

bvkj.

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

Heft 09/11 · 42. (60.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Berufspolitische
Arbeitsschwerpunkte
des BVKJ

Fortbildung:

Schlafstörungen

Berufsfragen:

Besuch bei Bundes-
gesundheitsminister
Daniel Bahr

Magazin:

Machen wir das
Richtige, und
machen wir
es richtig?

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkj.**

© Joanna Zielinska - Fotolia.com



Machen wir das Richtige, und machen wir es richtig?

Kindergesundheit im weltweiten Kontext: Was kann die Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland von Strategien der internationalen Kindergesundheit lernen? **S. 506**

Redakteure: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, Dr. Wolfgang Gempff, Konstanz, Regine Hauch, Düsseldorf

Inhalt 09 | 11

Forum

- 453 **Berufspolitische Arbeitsschwerpunkte des BVKJ**
Wolfram Hartmann
- 455 Vermischtes
- 456 **Das Leser-Forum**
- 458 **Was ist Pädiatrie?**
Christoph Kupferschmid
- 460 **Kinder vor zuviel Mobilfunk schützen**
Werner Thiede
- 462 **Aus der Praxis für die Praxis**
- 463 **Wie Elternschaft gelingt – trotz schwieriger Ausgangsbedingungen**
Regine Hauch
- 464 Vermischtes
- 466 **MFA-Fortbildung zur Präventionsassistentin**
Thomas Lob-Corzilius
- 469 **Neu für angehende Mediziner in den USA: der Kommunikationstest**

Fortbildung

- 471 **Aktuelle Fortbildung Bad Orb: Organisch bedingte Schlafstörungen im Kindesalter**
Cornelia Gottschalk, Paul Scheuermann, Alfred Wiater
- 477 **Aktuelle Fortbildung Bad Orb: Schlafstörungen im Kindesalter**
Gerd Lehmkuhl
- 482 **Der besondere Fall: Wundheilungsstörungen nach Spülung mit Octenisept**
Thomas Rutt
- 487 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Peter Höger
- 490 **Consilium Infectiorum: Fehlende Impfantikörper gegen Diphtherie – Nachimpfen?**
Ulrich Heininger
- 492 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 494 Impressum
- 496 **Das Leser-Forum**

Berufsfragen

- 497 **Besuch bei Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr**
Stephan Eßer
- 498 **Praxiseinführungs-Seminar**
- 500 **Wahlaufruf**
- 500 **Praxisabgabe-Seminar**
- 501 **Ist der BVKJ noch ein BERUFS-Verband?**
Thomas Fischbach
- 502 **Wie vermeide ich einen Regress bei der Abrechnung von ärztlichen Leistungen und Verordnungen**
Roland Ulmer
- 504 **Pädiatrische Qualitätszirkel als wichtige Struktur für die Zusammenarbeit der Kollegen – eine Bestandsaufnahme**
Gottfried Huss

Magazin

- 506 **Machen wir das Richtige, und machen wir es richtig?**
Stephan Heinrich Nolte
- 509 **Praxistafel**
- 510 **Paediatric-Termine**
- 511 **Ehrungen**
- 512 **Fortbildungstermine BVKJ**
- 513 **Personalia**
- 514 **Tagungen und Seminare**
- 515 **Nachrichten der Industrie**
- 522 **Wichtige Adressen des BVKJ**

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage bei: eine Firmeninformation der Firma Nestlé, ein Supplement der Firma GlaxoSmithKline, ein Flyer Impfkademie der Firma GlaxoSmithKline, ein Supplement der Firma Shire sowie eine Information der Firma Co-med GmbH. Außerdem finden Sie als Teilbeilage das Programmheft der 9. Pädiatrie zum Anfassen, Bamberg, des LV Bayern.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Aktuelle Fortbildung Bad Orb ●●●

Organisch bedingte Schlafstörungen im Kindesalter

Zu den organisch bedingten Schlafstörungen im Kindesalter zählen überwiegend die schlafbezogenen Atmungsstörungen, das Restless-Legs-Syndrom sowie die Narkolepsie. Die schlafbezogenen Atmungsstörungen umfassen eine Gruppe unterschiedlicher Erkrankungen, welche unterteilt werden in obstruktive Atmungsstörungen, zentrale Schlafapnoen bzw. Säuglingsschlafapnoen sowie die schlafbezogenen Hypoventilationssyndrome. Folgen schlafbezogener Atmungsstörungen sind Tagesmüdigkeit, Verhaltensstörungen, Lern- und Konzentrationschwierigkeiten sowie Hyperaktivität, weiterhin zeigen sich Folgeerscheinungen beispielsweise im kardiovaskulären oder zentralnervösen Bereich, aber auch metabolische Erkrankungen oder Wachstumsstörungen treten auf.

Obstruktive schlafbezogene Atmungsstörungen

Obstruktive Störungen sind die häufigsten Formen der schlafgebundenen Atmungsstörungen und treten in jedem Alter auf. Bei Neugeborenen und Säuglingen sind vorwiegend Erkrankungen mit kraniofazialen Anomalien, welche die Strukturen der oberen Atemwege beeinflussen, sowie neurologische Erkrankungen, die den Muskeltonus der oberen Atemwege verändern, ursächlich. Bei späterem Auftreten der Symptomatik im Klein- und Schulkindesalter ist neben kraniofazialen Anomalien insbesondere die adenotonsilläre Hyperplasie als Hauptursache relevant, eine Übergewichtigkeit der Kinder kann die Symptomatik verstärken.

Das Ausmaß der obstruktiven Atmungsstörungen reicht vom primären einfachen Schnarchen über das „Upper Airway Resistance Syndrome“ bis hin zur kompletten Obstruktion der oberen Atemwege beim Obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom (OSAS): Ein erhöhter oberer Atemwegswiderstand durch Verengung der nasopharyngealen Atemwege sowie ein herabgesetzter Muskeltonus im Schlaf führen zu vermehrter Atemarbeit und somit zu Limitationen des Atemflusses, zu obstruktiven Hypopnoen und Apnoen sowie je nach Ausprägung zu begleitender Hypoxämie und Hyperkapnie. Zudem treten in Folge der Obstruktionen Aufwachreaktionen mit folglich Störungen der Schlafstruktur und -architektur auf, es kommt zu Durchschlafstörungen.

Das Obstruktive Schlafapnoe-Syndrom ist durch wiederholte Episoden von Obstruktionen der oberen Atemwege gekennzeichnet, die während des Schlafes auftreten bzw. im Schlaf verstärkt sind. Als normal werden polysomnographische Befunde mit einem Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI = Anzahl der Apnoen pro Stunde Schlafzeit) von weniger als einem Ereignis pro Stunde beschrieben (1).

Das „Upper Airway Resistance Syndrome“ (UARS), bei dem die Kinder ebenfalls schnarchen oder eine ge-

räuschvolle Atmung zeigen, zeichnet sich durch einen erhöhten Atemwegswiderstand aus, der zu vermehrter Atemarbeit und damit verbundenen wiederholten Aufwachreaktionen führt. Polysomnographisch lässt sich das UARS durch intrathorakale Druckschwankungen über eine Ösophagusdruckmessung oder durch Flusslimitationen des nasalen Flusses bei der Staudruckmessung mit damit verbundenen Arousalreaktionen nachweisen (2). Im Gegensatz zum OSAS werden beim UARS keine Apnoen, Hypopnoen oder Blutgasschwankungen beobachtet. Als milde Form der obstruktiven schlafgebundenen Atmungsstörungen hat das UARS jedoch ebenso wie das OSAS deutliche Auswirkungen, die Kin-

Adenotonsilläre Hyperplasien
Adipositas
Erkrankungen mit kraniofazialen Fehlbildungen
– Retrogenie/mandibuläre Retrognathien
– Pierre-Robin-Sequenz
– Franceschetti-Syndrom
– Goldenhar-Syndrom
– Crouzon-Syndrom
Kieferorthopädische Anomalien
– Okklusionsstörungen
– Unterkieferrückverlagerungen
– hoher Gaumen/Gaumenspalte
Neuromuskuläre Erkrankungen
– Muskeldystrophien
– muskuläre Hypotonien (z.B. bei Hypothyreose)
– spinale Muskelatrophie
– kongenitale Myopathien
– Zerebralparese
Andere Erkrankungen (u.a.)
– Trisomie 21
– Prader-Willi-Syndrom
– Mukopolysaccharidose
– Arnold-Chiari-Malformation
– Obere Atemwegsinfekte, Bronchialasthma, pulmonale Erkrankungen
– Gastroösophagealer Reflux



Cornelia Gottschalk

Paul Scheuermann
Dr. Alfred Wiater

Tab. 1: Risikofaktoren / Erkrankungen, die mit einem obstruktiven Schlafapnoe-syndrom assoziiert sein können

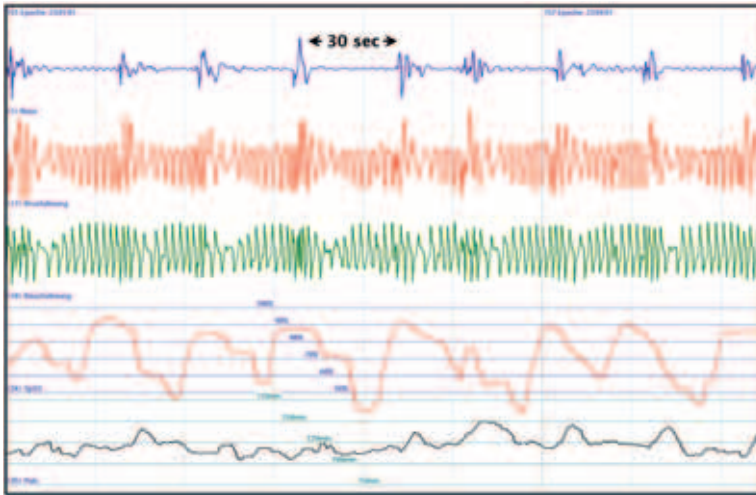


Abb. 1: Ausgeprägtes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit nasaler Flussunterbrechung von 30 Sek. bei dreijährigem Kind

der fallen ebenfalls häufig durch Tagesmüdigkeit, Lern- und Konzentrationsstörungen sowie aggressive und hyperaktive Verhaltensweisen auf (3).

Ursächlich für das Kollabieren der oberen Atemwege sind anatomischen Faktoren wie zum Beispiel als häufigste Ursache die adenoide und tonsilläre Hyperplasien, die mit einer Verengung der oberen Atemwege einhergehen, sowie ein herabgesetzter Muskeltonus im Schlaf. Auch angeborene kraniofaziale Anomalien und Fehlbildungen im Bereich der oberen Atemwege, wie beispielsweise die mandibuläre Retrogenie, Mittelgesichtshypoplasien, eine Pierre-Robin Sequenz, Laryngotracheomalazie, Makroglossie, sowie Adipositas oder Veränderungen im Nasenbereich wie Nasenmuschelhypertrophie, Septumdeviation, allergische Rhinitis und Choanalatresien/-stenosen sind Risikofaktoren für das Auftreten von Obstruktionen (Tab. 1).

Das häufigste Symptom ist mit über 90% das Schnarchen oder eine geräuschvolle Atmung (4). Die Kinder zeigen insgesamt ein unruhiges Schlafverhalten mit häufigem Lagewechsel sowie ungewöhnlichen Schlafpositionen oder verstärktem nächtlichen Schwitzen. Weitere Symptome können Ein- und Durchschlafstörungen mit häufigem Erwachen, Parasomnien und Enuresis nocturna sein. Die chronische Durchschlafstörung mit wiederholten Aufwachreaktionen, die rezidivierende Hypoxämie und Hyperkapnie sowie die intrathorakalen Druckschwankungen wirken sich auf Bereiche des zentralen Nervensystems, des Herz-Kreislaufsystems und des endokrinen bzw. metabolischen Systems aus. So zeigen sich am Tage typischerweise Tagesmüdigkeit und Verhaltensauffälligkeiten wie Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefizite (5). Lern- und Konzentrationsstörungen mit hieraus folgenden schlechten Schulleistungen und aggressivem Verhalten sind häufig zu beobachten. OSAS im Kindesalter ist mit einem erhöhten Risiko für einen pulmonalen und systemischen Hypertonus verbunden und es wurden Veränderungen der linksventrikulären Morphologie sowie Wachstums- bzw. Gedeihstörungen beschrieben (6,7).

Diagnostisch steht die kardiorespiratorische Polysomnographie mit Messung des nasalen Luftstroms, der Atmungsbewegungen (Thorax und Abdomen) sowie der Pulsoxymetrie als wichtigste Untersuchung zur Verfügung (Abb. 1). Weiterhin unabdingbar für eine differenzierte Diagnostik sind eine ausführliche Anamnese (typische Symptomatik, s. Tab. 2) sowie eine eingehende körperliche und neurologische Untersuchung. Die Verwendung standardisierter Fragebögen (z.B. Pediatric Sleep Questionnaire [PSQ], Epworth Sleepiness Scale für Kinder [ESS-K]) kann sinnvoll sein (8,9).

Die wesentliche Therapie obstruktiver Schlafstörungen ist auch bei Kindern mit klinisch nur leicht ausgeprägter nasopharyngealer Obstruktionsursache die HNO-ärztliche Intervention durch operative Verkleinerung adenotonsillärer Strukturen. Die Adenotonsillotomie führt bei einem Großteil der Kinder zur schnellen Besserung der beschriebenen Symptomatik einschließlich der Tagesauffälligkeiten. Insbesondere bei übergewichtigen Kindern ist aufgrund einer teilweise zu beobachtenden Persistenz der Symptomatik die Durchführung einer postoperativen Polysomnographiekontrolle sinnvoll (10).

Bei milden OSAS-Formen (AHI 1 bis 5/h) besteht alternativ zur HNO-ärztlichen Operation die Möglichkeit eines medikamentösen Therapieversuches mit intranasaler Applikation lokal wirksamer Steroide in Kombination mit dem Leukotrienrezeptorantagonisten Montelukast. Bei ausgeprägtem OSAS (AHI > 5/h) ohne Besserung nach Adenotonsillotomie oder bei unzureichender Besserung der Symptomatik durch einen medikamentösen Therapieversuch, ist die Einleitung einer nasalen CPAP-Therapie indiziert.

Weiterhin sind kieferorthopädische Maßnahmen bei Okklusionsstörungen und Unterkieferrückverlagerungen zu erwägen.

Säugling	Kleinkind	Schulkind
<ul style="list-style-type: none"> • Saug-Schluck-Koordinationsstörungen • Gedeihstörung • Wachstumsretardierung • vermehrte Infekte durch Aspiration • Apnoen während des Schlafes • exzessives Schwitzen im Schlaf • motorische Unruhe • Schnarchen (26 %) • geräuschvolle Atmung (44 %) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hypermortalität • Untergewicht • Mundatmung • kloßige Sprache • verzögerte Sprachentwicklung • Schnarchen • abnorme Schlafposition (überstreckter Kopf, Knie/Ellenbogen) • vermehrter Nachtschweiß • unruhiger Schlaf • sekundäre Enuresis • Albträume • Tagesmüdigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Tagesmüdigkeit • Lern-Schulschwierigkeiten • Konzentrationsstörungen • Kopfschmerzen (bes. morgens) • sozialer Rückzug • aggressives / hyperaktives Verhalten • Mundatmung • Schnarchen

Tab. 2: Alterstypische Symptome bei OSAS

Zentrale Schlafapnoen, Säuglingsschlafapnoesyndrom

Im Gegensatz zu den obstruktiven Atemstörungen, bei denen die Atemanstrengungen erhalten sind, liegt bei den zentralen Apnoen eine Unterbrechung des Atemstromes vor, bei der keine Aktivität der Atemmuskulatur erkennbar ist. Begleitend zum Ausbleiben der ventilatorischen Anstrengungen im Schlaf kommt es zu einem Absinken der Sauerstoffsättigung im Blut.

Ursächlich für die primäre Schlafapnoe bei Frühgeborenen ist eine Unreife des im Stammhirn gelegenen Atemszentrums und somit der zentralnervösen Atemregulation. Von einer Frühgeborenenapnoe wird bei Auftreten von Apnoen, welche länger als 20 Sekunden andauern, oder von kürzeren Apnoen, welche mit einer Begleitsymptomatik wie Bradycardie, Hypoxämie oder klinischen Begleitsymptomen wie Zyanose, Blässe oder Muskelhypotonie einhergehen, gesprochen. Auch die Säuglingsschlafapnoen (> der 37. SSW.) zeigen ein vergleichbares Bild. Primäre, idiopathische zentrale Schlafapnoesyndrome jenseits der frühen Kindheit sind selten, häufiger ist die gestörte Atemregulation Symptom verschiedener Grunderkrankungen wie beispielsweise dem Joubert-Syndrom, dem Arnold-Chiari-Syndrom, dem Prader-Willi-Syndrom oder dem Rett-Syndrom.

Weitere mit dem Auftreten zentraler Apnoen assoziierte Erkrankungen können strukturelle Läsionen des ZNS, Störungen der kardiorespiratorischen Adaptation des Neugeborenen, Atemwegsinfekte des Säuglings, konvulsive Apnoen, respiratorische Affektkrämpfe oder endokrinologische bzw. metabolische Erkrankungen wie beispielsweise eine Glutarazidurie, ein Pyruvatdehydrogenase- oder Carnitinmangel sein. Aus diesem Grund sollte bei Auftreten zentraler Schlafapnoen eine ausführliche differenzialdiagnostische Abklärung erfolgen (Tab. 3).

Diagnostisch werden zentrale Schlafapnoen bzw. das Säuglingsschlafapnoesyndrom ebenfalls polysomnographisch oder polygraphisch erkannt. Begleitend zum fehlenden Atemfluss werden fehlende thorakale und abdominelle Atembewegungen sowie eine eventuell auftretende Hypoxämie und Begleit-Bradycardien aufgezeichnet (Abb. 2).

Als medikamentöse Therapiemaßnahmen stehen Methylxanthine wie Coffein oder Theophyllin zur zentralen Atemstimulation im Vordergrund. Zudem kann pharmakologisch Azetazolamid, ein Carboanhydrasehemmer, welcher über eine metabolische Azidose im Gewebe eine Steigerung des Atemantriebs bewirkt, im Sinne eines individuellen Heilversuches eingesetzt werden. Gelegentlich ist eine apparative Atemunterstützung notwendig.

