet. Mithin würden Leitlinien unter dieser Voraussetzung im wissenschaftlichen und klinischen Elfenbeinturm entwickelt und ohne die Mitwirkung derjenigen, die diese Leitlinien später in der ambulanten Praxis umsetzen sollen. Eine Überprüfung auf eine praktische Relevanz für die ambulante Medizin würde bei der Entwicklung von neuen Leitlinien nicht mehr erfolgen. Auch werden die reinen Kliniker die öko-

nomische Bedeutung von Leitlinien in der Praxis kaum abschätzen können

In einem Brief an den Vorsitzenden des G-BA hat der Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands (SpiFa) darauf hingewiesen, dass die meisten jetzigen Mitglieder der AWMF die neuen Kriterien nicht erfüllen. Gemeinsam mit anderen Berufsverbänden hat das BVKJ-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Fischbach, Solingen, bei der KBV- Vollversammlung einen Antrag gestellt, dass die KBV ihre Zustimmung zum Beschluss des G-BA zurückzieht und

dass der Beschluss zurückgenommen wird. Die KBV- Delegierten befürchten, „dass die innerärztliche Akzeptanz zukünftiger G-BA - Beschlüsse durch eine solche Kriterienvorgabe Schaden nehmen wird“.

Die neue Verfahrensordnung muss, wie alle G-BA Beschlüsse, vom Bundesgesundheitsminister genehmigt werden. Die Berufsverbände sind der Ansicht, dass Minister Grohe diese Änderung zurückweisen sollte.

Red.: Kup

Elektronische Gesundheitskarte oder privat?

Eigentlich gilt sie seit 1.1.2014 nicht mehr, die alte Krankenversicherungskarte. Aber noch etwa fünf Prozent der Patientinnen und Patienten haben noch keine neue Gesundheitskarte (eGK). Und schon gab es in der Tagespresse Berichte über Unmut an den Anmeldungen von Praxen, die Patienten ohne Gesundheitskarte nur noch auf Privatrechnung behandeln wollten. Das darf streng genommen nicht sein, weil Versicherte ohne eGK selbstverständlich leistungsberechtigt sind. Daher haben sich die GKV-Spitzenverbänden mit der KBV darauf geeinigt, dass die Ärzte vorübergehend noch die alte Versichertenkarte akzeptieren und auch ihre Leistungen mit den Krankenkassen darüber abrechnen können.

Nur wenn der Versicherte dem Arzt 10 Tage nach der Behandlung immer noch nicht seinen Leistungsanspruch auf eine geeignete Weise nachweisen kann, darf der Arzt eine Privatrechnung ausstellen. Und dann hat der Versicherte immer noch bis zum Ende des Quartals Zeit, sich das Geld vom Arzt zurückzuho-



len, wenn er bis dahin seine eGK oder einen anderen Nachweis bringt. Problematisch ist es allerdings dann, wenn das neue Lesegerät in der Arztpraxis die alte KVK nicht mehr erkennt. Kup

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

Wahlaufruf für den Landesverband Thüringen

Termingerecht findet vom 12.05. bis 02.06.2014 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum 02.06.2014 abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

Ich bitte alle Mitglieder im Landesverband Thüringen, sich an der Wahl zu beteiligen und von ihrem Stimmrecht Gebrauch zu machen.

Dr. med. Andreas Lemmer, Erfurt
Landesverbandsvorsitzender



Themenschwerpunkt Sport

Aufstehen, Kinder! Am 12. Juni ist Anstoß, die Fußball-WM in Brasilien beginnt. Auch in Deutschland werden Kinder und Jugendliche sich begeistern für ihre Idole und Mannschaften. Manche werden ihnen nacheifern, viele schauen ihnen aber einfach nur vom Sofa aus zu. Seit Jahren kämpfen Kinder- und Jugendärzte gegen die Folgen der Bewegungsarmut ihrer Patienten. Sie werden nicht müde, den gesundheitlichen Nutzen von Sport zu beschwören. Adipositas und Haltungsschäden, soziale und psychische Defizite - all dies ließ sich vermeiden bzw. verbessern, wenn es Kinder- und Jugendärzte gelänge, Kinder und Jugendliche in Bewegung zu versetzen.

Wir haben daher Sport zum Schwerpunktthema gemacht. In diesem und den folgenden Heften fragen wir nach:

- Welcher Sport ist sinnvoll als Prävention?
- Welche Konzepte brauchen wir, um junge Menschen für Sport zu begeistern?
- Wo liegen die Gefahren des Sports?
- Was kann Sport für chronisch kranke Kinder leisten?
- Doping war gestern: wo liegen die neuen Risiken und Gefahren im Jugendleistungssport?

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

ReH

Prävention von Übergewicht - Bewegung möglich machen!



© peb/www.matthiesmartin.de



Wiebke
Kottenkamp

In Deutschland sind rund 15 Prozent der Kinder von 3 bis 17 Jahren übergewichtig – über sechs Prozent sogar fettleibig laut KiGGS-Studie. Damit ist die Zahl der übergewichtigen Kinder in den letzten 15 Jahren um 50 Prozent gestiegen (Kurth und Schaffrath Rosario 2007). Die Ursachen für das wachsende Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen sind vielschichtig und liegen zu einem großen Teil in dem sich rasant verändernden Lebensstil der Kinder und ihrer Eltern. Zu wenig Bewegung, erhöhter Medienkonsum und qualitative und quantitative Fehlernährung sind nur einige der Aspekte des heutigen Lebensstils vieler Kinder. Die Energieaufnahme und der Energieverbrauch sind aus dem Gleichgewicht geraten.

Kinder wollen sich bewegen

Bewegung im Kindesalter ist elementar. Nicht nur für die motorische Leistungsfähigkeit, die körperliche und seelische Gesundheit, sondern auch für frühkindliche Bildungsprozesse. Über Bewegung können sich Kinder ausdrücken und ihre Gefühle erfahren. Bewegung stärkt das Selbstvertrauen von Kindern und ihre Selbstwirksamkeit. Sie lernen sich selbst und den eigenen Körper kennen und können sich mit anderen vergleichen. Die Anstrengung, die ein Kind investiert, wenn es auf dem Weg zu neuen motorischen Fertigkeiten ist, und die Freude, die es durch seinen ganzen Körper ausdrückt, wenn ihm etwas gelungen ist

(z.B. der erste Schritt ohne Hilfestellung oder die erste „Fahrt“ auf dem Skateboard) zeigen, dass Bewegung eng mit emotionalen, sozialen und kognitiven Aspekten der Entwicklung verbunden ist (Ungerer-Röhrich u.a. 2011). Kurz gesagt: Bewegung ist für Kinder Ausdruck von Lebensfreude! Sport und bewegtes Spiel gehören zu einem gesunden Aufwachsen untrennbar dazu!

Wieviel Bewegung brauchen Kinder?

Nach einer Auswertung von Bös u.a. (2008) ist nur knapp ein Drittel der Kinder mehr als 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv, jedes vierte

Kind zwischen drei und zehn Jahren treibt nicht regelmäßig, jedes achte Kind nie Sport. Im Durchschnitt verbringen (Schul-)Kinder etwa neun Stunden am Tag im Sitzen, ebenfalls neun Stunden im Liegen, fünf Stunden stehend und lediglich eine Stunde in Bewegung (Bös u.a. 2008). Es ist wissenschaftlich bislang noch nicht ausreichend geklärt, welches genaue Ausmaß an körperlicher Aktivität für ein gesundes Aufwachsen erforderlich ist. Doch eines lässt sich mit Sicherheit sagen: Viel!

Denn Kinder sollten sich so viel bewegen, dass sie ihren Körper kennenlernen und ihn einsetzen können: Laufen in unterschiedlichen Geschwindigkeiten und Richtungen,



Prof. Dr. Ulrike
Ungerer-Röhrich

Springen, Hüpfen, Rollen, Werfen, Fangen, Klettern - um all die Funktionen ihres Körpers zu erfahren, sollten sich Kinder viel und in *vielfältiger* Weise bewegen. Nicht zuletzt fördern Spaß an Bewegung und Sport neben der körperlichen Leistungsfähigkeit auch den Aufbau des Selbstbewusstseins.

Bewegungsförderung sollte in den ersten Lebensjahren vor allen Dingen darin bestehen, Räume und Zeiten zu schaffen, in denen sich Kinder sicher bewegen und ihrer Entdeckungsfreude nachgehen können. Eltern sollten daher lernen, zwischen Sicherheitsbedürfnis und wichtigen Lerngelegenheiten abzuwägen und dabei bedenken, dass Kinder, die körperlich aktiv sind, sich seltener verletzen und gesünder und seltener übergewichtig sind.