Schlafgebundene Hypoventilationssyndrome

Als zentrales Hypoventilationssyndrom wird eine im Schlaf verminderte Atmung bezeichnet, welche mit Hyperkapnie und Hypoxämie einhergeht. Ursächlich für das kongenitale zentrale Hypoventilationssyndrom (Undine-Syndrom) ist eine CO₂-Unempfindlichkeit mit ei-

Frühgeburtlichkeit
Kardiorespiratorische Adaptationsstörungen bei Neugeborenen
Gastroösophagealer Reflux
Konvulsive Apnoen/respiratorische Affektkrämpfe
Syndromale Erkrankungen
– Rett-Syndrom
– Prader Willi-Syndrom
– Joubert-Syndrom
– Arnold-Chiari-Syndrom
Akute strukturelle ZNS-Läsionen
– Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie
– intrazerebrale Hämorrhagie
– Rückenmarksverletzungen
Chronische strukturelle ZNS-Läsionen
– degenerative ZNS-Erkrankungen
– infantile spinale Muskelatrophie Werdnig-Hoffmann
– Hirnstammtumoren
– Arnold-Chiari-Malformation
– Dandy-Walker-Malformation
– Achondroplasie mit engem Foramen magnum
– Joubert-Syndrom
– Lissenzephalie
– Möbius-Syndrom
– Undine-Syndrom
Metabolische Erkrankungen
– Pyruvatdehydrogenasemangel
– Carnitinmangel
– Medium-Chain Acyl-CoA-DH Mangel
– Ornithin-Transcarbamylase-Mangel
– Glutarazidurie
– Leigh-Enzephalopathie
– Hypoglykämie, Hypokalzämie, Hyponatriämie, Hypernatriämie, Hyperammonämie

Tab. 3: Risikofaktoren/Erkrankungen, die mit zentralen Schlafapnoen/einem Säuglingsschlafapnoesyndrom assoziiert sein können

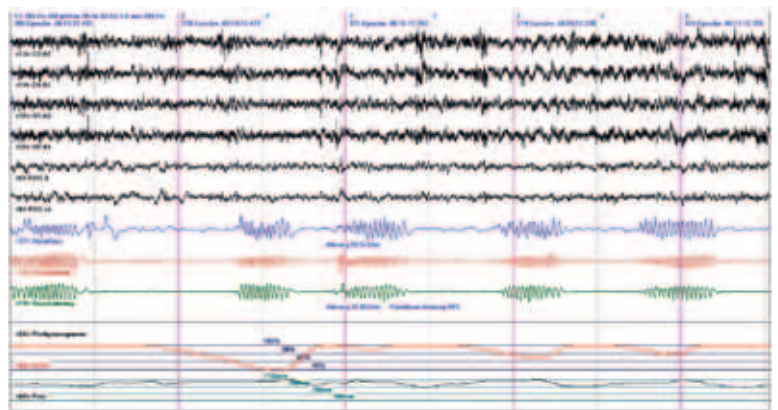


Abb. 2: Zentrales Schlafapnoesyndrom. Zentrale prolongierte Apnoen von über 50 Sekunden Dauer (oro-nasaler Flow blau, thorakale Atembewegungen rot, abdominelle Atembewegungen grün) begleitende Sauerstoffsättigungsabfälle (rot) und Arousals im EEG (obere 4 schwarze Kanäle). (4-minütiger Ausschnitt einer Polysomnographie eines 19 Monate alten Jungen)

Undine-Syndrom (kongenitales zentrales Hypoventilationssyndrom)
Stoffwechseldefekte – z.B. subakute nekrotisierende Encephalomyelopathie
Erkrankungen, mit Auswirkung auf den Hirnstamm – z.B. Arnold-Chiari-Malformation
Sekundäre/erworbene zentrale Hypoventilationssyndrome – infektbedingt – traumatisch bedingt – durch HWS-Fehlbildungen/Operationen/Tumoren – iatrogen
Neuromuskuläre Erkrankungen – spinale Muskelatrophie – Muskeldystrophien – kongenitale Myopathien
Pulmonale und kardiovaskuläre Erkrankungen – obstruktive und restriktive Lungenerkrankungen
Skelettale Erkrankungen – Thorax- und Wirbelsäulendeformierungen (Trichterbrust, Skoliosen, Lordosen, Kyphosen, etc.)

Tab. 4: Risikofaktoren/Erkrankungen, die mit einem schlafgebundenem Hypoventilationssyndrom assoziiert sein können

nem hieraus resultierend fehlendem Atemreflex bzw. fehlender Reaktion auf Atemnot. Dadurch kommt es im Schlaf zu einer verminderten Atmungstiefe und -frequenz sowie begleitender Hyperkapnie und Hypoxämie, wobei die Ateminsuffizienz im Non-REM-Schlaf am stärksten ausgeprägt ist. Die herabgesetzte CO₂-Empfindlichkeit lässt sich polysomnographisch mittels Hyperkapnietest durch eine fehlende Atemantwort auf eine exogene Zufuhr von CO₂ nachweisen (11,12). Kli-

Medikamentöse Therapie bei zentralen Apnoen

- Methylxantine (Theophyllin, Koffein)
- Acetazolamid

Verkleinerung der die Obstruktion verursachenden Strukturen

- Adenotomie, Tonsillektomie/Tonsillotomie
- Nasale Applikation topischer Steroide/ggf. Montelukast
- Gewichtsreduktion

Überbrückung der die Obstruktion verursachenden Strukturen

- n-CPAP / n-BiPAP
- Beatmung
- Einlegen eines Nasotrachealtubus/ggf. Tübinger Gaumenplatte
- Tracheotomie

Vergrößerung des pharyngealen Raums

- Kieferorthopädische Funktionsregulation
- Myofunktionelle Therapie
- MKG-chir. Distraktionsbehandlung
- Multi-Level Chirurgie

Andere

- Dekompression der Fossa posterior

Tab. 5: Therapie von schlafbezogenen Atmungsstörungen bei Kindern

nisch können Neugeborene mit kongenitalem zentralen Hypoventilationssyndrom durch rezidivierende Zyano-seereignisse im Schlaf auffallen.

Weiterhin können zentrale Hypoventilationssyndrome bei Kindern mit Erkrankungen, welche Auswirkungen auf den Hirnstamm haben (z.B. Arnold-Chiari-Syndrom), oder bei bestimmten Stoffwechseldefekten, auftreten.

Von den idiopathischen zentralen Hypoventilationssyndromen sind die sekundären (erworbenen) Formen zentraler Hypoventilationssyndrome zu unterscheiden. Diese treten beispielsweise nach Infektionen, Traumen, infolge von Anomalien der Halswirbelsäule, Operationen oder Tumoren sowie auch durch Medikamentenüberdosierungen auf (13).

Wie die zentrale Hypoventilation aufgrund eines zu geringen Atmungsantriebs, gehen auch die sekundären Hypoventilationen infolge neuromuskulärer, pulmonaler, kardiovaskulärer und thoraxdeformierender Erkrankungen mit einem erhöhten CO₂-Partialdruck aufgrund einer zu geringen CO₂-Eliminierung und einer Hypoxämie im Schlaf einher. Sie treten jedoch nicht aufgrund eines verminderten Atmungsantriebs, sondern sekundär durch eine Insuffizienz der Atemmuskulatur auf, wobei es zu Durchschlafstörungen aufgrund von Aufwachreaktionen bei Luftnot kommt. Krankheitsbilder bzw. Veränderungen, welche hier ursächlich vorliegen können, sind beispielsweise Lungenerkrankungen, anatomische Veränderungen des Thorax und der Wirbelsäule wie ausgeprägte Skoliosen, Kyphosen und Lordosen oder neuromuskuläre Erkrankungen wie spinale Muskelatrophie, Muskeldystrophien sowie kongenitale Myopathien (Tab. 4).

Therapeutisch ist beim schlafgebundenen Hypoventilationssyndrom eine Beatmung der Patienten im Schlaf mittels nichtinvasiver Maskenbeatmung oft unumgänglich. Hierbei sollte eine Überwachung des pCO₂ sowie der Sauerstoffsättigung gewährleistet sein. Die Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörungen ist in Tab. 5 zusammengefasst.

Restless-Legs-Syndrom

Das Restless-Legs-Syndrom (RLS) zählt, ebenso wie die periodischen Beinbewegungen, zu den schlafgebundenen Bewegungsstörungen. Es ist durch einen ausgeprägten Bewegungsdrang der Beine, selten auch der Arme, gekennzeichnet, welcher überwiegend in Ruhe und Entspannung auftritt. Häufig ist dieser Bewegungsdrang mit Parästhesien wie Kribbeln, Schmerzen, Stechen oder anderen Missempfindungen verbunden. Die Beschwerden können beidseits in wechselnder Seitbetonung auftreten und lassen sich durch Bewegungen der Beine, Lagewechsel oder Umhergehen, reduzieren. Hierdurch kann es aufgrund einer verlängerten Einschlaflatenz und auch Unterbrechungen des Schlafes zu einer gestörten Schlafarchitektur kommen. Durch diese Ein- und Durchschlafstörungen und dem daraus folgenden Schlafdefizit können tagsüber bei Kindern Symptome

wie Tagesmüdigkeit, Konzentrationsstörungen sowie Leistungs- und Aufmerksamkeitsdefizite auftreten (14).

Ursachen für das Auftreten von sekundären (symptomatischen) Formen des RLS sind beispielsweise eine Eisenmangelanämie bzw. niedrige Ferritinwerte (15), neurologische Erkrankungen wie Polyneuropathien oder Myelopathien. Eine positive Familienanamnese wird als Risikofaktor angesehen, diese ist bei mehr als 50% der Patienten mit idiopathischem RLS zu verzeichnen. Die Diagnose eines idiopathischen Restless-Legs-Syndrom kann häufig anamnestisch (einschließlich Familienanamnese) gestellt werden. Ergänzend ist die Durchführung einer Polysomnographie indiziert. Hierbei lassen sich mittels Tibialis-EMG häufig typische PLMS (Periodic Limb Movements in Sleep) nachweisen. Bei den sekundären Formen sind je nach Grunderkrankung weitere diagnostische Maßnahmen, wie beispielsweise elektromyographische Untersuchungen bei V.a. eine Neuropathie, erforderlich. Eine laborchemische Eisenbestimmung wird empfohlen, da ein Eisenmangel als mögliche Ursache durch eine Substitutionstherapie leicht zu behandeln ist (15). So kann auch bei anderen symptomatischen Formen des RLS eine Behandlung der Grunderkrankung zur Verminderung der Beschwerden führen. Als medikamentöse Therapie gilt die Einnahme von L-Dopa etwa eine Stunde vor dem Schlafengehen als Mittel der Wahl.

Narkolepsie

Die Narkolepsie, welche zu den Hypersomnien mit zentraler Ursache gehört, ist eine Schlaf-Wach-Störung mit REM- und Non-REM-Schlafstadien-assoziierten Symptomen. Hauptsymptome sind Hypersomnie mit ausgeprägter Tagesschläfrigkeit von mindestens 3 Monaten Dauer sowie das Auftreten von Kataplexien, hypnagogen Halluzinationen und Schlaflähmungen (16). Die Kataplexien äußern sich durch einen plötzlichen Tonusverlust der Muskulatur, ausgelöst durch emotional bedeutsame Ereignisse wie beispielsweise Lachen oder Ärger.

Die Narkolepsie weist eine hohe Assoziation zu verschiedenen HLA-Allelen auf, eine erbliche Komponente wird daher in der Forschung diskutiert. Über 90% der Erkrankten mit Kataplexien tragen das Allel HLA-DRB1*1501, DQB1*0602-Typ, zudem korrespondieren weitere HLA-Allele, jedoch mit einer geringeren Häufigkeit, mit der Narkolepsie (DRB5*0101, DQA1*0102). Weiterhin wird eine Verminderung Hypocretin-haltiger Neurone im dorsolateralen Hypothalamus als ursächlich für das Krankheitsbild angesehen.

Diagnostisch wird die Polysomnographie zur Beurteilung des Nachtschlafes, mit Nachweis verkürzter Einschlafzeiten und vorzeitigem REM-Schlaf, dem sogenannten Sleep-Onset-REM (= SOREM), eingesetzt. Weiterhin ist die Durchführung eines Multiple-Sleep-Latency-Test (= MSLT/multipler Schlafzeitentest) erforderlich, welcher ebenfalls verkürzte Einschlafzeiten mit Auftreten von verfrühtem REM-Schlaf (≥ 2 SOREM) als Hinweise auf das Vorliegen einer Narkolepsie aufzeigt. Zudem sind zur Diagnosesicherung die Bestimmung des Hypocretin-Spiegels im Liquor, eine HLA-Typisierung sowie eine cerebrale Bildgebung zum Ausschluss einer organischen Erkrankung durchzuführen. Spezielle Narkolepsie-Fragebögen ermöglichen eine Differenzierung gegenüber anderen Schlafstörungen (17, 18).

Therapeutisch können als nichtmedikamentöse Maßnahmen verhaltenstherapeutische Ansätze wie Schlafhygiene und individuell angepasste Tagschlafepisoden durchgeführt werden (19). Medikamentös wird die Tagesschläfrigkeit mit Stimulanzien behandelt, Mittel der ersten Wahl sind Methylphenidat und Modafinil. Zudem kommt pharmakologisch Gamma-Hydroxybuttersäure zur Behandlung der Narkolepsie zum Einsatz.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:
Cornelia Gottschalk
Krankenhaus Porz am Rhein
Urbacher Weg 19, 51149 Köln

Red.: Riedel

Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter Förderpreis 2011–2013

Für wissenschaftliche Projekte, die das Ziel haben, die psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung von Kindern, Jugendlichen und deren Familien zu verbessern, wird ein **Förderpreis in Höhe von 15.000 €** ausgelobt.

Nähere Informationen und die verbindlichen Vorgaben zu den Bewerbungsmodalitäten finden Sie unter www.stiftung-kipp.de/foerderpreis2011-2013.

Bewerbungen müssen mit den vollständigen Unterlagen spätestens **bis zum 10. Oktober 2011** bei der Geschäftsstelle der Stiftung eingegangen sein.

Aktuelle Fortbildung Bad Orb ●●●

Schlafstörungen im Kindesalter

– Funktionelle Ursachen, Komorbidität und Behandlungsansätze –

In einem Beitrag für „DIE ZEIT“ weist Spork (2010) auf den chronischen Schlafmangel hin, der aus Schulkindern Zappelphilippe macht. Doch wie bemerken Eltern den Schlafmangel ihres Kindes? Konzentrationsschwäche, gesteigerte Impulsivität und Tagesmüdigkeit werden von Oskar Jenni vom Universitäts-Kinderspital Zürich als Symptome genannt. Zwar gebe es auch bei Kindern große Differenzen: manchen genügen acht, anderen elf Stunden Schlaf. Schülern hilft der Schlaf vor allem bei der Gedächtnisbildung: befreit von äußerem Input wiederholt und festigt das Gehirn jene Lerninhalte, die es sich zuvor angeeignet hat. Wenn aktuelle Zahlen davon ausgingen, dass nur 8 bis 10 % der Kinder unter der Woche ausreichend lang schlafen würden, käme diesem Thema in der Gesundheitsvorsorge derselbe Stellenwert zu wie Bewegung und ausgewogene Ernährung (Spork, 2010).

Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass Schlafstörungen Mädchen und Jungen im gleichen Ausmaß betreffen und mit bis zu 40 % ein häufiges Problem darstellen (Liu et al., 2005). Allerdings besitzen sie nicht immer einen Krankheitswert und benötigen zumeist nur eine differenzierte Beratung. Schwerwiegende Schlafprobleme haben hingegen häufig einen neurologischen, internistischen oder psychiatrischen Hintergrund und erfordern deshalb vor Beginn einer Behandlung eine genaue diagnostische und differenzialdiagnostische Abklärung (Frölich & Lehmkuhl, 1998 und 2004).

Klinisches und diagnostisches Vorgehen

Für die klinische Diagnostik von Schlafstörungen im Kindesalter stehen ebenso wie bei Erwachsenen drei international anerkannte Klassifikationsschemata zur Verfügung:

- das diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen (DSM IV),
- die internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) und
- die internationale Klassifikation der Schlafstörungen (ICSD).

Übereinstimmend wird generell zwischen Dyssomnien und Parasomnien sowie Schlafstörungen im Zusammenhang mit psychiatrischen und körperlichen Erkrankungen unterschieden (Kraenz et al., 2004).

Unter **Dyssomnien** wird eine Schlafbeeinträchtigung hinsichtlich Dauer, Qualität oder zeitlicher Organisation verstanden, die einen deutlichen Leidensdruck verursacht mit negativen Auswirkungen auf die soziale und schulisch-berufliche Leistungsfähigkeit. Hierzu zählen im Kindesalter vor allem die Einschlaf- und Durchschlafstörungen (Insomnien) sowie andere Schlafstörungen, wie eine übermäßige Schlafneigung (Hypersomnien), ein auffälliger zirkadianer Schlaf-Wach-Rhythmus sowie atemungsgebundene Schlafstörungen. Für die Diagnosestellung einer Dyssomnie wird gefordert, dass die den Schlaf beeinträchtigenden Beschwerden im Durchschnitt mindestens dreimal in der Woche auftreten und seit mindestens einem Monat bestehen.

Parasomnien werden als abnorme Episoden von Verhaltensmustern oder physiologischen Ereignissen definiert, die während des Schlafs oder des Schlaf-Wach-Übergangs auftreten. Im Vor- und Grundschulalter sind dies vor allem Alpträume, Somnambulismus (Schlafwandeln) sowie der Pavor nocturnus (Nachtschreck). Hierunter wird das plötzliche Aufschrecken aus dem Tiefschlaf mit Anzeichen intensiver Angst, schwerer Erweckbarkeit und stark ausgeprägter vegetativer Symptome, wie Tachykardie, Tachypnoe, Schwitzen und Mydriasis verstanden. Alpträume treten hingegen typischerweise in der zweiten Nachthälfte auf, ebenfalls mit heftiger Angst, jedoch einem sofortigen Wachsein und unmittelbarem Erinnern an das furchterregende Traumereignis. Beim Somnambulismus kommt es zu wiederholten Episoden von Aufstehen und Umhergehen im Schlaf, die in der Regel im ersten Drittel der Hauptschlafphase auftreten. Das Kind hat hierbei ein ausdrucksloses starres Gesicht und reagiert kaum auf die Bemühungen anderer Personen, mit ihm in Kontakt zu kommen.

Wie beim Pavor nocturnus kann das Ereignis am nächsten Morgen nicht erinnert werden.

Von besonderer Bedeutung ist es, Schlafstörungen, die im Zusammenhang mit einer anderen psychischen oder körperlichen Erkrankung auftreten, gegenüber primären Schlafstörungen abzugrenzen. Vor allem gibt es Beziehungen zwischen hyperkinetischen Störungen und Schlafveränderungen sowie Angst- oder posttraumatischen Belastungsstörungen (Fricke-Oerckermann & Lehmkuhl, 2007; Wiater et al., 2005).



Prof. Dr. med.
Gerd Lehmkuhl

Notwendig ist eine genaue diagnostische Abklärung

Diagnostisch sollte abgeklärt werden, ob es sich um eine vorübergehende oder länger andauernde Schlafstörung handelt. Leidensdruck und Auswirkungen auf die Tagesbefindlichkeit sowie das Leistungsverhalten haben hierbei eine wichtige Bedeutung.

Im diagnostischen Prozess sollte das **klinische Leitsymptom** im Mittelpunkt stehen, wobei folgende pathogenetisch bedeutsame Faktoren zu überprüfen sind:

- Beeinträchtigende Umgebungsfaktoren,
- Körperliche Ursachen,
- Psychische und psychosoziale Belastungsfaktoren.

Entsprechend wichtig ist, im ersten Schritt eine **schlafspezifische Anamnese** zu erheben. Im Vorfeld können spezielle Screeningfragebögen dazu beitragen, betroffene Kinder und Jugendliche mit einem erhöhten Risiko zu identifizieren.