Die Entwicklung des Wohn- und Lebensumfelds als Gesundheitsfaktor

Die soziale Herkunft von Kindern und Jugendlichen kann noch im späteren Leben ihre Gesundheit beeinflussen (Schneider, Diel, Gruber 2013). Die KiGGS-Erhebungen von 2013 zeigen, dass soziale Unterschiede für langfristige gesundheitliche Risikofaktoren entscheidend sind, etwa für schweres Übergewicht. Doch trotz der großen Bedeutung der Herkunft ist diese kein unveränderliches Verhängnis: Wenn Prävention und Gesundheitsförderung früh einsetzen und nachhaltig sind, können sich auch sozial schwierige Startbedingungen ausgleichen lassen.

Seit einigen Jahren analysieren Wissenschaftler verstärkt die Umgebung bzw. den Sozialraum als Einflussfaktor auf das Bewegungs- und Ernährungsverhalten. Auch wenn hier noch weiterer Forschungsbedarf besteht, bietet der Ansatz, den Sozialraum aktivitätsfreundlich zu gestalten, einen sehr vielversprechenden Ansatz in der Übergewichtsprävention. Im Vordergrund solcher verhältnisorientierter Ansätze steht die Erkenntnis, dass eine bewegungsfreundliche Gestaltung der Wohnumgebung eine Grundvoraussetzung für das Bewegungsverhalten

darstellt und hierüber alle Bevölkerungsgruppen erreicht werden können (Bucksch 2014). Mit dem *Walkability*-Ansatz versucht man die Straßenzüge, Wohnviertel und Stadtteile bewegungsfreundlicher zu gestalten, was Fuß- und Radwege, Verkehrssicherheit wie z.B. Zebrastreifen, ausreichend Grünflächen, aber auch soziale Aspekte der Wohnumgebung einschließt. Die Verantwortung für die bewegungsförderliche Gestaltung des Wohnumfeldes, um strukturelle Veränderungen und Interventionen anzustoßen, liegt also auch bei den Kommunen. Dass zum Aufbau gesundheitlicher Chancengleichheit mehr als Einzelne be-

teiligt sein müssen, untermauert auch das Konzept des *Capacity Building*, das eine Vernetzung unterschiedlicher Kooperationspartner beschreibt: Hier steht die Entwicklung

von Strukturen, Organisationen, Kenntnissen und Ressourcen im Vordergrund. Beide Ansätze verknüpfen vielfältige wechselseitige Berührungspunkte – und werden durch das Ziel geeint, Kindern und Jugendlichen ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen.

Kinder- und Jugendärzte beraten Eltern

Praktische Tipps – wie ermöglicht man Kindern viele Bewegungsgelegenheiten?

- Nutzen Sie Tragevorrichtungen für Babys nur für den Transport, geben Sie Babys und Kleinkindern Flächen und Zeit zum Strampeln und sichere Räume zum Hochziehen und Krabbeln.
- Lassen Sie Ihr Kind mit dem Lauf rad fahren und montieren Sie keine Schiebestangen an Dreiräder.

- Nutzen Sie Krabbelgruppen und Kinderturnen im Sportverein.
- Versuchen Sie, möglichst viel draußen in sicherem Umfeld unterwegs zu sein und besuchen Sie Spielplätze um auch Kontakt zu anderen Kindern zu ermöglichen.
- Seien Sie mit dem Kind aktiv und seien Sie selbst ein bewegtes Vorbild.
- Achten Sie darauf, dass sich Kinder mindestens eine Stunde täglich an der frischen Luft bewegen.
- Lassen Sie Kinder tägliche Wege (z.B. zur Kita oder Schule) aus eigener Kraft, also zu Fuß oder mit dem Fahrrad o.ä. bewältigen.
- Planen Sie, wann immer möglich,



© Christian Müller – Fotolia.com

für Wegstrecken zu Fuß viel Zeit zum Entdecken ein (Kinder lieben es in Pfützen zu springen, auf Mauern balancieren usw.).

- Gestalten Sie bewegungsfreundliche Umgebungen! Kinderzimmer sollten auch Tobezimmer sein.
- Vereinbaren Sie feste Medienzeiten und stellen Sie keine Bildschirmmedien (inklusive TabletPC u.Ä.) in das Kinderzimmer.
- Versuchen Sie Familienzeit als Bewegungszeit zu nutzen – ein Besuch im Schwimmbad statt einem Fernsehabend auf dem Sofa bringt die ganze Familie in Bewegung.
- Lassen Sie Ihre Kinder soviel wie möglich allein ausprobieren und haben Sie Mut und Vertrauen in die Stärken der Kinder.
- Geben Sie Kindern Möglichkeiten, sich als "selbst-wirksam" zu erleben.

Fazit

Bewegung ist für Kinder Ausdruck von Lebensfreude und gehört zu einem gesunden Aufwachsen untrennbar dazu! Bewegung fördert nicht nur die motorische Leistungsfähigkeit, sondern ist elementar für frühkindliche Bildungsprozesse. Daher stehen nicht nur Eltern, sondern auch Kommunen und Bildungsinstitutionen wie Kita und Schule vor der großen Herausforderung, die richtigen Lösungen für einen gesunden Alltag in einem zunehmend bewegungsarmen Lebensumfeld zu entwickeln und Bewegung von Klein an zu fördern.

Die richtigen Lösungen für einen gesunden Alltag in einem zunehmend bewegungsarmen Lebensumfeld zu entwickeln und Bewegung von Klein an zu fördern.

Literatur bei den Verfasserinnen

Wiebke Kottenkamp
Prof. Dr. Ulrike Ungerer-Röhrich
Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb)

Wallstr. 65, 10179 Berlin
Tel.: 030/27879765
E-Mail: w.kottenkamp@pebonline.de

Wiebke Kottenkamp ist Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit bei peb.

Die Sportwissenschaftlerin und Psychologin Prof. Dr. Ulrike Ungerer-Röhrich ist Vorstandsvorsitzende von peb.

Red: ReH

Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb)

peb ist ein Zusammenschluss von Vertretern aus öffentlicher Hand, Wirtschaft, Wissenschaft, Sport, Gesundheitswesen und Zivilgesellschaft. Über 100 Partner setzen sich aktiv für eine ausgewogene Ernährung und mehr Bewegung als wesentliche Bestandteile eines gesundheitsförderlichen Lebensstils von Kindern und Jugendlichen ein.

www.pebonline.de

Buchtipps

Ludger Klimek / Oliver Pfaar / Ernst Rietschel

Allergien bei Kindern und Jugendlichen

Grundlagen und klinische Praxis



Verlag Schattauer, 2014, 504 S., 89 Abb., 80 Tab., Handouts zum Downloaden, € 89,99, ISBN 978-3-7945-2728-1

Kindliche Allergien gehören mittlerweile zu den häufigen Krankheitsbildern in den kinderärztlichen Praxen und es gibt hierzu nicht viele aktuelle Lehrbücher. Im Schattauer Verlag ist nun dieses 480 Seiten umfassende Buch zu Allergien bei Kindern und Jugendlichen erschienen, das sehr praxisorientiert für Kinder- und Jugendärzte, die sich mit Allergien bei Kindern und Jugendlichen beschäf-

tigen wollen, geschrieben wurde. Den Herausgebern (Klimek und Pfaar aus der HNO-Klinik in Mannheim und Rietschel aus der Universitätskinderklinik in Köln) ist es in hervorragendem Maße gelungen, zu den einzelnen Kapiteln die bedeutenden pädiatrischen Allergologen aus Deutschland speziell für die Bereiche, in denen sie sich einen Namen gemacht haben, zu gewinnen. Dadurch erhält das Buch neben der Aktualität auch eine hervorragende Qualität, das „WHO IS WHO“ der pädiatrischen Allergologie in Deutschland ist hier vertreten.

Die immunologischen Grundlagen der Allergie, die diagnostischen Verfahren und die Therapieprinzipien werden in einzelnen Kapiteln von den jeweiligen Spezialisten dargestellt, gefolgt von den einzelnen Krankheitsbildern des allergischen Spektrums bei Kindern und Jugendlichen. Das Buch ist in einem sehr

guten Layout mit rasch überschaubaren Abbildungen und Tabellen in mehrfarbigem Druck produziert und versehen mit aktuellen Literaturhinweisen sowie am Ende einem umfangreichen Stichwortverzeichnis.

Dieses Werk ist nicht nur für die Bücherei eines jeden Kinder- und Jugendarztes zu empfehlen, sondern auch für jeden ärztlichen Kollegen, der sich mit allergologischen Fragen bei Kindern und Jugendlichen beschäftigt. Hilfreich sind auch acht verschiedene Handouts zum Downloaden wie z. B. Fragebögen für Eltern und Kinder und Asthma-Notfallpläne, die man sich einfach ausdrucken kann.

Prof. Dr. Frank Riedel
Altonaer Kinderkrankenhaus
Bleickenallee 38
22763 Hamburg
E-Mail:
frank.riedel@kinderkrankenhaus.net

Buchtipps

Michael Tsokos, Saskia Guddat
**Deutschland misshandelt
 seine Kinder**



Droemer Verlag 2014, S 256, € 19,99,
 ISBN 978-3-426-27616-7

Der reißerische Titel lässt Anklänge an „Deutschland schafft sich ab“ nicht verhehlen. Das Anliegen ist ernst: Jeden Tag werden in Deutschland mehr als 500 Kinder, meist in ihrem familiären Umfeld, schwer misshandelt, fast täglich stirbt ein Kind durch körperliche Gewalt. Das ist nur die Spitze des Eisbergs, und was am meisten erschreckt, ist die Tatsache, dass Opfer häufig später selbst zu Tätern werden. Michael Tsokos, Leiter des Rechtsmedizinischen Instituts der Charité sowie des Landesinstituts für gerichtliche und soziale Medizin in Berlin, und Saskia Guddat, Rechtsmedizinerin, Beraterin verschiedener Berliner Kinderschutzgruppen, Kinderkliniken, Kinder- und Jugendgesundheitsdienste, aber auch von Ermittlungsbehörden und Gerichten, schildern anhand vieler eklatanter Fälle Gewalterfahrungen von Kindern in ihren Familien. Die Kernaussagen sind, dass die Täter in der Regel Eltern oder Lebensgefährten der Elternteile sind, Kindesmisshandlung in allen sozialen Schichten vorkommt, die Täter häufig selbst Opfer von Kindesmisshandlung in ihrer Kindheit waren und Kindesmisshandlung eine „chronische Krankheit“ bis hin zum letalen Ausgang ist. Die Autoren beklagen, dass das milliardenschwerere Kinderschutzsys-

tem versagt, weil verantwortliche Fachkräfte die Problematik nicht wahrhaben und verleugnen, unzureichend qualifiziert und honoriert sind und defizitären Arbeitsplatzbedingungen ausgesetzt sind. Durch die Täterorientierung unserer Gesetzgebung kommt es häufig zu einem „Freispruch 2. Klasse“. Fachkräfte wie Sozialarbeiter, Ärzte, Polizisten und Richter schöpfen die bestehende Gesetzgebung nicht aus, sondern führen zu institutionell begleiteter Misshandlung. Einige konkrete Lösungsvorschläge seien aufgezählt: Rasche Trennung der kindlichen Opfer von den Tätern, bessere Aufklärung der Helfer und von Kinderschutz-Fachkräften, aber auch von Staatsanwälten und Richtern, Schaffung unabhängiger Kontrollinstanzen für professionelle Kinder- und Jugendschützer, wie der Jugendämter und freien Träger, Abschaffen wirkungsloser Hilfen, konsequente Verfolgung von „Begehen durch Unterlassen“ nach §13 StGB statt „Freispruch 2. Klasse“, wenn der Misshandler nicht einwandfrei ermittelt werden kann: bestraft wird nicht nur der vielleicht nicht mit Sicherheit ermittelbare Täter, sondern auch derjenige, der das Kind nicht vor dem Täter geschützt hat. Des weiteren fordern die Autoren die Einführung einer ärztlichen Reaktionspflicht, Verbesserung und Vereinfachung des Adoptionsrechts, bessere Krippen und Kindertagesstätten nach skandinavischem Modelle, die Einrichtung von Kinderschutzambulanzen, aber vor allem das Durchbrechen einer kollektiven Verleugnung und transgenerationalen Transmission von Gewalt in die Nachwuchsgeneration durch „Eingreifen statt Wegschauen!“. Eine qualifizierte gesetzliche Leichenschau- und ggf. Obduktionspflicht für alle Kinder soll Licht in die Dunkelheit unklarer kindlicher Todesfälle bringen.

Noch keine Publikation hat so unmittelbar zu einer Pressemitteilung des BVKJ geführt: Unter dem Titel „Rechtsmediziner verkennen Realitäten!“ wird der Vorwurf, Kindes-

misshandlungen bewusst zu übersehen, mit Nachdruck zurückgewiesen. Dr. Wolfram Hartmann: "Der von den Berliner Rechtsmedizinern erhobene Vorwurf ist völlig absurd und verkennt die schwierige Entscheidungslage, in der sich Kinder- und Jugendärzte befinden, wenn nur ‚ein Bauchgefühl‘ eine Kindeswohlgefährdung vermuten lässt, aber keinerlei offensichtliche körperliche Auffälligkeiten oder gar Verletzungen bestehen. Der Alltag mit Kindern und ihren Familien aus unterschiedlichsten sozialen Gruppierungen ist deutlich komplizierter als die Diagnostik im Rahmen der Rechtsmedizin. Ein Gerichtsmediziner sieht außerdem Häufigkeiten, die den Praxisalltag nicht abbilden. „Wir müssen nicht-öffentlich Ross und Reiter nennen dürfen!“ Damit attackiert Hartmann die gegenwärtig vom Kinderschutzgesetz ausdrücklich nicht gewünschte Möglichkeit, sich bei nur vagen Verdachtsmomenten auch ohne Kenntnis der Eltern offen, d.h. unter Nennung des Kindesnamens mit anderen Professionen und Institutionen austauschen zu können. Ein solcher Austausch geschehe unter Geheimnisträgern und diene dem Schutz der Kinder. Wenn man Eltern mit einem Misshandlungsverdacht konfrontieren muss, um ihre Erlaubnis für eine Information aus dem Jugendamt oder dem KJGD zu erlangen, bricht eine solche Familie aller Erfahrung nach den Kontakt mit dem/der entsprechenden Kollege/in ab. Damit wäre ein solches Kind aus den Augen verloren und um so mehr gefährdet.

Dr. Stephan Heinrich Nolte
 35039 Marburg/Lahn
 shnol@t-online.de

Red.: Kup

Fortbildungstermine



April 2014

5. April 2014

37. Pädiatref 2014 und 6. Kongress PRAXISfieber-regio für medizinische Fachangestellte in Kinder- und Jugendarztpraxen

des bvkj e.V., LV Nordrhein, in Köln
Auskunft: Christiane Thiele, 41751 Viersen, Tel. 02162/51888; Dr. Herbert Schade, 53894 Mechernich, Fax 02443/902461, www.paediatref.de ④

5. April 2014

27. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Rheinland-Pfalz und Saarland, in Worms
Auskunft: Prof. Dr. Heino Skopnik, Kinderklinik Stadt Krankenhaus GmbH, Gabriel-von-Seidl-Str. 81, 67550 Worms, Tel. 06241/500 3600, Fax 06241/501 3699 ①

26. April 2014

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

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

des bvkj e.V., LV Baden-Württemberg, in Stuttgart/Fellbach;
Verantwortlich Frau Dr. Gudrun Jacobi
Auskunft: Interplan München, Tel. 089/54823411, Fax 089/548234-42, www-sgkj-tagung.de

Mai 2014

16.–17. Mai 2014

12. Pädiatrie à la carte des LV Westfalen- Lippe

des bvkj e.V., in Münster-Hiltrup
Auskunft: Dr. med. Marcus Heidemann, Bielefeld, Tel. 0521/204070, Fax: 0521/2090300; Dr. med. Andreas Schmutte, Datteln, Tel. 02363/8081, Fax 02363/51334, www.pac-bvkJ.de ④

16.–17. Mai 2014

24. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Thüringen, in Erfurt
Auskunft: Dr. med. Annette Kriechling, In der Trift 2, 99099 Erfurt, Tel. 0361/5626303, Fax: 0361/4233827 ①

Juni 2014

13.–15. Juni 2014

44. Kinder- und Jugendärztetag 2014 „Umwelteinflüsse – Was macht wirklich krank?“

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

14.–15. Juni 2014

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

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

Juli 2014

5. Juli 2014

17. Seminartagung des LV Hessen

des bvkj e.V., in Bad Nauheim
Auskunft: Dr. Ralf Moebus, Bad Homburg, Tel. 06172/26021, Fax 06172/21778 – Tel. 069/818131, 069/880983, Fax 069/814756 ①

September 2014

6.–7. September 2014

18. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck

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

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

20. September 2014

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkj e.V., in Dresden
Auskunft: Dr. med. K. Hofmann, Chemnitz, PF 948, 09009 Chemnitz, Tel. 0371/33324130, Fax 0371/33324102 ①

Oktober 2014

11.–15. Oktober 2014

42. Herbst-Seminar-Kongress „Infektiologie“

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

November 2014

1. November 2014

Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvkj e.V., in Verden
Auskunft: Dr. med. Tilman Kaethner und Dr. med. Ulrike Gitmans ③