Gefragt werden sollte nach Zubettgehzeit und Einschlafsituation, Einschlafritualen und Übergangsobjekten, zirkadianen Gewohnheiten der Eltern, Schlaflatenz, Interaktionsverhalten im Zusammenhang mit der Schlafsituation, somatischen Ursachen und einschlafhemmenden äußeren Umgebungseinflüssen, Störungen der Schlafkontinuität, morgendlicher Aufwachzeit und Vigilanz tagsüber sowie einer gezielten Familien- und Medikamentenanamnese. Ein wichtiger Bestandteil ist das Führen eines **Schlafstagebuchs** bzw. eines 24-Std.-Protokolls für die Dauer von zwei bis vier Wochen durch die Eltern (Frölich & Lehmkuhl, 1998).

Da Schlafstörungen häufig auch im Rahmen von psychiatrischen Störungen auftreten, sind hierfür entsprechende Screening-Verfahren orientierend einzusetzen und bei entsprechenden Hinweisen genauer zu überprüfen. Die häufig deutlich divergierenden Angaben zwischen Eltern und Kindern zeigen, dass zur Beurteilung der Schlaf- und Verhaltensproblematik sowohl Eltern als auch Kinderangaben erforderlich sind (Wiater et al., 2008).

Zwar erlauben die anamnestischen Angaben, die Mehrzahl der Schlafstörungen im Kindesalter aufzuklären, jedoch kommt der körperlichen und apparativen, d.h. Labor- und anderen polysomnographischen Untersuchungen ebenfalls ein wichtiger Stellenwert zu (Frölich & Lehmkuhl, 1998).

Bei der **körperlichen Untersuchung** sollte sowohl der (entwicklungs-) neurologische und internistische Status mit Aspekten wie Adipositas, Spaltbildung des weichen und harten Gaumens, adenotonsilläre Hyperplasien, Schilddrüsen- und Lymphknotenvergrößerungen im zervikalen Bereich sowie Deformation der Wirbelsäule abgeklärt werden. Eine Untersuchung der Herz-Kreislaufparameter, insbesondere der Lungenfunktion, EEG, EKG, Allergiediagnostik sollten sich ggf. bei entsprechenden Hinweisen anschließen.

Die Tagesmüdigkeit kann mit Hilfe des Mehrfach-Schlaflatenz-Test überprüft werden, während die Polysomnographie eine spezielle Indikationsstellung verlangt.

Die in umfangreichen epidemiologischen Studien erhobenen Befunde erlauben folgende klinische Kernaussagen (Lehmkuhl et al., 2008):

- Kinder mit Einschlafproblemen haben ein erhöhtes Risiko für Tagesmüdigkeit und berichten häufig über eine eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit.
- Insbesondere Licht- und Lärmbelastigung wirken sich auf die Einschlafsituation negativ aus, familiärer Stress führt zu vermehrten Ein- und Durchschlafproblemen.
- Sowohl bei Ein- als auch bei Durchschlafstörungen treten häufig emotionale Auffälligkeiten und hyperaktive Störungen auf.
- Da Schlafprobleme häufig nicht der primäre Anlass zur Vorstellung in der Praxis sind, sollten sie routinemäßig erfasst werden, um mögliche Komorbiditäten und psychosoziale Risiko- und Belastungsfaktoren nicht zu übersehen.

Ätiologische Konzepte und Komorbidität

Kindliche Schlafprobleme sind meist Folge eines multifaktoriellen Geschehens, in dem sich verschiedene Faktoren ergänzen und verstärken (Fricke-Oerkermann et al., 2007). Während schlafbezogene Atmungsstörungen zu den häufigsten und wichtigsten organischen Schlafstörungen im Kindesalter gehören (Urschitz et al., 2007), spielen bei den nicht-organischen Schlafstörungen äußere Bedingungen, spezifische Ängste und Kognitionen sowie dysfunktionale Verhaltensabläufe eine zentrale Rolle. Diese vielfältigen Faktoren tragen entscheidend zur Entstehung und Aufrechterhaltung von kindlichen Ein- und Durchschlafstörungen bei (Fricke & Lehmkuhl 2004).

Licht- und Lärmbelastigungen sowie körperliche Dispositionen finden sich häufig bei kindlichen Insomniebeschwerden und Tagesmüdigkeit. Auch ungünstige Wohnbedingungen erhöhen das Risiko ebenso wie familiärer Stress und belastende Ereignisse (Kraenz et al., 2003). Eine gestörte Interaktion zwischen Kind und Eltern spielt ebenfalls eine wichtige Rolle und zeigt sich in vermehrten Widerständen gegen das Zubettgehen im Rahmen oppositioneller Verhaltensauffälligkeiten. Abendliche Aktivitäten, die das Einschlafen negativ beeinflussen, sowie altersunangemessener und intensiver Medienkonsum sind weiterhin bedeutsam. Eine fehlende Schlafhygiene sowie spezifische Ängste im Zusammenhang mit Dunkelheit, Wachliegen, Alleinsein und Zubettgehen mit entsprechenden negativen Kognitionen und Befürchtungen wirken sich verstärkend auf das problematische Schlafverhalten aus.

Da Schlafstörungen und **psychische Erkrankungen** häufig gemeinsam auftreten, stellt sich die Frage des pathogenetischen Zusammenhangs. Es scheint hierbei ein wechselseitiges Beeinflussungsverhältnis zu geben: Einerseits gehen Schlafstörungen mit emotionalen und verhaltensbezogenen Problemen einher und andererseits werden psychische Störungsbilder von Schlafproblemen begleitet (Hagenah, 2002; Fricke-Oerkermann et al., 2007). Bereits im Säuglings- und Kleinkindalter wirken

Wichtige Informationen durch spezielle Screening-Fragebögen und Schlafstagebuch

Abklärung multifaktorieller Ursachen

sich Schlafstörungen negativ auf die psychische Befindlichkeit, das mütterliche Erleben sowie die familiäre Interaktion aus. Sie können Ausgangspunkt für frühe komplexe bzw. negative Beziehungsmuster zwischen Eltern und Kind sein und mit einer eingeschränkten Affektregulation einhergehen.

Schlafstörungen erhöhen das Risiko für psychische Auffälligkeiten

Insgesamt kann festgestellt werden, dass im Kindes- und Jugendalter ausgeprägte Schlafstörungen mit einem erhöhten Risiko für das Vorliegen **psychischer Auffälligkeiten** einhergehen. Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) sind häufiger Ein- und Durchschlafstörungen vorhanden, außerdem das Restless-Legs-Syndrom, periodische Extremitätenbewegungen (PLMS) und Narkolepsie mit dem Leitsymptom Tageschläfrigkeit. Ätiologisch spielen dabei nicht nur genetische Faktoren, sondern auch Dysfunktionen des katecholaminergen Hirnmetabolismus sowie exogene Faktoren eine Rolle (Lehmkuhl et al., 2011).

Auch **Tic-Störungen** sowie das Tourette-Syndrom sind häufig von einem auffälligen Schlafverhalten begleitet. Die Prävalenzangaben reichen von 12 % bis 60 %, wobei insbesondere Alpträume und Tagesmüdigkeit die häufigsten Belastungen darstellen. Bei einem gemeinsamen Auftreten von Tic-Störungen mit einer ADHS ist die Wahrscheinlichkeit von Schlafproblemen noch höher. Das Schlafmuster ist vielfältig gestört. Es wird vor allem über Parasomnien, Störungen des Schlaf-Wach-Überganges sowie über Ein-, aber auch Durchschlafprobleme berichtet.

Schlafedukation häufig ausreichend

Über unregelmäßigen und gestörten Schlaf bei Kindern mit frühkindlichem **Autismus** liegt eine Vielzahl von Befunden vor (Lehmkuhl et al., 2011). Das Spektrum reicht von Einschlafproblemen, häufigem nächtlichen Aufwachen, verkürzter Schlafzeit, unregelmäßigem Schlaf-Wach-Rhythmus, frühmorgentlichem Erwachen bis hin zu Parasomnien. Das Ausmaß und die Qualität der Schlafstörungen sind nicht vom kognitiven Entwicklungsstand abhängig.

Kinder und Jugendliche mit **depressiven Störungen** klagen ebenfalls über einen gestörten Schlaf, insbesondere über Ein- und Durchschlafproblemen. Insomnien, aber auch Parasomnien stellen im DSM IV diagnosekonstituierende Kriterien für affektive Störungen dar. Es ist bemerkenswert, dass nach Ende der depressiven Episode bei 10 % der betroffenen Patienten die Schlafstörung persistiert. Aufgrund der hohen Komorbidität zwischen Depressionen und Schlafstörungen können diese als eine Art Früh- oder Warnsignal angesehen werden. Die empirischen Befunde sprechen dafür, dass die Beziehung zwischen Stimmungsänderungen und Schlafstörungen bidirektional zu sein scheint. Die Schlafstörungen können als ein Prodromalsyndrom einer beginnenden depressiven Erkrankung verstanden werden. Zugleich kann der gestörte Schlaf selbst eine wichtige pathogenetische Bedeutung für das Zustandekommen depressiver Stimmungsschwankungen einnehmen (Lehmkuhl et al., 2011).

Im Rahmen von **Angststörungen** wird häufig über Ein- und Durchschlafstörungen sowie Parasomnien, wie Alpträume, Pavor nocturnus, Sprechen im Schlaf und

Bruxismus berichtet. Die Prävalenz bei 4- bis 12-jährigen Kindern beträgt bis zu 70 % mit einem Maximum im Schulkindalter und einer hohen Stabilität. Dabei werden die Beschwerden von den Eltern der betroffenen Kinder häufig unterschätzt. Für die diagnostische Abklärung ist hervorzuheben, dass in 10 % nächtliche Ängste mit anderen Angststörungen gemeinsam auftreten.

Bei der **posttraumatischen Belastungsstörung** stellen wiederkehrende Alpträume ein diagnostisches Kriterium dar. Darüber hinaus kommt es gehäuft zu Ein- und Durchschlafstörungen, die auch 10 Jahre nach einem erlittenen Trauma noch vermehrt vorhanden sind. Die Symptomatik umfasst neben Alpträumen weitere Parasomnien einschließlich nächtliches Einnässen bis hin zu Dunkelängsten sowie Ein- und Durchschlafstörungen.

Für die Praxis ist festzuhalten, dass besonders auf die Kombination von Schlafstörungen mit anderen psychischen Erkrankungen geachtet werden sollte. Insbesondere deshalb, weil hieraus eine eingeschränkte schulische Leistungsfähigkeit mit deutlicher Tagesmüdigkeit und geringerer Leistungsmotivation resultiert und dann zumeist umfassendere Therapieansätze notwendig sind.

Behandlungsansätze

Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter liegen zumeist reife- und interaktionsbezogene Schwierigkeiten zugrunde mit einer insgesamt günstigen Prognose, oftmals auch mit spontan remittierender Tendenz (Fricke-Oerkermann, 2007). Dennoch sind bei gut 10 % der Betroffenen weitergehende therapeutische Interventionen notwendig. Zunächst geht es darum, die Schlafhygiene zu verbessern und mit den Eltern und Kindern entsprechende Regeln abzustimmen (Fricke-Oerkermann & Lehmkuhl, 2007). Sie betreffen regelmäßige Bettliegezeiten, das Schlafritual sowie das Ausklingen des Tages. Reicht die Schlafedukation nicht aus, müssen Hintergründe und Konflikte im Rahmen der Schlafsituation geklärt werden, um ein häufig problematisches Interaktionsverhalten zwischen Eltern und Kindern vor dem Zubettgehen aufzugreifen. Hier geht es um die Vermittlung besserer Erziehungs- und Bewältigungsstrategien, um das erwünschte Verhalten zu erreichen. Reichen diese Maßnahmen nicht aus, sollten Entspannungsverfahren sowie kognitive Methoden zum Einsatz kommen (Fricke et al., 2006). Auch bei schlafbezogenen Ängsten stellen verhaltenstherapeutische Interventionen, wie die graduierte Exposition, kognitive Verfahren und Modelllernen effektive Interventionen dar. Inzwischen gibt es im deutschsprachigen Raum evaluierte Behandlungsprogramme zur Behandlung von kindlichen Insomnie- und/oder Parasomniebeschwerden (Fricke et al., 2006; Schlarb, 2011).

In den meisten Fällen reichen Beratung und psychotherapeutische Interventionen aus, um Schlafstörungen ausreichend zu verbessern. Bei chronifizierten Störungsbildern können Medikamente wie Antihistaminika, Benzodiazepine, Neuroleptika oder auch Antidepressiva zum Einsatz kommen. Aufgrund von Langzeitnebenwir-

kungen, Abhängigkeitspotential und substantieller negativer Auswirkungen auf die Tagesvigilanz und die Gedächtnisfunktionen sollten sie jedoch sehr zurückhaltend und zumindest nur kurzfristig gegeben werden (Frölich et al., 2006). Mit Melatonin als einem endogen produzierten schlafanstoßenden Hormon liegt erstmals auch für das Kindesalter eine effektive und im wesentlichen nebenwirkungsarme pharmakologische Behandlungsoption vor.

Fazit für die Praxis

Schlafprobleme stellen häufig nur die Spitze des Eisberges dar und sollten Anlass sein, dahinter verborgene Verhaltensauffälligkeiten, wie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, affektive Störungen oder Angststörungen abzuklären. Entsprechend sollte bei medizinischen Routineuntersuchungen beim Pädiater verstärkt auf Schlafstörungen geachtet werden. Epidemiologische und schulbasierte Studien belegen, dass exzessive Tagesmüdigkeit bei ca. 10 % der Schulkinder für relevante Leistungsschwierigkeiten und Verhaltensprobleme verantwortlich ist. Obwohl diese Zusammenhänge bekannt sind, fehlen bislang effektive Strategien zur Diagnose und Behandlung (Lehmkuhl et al., 2008).

Dabei reichen zumeist Schlafedukation, insbesondere die Vermittlung und Einhaltung von Regeln zur Schlafhygiene aus, um bei nicht-organischen Schlafstörungen eine Besserung zu erreichen. Je mehr Wissen bei den Eltern und Kindern über das Thema Schlaf vorliegt, umso stärker können Schlafprobleme reduziert werden (Fricke-Oerkemann & Lehmkuhl, 2007). In den letzten Jahren wurden auch im deutschsprachigen Raum spezielle Behandlungsprogramme für Kinder mit Schlafstörungen entwickelt, die zu einer signifikanten Verbesserung der Symptomatik führen.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erhielt Vortragshonorare der Firmen Lilly Deutschland GmbH und Bristol-Myers Squibb GmbH.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters der Uniklinik Köln
Robert-Koch-Str. 10
50931 Köln
e-mail: gerd.lehmkuhl@uk-koeln.de

Red.: Riedel

Der besondere Fall ● ● ●

Wundheilungsstörung nach Spülung mit Octenisept®



Dr. Thomas Rutt

Dr. Wiebke Hülsemann,
Dr. Otfried Beck

Fallbericht

Ein gesunder 10-jähriger Junge stellte sich im Sommer 2010 wegen einer Schwellung und Rötung am inneren linken Oberschenkel unterhalb des Leistenbandes in einer Krankenhausambulanz vor. Während eines Pfadfinderlagers war er an dieser Stelle vermutlich von einer Mücke gestochen worden. Die Rötung hatte eine Ausdehnung von 6 x 8 cm mit zentralem fluktuierendem Abszess von 2 x 3 cm Durchmesser. Der Abszess wurde gespalten, die Abszeshöhle mit einer von den Eltern als klare Flüssigkeit beschriebenen Substanz gespült und mit einer Lasche drainiert. Eine antibiotische Behandlung (2 Tage Cefuroxim i.v. stationär, dann Cefaclor oral) wurde begonnen und der Junge bei rückläufigem Lokalbefund entlassen.

Einen Tag nach Entlassung vergrößerte sich das unscharf begrenzte, gerötete Areal auf 10 x 10 cm und wurde druckschmerzhaft. Wegen der Befundverschlechterung wurde der Junge unter der Diagnose einer Phlegmone er-

neut stationär intravenös (Cefuroxim) behandelt und nach Besserung des Lokalbefundes wiederum mit oraler Cefaclor-Medikation entlassen. Im Kernspintogramm zeigte sich ein Weichteilödem am linken dorsalen Oberschenkel ohne Abszedierung oder Leisten-Lymphome.

14 Tage später hatte sich der Lokalbefund bei Vorstellung in der Praxis wieder verschlechtert: Durch Zunahme der phlegmonösen Rötung und Überwärmung war das Gangbild schmerzhaft eingeschränkt. Sonographisch war – wie bereits im MRT – lediglich eine Schwellung des Subkutangewebes zu sehen. Die Antibiotikatherapie wurde auf Clarithromycin umgestellt.

Nach weiteren 4 Tagen hatte sich der Lokalbefund nicht verbessert, sodass die Eltern auf eine erneute stationäre Behandlung in einem anderen Krankenhaus bestanden. Die dort durchgeführte Bildgebung (MRT und Sonographie) zeigte die gleichen Ergebnisse wie in den Vorbefunden. Zusätzlich zum Clarithromycin wurde noch Ampicillin/Sulbactam für 6 Wochen angesetzt und der Junge mit Unterarmgehstützen zur Immobilisierung des Beines entlassen.

Im Verlauf der folgenden Woche war der Lokalbefund nicht rückläufig (Abb. 1), außerdem stellte sich ein Taubheitsgefühl in dem betroffenen Hautareal ein. Die Eltern drängten auf eine dritte Meinung. Im Kinderkrankenhauses Wilhelmstift Hamburg wurde der Junge in der Kinderdermatologie und der Kinderchirurgie untersucht und der Verdacht auf eine Gewebsreaktion nach Octenisept®-Spülung im Rahmen der Erstversorgung geäußert. Tatsächlich ergab die Rückfrage in der erstversorgenden Klinik, dass der Abszess mit einer verdünnten Octenisept®-Lösung gespült worden war. Im Wissen um mögliche toxisch bedingte Gewebsläsionen wurden die Antibiotika abgesetzt und der Junge mobilisiert. Der Lokalbefund war langsam rückläufig, nach weiteren 8 Wochen war der Junge symptomfrei.

Diskussion

Octenisept® ist als Antiseptikum seit 1991 zugelassen und enthält die beiden Wirkstoffe Octenidindihydrochlorid und Phenoxyethanol. Es besitzt ein breites Wirkungsspektrum (mikrobiozid, viruzid, sporozid), einen raschen Wirkungseintritt und eine lange Wirkdauer. Es bleibt auch nach Blutkontakt wirksam und brennt kaum bei Anwendung in offenen Wunden. Durch diese Vorteile gegenüber z.B. Povidonjod- und Polyhexanid-haltigen Lösungen hat Octenisept® in den letzten Jahren insbesondere in der Pädiatrie eine weite Verbreitung gefunden. Allerdings wurde in den letzten Jahren vermehrt



Abb. 1: Phlegmonöse Rötung cranial des sekundär heilenden Abszesses 6 Wochen nach Erstversorgung

über teilweise ausgeprägte Wundheilungsstörungen nach Spülung tieferer Wunden und Stichkanäle mit Octenisept® berichtet [1]. Dies veranlasste den Hersteller (Fa. Schülke + Mayr) im Jahr 2004 dazu, folgende Anwendungshinweise in seine Fachinformation aufzunehmen:

„Bei Wundspülungen ist darauf zu achten, dass das Präparat nicht unter Druck ins Gewebe eingebracht bzw. injiziert wird. Bei Spülungen von Wundkavitäten ist darauf zu achten, dass ein Abfluss jederzeit gewährleistet ist (z. B. Drainage, Lasche)“.

Durch die Meldung weiterer Fälle an das Bundesinstitut für Arzneimittelsicherheit und Medizinprodukte wurde der Hersteller veranlasst, eine „boxed warning“ in einem Leporello auf den Rückseiten der Octenisept-Flaschen anzubringen und 2008 sowie 2009 in einem entsprechenden Rote-Hand-Brief darauf hinzuweisen. Trotzdem werden weiterhin Wunden in Notfallambulanzen mit Octenisept® gespült.

Laut Hersteller beruht die Wirkung von Octenisept® darauf, dass Octenidin die Zellwand von Mikroorganismen schädigt und Phenoxyethanol dabei synergistisch wirkt. Beide Wirkstoffe hätten aber keinen Effekt auf die Gewebsfreisetzung von TNF- α (tumor necrosis factor alpha) und PDGF (platelet-derived growth factor), die als wesentliche Faktoren in der Entzündungskaskade angesehen werden. Insofern sei die Gewebsschädigung nicht erklärbar.

Klinische Beobachtungen der Gewebläsion durch Octenisept® lassen jedoch zwei Wirkmechanismen vermuten: Eine irritativ-toxische Wirkung (starkes Ödem durch Schädigung der Kapillarmembran) und ein langes Verbleiben bei Einbringen in das Interstitium. Untersuchungen in vitro haben Gefäßwandläsionen durch Einwirkung von Octenisept® im Gewebe bestätigt [2]. Die Langzeitwirkung wird durch die Bildung von stabilen Komplexen von Octenisept® mit Zellen unter Erhalt der mikrozytischen Wirkung erklärt [3]. Dieser an der Hautoberfläche gewünschte Effekt führt in subepidermalen Gewebsschichten offenbar zu einem langanhaltenden Entzündungsreiz. Welche der beiden Komponenten (Octenidin oder Phenoxyethanol, möglicherweise auch deren Konzentrationen) die Gewebsschäden verursacht, ist bisher unklar.

Die bislang dokumentierten Fälle unterscheiden sich vor allem durch die Lokalisation der initialen Verletzung. Besonders in den engen Kompartimenten der Hand können Octenisept®-induzierte Ödeme zu einer massiven

Kompression der Handmuskulatur mit Ausbildung von Gewebnekrosen führen (Abb. 2). Der fibrotische Muskelumbau im Verletzungsbereich führt zu Kontrakturen und damit zu langfristigen Funktionsausfällen. Bei massiver Handschwellung hat sich eine Druckentlastung durch Kompartimentspaltung in den ersten Tagen nach Spülung als sehr hilfreich erwiesen [1].

Aber auch andere Lokalisationen können problematisch sein: Bei Verletzungen im Wangenbereich (Stichverletzung durch einen Holzstock und nachfolgende Octenisept®-Spülung) wurde über langanhaltende Entzündungen und Nekrosen des subkutanen Fettgewebes berichtet, in einem Fall kam es zu einer persistierenden peripheren Facialisparesie auch nach Abklingen des Ödems [4]. Im Fall unseres Patienten wurde eine Abszesshöhle am dorsalen Oberschenkel und damit eine gegenüber dem Subkutangewebe abgegrenzte Kavität gespült. Trotzdem entwickelte sich eine über Monate anhaltende, phlegmonös wirkende ödematöse Gewebläsion. Die Reaktionen beschränkten sich auf das subkutane Fettgewebe, wodurch Muskelnekrosen ausblieben und die vollständige Abheilung begünstigt wurde.

Über Octenisept®-induzierte Wundheilungsstörungen bei Erwachsenen wurde bisher lediglich in einer dermatologischen Publikation berichtet [5].

Als Fazit lässt sich feststellen, dass die „boxed warning“ des Herstellers (s.o.) nicht ausreichend warnt oder die Warnhinweise zu wenig beachtet werden. Die Spülung von Wundkavitäten mit Octenisept® sollte unterlassen werden. Auch durch Laschendrainagen kann der durch die Spülung verursachte Gewebsschaden nicht verhindert werden. Octenisept® ist sicher ein gutes Antiseptikum mit vielen Vorzügen an der Oberfläche, bei Anwendung in subepidermalen Schichten kann es dagegen zu folgenschweren Wundheilungsstörungen führen.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadressen:

Dr. Thomas Rutt
Gemeinschaftspraxis Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Deichhausweg 2
21073 Hamburg

Dr. Wiebke Hülsemann
Oberärztin der handchirurgischen Abteilung im
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg

Dr. Otfried Beck
Oberarzt Kinderchirurgie
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg

Red.: Riedel

Abb. 2: Phlegmonöse Schwellung der Hand nach Stichverletzung und mehrfacher Spülung mit Octenisept®

(Foto: Dr. W. Hülsemann, handchirurg. Abteilung Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Hamburg)



Welche Diagnose wird gestellt?

Peter Höger

Anamnese

Ein sieben Monate alter Säugling wird wegen subkutaner plantarer Tumoren vorgestellt. Diese wurden erstmals im Alter von etwa drei Monaten bemerkt und seien seitdem langsam mitgewachsen. Druckschmerz, Überwärmung oder andere Beschwerden werden nicht angegeben. Schwangerschaftsverlauf, Perinatalanamnese und bisherige Entwicklung waren unauffällig. Die Familienanamnese ist negativ.

Untersuchungsbefund

7 Monate alter weiblicher Säugling in gutem Allgemein- und altersgerechtem Entwicklungszustand. Beidseits plantar findet sich medial vor dem Calcaneus je ein mäßig derber, in seiner Konsistenz an Lipomgewebe erinnernder subkutaner Tumor von je etwa 1–1,5 cm Durchmesser (Abb. 1); die Tumoren sind unscharf begrenzt und nicht verschieblich. Sie sind weder dolent noch überwärmt. Eine funktionelle Beeinträchtigung besteht nicht. Der übrige dermatologische und pädiatrische Befund ist unauffällig.

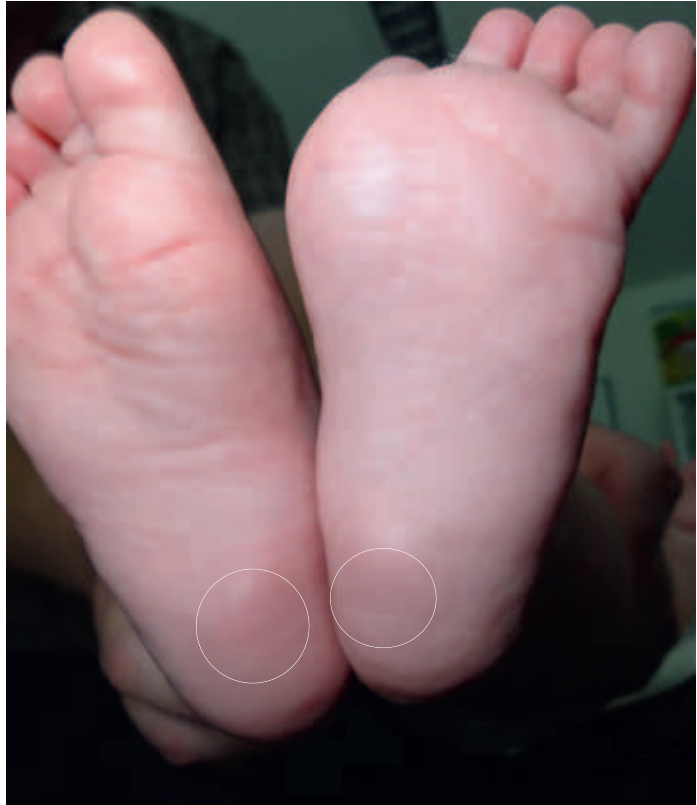


Abb. 1: Beidseits praecalcaneal gelegene, lipomatöse subkutane Tumoren (-> Kreise)

Wie lautet die Diagnose?

Diagnose: Praecalcaneales fibrolipomatöses Hamartom (PCFH)

Das Praecalcaneale fibrolipomatöse Hamartom (PCFH) wurde erst 1990 erstmals beschrieben (1). Andere Bezeichnungen lauten „bilaterale kongenitale plantare Fettknötchen“ (2), „benigne anteromediale Plantarknötchen“ (3) u.a. (4,5). Das PCFH betrifft ansonsten gesunde Säuglinge. Es wird gelegentlich bereits bei Geburt beobachtet, fällt jedoch häufiger erst im Verlauf der ersten Lebensmonate auf. Charakteristisch sind subkutane Tumoren von 0,5–1,5 cm Durchmesser, die sich (meist) bilateral symmetrisch im medialen Bereich der Fußsohlen vor dem Calcaneus befinden; unilaterales Vorkommen ist möglich, aber selten. Es bestehen keine Beschwerden, so dass der Befund meist nur per Zufall entdeckt wird. Die Knoten persistieren in der Regel, zeigen jedoch kein eigendynamisches Wachstum und behindern das Gangbild nicht. Die Sonographie zeigt homogene, mäßig echodichte subkutane Tumoren ohne verstärkte Perfusion. Histologisch zeigt sich in den Tumoren reifes Fettgewebe, das von einer fibrösen Kollagenschicht umgeben ist.

Es gibt keine Hinweise auf assoziierte Fehlbildungen. Angaben zur Häufigkeit können aufgrund der geringen Zahl bisheriger Berichte nicht gemacht werden. Wir sahen bisher 7 Fälle. Aufgrund der geringen Bekanntheit des Krankheitsbildes und der Beschwerdefreiheit der Patienten kann von einer relativ hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. Die Mehrzahl der bisher berichteten Fälle wie auch unsere eigenen Fälle waren sporadisch. In der Literatur wurde vereinzelt über familiäre Fälle berichtet (6,7), ohne dass gesicherte Rückschlüsse auf einen Erbgang möglich wären.

Die Ätiologie der PCFH ist ungeklärt. Es gibt Hypothesen zu einer frühen fetalen Entwicklungsstörung des Fasergewebes der Fußsohle (1). Da es beim Feten übergangsweise zu einer physiologischen Hypertrophie der Subkutis kommt, könnte die PCFH auf einer inkompletten Regression dieses fetalen Gewebes beruhen (8). Alternativ wird die Herniation von Fettgewebe durch einen Defekt der Plantarfascie diskutiert (4).

Differentialdiagnostisch sind die sog. „piezogen Fußpapeln“ („piezogenic pedal papules, PPP“), die juvenile Plantarfibromatose und der Naevus lipomatosus superficialis zu diskutieren (9).

Die PPP zeigen sich erst bei älteren Kindern im Stehen, da sie auf einer druckabhängigen Herniation von Fettgewebe beruhen. Die juvenile Plantarfibromatose ist durch eine sehr derbe Infiltration und progredientes Wachstum gekennzeichnet. Der Naevus lipomatosus superficialis ist im Bereich von Hüfte oder Oberschenkel lokalisiert.

Die Kenntnis des PCFH ist für den Kinderarzt in erster Linie wichtig, um unnötige Beunruhigung und invasive diagnostische Maßnahmen zu vermeiden. Weitere Diagnostik und Therapie ist zumindest bei den typischen bilateralen Tumoren nicht erforderlich. Bei einseitiger Manifestation empfehlen sich Sonographie und Verlaufskontrollen nach 6 und 12 Monaten.

Literaturangaben

1. Larralde de Luna M, Ruiz León J, Cabrera HN. Pedal papules in newborn infants. *Med Cutan Ibero Lat Am.* 1990;18:9-12.
2. España A, Pujol RM, Idoate MA et al. Bilateral congenital adipose plantar nodules. *Br J Dermatol.* 2000;142:1262-1264
3. Jacob CI, Kumm RC. Benign anteromedial plantar nodules of childhood: a distinct form of plantar fibromatosis. *Pediatr Dermatol.* 2000;17:472-474
4. Livingstone JA, Burd DA. Bilateral congenital fatty heel pads. *Br J Plast Surg.* 1995;48:252-253.
5. Conde-Taboada A, Mayo E, González B, Pardavila R, De la Torre C, Cruces M. Hypertrophic infantile pedal papules. *Pediatr Dermatol.* 2007;24:339-340.
6. Meyer, P, Soennichsen, K., Buchenau, W. Autosomal dominant precalcaneal congenital fibrolipomatous hamartoma. *Pediatr. Derm.* 22: 355-356, 2005.
7. Fangman WL, Prose NS. Precalcaneal congenital fibrolipomatous hamartomas: report of occurrence in half brothers. *Pediatr Dermatol.* 2004;21:655-656.
8. Larregue M, Vabres P, Echard P, Cambazard F. Precalcaneal congenital fibrolipomatous hamartoma; Presented at the Fifth International Congress of Pediatric Dermatology; Rotterdam, Netherland. 1996
9. Semadeni BL, Mainetti C, Itin P, Lautenschlager S. Precalcaneal congenital fibrolipomatous hamartomas: report of 3 additional cases and discussion of the differential diagnosis. *Dermatology.* 2009;218:260-264.

Prof. Dr. Peter Höger
Abt. Pädiatrie und Pädiatrische Dermatologie
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
22149 Hamburg, Lilienconstr. 130

Red.: Höger



Curriculum für die Fortbildung von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin in Manueller sowie Osteopathischer Säuglings- und Kinderbehandlung

Dieser Kurskomplex gibt den Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin erstmals die Möglichkeit, fachspezifische Untersuchungstechniken der Manuellen und Osteopathischen Medizin und darauf basierend einfache manuelle Behandlungstechniken zu erlernen und anzuwenden.

Besonderer Wert liegt auf der klinisch orientierten entwicklungsneurologischen Untersuchung im Säuglings- und Kleinkindalter. Die Untersuchungstechniken werden zunächst theoretisch im B1- und C1-Kurs geübt und danach im B2- und C2-Kurs praktisch an Säuglingen in kleinen Gruppen durchgeführt. Der Einführungskurs AT ist Voraussetzung.

AT-12	75/12	04.02.-05.02.12	Bad Sassendorf	C1-12	78/12	06.10.-07.10.12	Bochum
B1-12	76/12	03.03.-04.03.12	Bad Sassendorf	C2-12	79/12	26.10.-28.10.12	Bochum
B2-12	77/12	20.04.-22.04.12	Bochum				

Die Teilnehmerzahl ist auf 18 bis max. 24 Teilnehmer begrenzt!

Kursleitung: Carl-Friedrich Arndt, Dr. med. Jörg Hohendahl

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Muskuloskeletale Medizin (DGMSM) e. V. – Akademie Boppard
in Zusammenarbeit mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Ruhr-Universität Bochum
in Kooperation mit dem European HIO-Center Bad Sassendorf

Anmeldungen: DGMSM e. V. – Akademie Boppard
Obere Rheingasse 3, 56154 Boppard, Tel. 06742 8001-0, Fax 06742 8001-27

Fehlende Impfantikörper gegen Diphtherie – Nachimpfen?

CONSILIUM
INFECTORIUM

Prof. Dr. med.
Ulrich Heininger

Frage:

Bei einer 3 Jahre und 11 Monate alten Patientin wurde anlässlich einer immunologischen Überprüfung wegen Infekthäufigkeit von einer Universitätsklinik ein fehlender Nachweis von Impfantikörpern gegenüber Diphtherie festgestellt.

Ich habe das Kind persönlich gemäß der STIKO-Empfehlungen regelrecht mit hexavalentem Impfstoff und damit 4 x gegen Diphtherie geimpft.

Nun erscheint mir eine Auffrischung gegen Diphtherie erforderlich. Nach Aussagen unserer Apotheke gibt es jedoch keinen monovalenten Diphtherie-Impfstoff für Kinder mehr, nur noch den Erwachsenen-Impfstoff, der ja bekannterweise einen niedrigeren Antigengehalt hat. In dieser Altersgruppe müsste jedoch der Kinder-Impfstoffanteil nachgeimpft werden.

- Sollen wir den Erwachsenen-Impfstoff zur Auffrischung verwenden?
- Wäre eine Kombination mit Tetanus und Pertussis sinnvoll?
- Oder ist die ab dem 5. Lebensjahr empfohlene TdP-Impfung (Covaxis®) sinnvoll?

Antwort:

Ich gehe davon aus, dass die immunologische Abklärung keine weiteren Auffälligkeiten ergeben hat (und gegen andere Impfantigene, z. B. Tetanus und Hib, Serumantikörper nachweisbar waren!?) und das Kind als immunologisch gesund eingeschätzt wird.

In dieser Situation stellt sich die Frage nach der klinischen Relevanz des negativen Befundes der Diphtherie-Serumantikörper. Im Rahmen von klinischen Studien zeigen geimpfte Säuglinge bzw. Kleinkinder 4 Wochen nach 3 bzw. 4 Impfdosen in hohem Maße (aber nicht immer 100 % aller Geimpften!) messbare Antikörper gegen Diphtherie-Toxin, üblicherweise im ELISA-Test nachgewiesen (siehe angeführte Publikationen, Referenzen 1 und 2 als Beispiel). Im Laufe von wenigen Jahren sinkt der Anteil von Geimpften mit noch nachweisbaren „schützenden“ (≥ 0.1 IU/ml) Antikörpern bei Diphtherie auf ca. 70–75 % (siehe Tabelle 4 in Referenz 2); bei regelrechter Auffrischimpfung wird dann der Anteil der Geschützten wieder auf knapp 100 % steigen, um dann

bis zur nächsten Auffrischimpfung wieder abzufallen usw.

Zu bedenken ist, dass der Goldstandard für die Bestimmung protektiver (!) Diphtherie-Serumantikörper ein Neutralisationstest wäre, da ELISA-Tests falsch-negativ sein können. Insofern lässt sich von einem negativen ELISA-Test *nicht* zwangsläufig fehlender Schutz vor Diphtherie ableiten!

Das Fehlen einer „100 %“-Sicherheit für individuellen Impfschutz muss also als Faktum akzeptiert werden und sollte den jetzt wahrscheinlich verunsicherten Eltern erläutert werden. Im Falle der Diphtherie ist diese fehlende Sicherheit in der gegenwärtigen epidemiologischen Situation in Deutschland – Fehlen von Krankheitsfällen durch *Corynebacterium diphtheriae* seit vielen Jahren – kein Problem. Bei an sich gesunden Kindern wird ja auch nicht der individuelle Impfschutz nachgewiesen, sondern auf die hohe *Schutzwahrscheinlichkeit* vertraut.

Insofern würde ich jetzt weder mit dem Erwachsenen-Diphtherieimpfstoff noch mit einem pädiatrischen DTPa-Kombinationsimpfstoff impfen, sondern erst wieder zum regulär empfohlenen Zeitpunkt, d. h. im Alter von 5–6 Jahren, mit Tdap (z. B. Covaxis® wie von Ihnen erwähnt). Eine anschließende erneute Diphtherie-Serumantikörperbestimmung würde ich bei fehlenden Hinweisen auf Immundefizienz *nicht* empfehlen.