15.–16. November 2014

12. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Bayern, in Bamberg
Tag.-Leiter: Prof. Dr. C. P. Bauer, Gaißach/München
Auskunft: Dr. Martin Lang, Bahnhofstr. 4, 86150 Augsburg, Tel. 0821/3433583, Fax 0821/38399 ③

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

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

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

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



Geburtstage im April 2014

65. Geburtstag

Frau Dipl.Med. Sylvia *Grundig*, Kleinmachnow, am 01.04.
 Herr Dr. med. Paul *Otten*, Köln, am 01.04.
 Herr Dr. med. Johannes *Zimmer*, Ehingen, am 02.04.
 Herr Prof. Dr. med. Rainer *Burghard*, Siegen, am 04.04.
 Frau Dr. med. Ute *Würges-Menzel*, Möckmühl, am 04.04.
 Herr Dr. med. Wolfram *Schmidt*, Bad Königshofen, am 06.04.
 Herr Manfred *Lübke*, Kronshagen, am 08.04.
 Frau Dr. med. Margret *Postulka*, Oberhausen, am 09.04.
 Herr Dr. med. Michael *Kinet*, Kiel, am 11.04.
 Herr Dr. med. Harro *Sauter*, Stuttgart, am 17.04.
 Herr Dr. med. Mathias *Bauer*, Bad Wildungen, am 18.04.
 Herr Dr. med. Siegfried *Schneider*, Mannheim, am 19.04.
 Herr Dr. med. Wolfgang *Hahn*, Schwäbisch Gmünd, am 21.04.
 Herr Dr. med. Peter M. *Herding*, Neuwied, am 25.04.
 Frau Dr. med. Adelheid *Kramer*, Nürnberg, am 25.04.
 Frau Dr. med. Maike *Weiß*, Münster, am 26.04.
 Frau Dr. med. Gilta *Machleidt*, Hannover, am 28.04.

70. Geburtstag

Herr Dr. med. Hans-Henning *Peters*, Eschwege, am 10.04.
 Herr Dr. med. Christoph *Schaefer*, Göppingen, am 12.04.
 Herr Hermann *Pöhlmann*, Bayreuth, am 12.04.
 Herr Dr. med. Johannes *Limberg*, Buchen, am 13.04.
 Herr Dr. med. Rüdiger *Schnarz*, Pforzheim, am 14.04.
 Frau Dr. med. Erika *Marx*, Tostedt, am 18.04.
 Herr Dr. med. Tilman *Schambach*, Esslingen, am 19.04.

Herr Dr. med. Dieter *Zahn*, Lindenberg, am 23.04.
 Frau Dr. med. Heide *Friedrich*, Regensburg, am 23.04.
 Herr Dr. med. Karl-Michael *Doering*, Göttingen, am 23.04.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Friederike *Kühnemund*, Norderstedt, am 02.04.
 Herr Dr. med. Eberhard *Langer*, Cloppenburg, am 03.04.
 Frau Dr. med. Helga *Füssel*, Chemnitz, am 03.04.
 Herr Dr. med. Wolfgang *Genss*, Koblenz, am 04.04.
 Frau Dr. med. Hilde *Scholz*, Hemer, am 07.04.
 Herr Dr. med. Calixto *Mendoza*, Bremen, am 11.04.
 Frau Dr. med. Urte *Neuling*, Hamburg, am 19.04.
 Frau Dr. med. Maria *Plate*, Hildesheim, am 23.04.
 Frau Dr. med. Karin *Stolzenbach*, Bremen, am 24.04.
 Herr Dr. med. Georg *Kentrup*, Rhede, am 24.04.
 Herr Dr. med. Friedrich *Rommel*, Gummersbach, am 28.04.
 Frau Dr. med. Ellen *Knorr*, Bergen, am 30.04.

80. Geburtstag

Herr Dr. med. Theophil *Schleihauf*, Ilvesheim, am 06.04.
 Herr Dr. med. Hans-Joachim *Landzettel*, Darmstadt, am 25.04.
 Herr Dr. med. Horst *Lison*, Hemmingen, am 28.04.
 Frau Dr. med. Margrit *Esklony*, Suderburg, am 30.04.

81. Geburtstag

Herr Dr. med. Arnold *Vahle*, Landshut, am 03.04.

82. Geburtstag

Herr Dr. med. Wolfgang *Müller*, Augsburg, am 03.04.
 Herr Dr. med. Bernhard *Bucke*, Erlangen, am 13.04.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Renate *Köhler*, Eisenach, am 04.04.
 Herr Dr. med. Johann *Schwenk*, Achern, am 29.04.
 Herr Dr. med. Friedrich *Steiner*, Bremen, am 30.04.

84. Geburtstag

Herr Dr. med. Faruk Ömer *Erdem*, Izmir, am 01.04.
 Frau Dr. med. Gisela *Feldheim*, Kronshagen, am 21.04.

86. Geburtstag

Herr Dr. med. Otto *Oertel*, Metzingen, am 01.04.
 Herr Dr. med. Dipl. Psych. Helmut *Eller*, Bonn, am 20.04.
 Frau Dr. med. Susanne *Stein*, Köln, am 25.04.

87. Geburtstag

Herr Dr. med. Rudolf *Schlanstedt*, Goslar, am 06.04.

88. Geburtstag

Herr Dr. med. Bertold *Klüser*, Köln, am 04.04.

90. Geburtstag

Herr Dr. med. Heinz *Wilutzky*, Bad Kreuznach, am 05.04.

91. Geburtstag

Herr Dr. med. Edward *Jung*, Mölln, am 07.04.
 Frau Dr. med. Käthe *Kleine*, Paderborn, am 16.04.
 Frau Dr. med. Marlies *Hansen*, Köln, am 20.04.
 Frau Dr. med. Maria *Ott*, Allensbach, am 24.04.

94. Geburtstag

Frau Dr. med. Gertrud *Aldick*, Münster, am 10.04.
 Frau Dr. med. Agnes *Cohors-Fresenborg*, Münster, am 18.04.

96. Geburtstag

Herr Dr. med. Hans J. *Wessolowski*, Stade, am 05.04.

Wir trauern um:

Herrn Dr. Christian *Struß*, Bad Hersfeld
 Herrn Prof. Dr. med. Theodor *Hellbrügge*, Inning am Ammersee

Als neue Mitglieder begrüßen wir



Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Eva *Block*
 Frau Dr. med. Katja *Frankenbusch*
 Frau Ruth *Katona*
 Herrn Cüneyt *Meneksedag*
 Herrn Emmanuel *Nellen*
 Frau Dr. med. Beena *Pichler*
 Frau Michaela *Rösel*
 Frau Dr. med. Christine *Seitz*



Landesverband Bayern

Herrn Johannes *Gilles*
 Herrn Prof. Dr. med. Florian *Heinen*
 Herrn Prof. Dr. med. Andreas *Koch*
 Frau Dr. med. Claudia *Lauterbach*
 Frau Gloria *Lax*
 Frau Dr. med. Nicole *Nellen-Hellmuth*
 Herrn Dr. med. Slim *Saadi*
 Frau Dr. med. Nadine *Unterer*
 Frau Dr. med. Manuela *Winter*
 Herrn Dr. med. Bernd *Woitsch*



Landesverband Berlin

Herrn Christian *Thies*
 Frau Dr. med. Alexa
von Winterfeld



Landesverband Hamburg

Frau Dr. med. Susanne *Klipsch*



Landesverband Hessen

Frau Sonja *Wicht-*
Langhammer



Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Herrn Dr. med. Christoph
Behrens
 Frau Dr. med. Daniela *Eska*



Landesverband Niedersachsen

Sibylle *Cartellieri*
 Frau Dr. med. Nina *Elsner*
 Frau Dr. med. Franziska *Fritz*
 Herrn Dr. med. Carsten *Giesecking*



Landesverband Nordrhein

Frau Maren *Dinkelborg*
 Frau Anne *Henning*
 Frau Dr. med. Heidrun *Lehmkuhl*



Landesverband Saarland

Frau Beate *Hartz*



Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Dr. med. Katharina *Krieger*



Landesverband Thüringen

Herrn Dr. med. Andreas
Baudach



Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Dr. med. Sabine *Koller*
 Herrn Bernd *Ribbrock*

Erstmalig 2-Dosen-Impfschema für HPV-Impfstoff zugelassen

- 2-Dosen-Impfschema für Cervarix® erhält Zulassung für Mädchen zwischen neun und 14 Jahren
- Neues Impfschema unterstützt höhere Durchimpfungsraten
- 3-Dosen-Impfschema für Mädchen und Frauen ab 15 Jahren bleibt weiterhin gültig

Der bivalente HPV-Impfstoff Cervarix® von GSK hat die Zulassung für das 2-Dosen-Impfschema für Mädchen zwischen neun und 14 Jahren erhalten. Cervarix® ist damit der einzige HPV-Impfstoff, der für ein 2-Dosenschema zugelassen ist. Mit dem reduzierten 2-Dosen-Impfschema in dieser Altersgruppe könnten bereits früh höhere Durchimpfungsraten gegen HPV 16 und 18 resultieren. „Das 2-Dosen-Impfschema erleichtert die HPV-Impfung und ist außerdem kostengünstiger“, so Thomas Breuer, Senior Vice President GSK Vaccines.