Literatur

1. Zepp F, Knuf M, Heininger U, Jahn K, Collard A, Habermehl P, Schuerman L, Sanger R. Safety, reactogenicity and immunogenicity of a combined hexavalent tetanus, diphtheria, acellular pertussis, hepatitis B, inactivated poliovirus vaccine and Haemophilus influenzae type b conjugate vaccine, for primary immunization of infants. *Vaccine* 2004;22:2226-33.
2. Heininger U, The DTP-HBV-IPV-059 and -096 Study Group, Sanger R, Jacquet JM, Schuerman L. Booster immunization with a hexavalent diphtheria, tetanus, acellular pertussis, hepatitis B, inactivated poliovirus vaccine and Haemophilus influenzae type b conjugate combination vaccine in the second year of life: Safety, immunogenicity and persistence of antibody responses. *Vaccine* 2007;25:55-63.

Prof. Dr. med. Ulrich Heininger
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
Römergasse 8 / Postfach
CH-4005 Basel

Das „CONSILIUM INFECTORIUM“ ist ein Service im „KINDER- UND JUGENDARZT“, unterstützt von INFECTO PHARM. Kinder- und Jugendärzte sind eingeladen, Fragen aus allen Gebieten der pädiatrischen Praxis an die Firma InfectoPharm, z.Hd. Herrn Dr. Andreas Rauschenbach, 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

Bakterien oder Viren bei obstruktiver Bronchitis

Association of Bacteria and Viruses With Wheezy Episodes in Young Children: A Prospective Birth Cohort Study

Bisgaard H et al., *BMJ* 341:770, Oktober 2010

In einer dänischen Studie wurde untersucht, welchen Einfluss bakterielle und virale Infektionen auf obstruktive Episoden bei jungen Kindern haben. Hierzu wurde eine Geburtskohorte von Kindern asthmatischer Mütter (Risikogruppe) im Alter von 4 Wochen in den Jahren 1998 bis 2001 eingeschlossen und im Rahmen der Copenhagen Prospective Study of Asthma in Childhood mit täglichen Symptomaufzeichnungen und halbjährlichen Besuchen in der Studienzentrale verfolgt, bei jedem Besuch wurden Nasopharynxsekrete auf die üblichen Bakterien und Viren analysiert. Verglichen wurde hierbei auch die Häufigkeit eines Nachweises bakterieller und viraler Erreger während obstruktiver Episoden und während asymptomatischer Phasen. Obstruktive Episoden waren sowohl mit viralen als auch mit bakteriellen Infektionen signifikant assoziiert, wobei unter den Bakterien *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* und Pneumokokken gefunden wurden.

Kommentar

Es ist seit längerem bekannt, dass Virusinfektionen obstruktive Episoden im frühen Kindesalter bei prädisponierten Individuen auslösen können. Für bakterielle Infektionen ist dieses bisher nicht beschrieben worden und die in dieser Studie festgestellte Assoziation beweist noch keine Kausalität. Um diese zu untersuchen, müsste eine kontrollierte randomisierte Studie mit einer antibiotischen Therapie dieser Patienten durchgeführt werden. Die Bedeutung von Bakterien in der Genese von obstruktiven Atemwegserkrankungen ist bei weitem noch nicht klar.

(Frank Riedel, Hamburg)

Helicobacter-Eradikation bei chronischer Gastritis

Helicobacter pylori Chronic Gastritis in Children: To Eradicate or Not to Eradicate?

Buonavolontà R, Miele E, Russo D et al., *J Pediatr* 159, 50-56, Juli 2011

Die *Helicobacter pylori*-Infektion bei Kindern ist weit verbreitet und nach wie vor bezüglich einer Eradikationsbehandlung in der Diskussion. Die pädiatrischen Leitlinien empfehlen, dass vor Therapiebeginn eine endoskopische Untersuchung mit Resistenzbestimmung durchgeführt werden soll. Grundsätzlich soll aber keine Screening-Diagnostik gemacht werden. Bei unspezifischen Bauchschmerzen gehört der C13-Atemtest daher nicht zur Routinediagnostik. Da eine Langzeitbesiedelung mit *Helicobacter* aber perspektivisch ernste Komplikationen bis zum Magenkarzinom erzeugen kann, ist die Diskussion um einen optimalen Zeitpunkt der Eradikation nachvollziehbar.

In einer aktuellen Studie von Buonavolontà et al. wurden 31 symptomatische Patienten mit einer *Helicobacter pylori*-assoziierten chronisch-aktiven Gastritis in 2 Gruppen randomisiert. Die erste Gruppe wurde mit einer klassischen Triple-Eradikationsbehandlung (n=16) und die zweite Gruppe lediglich symptomatisch mit einem Gemisch aus Aluminium- oder Magnesiumhydroxid behandelt.

Bei beiden Gruppen war die Therapiedauer 2 Wochen. Primärer Endpunkt war, zu prüfen, ob die angegebenen Beschwerden sich in beiden Gruppen vor und nach Therapie veränderten. Dabei ging es in erster Linie um Bauchschmerzen, aber auch um Sodbrennen und Aufstoßen. Die Schwere der Symptome und die Frequenz wurden jeweils in Grad 1-3 eingeteilt.

Nach einem Jahr zeigte sich, dass in der nur symptomatisch behandelten Gruppe eine signifikant höhere HP-Keim-Dichte und entzündliche Aktivität im Magen vorlag. Es fand sich bei den Patienten allerdings keine signifikante Differenz in der Beurteilung des Symptomverlaufs.

Die Eradikationsrate in der Therapiegruppe betrug 66,7 %, während kein symptomatisch behandelter Patient eine HP-Eradikation aufwies.

Die Autoren schlussfolgern, dass die entzündliche Aktivität im Magen nach Eradikation geringer war, sich die klinische Symptomatik allerdings nicht signifikant verändert hatte. Aufgrund der im späteren Verlauf zu erwartenden Komplikationen empfehlen sie, auch die Patienten zu behandeln, die keine Ulzera, MALT-Lymphome oder eine Magenatrophie aufweisen, wie dies in den Leitlinien bisher vorgeschlagen wird. Durch die erfolgreiche Therapie wird die Magenschleimhautentzündung überzeugend behandelt.

Kommentar

Sicherlich handelt es sich hier um eine Studie mit einer relativ geringen Patientenzahl. In der behandelten Gruppe war die Ansprechrate doch etwas enttäuschend. Das zeigt, dass die Behandlungsoptionen noch verbessert werden müssen. Die Autoren wer-

fen aber die grundsätzliche Diskussion erneut auf, inwieweit man einen pathogenen Keim, der in fast allen Fällen eine Gastritis verursacht, bei jungen Menschen auf Dauer unbehandelt lassen soll. Interessant allerdings, und dies wird von Voruntersuchungen bestätigt, ist die Beobachtung, dass die klinische Symptomatik nicht beeinflusst wird. Hier werden sicherlich weitere Diskussionen folgen.

(Stefan Wirth, Wuppertal)

Charakterisierung des *Escherichia coli* Stammes im Zusammenhang mit dem HUS-Ausbruch in Deutschland 2011

Characterisation of the *Escherichia Coli* Strain Associated with an Outbreak of Hemolytic Uraemic Syndrome in Germany, 2011: A Microbiological Study

M. Bielaszewska et al., *Lancet Infectious Disease* 2011; Vol 11, No.9, pp 671-676

Die Autorengruppe aus der Arbeitsgruppe von Prof. Helge Karch, dem EHEC-Experten aus Münster, hat am 23. Juni in dieser „fast track“-den Ausbruchsstamm *E.coli* 0104:H4 charakterisiert. Dazu wurden Stuhlproben von 80 Patienten, die zwischen dem 23. Mai und 2. Juni 2011 an das Nationale Referenzlabor für das HUS in Münster gesandt wurden, untersucht. Die Isolate wurden mit Standard-PCR auf Virulenz-Gene für Shiga-Toxin-produzierende *E.coli* und mit einer neu entwickelten Multiplex PCR auf charakteristische Eigenschaften des Ausbruchstamms untersucht. Die Virulenzprofile der Isolate wurden anhand der Virulenz-Gene von Shiga-Toxin-produzierenden *E.coli* und anderer intestinaler pathogener *E.coli* bestimmt. Die Shiga-Toxin-Sequenz wurde analysiert und die Shiga-Toxin-Produktion gemessen; außerdem wurden die Adhärenz an die Darmepithel-Zellen und die Phylogenetik sowie die Antibiotika-Empfindlichkeit bestimmt.

Alle Isolate gehören zum HUSECO41 Klon (Sequenz-Typ 678). Alle haben ein gemeinsames Virulenzprofil mit einer Kombination typischer Shiga-Toxin-produzierender *E.coli* und enteroaggregativer *E.coli*. Sie exprimieren Phänotypen, die definiert sind als Shiga-toxin-produzierende *E.coli* und enteroaggregative *E.coli*, einschließlich der Produktion von Shiga Toxin 2 und aggregativer Adhärenz an Epithel-Zellen. Die Isolate bilden zusätzlich eine extended-spectrum- β -Lactamase, die dem Phänotyp HUSECO41 fehlt.

Die verstärkte Adhärenz des Stammes an das Darmepithel ermöglicht die systemische Absorption von

Shiga Toxin und kann die häufige Komplikation eines HUS erklären. Dieser Ausbruch demonstriert, dass das Virulenzprofil von Darmpathogenen Keimen bei empfindlichen Populationen extreme Konsequenzen für infizierte Personen haben kann.

Epidemiologisches Profil des Shiga-Toxin-produzierenden *Escherichia coli* O104:H4-Ausbruchs in Deutschland

Epidemic Profile of Shiga-Toxin-Producing *Escherichia coli* O104:H4 Outbreak in Germany: Preliminary Report

Christina Frank, Dirk Werber, Jakob P. Cramer et al. for the HUS Investigation Team. – published online first on June 22, 2011 at NEJM.org

Autoren des Robert-Koch-Institutes und der Med. Universitäts-Klinik Hamburg-Eppendorf haben die Daten von EHEC- und HUS-Patienten der Universitäts-Klinik Hamburg-Eppendorf analysiert. Ein Ausbruchs-Fall wurde definiert als Bericht über ein HUS oder Gastroenteritis bei Patienten mit einer Infektion durch Shiga-Toxin produzierende *E.coli* der Serogruppe O104 oder unbekannter Serogruppe.

Bis zum 18. Juni 2011 wurden 3222 Ausbruchsfälle, einschließlich 39 Todesfälle erfasst. Bei 810 Patienten (25 %) kam es zu einem HUS. Zentrum des Ausbruchs ist Norddeutschland mit einem Gipfel um den 21.–23. Mai. 89 % der HUS-Patienten sind Er-

wachsene mit einem mittleren Alter von 43 Jahren, mit einer Über-Repräsentation von Frauen (68 %). Die mittlere Inkubationsdauer wurde mit 8 Tagen geschätzt, bei einer mittleren Dauer von 5 Tagen vom Durchfallsbeginn bis zur Entwicklung eines HUS.

59 Patienten wurden prospektiv vom Infektionsbeginn an verfolgt, bei 12 (20 %) entwickelte sich ein HUS. Der Ausbruchsstamm wurde als enteroaggregativer Shiga-Toxin-produzierender *E.coli* O104:H4 mit Produktion einer extended-spectrum- β -Lactamase identifiziert.

Kommentar

Beide Autoren-Gruppen haben in kürzester Zeit den Erreger des EHEC-Ausbruchs in Deutschland analysiert und charakterisiert, bevor dessen Herkunft eindeutig geklärt werden konnte. Dabei stellten sie fest, dass dieser ungewöhnliche Stamm Eigenschaften nicht nur von EHEC-Erregern, sondern besonders auch von sogenannten „enteroaggregativen“ *E.coli* besitzt. Die raschen online Publikationen im Lancet und im New England Journal of Medicine machten es möglich, die Daten einem internationalen Fach-Publikum in kürzester Zeit zugänglich zu machen.

Bedauerlicherweise war das amtliche Krisenmanagement deutlich langsamer, da offensichtlich die vorgesehenen Kommunikationswege zwischen diagnostizierenden Kliniken und Laboratorien einerseits und den Bundesinstituten andererseits weniger schnell genutzt wurden. So konnte es geschehen, dass frühzeitig den Medien unsichere Fakten übermittelt wurden und irrige Erregerherkunft („spanische Gurken“) die Öffentlichkeit verunsicherte.

(Helmut Helwig, Freiburg)

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).

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer, Tel. (030) 28047510, Fax (0221) 683204, stephan.esser@uminfo.de; Geschäftsführerin: Christel Schierbaum, Tel. (0221) 68909-14, Fax (0221) 6890978, christel.schierbaum@uminfo.de.

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Kinderkrankenhaus auf der Bult, Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover, Tel. (0511) 8115-3320, Fax (0511) 8115-3325, E-Mail: Christen@HKA.de; Prof. Dr. Frank Riedel, Altonaer Kinderkrankenhaus, Bleickenallee 38, 22763 Hamburg, Tel. (040) 88908-201, Fax (040) 88908-204, E-Mail: friedel@uke.uni-hamburg.de. Für „Welche Diagnose wird gestellt?“, Prof. Dr. Pe-

ter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel. (040) 67377-202, Fax -380, E-Mail: p.hoeger@khh-wilhelmstift.de

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf, Tel. (0211) 5560838, E-Mail: regine.hauch@arcor.de; Dr. Wolfgang Gempp, Sonnenrain 4, 78464 Konstanz, Tel. (07531) 56027, E-Mail: dr.gempp@t-online.de

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

Die „Nachrichten aus der Industrie“ sowie die „Industrie- und Tagungsreporte“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“.

Druckauflage 12.500
lt. IVW II/2011

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



Redaktionsausschuss: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, Dr. Wolfgang Gempp, Konstanz, Regine Hauch, Düsseldorf, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, Stephan Eßer, Köln, Christel Schierbaum, Köln, und zwei weitere Beisitzer.

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Max Schmidt-Römhild KG, 23547 Lübeck, Christiane Kermel, 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, 23547 Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 12mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 44 vom 1. Oktober 2010
Bezugspreis: Einzelheft € 9,90 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 99,- zzgl. Versandkosten (€ 7,70 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende. – In den Mitgliedsbeiträgen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. und des Berufsverbandes Deutscher Kinderchirurgen e.V. ist der Bezugspreis enthalten.

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

© 2011. 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 Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Das Leser-Forum



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

Varizellen



von Prof. Helmut Helwig und Prof. Hansjörg Cremer, KiJuA (2010) Heft 10, Seite 632 ff.

Famciclovir (3x tgl. 700 mg für 7 Tage) beschrieben. Sind alle Medikamente für Kinder zugelassen? Muss die Dosis nicht am Gewicht angepasst werden? Ich kann doch einem 2-jährigem Kind nicht die gleiche Dosis geben, wie einem Erwachsenen. Gibt es Angaben pro Kg Körpergewicht?

Ich würde mich sehr freuen von Ihnen zu hören.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Angela Peregrina
Stationsärztin für Kinder- und Jugendmedizin
St. Elisabeth-Krankenhaus in Wittlich

selbstverständlich nur auf Erwachsene. Famciclovir und Valaciclovir sind nur für >18-jährige zugelassen. Für Brivudin (Zostex®) liegt eine Empfehlung von Peter Wutzler und Hans-Wilhelm Doerr (Antivirale Therapie des Zoster, DÄ 95, 1998, B79–B81) vor, mit 8-stündlich 5 mg/kg K.-Gew.. Die Fachinformation nimmt nicht speziell zur Anwendungsbeschränkung bei Kindern Stellung, gibt aber auch keine Kinder-Dosierung an. Lediglich Aciclovir ist sowohl oral als auch i.v. für Kinder zugelassen (s. Beitrag über Varizellen).

Ich hoffe, Ihre Fragen hinreichend geklärt zu haben.

Herpes Zoster



von Prof. Helmut Helwig und Prof. Hansjörg Cremer, KiJuA (2010) Heft 11, Seite 698 ff.

Sehr geehrte Frau Kollegin,

haben Sie besten Dank für Ihr Interesse an unseren Beiträgen über Varizellen (Kinder- und Jugendarzt 41, 2010, Heft 10, 632-639) und Herpes Zoster (Kinder- und Jugendarzt 41, 2010, Heft 11, 698-703). Zu Ihren Fragen will ich in aller Kürze Stellung nehmen:

1. Die Unterscheidung von Varizellen **und** (nicht von) Herpes zoster **von** anderen bläschenbildenden Erkrankungen, insbesondere Herpes simplex, ist, falls erforderlich mit dem IFT möglich. Typisch für die Zoster-Erkrankung ist der hohe VZV-IgG- und insbesondere VZV-IgA-Titer im IFT im floriden Zoster-Stadium (s. u.a. DGPI-Handbuch, 5. Aufl. 2009, S. 558). Dies ist aber, wie Sie richtig anmerken, keine spezifische Unterscheidung.

2. Die Angaben zur antiviralen Therapie des Zoster beziehen sich

Ergänzung zum Beitrag:

H. Helwig u. Hj. Cremer: Herpes Zoster („Gürtelrose“) im Kinder- und Jugendarzt 2010, 41: 698-703: S. 703 Therapie:

Eine antivirale Therapie ist bei Kindern nur ausnahmsweise, vornehmlich bei Immunschwäche, indiziert. Hierfür ist Aciclovir i.v. (30–45 mg/kg K.-Gew./Tag) für 7–10 Tage zugelassen.

Zur oralen antiviralen Therapie für Erwachsene sind

- Aciclovir (5x tgl. 800 mg für 7–10 Tage),
- Valaciclovir (3x tgl. 1000 mg für 7 Tage) und
- Famciclovir (3x tgl. 700 mg für 7 Tage) zugelassen.

Prof. Dr. med. Helmut Helwig
Alemannenstr. 20
79117 Freiburg

Red.: Christen

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Cremer, sehr geehrter Herr Prof. Dr. Helwig,

mit großem Interesse habe ich Ihren Artikel im „Kinder- und Jugendarzt“ 41. Jg. (2010) Nr. 11 gelesen. Unklar ist mir, wie es möglich ist, mittels IFT vom Herpes Zoster und Varizellen zu differenzieren. Können Sie mir bitte mitteilen, wie eine Differenzierung möglich ist. Ich ging bisher davon aus, dass es sich um dasselbe Virus handelt. Die Virologie konnte mir leider auch nicht weiterhelfen. Außerdem habe ich noch folgende Fragen: Die antivirale Therapie wurde mit Aciclovir (5x tgl. 800 mg für 7–10 Tage), sowie Valaciclovir (3x tgl. 1000 mg für 7 Tage) oder

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr: „Prävention voranbringen!“

In einem Gespräch mit BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann und Vizepräsident Professor Ronald Schmid im Bundesgesundheitsministerium in Berlin bekannte sich Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr ausdrücklich zu einem weiteren Ausbau des Vorsorgeprogramms bei Kindern und Jugendlichen. Nachdem die Kräfte des Ministeriums in den letzten Jahren mit Projekten wie dem Arzneimittel-Neuordnungsgesetz (AMNOG) und dem „Versorgungsgesetz“ gebunden waren, werde man sich nun dem weiteren Ausbau der Prävention im Gesundheitswesen widmen, wobei Kinder und Jugendliche einen Schwerpunkt darstellen werden, wie der Minister betonte.

Dr. Wolfram Hartmann bot hierfür die Unterstützung des BVKJ an und wies auf das bereits vom Verband entwickelte Konzept zur Umgestaltung und zum weiteren Ausbau des Programms der Vorsorgeuntersuchungen hin, das den Schwerpunkt auf die Primärprävention setzt und eine Abkehr von der bisherigen Betonung der Früherkennung von Krankheiten bedeutet. Leider verhalten sich die Vertreter der Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuss, dem das Konzept schon seit langem vorliegt, bisher ablehnend, so der Präsident. Dies sei umso weniger einzusehen, als – mit Ausnahme der DAK – alle großen Krankenkassen mit dem BVKJ mittlerweile Selektivverträge abgeschlossen haben, die gerade besagten Aus- und Umbau der Prävention zum Inhalt haben. Hier wäre die Rückendeckung durch das Ministerium hilfreich. Dies gilt auch für die vom BVKJ vorgeschlagene kontinuierliche Evaluation der Ergebnisse der Untersuchungen, die wertvolle Informationen über den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendliche in Deutschland liefern könnte.

Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung

Trotz der niedrigen Geburtenraten und der noch ausreichenden Zahl der Facharztanerkennungen wird es ohne Kurskorrekturen künftig nicht möglich sein, eine flächendeckende ambulante und stationäre pädiatrische Versorgung aufrechtzuerhalten.



Der Minister weist den Weg

ten. Dies liegt vor allem daran, dass die überwiegende Mehrheit der nachrückenden Kinder- und Jugendärzte nicht mehr die Niederlassung in der Einzelpraxis anstrebt, sondern an Möglichkeiten interessiert ist, berufliche und familiäre Pflichten unter einen Hut zu bringen. Hier favorisieren die nachrückenden Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit der Teilzeittätigkeit und schließen in ihrer großen Mehrheit die Tätigkeit als Angestellte auch im ambulanten Versorgungsbereich nicht aus. Dies sind die Ergebnisse einer Umfrage im Rahmen des diesjährigen Assistentenkongresses des BVKJ, die der BVKJ-Präsident dem Minister übergab.

Die Forderungen des BVKJ an das Ministerium

Notwendig ist die Schaffung neuer Versorgungsstrukturen, eine engere Kooperation von pädiatrischen Kliniken und niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten und die Bildung von Schwerpunktpraxen in Groß- und Mittelstädten mit Zweigprechstunden in ländlichen Regionen. Dies schließt den Erhalt von Einzelpraxen nicht aus, sofern die Rahmenbedingungen stimmen und sich genügend Kolleginnen und Kollegen finden, die sich in dieser bewährten Form der Patientenversorgung

engagieren. Weiterhin ist es dringend geboten, die Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin endlich analog zur allgemeinärztlichen Weiterbildung auch in der pädiatrischen Praxis zu fördern, damit ein Teil der Weiterbildungszeit im ambulanten Sektor absolviert werden kann, was unter anderem sehr sinnvoll ist, um Vorbehalte gegenüber der Tätigkeit in der Praxis abzubauen.

Der Minister versprach die Unterstützung seines Hauses in diesem Punkt. Da auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung mittlerweile diese seit Jahren vorgebrachte Forderung des BVKJ als sinnvoll anerkennt, stehen die Chancen für eine baldige Umsetzung nicht schlecht. Das BMG betonte aber durch Ministerialdirektor Dr. Orłowski, dass diese Förderung eine Ausnahmeregelung sei und es nach seiner Ansicht Aufgabe der Ärzteschaft sei, die Weiterbildung finanziell abzusichern.

Kinderschutz ohne Gesundheitswesen?

Bei den Beratungen über ein Kinderschutzgesetz, in die der BVKJ eng eingebunden war, vermisste Dr. Wolfram Hartmann die ausreichende Beteiligung des Gesundheitsministeriums. Diese wäre nach Auffassung des BVKJ dringend gebo-

ten, zumal den Angehörigen des Gesundheitswesens eine wichtige Funktion bei der Verhütung von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung zukommt. Im Gegensatz zu den Jugendämtern, denen viele Familien mit Ablehnung begegnen, können Kinder- und Jugendärzte und Hebammen oft ein Vertrauensverhältnis auch zu gefährdeten Familien aufbauen und so frühzeitig und niederschwellig Gefahren für Kinder erkennen und abwehren. Auch dem öffentlichen Gesundheitsdienst stünde eine wichtige Rolle zu, so Dr. Wolfram Hartmann. Leider habe die Politik diesen aber in vielen Regionen so stark abgebaut, dass eine aufsuchende Betreuung von Familien kaum noch durchzuführen sei.

Masernfreies Deutschland?

Seit Jahren prangert der BVKJ das Fehlen einer nationalen Impfstrategie an. Folgerichtig ist es in Deutschland im Gegensatz zu Staaten mit deutlich schlechteren Rahmenbedingungen immer noch nicht gelungen, akzeptable Durchimpfungsraten zu erzielen. So wird es kurz- und mittelfristig kaum gelingen, die Masern auszurotten, was in Zukunft weiter zu vermeidbaren Komplikationen und Todesfällen führen wird. Gesundheitsminister Bahr hält nichts von Zwangsmaßnahmen und einer allgemeinen Impfpflicht und setzt stattdessen auf eine bessere Aufklärung der Bürger über die Bedeutung eines umfassenden Impfschutzes. Die BVKJ-Vertreter äußerten sich skeptisch, ob dies

ausreichen werde, den notwendigen Schutz der Bevölkerung herzustellen und eine Durchimpfungsrate von wenigstens 95 Prozent zu erzielen.

Der Minister versprach dem BVKJ für die Zukunft einen regelmäßigen Gedankenaustausch über Probleme der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Info: Den dem BMG vorgelegte Themenkatalog und die politische Positionierung des BVKJ finden Sie im Ordner Mitteilungen in PädInform.

Stephan Eßer

Red.: ReH

Praxiseinführungs-Seminar des BVKJ: Im Gespräch mit Experten und Insidern

Am Samstag, dem 19. und Sonntag, dem 20. November 2011, findet das nächste Praxiseinführungs-Seminar des BVKJ in Friedewald statt. Bei diesem zweitägigen Seminar erhalten die Teilnehmer wertvolle Hinweise aus den Bereichen der praktischen Berufsausübung, Recht und Wirtschaftswissenschaften, die bei der Praxisgründung oder -übernahme zu beachten sind.

Die Themen im Einzelnen:

- Neugründung, Übernahme und Eintritt in eine bestehende Praxis
- Die niederlassungsbegleitende Vertragssituation (Übernahmevertrag, Mietvertrag, Arbeitsverträge, Kooperationsverträge)

- Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
- Alternativen zu selbständigen vertragsärztlichen Tätigkeiten (Angestelltenverhältnis, MVZ)
- Wirtschaftliche Aspekte der Niederlassung (Praxisgründung bzw. -übernahme)
- Praxisführung
- Rahmenbedingungen
- Standortwahl und Praxis-Organisation
- Apparative Ausstattung und Labor in der Praxis
- Überblick über die Serviceleistungen des BVKJ

Falls Sie an einer Teilnahme interessiert sind, senden Sie bitte den nachstehenden Coupon an die Geschäftsstelle des BVKJ oder melden sich per PädInform oder E-Mail (bvkj.buero@uminfo.de) an. Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, werden die Rückmeldungen in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt.

Die Seminargebühr incl. Tagungsmappe, Verpflegung und einer Übernachtung in einem 4-Sterne-Hotel in Friedewald (bei Bad Hersfeld) beträgt 100,- €.

Stephan Eßer
Hauptgeschäftsführer des BVKJ

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme am „Praxiseinführungs-Seminar“ am 19. und 20. November 2011 an.

Die Teilnahmegebühr von 100,- € überweise ich bis zum Beginn des Seminars auf folgendes Konto des BVKJ:

0 201 273 779 (BLZ 300 606 01), Deutsche Apotheker- und Ärztebank.

An BVKJ
per Telefax (02 21) 68 32 04
oder per E-Mail:
miriam.ullrich@uminfo.de

Name

Anschrift

Datum, Unterschrift

(Tel. u. Fax)



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Nordrhein

Termingerecht findet **vom 13.09.2011 bis 04.10.2011** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die **bis zum 04.10.2011** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle). Ich bitte alle Mitglieder im Landesverband Nordrhein, sich an der Wahl zu beteiligen und von ihrem Stimmrecht Gebrauch zu machen.

*Dr. med. Thomas Fischbach, Solingen
Landesverbandsvorsitzender*

Praxisabgabe-Seminar des BVKJ am 12. und 13.11.2011 in Friedewald (bei Bad Hersfeld)

Die Aufgabe der eigenen Praxis ist sicherlich ein wichtiger und für viele Vertragsärzte auch schmerzlicher Schritt. Noch schmerzlicher kann jedoch der Prozess der Praxisabgabe verlaufen, wenn dieser nicht langfristig und sorgfältig vorbereitet wurde, stellt doch der Ertrag aus der Praxisveräußerung im allgemeinen einen wichtigen Bestandteil der materiellen Absicherung im Alter dar.

Als Hilfe zur erfolgreichen Durchführung der Praxisabgabe bieten wir Mitgliedern des BVKJ ein Seminar mit ausgewiesenen Fachleuten an, in dessen Rahmen alle in diesem Kontext wichtigen Aspekte behandelt werden:

- Vorbereitung der Praxisabgabe
- Nachfolgersuche
- Vertragsverhandlungen
- Steuerliche Aspekte der Praxisveräußerung
- Abschluss des Übernahmevertrages
- Vertragsarztrechtliche Abwicklung der Praxisübergabe
- Vollzug der Praxisübergabe

Referenten

Die Referenten sind Herr **Stefan Kaltenberg**, Geschäftsführer der Bezirksstelle Köln der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Herr Rechtsanwalt **Dirk Nig-**

gehoff, Justitiar des BVKJ, und Herr **Jürgen Stephan**, SKP Unternehmensberatung, Jüchen.

Die **Teilnahmegebühr** beträgt 310,- € (500,- € für Nichtmitglieder des BVKJ) und beinhaltet Unterbringung und Verpflegung in einem Haus der 4-Sterne-Kategorie in Friedewald.

Wegen der begrenzten Teilnehmerzahl bitten wir Sie bei Interesse um baldige Anmeldung mittels des nachfolgenden Anmeldecoupons oder per PädInform.

Stephan Eßer
Hauptgeschäftsführer des BVKJ

An den
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
z. Hd. Frau Miriam Ullrich

per Telefax (02 21) 68 32 04

Praxisabgabeseminar des BVKJ am 12. und 13.11.2011 in Friedewald

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme am Praxisabgabeseminar an. Die Teilnahmegebühr von 310,- € bzw. 500,- € überweise ich bis zum Beginn des Seminars auf Konto 000 127 3779 (BLZ 370 606 15), Deutsche Apotheker- und Ärztebank.

Name

Datum, Unterschrift

Anschrift

(Tel. u. Fax)

Ist der BVKJ noch ein BERUFS-Verband?

Schwieriger Spagat zwischen Mitgliederlobbyismus und Anwalt der Kinder

Frage man einen Nichtmediziner, was seiner Meinung nach Sinn und Zweck eines Berufsverbands sei, dann ist die wenig verblüffende Antwort: Das ist ein Zusammenschluss von Mitgliedern eines Berufsstandes, der die Belange seiner Mitglieder gesellschaftlich und/oder politisch gegenüber anders gelagerten Interessen vertritt. Man kann das auch kürzer und prägnanter formulieren: Ein Berufsverband vertritt die Interessen einer Lobby. Und da ist es, dieses Unwort, das man nicht sagen darf, nicht aussprechen, weil es den Ruch Lord Voldemorts aus Joanne Rowlings Harry Potter-Heptalogie hat, eben der, dessen Namen nicht genannt werden darf.

Und da Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen wohlmeinende Altruristen sind und darauf auch stolz sind, haben viele von uns dieses abschreckende Wort Lobbyismus aus ihrem Wortschatz verbannt. Stattdessen hat der BVKJ die Imagepflege des „guten Kinderarztes“ organisiert und perfektioniert. Es gibt kaum ein gesellschaftlich relevantes Thema in und außerhalb des Gesundheitswesens wo wir uns nicht einmischen und uneigennützig für die Interessen von schwachen Familien und ihrer Kinder und Jugendlichen eintreten. Wir bevölkern diverse Runde Tische, kümmern uns um den Kinderschutz und stiften Medienpreise. Deshalb sind wir in den seriösen Medien präsent, denn über gute und unverfängliche Themen wird gerne

geschrieben (böse Themen bleiben Boulevardblättern vorbehalten). Auch bei Podiumsdiskussionen aller möglichen Verbände und Vereinigungen und bei den Politikern sind wir gern gesehene Gäste; sie hören uns artig zu, laden uns zu Anhörungen ein und wissen, dass wir nicht für uns selbst, sondern für unsere Patienten Lobbyarbeit betreiben.

So, jetzt ist es klar: Es gibt gute und schlechte Lobbyarbeit. Wir betreiben natürlich die gute, weil uns das bei den Patienten und den anderen Lobbygruppen, die viel mächtiger, aber wahrscheinlich auch böser sind als wir, so beliebt macht.

Schau ich aber in die Satzung des BVKJ, dann lese ich:

§ 2,1a Zweck und Aufgabes des Verbands sind Grundlagen, Inhalt und Umfang der Berufsausübung des Kinder- und Jugendarztes zu erarbeiten und ihre praktische Durchführung zu fördern. Ich frage mich, ob wir in letzter Zeit diesen Teil unseres Verbandsziels aus den Augen verloren und uns überwiegend dem § 2,1b Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die bestmögliche gesundheitliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen zu erarbeiten und zu vertreten, gewidmet haben.

Also doch hin zu einer stärkeren gewerkschaftlichen Vertretung unserer Mitglieder? Ein bisschen weniger „lieb sein“ und auch mal die Zähne zeigen, womöglich auch gegenüber manchen Patienten, die das Gesundheitssystem bis auf das

Letzte ausnutzen? Und auch mal über Honorare, also über Geld reden, von welchem unsere Familien und wir selbst (über-) leben? Ich meine, dass in der Satzung klar geregelt ist, dass der BVKJ die Interessen seiner Mitglieder gegenüber Öffentlichkeit, ärztlichen und nichtärztlichen Institutionen und der Politik zu vertreten hat. Zu diesen Interessen gehört ganz vorneweg das Streiten um ein angemessenes Honorar für unsere Arbeit. Ja, wir sollten auch unzumutbare Arbeitsbedingungen für niedergelassene wie klinisch tätige Kollegen anprangern, Begehrlichkeiten anderer Fachgruppen, wie die der Allgemeinärzte zurückweisen, die sich immer wieder auf unerträgliche Weise in unser Fachgebiet einmischen. Wir sollten unsere Landesverbände stärken und ihnen mehr Eigenverantwortung zutrauen, mit Pädiaternetzen einen Schulterchluss suchen und uns nicht aufgrund gegenseitigen Misstrauens aneinander abarbeiten.

Ja, ich bin davon überzeugt, dass wir das sollen, und plädiere für ein besseres Ausbalancieren unserer Satzungsziele. Am besten ab sofort.

Muss der BVKJ sich neu ausrichten? Was denken Sie? Meinungsäußerungen in Form von Leserbriefen sind ausdrücklich erwünscht!

Dr. Thomas Fischbach, Solingen
Landesverbandsvorsitzender Nordrhein
des BVKJ

Red.: ge

Vertretung dringend gesucht

Der BVKJ sucht für seinen Zentralen Vertreternachweis (ZVN) Kinder- und Jugendärzte (Fachärzte), die bereit sind, als Urlaubs- oder Krankheitsvertretung in einer Praxis mitzuarbeiten.

Ebenfalls gesucht werden Interessenten für Jobsharings in Gemeinschaftspraxen und Nachfolger für Kinder- und Jugendärzte, die in den nächsten Jahren ihre Praxen abgeben möchten.

Außerdem vermittelt die Vertreterbörse auch Weiterbildungsstellen für junge Kolleginnen und Kollegen, die in einer

Praxis praktische Erfahrungen in der ambulanten Pädiatrie erwerben wollen.

Der ZVN ist ein kostenloser Service des Berufsverbandes für alle Mitglieder.

Kontakt: Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V., Gabriele Geße, Mielenforster Straße 2, 51069 Köln, Tel. (02 21) 6 89 09 23, Tfx. (02 21) 68 32 04, E-Mail: gabriele.gesse@uminfo.de

ReH

Wie vermeide ich einen Regress bei der Abrechnung von ärztlichen Leistungen und Verordnungen

Es mag banal oder auch langweilig klingen, aber als Unternehmer/in ist es unvermeidlich, die regelmäßigen Bilanzen sprich Informationen der KV zu lesen, um nicht ins Blaue hinein zu arbeiten. Dazu gehören die persönlichen Abrechnungs- und Verordnungsunterlagen, nur so lassen sich Über- oder Unterschreitung im Vergleich zur eigenen Fachgruppe erkennen.



Dr. Roland Ulmer

Für jede Leistung, für jede Leistungsgruppe (z. B. für die Leistungsgruppe 01: Grundleistungen), aber auch für Verordnungen von Arznei- oder Heilmitteln zeigen die Abrechnungsunterlagen, wie die eigene Abrechnung sich zum Fachgruppennschnitt verhält. Die Statistiken werden in jeder KV anders aufbereitet, daher muss man sich mit den jeweiligen Formulare vertraut machen. Die Mitarbeiter der KVen sind telefonisch und auch im persönlichen Gespräch meist sehr hilfsbereit.

In manchen Fällen bekommen die Praxen individuelle Hinweise der KV zu Überschreitungen oder Implausibilitäten. Es empfiehlt sich dringend, diese Hinweise ernst zu nehmen und mit der KV zu klären, ob die Überschreitungen durch Praxisbesonderheiten zu erklären sind. Können keine derartigen Praxisbesonderheiten dargestellt werden oder bleibt auch nach deren Abzug eine substantielle Überschreitung bestehen, muss die Praxis ihr Abrechnungs- bzw. Verordnungsverhalten anpassen, um einen drohenden Regress zu vermeiden.

Warum überschreite ich die Fachgruppe

Zeigt der regelmäßige Vergleich mit der Fachgruppe, dass eine Überschreitung von mehr als 25 Prozent vorliegt, so sollte man prüfen, ob eine Praxisbesonderheit vorliegt, die das erklärt.

Praxisbesonderheiten können Schwerpunktbezeichnungen (z. B. Kinderkardiologie), Zusatzweiterbildungen (z. B. Kinderpneumologie) oder auch Zusatzbezeichnungen wie Allergologie sein. Auch ein von der Fachgruppe abweichendes Patientenklientel, zum Beispiel die vermehrte Betreuung von Kindern mit ADHS oder die Betreuung von Kindern mit Krampfleiden und Durchführung von EEG-Untersuchungen, können als Praxisbesonderheiten angeführt werden. Auch die Betreuung von Heimen oder Frühförderstellen gelten als Praxisbesonderheiten. Liegt die Praxis in einem besonders problematischen Stadtviertel mit von anderen Praxen abweichendem Klientel, so kann auch hier eine Praxisbesonderheit geltend gemacht werden.