Für die Zulassung waren zwei klinische Studien zu Immunogenität und Sicherheit ausschlaggebend: Die Studie HPV 048 (48-Monatsdaten) und die Studie HPV 070 (7-Monatsdaten).^{1,2,3,4} Beide Studien zeigten, dass die Antikörpertiter nach Gabe von zwei Dosen Cervarix® (0, 6 Monate) bei neun bis 14 Jahre alten Mädchen vergleichbar sind mit den Antikörpertitern nach drei Dosen bei 15 bis 25 Jahre alten Mädchen bzw. Frauen. Die Studien untersuchten nicht nur die Immunantwort für die im Impfstoff enthaltenen HPV-Typen 16 und 18, sondern auch für die nicht im Impfstoff enthaltenen HPV-Typen 31 und 45.^{1,2,3,4} Auch hier ergaben sich vergleichbare Ergebnisse. In der Studie HPV 048 blieben die Antikörper-Titer über vier Jahre anhaltend hoch.^{2,3}

Das Zervixkarzinom gehört weltweit zu den häufigsten HPV-assoziierten Karzinomen.⁵ Die Inzidenz des Zervixkarzinoms liegt in Deutschland bei 5.000 bis 7.000 Frauen pro Jahr.^{6,7} Die Mortalität liegt bei 1.700 bis 2.000 Frauen pro Jahr.^{6,7} Zervixkarzinome sind zu fast 100 Prozent HPV-assoziiert.⁶⁻¹⁰ Weltweit verursacht das Zervixkarzinom einen Todesfall alle zwei Minuten und ist für 275.000 Todesfälle pro Jahr verantwortlich.¹² Von insgesamt über 100 bekannten HPV-Typen können mindestens 15 Gebärmutterhalskrebs verursachen.¹³ HPV 16 und 18 sind für 70 Prozent aller Zervixkarzinome weltweit verantwortlich.¹⁴ 80 Prozent aller Frauen infizieren sich mindestens einmal in ihrem Leben mit HPV, davon sind 40 Prozent dieser Infektionen mit einem Krebs-verursachenden Virustyp.^{10,11,15,16}



Die beiden verfügbaren HPV-Impfstoffe sind zur Anwendung ab einem Alter von neun Jahren zugelassen. Beide Impfstoffe zeigen gute Wirksamkeit bei guter Sicherheitsdatenlage.^{6,17,18} Cervarix® ist EU-weit zur Prävention von prämaligen Läsionen der Zervix, Vulva und Vagina, die durch bestimmte onkogene Papillomviren verursacht werden, mit einem 3-Dosen-Impfschema (0, 1 und 6 Monate) zugelassen. Das neue Zulassungsschema (0, 6 Monate) gilt nur für Mädchen zwischen neun und 14 Jahren für Cervarix®. Das 3-Dosen-Impfschema bleibt für Mädchen ab 15 Jahren und Frauen gültig. Die wichtigsten Nebenwirkungen in klinischen Studien waren Schmerzen, Rötungen oder Schwellungen an der Einstichstelle, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen und Müdigkeit.¹⁷

Außerhalb der EU ist das 2-Dosen-Impfschema für Mädchen zwischen neun und 14 Jahren in zwölf Ländern zugelassen: Panama, Guatemala, Honduras, El Salvador, Haiti, Suriname, Chile, Guyana, Nigeria, Ghana, Pakistan und Bangladesh. Cervarix® ist in 130 Industrie-, Entwicklungs- und Schwellenländern verfügbar.¹⁹ Bisher wurden seit seiner Einführung im Jahre 2007 weltweit 41 Millionen Dosen distribuiert.²⁰

GlaxoSmithKline – eines der weltweit führenden forschenden Arzneimittel- und Healthcare-Unternehmen – engagiert sich für die Verbesserung der Lebensqualität, um Menschen ein aktives, längeres und gesünderes Leben zu ermöglichen. In Deutschland gehört GSK zu den wichtigsten Anbietern medizinischer Produkte und engagiert sich darüber hinaus in vielfältigen sozialen Projekten: So unterstützen wir „wellcome – für das Abenteuer Familie“, den „Verein zur Förderung kranker Kinder

und Jugendlicher der Staatlichen Schule für Kranke München e.V.“ und „Plan International“. Zudem stellt GSK seine MitarbeiterInnen einen Tag im Jahr am so genannten „OrangeDay“ frei, um in sozialen Einrichtungen mitzuhelfen. Seit 2013 besteht eine einzigartige weltweite Partnerschaft mit der Nichtregierungsorganisation „Save the Children“, die das Ziel hat, einer Million Kindern in Entwicklungsländern das Leben zu retten.

Besuchen Sie unser Fachkreisportal: www.gesundheit.gsk.com

Quellen:

1. Puthanakit T, Schwartz T, Esposito S. Immune responses to a 2-dose schedule of the hpv-16/18 as04-adjuvanted vaccine in girls (9-14) versus 3 doses in women (15-25): a randomised trial. EUROGIN 2013. Available at: <http://www.eurogin.com/2013/images/pdf/EUROGIN-2013-Abstracts-Part-2.pdf> [Last accessed: December 2013]
2. Romanowski et al, oral presentation EUROGIN 2013, abstract EUROGIN 2013, Firenze
3. Romanowski B, Schwartz T, Ferguson L. Immune response to the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine administered as a 2-dose or 3-dose schedule up to 4 years after vaccination. EUROGIN 2013. Available at: <http://www.eurogin.com/2013/images/pdf/EUROGIN-2013-Abstracts-Part-2.pdf> [Last accessed: December 2013]
4. B. Romanowski, T. Schwarz et al., iHuman Vaccines 7:12, 1374-1386; December 2011
5. Parkin, DM., 2006. Int J Cancer 118:3030-3044
6. Impfbrief, Dezember 2011, 56. Ausgabe
7. WHO Information centre, summary report HPV, Sept. 2010, <http://www.hpvcentre.net/summaryreport.php>
8. Zur Hausen et al., 2009. Virology 384:260-265
9. Klusmann et al., 2001. Cancer 92:2875-2884
10. Bosch FX, de Sanjose S. Chapter 1: Human papillomavirus and cervical cancer – burden and assessment of causality. Journal of the National Cancer Institute Monographs. 2003; 3-13
11. Bosch X et al.: Comprehensive Control of Human Papillomavirus Infections and Related Diseases, Vaccine 2013
12. GLOBOCAN 2008. Cervical Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008 Summary. Available from: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/cervix.asp> [Last accessed: December 2013]
13. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjose S, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. N Engl J Med 2003; 348: 518-527
14. De Sanjose S et al. Human papillomavirus a genotypic attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. The Lancet Oncology. 2010. 11:1048-1056
15. Brown DR, Shew ML, Qadadri B et al. A longitudinal study of genital human papillomavirus infection in a cohort of closely followed adolescent women. Journal of Infectious Diseases. 2005; 191: 182-192
16. Gravitt PE, Jamshidi R. Diagnosis and management of oncogenic cervical human papillomavirus infection. Infectious Disease Clinics of North America. 2005;19:439-458
17. Fachinformation Cervarix, Dezember 2013
18. Fachinformation Gardasil 2013
19. GSK Data on file 2013
20. GSK Data on file 2013

Nach Informationen von GSK, München

Kehle und Rachen optimal erreichen mit extra großen Aerosol-Tröpfchen:

Der neue PARI XLent® für die oberen Atemwege

Plötzlich einsetzender bellender Husten, Heiserkeit und Dyspnoe, starke Schmerzen in Rachen oder Kehle, vermehrte Schleimbildung... Patienten mit Erkrankungen der oberen Atemwege stellen sich jetzt in der kalten Jahreszeit wieder häufiger in der Praxis vor. Mitunter ist dann auch Eile geboten, wenn wie beim Krupp-Syndrom die Atemnot gelindert werden muss.

Um Kehle oder Rachen schnell und gezielt zu erreichen, ist die Vernebelung von Medikamenten oft ein wesentlicher Therapiebestandteil. Hier ist allerdings die Größe der Aerosoltröpfchen entscheidend! Denn große Tröpfchen deponieren das Medikament eher in den oberen Atemwegen und eignen sich deshalb besonders gut für die Behandlung des Rachens oder Kehlkopfes.