Wie viel macht die Praxisbesonderheit aus

Für alle hier genannten Besonderheiten gilt: Sie müssen quantifiziert werden und von der Fachgruppe abweichen, um von den Prüfungsgremien akzeptiert zu werden. Es ist also nicht ausreichend, auf eine Spezialisierung zu verweisen, man muss auch vermehrt Patienten in dem Spezialgebiet versorgen. Auch der einfache Hinweis auf eine Heimbetreuung ist ohne genaue Darstellung der abweichenden Abrechnungs- oder Verordnungsbedingungen nicht ausreichend.

Praxisbesonderheiten sollten nach folgendem Schema dargelegt werden: Die Erkrankung, zum Beispiel ADHS, hat eine Prävalenz in der Bevölkerung von fünf Prozent, ich betreue in meiner Praxis 20 Prozent, diese zusätzlichen 15 Prozent benötigen so und soviel zusätzliche Abrechnungspositionen, Arznei- oder Heilmittel.

Diese erklärbaren Überschreitungen müssen dann noch soweit möglich in Euro ausgerechnet werden.

Wie läuft das Prüfverfahren ab

Die Prüfstelle Wirtschaftlichkeitsprüfung ist von der KV unabhängig. Nach einer Vorauswahl der zu prüfenden Praxen durch Kassen und KV entscheidet die Prüfstelle in einem ersten Verfahren nach Aktenlage. Der Prüfstelle liegen zu diesem Zeitpunkt noch keine Informationen über Praxisbesonderheiten vor, wenn diese nicht im Vorfeld gemeldet wurden. Auch ein pädiatrischer Fachprüfer wird nur in Ausnahmefällen hinzugezogen.

Geprüft werden sowohl die ärztlichen Leistungen (Behandlungsweise) als auch die ärztlich verordneten Leistungen (Verordnungsweise).

Prüfungen können einerseits von „Amts wegen“ erfolgen, wenn Richtgrößen überschritten wurden oder, falls keine Richtgrößen bestehen, wenn fallbezogene Durchschnittswerte der Fachgruppe (Auffälligkeitsprüfung) überschritten wurden. Andererseits können zu prüfende Praxen im Rahmen einer Stichprobenprüfung (Zufälligkeitsprüfung) ermittelt werden. Ebenso sind Prüfungen in Einzelfällen und Prüfungen des Sprechstundenbedarfs möglich.

Für den Honorarbereich gelten in allen KVen die gleichen Prüfvoraussetzungen. Hier wird nach Durchschnittswerten im Vergleich zur Fachgruppe geprüft. Es können alle Honorarbereiche auf den Prüfstand kommen, allerdings werden am häufigsten einzelne Leistungsgruppen, zum Beispiel die Gruppe der Sonderleistungsgruppen, zum Beispiel die Gruppe der Sonderleistungsgruppen, geprüft. Auch Überschreitungen in einzelnen Gebührenordnungspositionen können im Vergleich zur Fachgruppe geprüft werden. Der Prüfantrag muss innerhalb von fünf Monaten nach Ende des geprüften Quartals gestellt werden und die Daten müssen spätestens einen Monat vor Ablauf der Antragsfrist vorliegen.

Im Rahmen der Prüfung der Verordnungsweise werden die Verordnungen der Arzneimittel, der Heilmittel und des Sprechstundenbedarfes geprüft und entweder an bestehenden Richtgrößen oder am Verordnungsmittelwert der Fachgruppe gemessen. Medikamente, die nicht verordnet werden können (z. B. „off label“), werden direkt von der Praxis zurückgefordert.

Die Prüfstelle kann vorrangig die Praxis beraten oder aber auch einen Regress aussprechen. Auch die Beratung stellt eine Maßnahme im Rahmen des abgestuften Prüfungsverfahrens dar, der widersprochen werden sollte, falls die Unwirtschaftlichkeit aus Sicht der Praxis nicht zutrifft.

Bei Honorarkürzungen werden die betroffenen Leistungen vollständig zurückgefordert, auch wenn sie aufgrund der Budgetierung gar nicht ausgezahlt wurden.

Was sollte der Widerspruch enthalten

Nach Erhalt des Prüfbescheides hat die Praxis (aber auch die Krankenkasse oder die KV) vier Wochen Zeit, einen begründeten Widerspruch einzulegen. Es empfiehlt sich, den Prüfbescheid sehr genau zu analysieren, um zu ergründen, welche Unwirtschaftlichkeiten vorgeworfen werden. Falls diese durch Praxisbesonderheiten erklärt werden können, sollten sie im Widerspruch dargestellt und quantifiziert werden. Auch sollten die Prüfbescheide mit den Vorgaben in der jeweiligen Prüfungsvereinbarung abgeglichen werden. Wenn die Antragsfristen, insbesondere von den Krankenkassen, nicht eingehalten

werden, wird der Regress unwirksam. Regelmäßig erfolgt immer der Vergleich mit der eigenen Fachgruppe. Bei Spezialisierung sollte ein statistischer Spezialvergleich zum Beispiel mit der Gruppe der Kinderpneumologen oder mit Ärzten mit Zusatzbezeichnung Allergologie angefordert werden.

Über einen Widerspruch wird im Beschwerdeausschuss verhandelt, in dem Ärzte und Vertreter der Krankenkassen paritätisch mit einem unparteiischen Vorsitzenden vertreten sind. Der Arzt kann an diesen Sitzungen teilnehmen, bei Bedarf auch zusammen mit seinem Rechtsanwalt oder mit einem in Prüfungsdingen erfahrenen Fachkollegen.

Die Prüfungsunterlagen werden jetzt von einem fachgleichen Prüfungsarzt gesichtet, der dem Prüfungsausschuss referiert. Im Prüfungsverfahren wird die gesamte Tätigkeit des Arztes berücksichtigt, sodass auch Unterschreitungen in anderen Prüfgruppen zugunsten des Vertragsarztes gewertet werden müssen.

Bestätigung der Beschwerdeausschuss mit Mehrheit die Prüfmaßnahme, so steht als nächster Schritt die Klage vor dem Sozialgericht offen. Eine derartige Klageeinreichung hat aber keine aufschiebende Wirkung, sodass der Regress trotzdem vollzogen werden kann.

Klagen vor dem Sozialgericht dauern mehrere Jahre und sind nur bei eindeutiger Rechtslage und ausführlicher Rechtsberatung durch einen spezialisierten Rechtsanwalt sinnvoll.

Die sicherste Methode, um finanziell schmerzhaftes Regresse zu vermeiden, ist es, seine Leistungen und seine Verordnungen zu kennen und sich über die eigenen Praxisgewohnheiten und Praxisbesonderheiten im Klaren zu sein. Ohne Praxisbesonderheiten muss man die Mittelwerte der Fachgruppe im Auge behalten und sein Abrechnungs- und Ordnungsverhalten darauf abstimmen. Das heißt: Es führt kein Weg vorbei am genauen Studium der eigenen Abrechnungsunterlagen, nur so können Regresse abgewendet oder zumindest in Grenzen gehalten werden.

Dr. Roland Ulmer, Lauf, Kinder- und Jugendarzt
Vorsitzender des Honorarausschusses des BVKJ

Red.: ge

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

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine
Vertretung

einen
Weiterbildungsassistenten

einen
Nachfolger

einen
Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

dann wenden Sie sich bitte an die

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.,
Frau Gabriele Geße, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. (02 21) 6 89 09 23, Tfx. 02 21 / 68 32 04
E-Mail: gabriele.gesse@uminfo.de

Pädiatrische Qualitätszirkel als wichtige Struktur für die Zusammenarbeit der Kollegen – eine Bestandsaufnahme



Dr. Gottfried
Huss

Die Bedeutung von regelmäßigen gemeinsamen Gesprächen mit Kollegen ist für die Pädiater in der Praxis, die oft Einzelkämpfer sind, nicht zu unterschätzen. Bei solchen Treffen wird Politik gemacht und die Zusammenarbeit besprochen. Ärztestammtische waren früher weit verbreitet. Sie wurden in den letzten Jahren weitgehend durch Qualitätszirkel (QZ) ersetzt. Was unterscheidet Stammtische und QZ? Stammtische haben einen urwüchsigen kumpelhaften Charakter und sind meistens nicht moderiert. Qualitätszirkel sind dagegen durch eine professionelle Moderation und eine ergebnisorientierte Struktur in der Diskussion charakterisiert. (1) Qualitätszirkel-Ergebnisse und -Beschlüsse werden schriftlich festgehalten. Qualitätszirkel sind dadurch verbindlicher. So kann auch vermieden werden, dass Diskussionen sich im Kreise drehen.

Vom Berufsverband wurden die QZ bisher etwas stiefmütterlich betrachtet. Deshalb wurde 2010 vom BVKJ eine Umfrage gemacht und alle der Geschäftsstelle bekannten QZ angeschrieben und gebeten, einen Fragebogen auszufüllen. 109 QZ-Leiter und -Moderatoren haben dankenswerterweise geantwortet.

Wie sind pädiatrische QZ strukturiert?

Moderation und QZ-Leitung liegen meistens in einer Hand. Die QZ sind mit der Obleutestruktur des BVKJ nicht identisch. In weniger als der Hälfte ist der Obmann auch der QZ-Leiter. Knapp die Hälfte der QZ arbeiten mit pädiatrischen Netzen zusammen. Die Vorgaben der KV über eine vernünftige Frequenz der QZ-Treffen wird größtenteils eingehalten, die meisten QZ versammeln sich vier bis sechs Mal im Jahr. Es überrascht positiv, dass in 90 Prozent Kollegen/innen der Kinderkliniken regelmäßig an den Treffen teilnehmen. Das hat Auswirkungen auf die Zusammenarbeit von Praxis und Klinik. In 22 Prozent werden keine Protokolle geschrieben, dennoch gibt es fast immer CME-Punkte. 13 Prozent der Protokolle werden ins Netz gestellt (PädInform, KV, Intranet des Pädnetzes). Die durchschnittliche Teilnehmerzahl beträgt 5–15, allerdings haben 27 Prozent der QZ weniger als fünf Teilnehmer. Ein Drittel der QZ wird ganz oder teilweise durch die Pharmaindustrie gesponsert.

Die QZ sind unterschiedlich ausgerichtet

Ausrichtung des Qualitätszirkels

(z. T. Mehrfachnennungen)

Allgemeinpädiatrisch	85
Pulmonologie	19
ADHS	17
andere Spezialgebiete	11
(Allergologie, Frühe Hilfen, Psychotherapie, Homöopathie)	

Vermutlich gibt es noch mehr nicht allgemeinpädiatrische QZ, an denen Pädiater teilnehmen. Die Umfrage wurde primär an die für den BVKJ erreichbaren QZ-Leiter gerichtet.

Der unterschiedlichen Ausrichtung entspricht auch eine Vielfalt von Themen, die durch die QZ behandelt werden.

Themenschwerpunkte (Mehrfachnennungen)

Fortbildungen	98
Kooperation mit Kinderklinik	86
Pharmakotherapie	80
Medizinisches QM – Leitlinien	80
Berufspolitik	74
Frühe Hilfen – Kinderschutz	71
Kooperation mit Jugendamt	66
Neue Verträge	65
QM in der Praxis	52

Sonstige Schwerpunkte: Exkursionen in Kooperationseinrichtungen (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Labor, Schwerbehindertenschule); Abrechnungsseminare; Fallbesprechungen; Kooperation mit: Netzwerken kommunaler Gesundheitsförderung, anderen Fachärzten, Physiotherapeuten, Kinderschutzbund, Logopäden

Vergleich der thematischen Schwerpunkte mit anderen vertragsärztlichen QZ

Das AQUA-Institut hat die erstaunliche Anzahl von 27.255 QZ Protokollen aus 1241 QZ von drei KV-Bezirken ausgewertet (2): Werden diese vertragsärztlichen QZ inhaltlich mit den pädiatrischen QZ verglichen, fällt auf, dass Pädiater sich mehr mit Kooperationsmanagement und Berufspolitik als mit der Analyse der eigenen Berufsausübung beschäftigen. Eigentlich positiv! Andererseits schlägt die KV in ihrem Handbuch (1) vor, die Analyse des eigenen diagnostischen und therapeutischen Verhaltens mit Qualitätsindikatoren in den Vordergrund zu stellen. Der Vergleich zeigt auch, dass Pädiater sich noch zu wenig mit medizinischem QM, – das heißt der praktischen Umsetzung von Leitlinien –, evidence-based-medicine und Cochrane-Reviews beschäftigen.

Schwierigkeiten und Grenzen der unverbindlichen Struktur QZ

In unserer Umfrage sind die am häufigsten genannten Schwierigkeiten die *mangelnde Motivation der häufig wechselnden Teilnehmer*, – wenn sie überhaupt in genügender Zahl erscheinen –, die *Referentenfindung und -finanzierung* und der oft *frontale Cha-*

rakter der Fortbildungen. Wichtiger sei *echte strukturierte QZ-Arbeit*. Natürlich gibt es *Meinungsverschiedenheiten, auch Anspruchsdenken, Egoismus und fehlende Offenheit*. So wird beklagt, dass die Durchführung gemeinsamer Beschlüsse oft durch *Unehrlichkeit bei der Umsetzung* infrage gestellt wird.

Kollegiale Zusammenarbeit braucht die Bereitschaft, von den eigenen Interessen Abstriche zu machen. Mangel an Vertrauen und fehlende Solidarität ist ein häufiger Grund, warum Projekte scheitern. Die gut gemeinten Appelle verhallen und QZ fallen in ergebnislose, unstrukturierte Stammtische oder Meckerrunden zurück.

Erfolge

Trotzdem ist die Liste der Erfolge groß und lässt hoffen. In unserer Umfrage werden genannt: *Verbesserung der Kommunikation und Zusammenarbeit der Teilnehmer; Förderung von sozialen Kontakten der Mitarbeiter; Einbindung von jungen und neuen Kollegen; Synchronisierung und Verbesserung von Therapien; Kooperationen mit Therapeuten, Kinderkliniken, ÖGD, anderen Fachgruppen, Hebammen, Kinder- und Jugendpsychiatern; Etablierung eines zentralen Notdienstes; Vereinbarung von IGEL-Listen; Organisation von Fortbildungsveranstaltungen und wissenschaftlich hochwertige Vorträge*.

Unterstützung der QZ durch den BVKJ

Hier werden von den Befragten zahlreiche Vorschläge gemacht: *Schaffung eines Referentenpools, Vermittlung von Experten, Themen als Powerpoint-Vorträge bereithalten (bereits vorhanden in PädInform) Schaffung eines Themenpools (siehe Themensammlung in diesem Artikel), Förderung der überregionalen QZ-Zusammenarbeit, Appell an besseren Zusammenhalt, Einarbeitung aktueller berufspolitischer Probleme und Fragestellungen, Klarere/besser verständliche „Vorgaben“, Aufarbeitung von good practices und schlechten Erfahrungen, Erarbeitung von strukturierten QZ-Vorlagen für einzelne Themen zum Abarbeiten, QZ-Besuche durch engagierte BVKJ-Vertreter, PädInform-Einführung*.

Bei der Zusammenstellung der Wünsche wird klar, dass es eine große Erwartung an Hilfe von außen und externe Referenten gibt.

„Ärztliche Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung in Deutschland sind zu einer auch international beachtlichen Initiative der Qualitätsförderung in der ambulanten Versorgung geworden. Unterstützungsangebote, wie etwa nachweislich wirksame strukturierte Qualitätszirkelprogramme, werden vor allem dann akzeptiert, wenn es gelingt, erfahrbar zu machen, dass interaktives Lernen in angenehmer Atmosphäre mit gleichberechtigten Kollegen fachlich und emotional entlastend ist, und daher – selbst für erfahrene Ärzte, sowie die von diesen versorgten Patienten – einen konkreten individuellen Nutzen hat.“ (2)

Andererseits sind die Vorträge der Kollegen vor Ort oft besser und praxisnäher als die eines Hochschulgelehrten. Vertrauen in die eigene Kraft und Solidarität sind die Stärken dieser unabhängigen Basisstruktur, die mit ehrenamtlicher unbezahlter Eigeninitiative steht oder fällt.

Ärztammer und KV unterstützen Qualitätszirkel und Moderatoren durch CME-Punkte und Methodenwissen, was aber nicht ausreicht, um die inhaltliche und fachspezifische QZ-Arbeit voranzubringen. Dazu bräuchte es Materialien und fachliche Unterstützung, die der QM-Ausschuss des BVKJ oder auch die DGAAP als wissenschaftliche Vereinigung der Praxispädiater zur Verfügung stellen könnte.

In einem ersten Schritt unterstützt der BVKJ die QZ-Arbeit durch die Einrichtung eines PädInform-Diskussions-Forums und die Einrichtung einer Arbeitsgruppe QZ, die erstmalig im Oktober 2011 in Bad Orb tagen wird. Alle Interessierten sind herzlich eingeladen.

- 1.) KBV Handbuch Qualitätszirkel 2. Auflage Januar 2010
- 2.) Edith Andres et al. Qualitätszirkel in der vertragsärztlichen Versorgung: Ergebnisse der kontinuierlichen Basisdokumentation in Bremen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe 1995 bis 2007 Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen (ZEFQ) doi:10.1016/j.zefq.2009.12.002

Kursiv gesetzt wurden wörtliche Kommentare aus der Umfrage

Dr. Gottfried Huss, Kinder- und Jugendarzt
Werderstr. 4, 79618 Rheinfelden

Red.: ge

Einladung zum Forum und zum Seminar

PÄDIATRISCHE QUALITÄTSZIRKEL – WIE KANN DIE ARBEIT VERBESSERT WERDEN?

Wir haben kaum Kenntnisse darüber, was sich an der Basis in den pädiatrischen Qualitätszirkeln (QZ) tut. QZs wissen wenig voneinander und arbeiten mit verschiedenen Methoden und Themen. Fast alle kämpfen mit dem Väterchen Frust und der Motivation der Mitglieder. Es gibt zu wenig Austausch unter den Leitern und -Moderatoren der pädiatrischen Qualitätszirkel und sog. Stammtische. Das soll sich ändern. Der QM-Ausschuss des BVKJ und die Geschäftsstelle des BVKJ sehen es als ihre Aufgabe an, die Arbeit der QZ unterstützen.

- 1.) In PädInform wurde deshalb ein neues Forum eingerichtet „BVKJ-QZ-Leiter“. Bitte melden Sie sich in der Geschäftsstelle des BVKJ (Frau Astrid Simon), wenn Sie an einer Freischaltung für dieses Forum interessiert sind. Das Forum selbst ist erst nach Freischaltung für Sie sichtbar, deshalb melden Sie sich baldmöglichst bei uns, um dabei zu sein, die ersten Informationen und eine ausgewertete Erhebung über Aktivitäten und Probleme der QZ liegen schon für Sie bereit.
- 2.) Für einen ersten intensiven Ideen- und Erfahrungsaustausch wird in Bad Orb am Sonntag, 9.10.2011 von 16:00–18:00 Uhr ein 2-stündiges Seminar stattfinden.

Der Titel des zweistündigen Seminars lautet:

PÄDIATRISCHE QUALITÄTSZIRKEL – WIE KANN DIE ARBEIT VERBESSERT WERDEN?