Mit dem PARI XLent® steht nun ein neues Inhalationsgerät zur Therapie der oberen Atemwege zur Verfügung. Mit sei-

nem besonderen Aerosolspektrum erzielt der PARI XLent® eine optimale Medikamentendeposition in den oberen Atemwegen und eignet sich deshalb besonders gut für die Behandlung vom Krupp-Syndrom, Laryngitis sowie Pharyngitis – zielgenau, schnell und altersunabhängig.

Um eine flexible Behandlung zu ermöglichen, ist er mit BABY Winkel, BABY Maske Gr. 2 sowie Erwachsenenmaske soft ausgestattet.

Für Patienten, die bereits über ein PARI Gerät verfügen, eignet sich der PARI LC SPRINT®-XLent Vernebler, der einen Einsatz mit allen PARI Kompressoren ermöglicht.

Welche diagnostischen und therapeutischen Faktoren beim Krupp-Syndrom zu beachten sind, wird Prof. Wolfgang Kamin, Leiter des Klinikums Kinder- und Jugendmedizin des evangelischen Krankenhauses in Hamm anlässlich der Gaißbacher



PARI XLent®:	Bestellnr.: 085G3800
PARI LC SPRINT®XLent:	Bestellnr.: 023G1801

Tage am 15. März 2014 erläutern.

Weitere Informationen erhalten Sie unter info@pari.de.

Nach Informationen von PARI GmbH, Starnberg

BEBA SENSITIVE heißt jetzt BEBA COMFORT

Bis zu 40% aller Säuglinge leiden in den ersten Lebensmonaten an unspezifischen gastrointestinalen Störungen wie 3-Monats-Koliken und Blähungen, die sich oft durch anhaltendes Schreien bemerkbar machen. Eine Hauptursache hierfür scheint in der funktionellen Unreife des Verdauungssystems zu liegen. Mit der Spezialnahrung BEBA SENSITIVE bietet Nestlé seit vielen Jahren eine Spezialnahrung an, die speziell für die Ernährung von Säuglingen mit 3-Monats-Koliken und Blähungen entwickelt wurde.

In den vergangenen Jahren hat sich für „Spezialnahrungen bei leichten Verdauungsproblemen“ bei Kinderärzten und Eltern die Bezeichnung „COMFORT“ immer stärker durchgesetzt. Um Eltern und Fachpersonal die Orientierung im Säug-

lingsmilchsoriment zu erleichtern hat sich Nestlé dazu entschlossen, BEBA SENSITIVE Spezialnahrung in BEBA COMFORT Spezialnahrung umzubenennen. Die Zusammensetzung der Spezialnahrung bleibt hierbei unverändert. Zur Information der Eltern am Regal erhalten Restbestände von BEBA SENSITIVE in alter Verpackung ab sofort einen Sticker mit dem Hinweis auf die Namensänderung. Ab März wird BEBA COMFORT im neuen Verpackungsdesign überall im Handel erhältlich sein.

Für Mai plant Nestlé BEBA die Ausweitung des bestehenden BEBA-Sortiments mit Produkten, die speziell für Säuglinge mit einer empfindlichen Verdauung entwickelt wurden und dem Auftreten von 3-Monats-Koliken und Verstopfung vorbe-

gen. Das neue Sortiment umfasst die Produkte BEBA SENSITIVE PRE, BEBA SENSITIVE 1 und BEBA SENSITIVE 2. Die Entscheidung, das Sortiment SENSITIVE zu benennen, entspricht dem Wunsch vieler Eltern, die in den vergangenen Monaten zu dem neuen BEBA-Sortiment befragt wurden.

Bei Fragen können Sie sich gerne wenden an:

Nestlé Nutrition GmbH
 Ärzte und Hebammen Service
 60523 Frankfurt/Main
 Tel.: 069- 6671 4971
service@nestlenutrition.de

Nach Informationen von: Nestle Nutrition GmbH, Frankfurt

Besonderes Engagement verdient Unterstützung

Shire verleiht 10. ADHS-Förderpreis

Preisträger des diesjährigen ADHS-Förderpreises ist das Berufsbildungswerk Waiblingen mit seinem Projekt „Anders Denken Handeln Sein“. Unter der Leitung von Maike Keller und Bertram Engelhardt unterstützt das Projekt lernbehinderte Jugendliche mit ADHS im Rahmen der beruflichen Rehabilitation. Jurymitglied Prof. Manfred Döpfner, Köln, überreichte den mit 10.000 Euro dotierten Förderpreis im Rahmen der „3. Mannheimer ADHS-Tagung“ in Mannheim.

Der von der Shire Deutschland GmbH ausgeschriebene ADHS-Förderpreis zeichnet jährlich innovative und praxisbezogene Projekte aus, die dazu beitragen, die Versorgungssituation von Kindern, Jugendlichen und auch Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zu verbessern. Im Jubiläumsjahr – 2013 wurde der Preis zum zehnten Mal verliehen – hatten sich 22 Projekte um den Förderpreis beworben. „Ausschlaggebend für die Wahl des Siegerprojektes ‚Anders Denken Handeln Sein‘ war neben der guten Konzeption und Umsetzung seine hohe Ausstrahlungskraft und Breitenwirkung“, hob Jurymitglied Prof. Döpfner zu Beginn seiner Laudatio hervor.

Kompetent in den Beruf starten – trotz ADHS

Das Projekt „Anders Denken Handeln Sein“ des Berufsbildungswerkes Waiblingen wurde 2004 im Rahmen eines Modellversuches zu ADHS ins Leben gerufen. Entwickelt wurde dabei ein Konzept zur beruflichen Förderung lernbehinderter Jugendlicher mit ADHS und ihrer Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Zu den Maßnahmen, die das Team rund um die Diplom-Psychologin und -Pädagogin Maike Keller und den Sozialpädagogen Bertram Engelhardt im Rahmen des Projektes anbieten, zählen speziell ausgerichtete Gruppen- und Einzeltrainingsangebote sowie praktische Strukturierungshilfen für Beruf und Alltag. Ergänzendes Neurofeedback-Training und Aikido-Kurse tragen dazu bei, die Selbstkontrolle und Konzentrationsfähigkeit der Jugendlichen zu fördern. Jobpaten begleiten die

jungen Erwachsenen beim Übergang von der Ausbildung in den Beruf und geben ihnen dadurch Sicherheit.

Zwischen 2004 und 2012 konnten im Berufsbildungswerk Waiblingen 138 von 175 junge Menschen mit ADHS mit Hilfe des Konzeptes „Anders Denken Handeln Sein“ ihre berufsvorbereitende Maßnahme oder Ausbildung erfolgreich abschließen (79%). „Das Projekt leistet einen großen Beitrag zur Integration ADHS-Betroffener“, unterstrich Prof. Döpfner bei der Preisübergabe.

Erfahrungen werden weitergegeben

Die Maßnahmen, die sich in der Förderung von Jugendlichen mit ADHS als hilfreich erwiesen hatten, wurden in einem über 600-seitigen Manual zusammengestellt. Auf diese Weise können nun auch andere Einrichtungen von den gesammelten Erfahrungen des Berufsbildungswerkes Waiblingen profitieren. Neben Schulungsmaterialien für Mitarbeitende zu ADHS selbst stellt das Handbuch unterschiedliche Interventionsmodule und Empfehlungen zu spezifischen Integrationsmaßnahmen vor. Als besonders lobenswert sah die Jury an, dass das Manual die Sichtweisen und Aufgaben aller Beteiligten optimal berücksichtigt. Maike Keller und Bertram Engelhardt freuen sich über die Auszeichnung ihres Engagements: „Wir sehen den ADHS-Förderpreis als Ansporn, Dankeschön, Hilfe und Stärkung für die weitere interdisziplinäre Zusammenarbeit mit jungen Menschen mit ADHS auf ihrem Weg zu einem gelingenden Übergang von der Schule in den Beruf“.

Die Jury

Ausgewählt als Preisträger des 10. ADHS-Förderpreises wurde das Waiblinger Projekt von einem interdisziplinären Expertengremium bestehend aus Prof. Dr. Harald Bode, Sozialpädiatrisches Zentrum der Universitätsklinik Ulm, Prof. Dr. Manfred Döpfner, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universitätsklinik Köln, PD Dr. Dr. Jan Frölich, niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater in Stuttgart sowie Prof. Dr. Michael Rösler, Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie des Universitätsklinikums des Saarlandes.

Jetzt um 11. ADHS-Förderpreis bewerben!

Bewerbungen um den 11. ADHS-Förderpreis werden bereits jetzt gerne entgegengenommen. Aufgerufen sind alle sich bereits in der Umsetzung befindlichen Projekte aus Deutschland, die zu einer Verbesserung der Versorgungslage von Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen mit ADHS beitragen. Diesmal liegt das besondere Interesse auf richtungweisenden Projekten, die ADHS mit den alltagsrelevanten Themen Frühintervention, Adhärenz, chronische Begleiterkrankungen und Sport verknüpfen. Die **Bewerbungsfrist läuft bis zum 30. April 2014**. Weitere Informationen sind erhältlich unter

www.ADHS-Foerderpreis.de

Galderma erweitert beliebte Excipial Kids®-Serie

Excipial Kids®: Innovative Reinigung und Pflege für trockene & juckende Baby- und Kinderhaut

Galderma, ein führendes Unternehmen in der Dermatologie, erweitert seine beliebte Excipial Kids® Hautpflege-Serie um ein neues Reinigungs-Konzept für trockene und juckende Baby- und Kinder-(Kopf)haut. Das Besondere an Excipial Kids® ist die innovative Kombination aus den drei aktiven Inhaltsstoffen SymCalmin®, Dexpanthenol und Glycerin. Die Substanzen mildern effizient Juckreiz, unterstützen die Wundheilung und spenden intensiv Feuchtigkeit. Das neue Excipial Kids® Shampoo enthält äußerst milde Tenside und brennt nicht in den Augen. Für die tägliche Reinigung der Körperhaut bietet Galderma jetzt den Excipial Kids® Wasch-Schaum. Diese Produkte ergänzen ab sofort die Excipial Kids® Hautpflege-Produkte, bestehend aus dem Excipial Kids® Schaum, der Excipial Kids® Lotion und der Excipial Kids® Creme. Somit steht nun ein aufeinander abgestimmtes Hautpflege- und Reinigungskonzept – speziell für Babys und Kinder mit trockener und juckender Haut – zur Verfügung.

Die medizinische Reinigungs- und Pflegeserie Excipial Kids® wurde zusammen mit Dermatologen speziell für Babys und Kinder entwickelt und wird unter Arzneimittelbedingungen in der Schweiz hergestellt. Damit bietet die Serie einen hohen Qualitätsstandard. Alle Excipial Kids®-Produkte basieren auf einer Kombination aus den drei aktiven Inhaltsstoffen SymCalmin®, Dexpanthenol und Glycerin. SymCalmin® ist ein Inhaltsstoff, der einem hautberuhigenden Extrakt des Hafers synthetisch nachempfunden ist und Juckreiz entgegenwirkt¹. So bestätigen 94% der Anwender die hautberuhigende Wirkung der Excipial Kids® Produkte. Dexpanthenol unterstützt die Wundheilung² und Glycerin spendet intensiv Feuchtigkeit³.

Durch die aktiven Inhaltsstoffe im neuen Excipial Kids® Kopfhautberuhigenden Shampoo wird die Kopfhaut von Trockenheit und Juckreiz befreit. Das Shampoo enthält zudem extra milde Tenside, die eine besonders sanfte Reinigung der Baby- und Kinder-Kopfhaut ermöglichen. Ebenfalls wichtig für Kinder: Das Shampoo

brennt nicht in den Augen, lässt sich mühelos ausspülen und macht die Haare leicht kämmbar. Der neue Excipial Kids® Hautberuhigende Wasch-Schaum kann aufgrund der leichten Textur sanft aufgetragen werden. Durch den hautfreundlichen pH-Wert wird ein Austrocknen der empfindlichen Kinder-Haut verhindert.

Die neuen Reinigungsprodukte ergänzen die bestehende Excipial Kids® Hautpflege-Serie, die speziell für die tägliche Pflege trockener und juckender Baby- und Kinderhaut entwickelt wurde. Die Hautpflugeserie beinhaltet einen Schaum, eine Lotion und eine Creme, sodass auf individuelle Hautbedürfnisse eingegangen werden kann. Der Excipial Kids® Hautberuhigende Schaum kann durch die leichte Schaumtextur ohne Druck aufgetragen werden und bietet ein aufregendes, neues Pflegeerlebnis. Der Schaum ist angenehm kühlend und wirkt dank der speziellen Formulierung hautentspannend. Die Excipial Kids® Hautberuhigende Lotion ist ideal für die tägliche großflächige Anwendung auf dem ganzen Körper. Aufgrund des Lipidgehalts von 28% wirkt die Lotion rück-

fettend und feuchtigkeitsbindend. Mit einem Lipidgehalt von 35% sorgt die Excipial Kids® Hautberuhigende Creme für eine intensive Rückfettung. Sie eignet sich daher vor allem für die intensive Pflege kleinerer, besonders trockener Hautpartien, z.B. im Gesicht.

Die Excipial Kids®-Serie ist exklusiv in Apotheken und ausgewählten dermatologischen Instituten erhältlich. Alle Produkte sind frei von Farbstoffen, Parfüm und PEG-Emulgatoren und sind somit sehr gut verträglich.

1 Schmaus et al. (2007) Dihydroavenanthramide D for Anti-irritant and Anti-itch. *Cosmetics & Toiletries*, 122: 55-66.

2 Ebner et al. (2002) Topical Use of Dexpanthenol in Skin Disorders. *Am J Clin Dermatol*, 3(6): 427-433.

3 Breternitz et al. (2008) Placebo-Controlled, Double-Blind, Randomized, Prospective Study of a Glycerol-Based Emollient on Eczematous Skin in Atopic Dermatitis: Biophysical and Clinical Evaluation. *Skin Pharmacol Physiol*; 21:39-45.

Nach Informationen von Galderma Laboratorium GmbH, Düsseldorf

Stellenwert von Oxymetazolin in der Behandlung der allergischen Rhinitis

Abschwellende sympathomimetische Nasensprays sind bei der Behandlung der Rhinitis acuta Mittel der ersten Wahl. Unter ihnen bekämpft Oxymetazolin (Nasivin®) durch seinen sekundenschnellen Wirkungseintritt und seine besonders lange Wirkdauer (bis zu 12 Stunden) die mit dem Schnupfen verbundenen Beschwerden besonders effektiv und lange. Für die Behandlung der allergischen Rhinitis, deren Beschwerdebild dem des entzündlichen Schnupfens weitgehend vergleichbar ist, stehen intranasale Kortikoide neben oralen Antihistaminika an erster Stelle. Sympathomimetika empfehlen die Leitlinien allenfalls als eine initiale, kurzzeitige Therapie speziell bei stark verstopfter Nase. Eine aktuelle Studie untersucht die kombinierte Behandlung der allergischen Rhinitis mit Mometasonfuroat und Oxymetazolin Nasenspray(1).

Allergische Rhinitis

Die allergische Rhinitis (AR) ist eine meist IgE-vermittelte, entzündliche Überempfindlichkeitsreaktion der Nasenschleimhaut auf eine Allergenexposition. Sie äußert sich durch Niesen, Hypersekretion, verstopfte Nase und Juckreiz. Häufig sind auch Augensymptome vorhanden. Nach den ARIA-Leitlinien (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma), die erstmals 2001 in Zusammenarbeit mit der WHO veröffentlicht und seither regelmäßig aktualisiert wurden, unterscheidet man eine intermittierende und eine persistierende Variante(2). Neben der Dauer der Symptomatik der AR wird auch ihre Schwere und ihre Auswirkung auf die Lebensqualität des Patienten bewertet (Tab.).

Die allergische Rhinitis ist ein globales Gesundheitsproblem, von dem 10 bis 20 % der Bevölkerung weltweit betroffen sind. Wegen dieser erheblichen sozioökonomischen Bedeutung wurden die Leitlinien seit ihrer Erstellung 2001 bereits dreimal revidiert. Zuletzt legte die Arbeitsgruppe 2010 das Ergebnis ihrer Literaturdurchsicht vor.

Therapie

Der ideale Ansatz zur Therapie der allergischen Rhinitis ist natürlich die Vermeidung ihrer Auslöser, der Allergene. Dies ist jedoch nur selten möglich. Patienten mit einer ausschließlichen Birkenpollenallergie und viel Freizeit können während der Blütezeit das Hochgebirge aufsuchen, Menschen mit beruflich bedingten Allergien können eine Umschulung anstreben. In der Regel aber entgeht der Allergiker seinen, häufig ja multiplen Feinden nicht. Und so steht die pharmakologische Therapie denn auch im Mittelpunkt der ARIA-Leitlinie.

In erster Linie werden für Erwachsene orale, nicht sedierende, nicht mit Cyto-

chrom P450 interagierende H1-Antihistaminika der neuen Generation ebenso stark empfohlen wie intranasale Glukokortikoide. Die Frage, ob intranasale Glukokortikoide eher zu empfehlen seien als orale Antihistaminika der neuen Generation, ließ sich aus den ausgewerteten Studien nicht wirklich sicher beantworten. Die Arbeitsgruppe sieht hier den Bedarf für weitere Studien, spricht aber eine schwache Empfehlung dafür aus, eher Glukokortikoide als Antihistaminika zu verwenden. Topische Glukokortikoide vermindern alle nasalen Symptome der AR hocheffektiv. Das gleichzeitige Vorhandensein von Augensymptomen kann jedoch den Ausschlag für die systemische Antihistaminika-Therapie beziehungsweise für eine Kombination beider Substanzgruppen geben. Moderne topische Steroide, insbesondere das Mometasonfuroat, haben eine hohe Affinität zu intrazellulären Steroidrezeptoren, eine starke Bindung an die menschliche Nasenschleimhaut und eine äußerst geringe Bioverfügbarkeit (< 1 %)(3). Allerdings setzt die Wirkung erst protrahiert ein und es kann Stunden bis Tage brauchen, bis der Patient wirkliche Erleichterung spürt. Dies ist besonders dann unangenehm, wenn eine verstopfte Nase im Vordergrund der Beschwerden steht. Daher erwägen auch die Leitlinien eine Empfehlung, zur zusätzlichen Verwendung abschwellender Nasensprays im Falle einer starken nasalen Obstruktion über einen begrenzten Zeitraum.

Kombinierte Anwendung von Mometasonfuroat und Oxymetazolin Nasenspray

Eine aktuelle randomisierte, Placebo-kontrollierte Multicenter-Studie untersuchte die Auswirkungen der kombinierten Anwendung von Mometasonfuroat

(MF) Nasenspray und Oxymetazolin Nasenspray auf die Symptome der saisonalen allergischen Rhinitis. Nach einer 3-14-tägigen Screening-Phase folgte eine 15-tägige Phase der Therapie sowie ein einwöchiges Follow-up. Die Patienten mussten älter als 12 Jahre sein und bereits seit zwei Jahren an allergischer Rhinitis leiden, die im Prick-Test einem saisonalen Allergen zuzuordnen war. Insgesamt 707 Patienten wurden randomisiert einem von fünf Studienarmen zugeteilt. Sie erhielten über 15 Tage entweder

- einmal täglich 200 µg MF plus drei Sprühstöße Oxymetazolin 0,5 % pro Nasenloch (MF + OXY3) oder
- einmal täglich 200 µg MF plus einen Sprühstoß Oxymetazolin 0,5 % pro Nasenloch (MF + OXY1) oder
- einmal täglich 200 µg MF oder
- zweimal täglich zwei Sprühstöße Oxymetazolin 0,5 % pro Nasenloch oder
- Placebo.

Primäre Endpunkte waren die morgendlichen und abendlichen Veränderungen zum Ausgangswert in zwei Symptom-Scores. Mit dem einen (NOW) wurden die unmittelbar zum Zeitpunkt der Untersuchung vorhandenen Symptome wie Rhinorrhoe und verstopfte Nase erfasst, der andere (TNSS, total nasal symptom score) bewertete verstopfte Nase, Rhinorrhoe, Niesen und Juckreiz kombiniert. Im Ergebnis verminderten beide Kombinationsregimen die Scores signifikant besser als die Monotherapie mit MF, Oxymetazolin oder Placebo. Bei den Kombinationen und Oxymetazolin-Monotherapie setzte die abschwellende Wirkung messbar schneller ein als unter Mometasonfuroat-Monotherapie, die dem Placebo am ersten Tag der Behandlung nicht überlegen war. Beide Kombinationen besserten auch die Augensymptome besser als Placebo, während

dieser Effekt bei beiden Monotherapien nicht signifikant war.

Anzeichen für einen Rebound-Effekt durch die Verwendung von Oxymetazolin über 15 Tage fanden die Autoren nicht, allerdings wurden in der Follow-up-Phase nicht genügend Daten gesammelt, um hier eine sichere Aussage zu treffen. Die Autoren bewerten ihre Ergebnisse positiv und in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Leitlinie: Die Kombination von topischem Mometasonfuroat und Oxymetazolin-Nasenspray sei eine vielversprechende Therapieoption, insbesondere gegen die initiale Verstopfung der Nase bei

saisonalen allergischer Rhinitis. Für die Empfehlung in der Praxis ergibt sich hieraus, dass Patienten, die Mometasonfuroat gegen allergischen Schnupfen z.B. Heuschnupfen anwenden, schneller von ihren Symptomen befreit werden, wenn sie die ersten 7 Tage zusätzlich ein Spray mit Oxymetazolin (z.B. Nasivin®) verwenden.

Referenzen:

1 Eli O. Meltzer et al: Mometason furoate nasal spray plus oxymetazoline nasal spray: Short-term efficacy and safety in seasonal allergic rhinitis. *Am J Rhinol Allergy* 27, 102-108, 2013

2 Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. *J Allergy Clin Immunol* 126:466-476, 2010.

3 Allergische Rhinokonjunktivitis. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI). *Allergo J* 2003; 12: 182-94

Nach Informationen von Merck Selbstmedikation GmbH, Darmstadt

10 Jahre Kramer-Pollnow-Preis:

Hinweise auf günstige Hirnreifungseffekte unter Stimulanzengabe bei ADHS

Zum zehnten Mal verlieh diesjährig das Komitee des Kramer-Pollnow-Forschungspreises die Auszeichnung für Störungsbilder im Bereich der biologischen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Prof. Dr. Katya Rubia, Institute of Psychiatry, London, wurde der von MEDICE gestiftete Preis in Köln für die Ergebnisse von zwei Metaanalysen zum Einfluss von Stimulanzien auf die neuropsychologische Leistungsfähigkeit bei ADHS-Patienten verliehen. Der Preis wurde erstmals europaweit ausgeschrieben und ist mit 6.000 Euro dotiert.

Die international anerkannte Forscherin deutscher Abstammung lieferte in einer Meta-Analyse zur strukturellen Kernspintomographie¹ Ergebnisse, die zeigen, dass eine Stimulanzengabe bei ADHS-Patienten eine Vergrößerung und damit Normalisierung der Basalganglien-Volumina unterstützte. Die Basalganglien liegen in jeder Gehirnhälfte unterhalb der Großhirnrinde und haben eine große Bedeutung für motorische und kognitive Regelungen.

Auch die zweite Metaanalyse² weist auf Effekte einer Stimulanzengabe auf die funktionellen Netzwerke im Gehirn hin. Zudem zeigten sich hinsichtlich des Alters-effektes Auffälligkeiten bei Kindern in den motorischen Arealen und bei Erwachsenen in den kognitiven Arealen Diese Er-

gebnisse basieren auf dem Verfahren der funktionellen Magnetresonanztomographie, abgekürzt fMRT oder englisch fMRI für functional Magnetic Resonance Imaging. Beide Analysen weisen auf „Hirnreifungseffekte“ während einer Stimulanzengabe von 6 Monaten bis 3 Jahren hin.

Die Arbeiten von Rubia überzeugten die Jury durch ihre Methodik und ihre Relevanz für den klinischen Alltag.

Über den Kramer-Pollnow-Preis

Der von der MEDICE Arzneimittel-Pütter GmbH unterstützte Kramer-Pollnow-Forschungspreis wird alle zwei Jahre für besondere wissenschaftliche Leistungen in der klinischen Forschung zur biologischen Kinder- und Jugendpsychiatrie,

vor allem für die Erforschung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), vergeben und ist mit 6.000 Euro dotiert. Namensgeber für den Preis sind die beiden berühmten Nervenärzte F. Kramer und H. Pollnow (beide Jahrgang 1878), der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité in Berlin, die zur Zeit Bonhoefer für die dortige Kinderstation verantwortlich waren.

1 Nakao T et al. *Am J Psychiatry* 2011; 168(11): 1154-63

2 Hart H et al. *JAMA Psychiatry* 2013; 70(2):185-98

Nach Informationen von MEDICE Arzneimittel-Pütter GmbH

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer

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

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/6 89 09-0

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag – Donnerstag

von 8.00–18.00 Uhr,

Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-14

christel.schierbaum@uminfo.de

Büroleiterin:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Bereich Mitgliederservice / Zentrale

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

bvkj.buero@uminfo.de

Bereich Fortbildung / Veranstaltungen

Tel.: 0221/68909-15/16,

Tfx.: 0221/68909-78

bvkj.kongress@uminfo.de

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag – Donnerstag

von 8.00–18.00 Uhr,

Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführer: Herr Klaus Lüft

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Tfx.: 0221/6890929

Ansprechpartnerinnen:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-27

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28

E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Prof. Dr. med. Stefan Zielen

E-Mail: stefan.zielen@kgu.de

Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. med. Christoph Kupferschmid

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaezte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de