Die Anmeldung erfolgt ganz einfach über einen Link im erwähnten QZ-Ordner.

Wir freuen uns darauf, Sie in Bad Orb und/oder im neuen PädInform-Forum „BVKJ-QZ-Leiter“ zu begrüßen.

Dr. Gottfried Huss, Rheinfelden
Mitglied des QM-Ausschusses des BVKJ

Red.: ge

Machen wir das Richtige, und machen wir es richtig?

© chris74 - Fotolia.com

Kindergesundheit im weltweiten Kontext: Was kann die Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland von Strategien der internationalen Kindergesundheit lernen?

Die größten Fortschritte zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung finden außerhalb der Medizin statt, während die „medizinische Versorgung“ zu höchstens einem Drittel zu unserer körperlichen und seelischen Gesundheit beiträgt. Von den etwa 130 Mio. Kinder, die jedes Jahr geboren werden, versterben etwa vier Millionen in den ersten vier Wochen und über zehn Millionen jedes Jahr bis zum Alter von fünf Jahren. Hunger und Unterernährung sind in mehr als der Hälfte für den Tod der Kinder mitverantwortlich. Die notwendigen Interventionen sind bekannt und effektiv, nur sind sie viel zu wenig bekannt, um einen deutlichen Effekt auf die Kindersterblichkeit zu haben. Die Gründe dafür liegen in mangelnder Umsetzung: Eltern, Kommunen, aber auch „die Gesellschaft“ kennen die Maßnahmen nicht, können sie aus Personalmangel („brain drain“) nicht anwenden. Die Gesundheitseinrichtungen sind häufig schlecht ausgestattet und chronisch unterfinanziert.



Dr. Stephan
Heinrich Nolte

Die großen Fortschritte der Pädiatrie liegen nicht in der weit überschätzten kurativen Medizin – sondern in der Prävention. Die basalen Voraussetzungen für Kindergesundheit werden bei uns wegen ihrer scheinbaren Selbstverständlichkeit unterschätzt: von der Ernährung – nicht nur in der Theorie – bis zur Hygiene, wie Wasserversorgung/-aufbereitung, Entsorgung, Latrinenbau usw.

Bemühungen zur Verbesserung der Kindergesundheit werden von unzähligen internationalen Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen diskutiert und in vielen Ländern praktisch implementiert.

Hieraus ergeben sich auch für die Pädiatrie in Deutschland wichtige Anstöße, die weder in die pädiatrische Ausbildung noch in den Alltag integriert sind und sich mit dieser einfachen Frage subsummieren lassen. Die Frage, was wir wirklich brauchen, lässt sich im globalen Kontext besser beantworten als in unseren lokalen, oft historisch definierten Strukturen, aber damit stehen viele unserer geübten und geliebten Praktiken zur Disposition: Vom Hustensaft bis zur Auskultation zur Pneumoniediagnostik sowie viele der bei uns häufig benutzten Medikamente.

1. Primary Health Care, PHC (1)

Das deutsche Wort „Basisgesundheitsversorgung“ wird dem, was mit PHC gemeint ist, nicht gerecht. „versorgen“ hat einen anderen Aspekt als „to care“, sich kümmern, nämlich einen Überlegenheitsaspekt: der aktive Versorger steht über dem, der sich passiv versorgen lässt. PHC ist ein neuerer Ansatz, der auf der Alma Ata-Konferenz von WHO und UNICEF 1978 als richtungsweisend angestoßen wurde. Die acht Elemente von Primary Health Care sind in drei Gruppen gegliedert: Die erste umfasst die Grundbedürfnisse und betrifft die primäre Prävention:

1. Erziehung zur Erkennung, Vorbeugung und Bekämpfung der örtlich vorherrschenden Gesundheitsprobleme
 2. Nahrungsmittelversorgung und Sicherung der Ernährung
 3. Trinkwasserversorgung und sanitäre Maßnahmen
- Die zweite Gruppe beschäftigt sich mit der in Gesundheitsprogrammen integrierten Präventivmedizin und umfasst
4. Mutter- und Kind-Gesundheitsversorgung einschließlich Familienplanung
 5. Impfungen gegen die vorherrschenden Infektionskrankheiten

Erst in dritter Linie kommt die kurative Medizin vor und beschäftigt sich mit:

6. Verhütung und Bekämpfung der örtlichen endemischen Krankheiten
7. Behandlung gewöhnlicher Erkrankungen und Verletzungen in angemessener Form
8. Versorgung mit „essentiellen“, notwendigen und sinnvollen, Medikamenten

Am bedeutsamsten für die Kindergesundheit ist die primäre Prävention durch die Verbesserung der sozioökonomischen Lebensbedingungen, Armutsbekämpfung, gerechter Ressourcenverteilung und Sicherung von Ernährung, Wasser, sanitären Einrichtungen, Wohnung, Bildung, Einkommen sowie die Wahrnehmung der vorherrschenden Gesundheitsprobleme. Hierzu ist die Beteiligung der Bevölkerung, die Partizipation, für das Erkennen und die Lösungsfindung für Gesundheitsprobleme bedeutungsvoll, aber auch verbunden mit einer Entmonopolisierung des medizinischen Wissens. Vorhandene Gesundheitswesen müssen in dem Sinne umstrukturiert werden, dass die dringendsten Gesundheitsprobleme der Bevölkerungsmehrheit die höchste Priorität erhalten und nicht viel Geld in wenige High-Tech-Kliniken investiert wird. Die Gesundheitsversorgung vor Ort muss die wichtigsten Krankheiten und Probleme erkennen und behandeln. Gesundheitsförderung muss Präventionsmaßnahmen wie Impfungen und einfache kurative Medizin wie Erste Hilfe und Behandlung einfacher Krankheiten leisten. Auf einer zweiten Ebene stehen die lokalen Krankenhäuser zur stationären Regelversorgung und an der Spitze der Pyramide große Kliniken der Maximalversorgung. Allen muss ein rationaler Einsatz von Ressourcen, insbesondere von Arzneimitteln, gemein sein.

2. GOBI-FFF als selektives PHC-Programm (2)

Während sich für PHC in dem dargelegten breit gefächerten Anspruch die Menschen selbst einsetzen und ihre Gesundheitsbelange formulieren sollen, wird in „selektiven PHC“-Programmen (SPHC) eine Auswahl prioritärer Erkrankungen getroffen. SPHC ist ein Interventionsprogramm, welches vernachlässigt, dass besonders für die ganz Armen eine Aufstellung gesundheitsrelevanter Intervention nicht genügt, um den Gesundheitsstatus zu verbessern, sodass zwar die Auswirkungen von Krankheit, nicht aber deren Ursachen bekämpft werden. Gesundheitsexperten erarbeiten hier kostengünstige Programme, die von medizinischem Fachpersonal durchgeführt werden. GOBI-FFF wurde seit 1982 als selektives PHC durch UNICEF verbreitet und implementiert. Das Acronym steht für folgende Maßnahmen:

G – growth monitoring „road to health charts“ Somatogramme

O – orale Rehydration bei Durchfallerkrankungen

B – breast feeding - Stillen

I – immunisation - Impfprogramme

Hierzu kam später die drei „F“

F – family spacing: Familienplanung, Schwangerschaftsabstand

F – female education: Frauenbildung

F – food supplementation: Nahrungsergänzung

Unsere übliche pädiatrische Betreuung kann allenfalls als ein vergleichbares selektives PHC gesehen werden. Gesundheit wird im Wesentlichen als ein Krankheitsproblem, nicht als gesellschaftliches Entwicklungsproblem gesehen. Dabei ist allen klar, dass Fortschritte außerhalb des Gesundheitssektors wesentlichere Effekte auf Gesundheit haben können als diejenigen im System.

3. Essential drugs (3)

Auf der Alma-Ata Conference on Primary Health Care 1978 wurde ebenfalls erkannt, dass es unverzichtbare Medikamente gibt, die nachhaltig den Gesundheitszustand beeinflussen. 1981 wurde das WHO „Action Programme on Essential Drugs“ mit dem Ziel aufgelegt, die jeweilige nationale Arzneimittelpolitik auf einen rationalen Arzneimittelgebrauch einzustimmen, welches 1988 in einem eigenen WHO-Department für „Essential Drugs and Other Medicine (EDM)“ mündete. Die erklärten Ziele sind, dass jeder Mensch weltweit zu einem akzeptablen Preis Zugang zu essentiellen Medikamenten haben soll, die sicher, wirksam und von guter Qualität sein sollen. Diese sollten mit Vernunft angewendet und verschrieben werden. Auf Kinder bezogen gibt es seit Neuestem das „WHO Model Formulary for Children“ vom Juni 2010, welches Gebrauchsinformationen zu 240 „essential medicines“ enthält und das erste WHO-Buch zu Behandlung von Kindern von null bis zwölf Jahren ist. *„For the first time medical practitioners worldwide have access to standardized information on the recommended use, dosage, adverse effects, and contraindications of these medicines for use in children“*

Und bei uns? Der Kampf um die Arzneimittel-Positivliste ist vorerst verloren. Die in Deutschland 1992 im Gesundheitsstrukturgesetz geplante Einführung einer Positivliste ist nicht umgesetzt worden, weil die Pharmaindustrie sie erfolgreich bekämpfte. Ein entsprechendes Gesetz, das Arzneimittel-Positivlistengesetzes (AMPoLG) wurde zuletzt 2003 zurückgestellt. Dagegen gibt es in den meisten EU-Mitgliedstaaten eine Positivliste.

4. Integrated Management of Childhood Illness, IMCI (4)

Seit Mitte der 1990 Jahre entwickelt die WHO zusammen mit UNICEF und anderen Institutionen ein Programm, welches zwar ebenfalls aus den Erfordernissen der kurativen Medizin stammt, aber auch andere wichtige Elemente der Vorbeugung und Gesundheitserziehung aus PHC-Programmen aufgenommen hat. Erklärtes Ziel ist die Verhinderung von Tod, schwerer Erkrankung und Behinderung von Kindern, besonders der unter fünfjährigen. Es ist ein Algorithmus, der daraus besteht, zunächst nach den wenigen allgemeinen Gefahrenzeichen zu suchen, einige wenige strukturierte Fragen zu stellen, das Kind zu untersuchen und dabei den Allgemein- sowie Ernährungszustand und den Impfstatus zu ermitteln.

Das kranke Kind wird nach einem Ampelsystem nach dringlicher Behandlung und Einweisung (rot), spezifischer Beratung und Therapie (gelb) oder einfache Behandlung in häuslichem Umfeld (grün) klassifiziert. Für jeden dieser Schritte wurden genaue Schulungsprogramme erarbeitet und an die einzelnen Länder, derzeit über 75, die IMCI eingeführt haben, angepasst. Die hier zusammengestellten Beobachtungen, Fragen und Handlungsanweisungen sind in vielen Situationen evaluiert und auch für die Beratung und Behandlung in unserem Lande nützlich. Als praktisches Beispiel sei für die Diagnosestellung der Pneumonie die Erhebung der Atemfrequenz genannt, die, wenn sie im ersten Lebensjahr über 50, in den nächsten vier Jahren über 40 liegt, fast beweisend für eine Pneumonie ist. Vor allem für die telefonische Beratung sind die Fragen nach den erarbeiteten allgemeinen Gefahrenzeichen unerlässlich: Atemstörung, Nahrungsverweigerung, vollständiges Erbrechen, Bewusstseinsstörung, Krämpfe.

5. ETAT und WHO Pocket Book (5)

Um kritisch kranke Kinder sowohl in der Gemeinde als auch im Wartebereich von Gesundheitseinrichtungen rechtzeitig einer angemessenen Behandlung zuzuführen und nicht gar heimzuschicken, hat die WHO Richtlinien zur Dringlichkeit medizinischer Behandlung vorgeschlagen, die aus den Vorgaben des „Advanced Paediatric Life Support“ westlicher Länder entwickelt wurden: ETAT: „Emergency Triage Assessment and Treatment“ (ETAT) guidelines. Diese Leitlinien wurden zuerst in Malawi eingesetzt und in anderen Ländern wie Angola, Brasilien, Kambodscha, Indonesia, Kenia und dem Niger evaluiert. Sie sind in den kostenlos herunterzuladenden Manuals „Management of the child with a serious infection or severe malnutrition“ und im „Pocketbook of hospital care for children“ zu finden. Eine Triage kranker Kinder nach Gefahrenzeichen und Prioritäten ist auch bei uns notwendig, und Schulungen nicht nur für Gesundheitsberufe, sondern auch für Eltern, Kinderbetreuungseinrichtungen und Erzieher wichtig. Wenn bei uns ein Kind stirbt, sollte neutral und ohne Schuldzuweisungen eine Fallkonferenz mögliche Fehler und Schwachpunkte aufzeigen, um daraus zu lernen.

6. Forschungsergebnisse aus Ländern mit begrenzten Ressourcen sollen ernst genommen werden

Nicht immer ist die teuerste Behandlung die beste. Einfache Maßnahmen wie etwa die Anwendung von Farbstofflösungen sind bei uns obsolet geworden – weil sie zu billig sind. Aus Untersuchungen in Afrika (Isenberg NEJM 1995) kann abgeleitet werden, dass 2,5 Prozent Povidon-Jod-Lösung zur Vorbeugung der Ophthalmia neonatorum Antibiotika überlegen ist. In Manila (Isenberg Am J Ophthalmol 2002) konnte gezeigt werden, dass auch bei der Konjunktivitis älterer Kinder eine 1,25% Povidon-Jod-Lösung bessere Ergebnisse hat als die dort gebräuchlichen antibiotischen Augentropfen, und aus Pakistan (MASCOT Study Lancet 2002) und Indien (ISCAP Study BMJ 2004), dass eine dreitägige Behandlung der Pneumonie mit Amoxicillin genau so gut ist wie eine fünftägige. Diese Ergebnisse sollten auch in unsere Arbeit einfließen.

Bescheidene Anfänge der Lehre und weitere Umsetzung

Seit 1995 wird vom Autor an der Philipps-Universität Marburg im Rahmen des Berufsfelderkundungspraktikums ein Seminar zu Medizin in armen Ländern und in Katastrophensituationen angeboten. Hier lernen Studenten bereits im ersten Semester ein breites und viel zu wenig bekanntes Berufsfeld kennen und hören die genannten Themen, die ihnen während des normalen Curriculums im Studium in der Regel nicht mehr begegnen werden.

Es wäre zu wünschen, dass auch die deutsche Kinder- und Jugendmedizin die Ansätze von Primary Health Care und anderer strukturierter Vorstellungen und Programme zur Verbesserung der Kindergesundheit wahrnimmt, anerkennt und politisch einfordert, denn Gesundheit für alle ist ein Recht und eine Verpflichtung. Das Ziel muss die Eigenverantwortlichkeit der Menschen und die Entmonopolisierung des Wissens sein. Aufklärung greift früher, ist preiswerter und nicht selten besser als ein Arztbesuch. Mit Basisgesundheits sollten Menschen nicht „versorgt“, sondern gefördert werden, auch wir „managen“ nicht Krankheiten (DMP), sondern behandeln Mitmenschen.



© Renate W. – Fotolia.com

Nachbemerkung aus aktuellem Anlass

Ob die WHO die richtige Instanz ist, Gesundheit für alle zu propagieren, muss anlässlich der jüngst aufgeklärten Verquickungen der WHO mit der Atomindustrie infrage gestellt werden. Schon durch das Agieren in Zeiten der H1N1-„Schweinegrippe“ war der unabhängige Status der WHO in die öffentliche Diskussion geraten. Die Hochstufung zu einer Pandemie der höchsten Gefährlichkeitsstufe und die damit verbundenen, bis heute umstrittenen, aber fraglos für die Industrie lukrativen prophylaktischen und therapeutischen Empfehlungen sind kritisch zu analysieren. So lässt der jetzt bekannt gewordene Geheimvertrag (6) der WHO mit der internationalen Atomenergiebehörde IAEA aus dem Jahre 1959 endgültig Zweifel anmelden. Dieser verpflichtet die WHO, ohne vorherige Genehmigung durch die IAEA weder wissenschaftlichen Untersuchungen und Forschungsergebnisse zu veröffentlichen, noch Maßnahmen zu propagieren (7). Dies erklärt, warum die WHO weder vor 25 Jahren zur Katastrophe von Tschernobyl noch in jüngster Zeit zur Katastrophe von Fukushima Stellung bezogen hat. Sogar die Ergebnisse von zwei UN-Konferenzen zum Thema Tschernobyl, die 1995 in Genf und 2001 in Kiew stattfanden, werden von der WHO bis heute geheim gehalten. Laut IAEA sind durch die Folgen der Katastrophe von Tschernobyl „weniger als 50 Tote“ zu beklagen (8). Die WHO schweigt dazu. Auch stand der Knebelvertrag oder der Umgang der WHO mit der atomaren Katastrophe von Fukushima nicht auf der Tagesordnung der diesjährigen Generalversammlung im Mai 2011 in Genf, obwohl die IPPNW einen entsprechenden Brief an die WHO-Generaldirektorin Margaret Chan formuliert hatte. Um die Glaubwürdigkeit der WHO wieder herzustellen, ist zu hoffen, dass das Thema auf internationaler Ebene diskutiert und im nächsten Jahr auf die Tagesordnung gesetzt wird.

(1) WHO: Primary Health Care, A Joint WHO-UNICEF Report, Geneva, New York, 1978

(2) GOBI-FFF <http://unesdoc.unesco.org/images/0006/000697/069769eo.pdf>

(3) WHO Model Formulary for Children: www.who.int/selection_medicines/list/WMFC_2010.pdf

(4) IMCI: www.who.int/imci-mce/

(5) ETAT: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241546875/en/index.html WHO Pocket Book www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241546700/en/

(6) http://www.independentwho.info/WHA_12_40_EN.php.

(7) http://www.independentwho.info/accueil_DE.php.

(8) http://www.ippnw.de/commonFiles/pdfs/Tschernobyl_Studie_2011_web.pdf.

Aktualisierte Textfassung eines Vortrages DGKJ Potsdam 2010

Dr. Stephan Heinrich Nolte, Kinder- und Jugendarzt
Alter Kirchhainer Weg 5, D-35039 Marburg/Lahn
shnol@t-online.de

Red.: jg

Praxistafel

Kinderärztliche Gemeinschaftspraxis in Oldenburg (Nds.) aus Altersgründen abzugeben (zwei KV-Zulassungen). Besonders geeignet päd.-pneumolog. und allergolog. Spezialisierung.

Zuschriften unter Chiffre 1913 KJA 9/11 an den Verlag erbeten.

Kinderarzt/-ärztin im Raum Aachen/Kleinstadt für Privatarztpraxis gesucht.

Zuschriften unter Chiffre 1915 KJA 9/11 an den Verlag erbeten.

PRAXIS-NACHFOLGER gesucht. **EINZELPRAXIS für KINDER- u. JUGENDMEDIZIN** in 57462 Olpe/Südwestfalen, Übergabezeitpunkt: 01.07.2012. Möglichkeit der Bildung einer örtlichen o. überörtlichen BAG. Verkehrsgünstig gelegen, alle Schulen am Ort.

Zuschriften unter Chiffre 1919 KJA 9/11 an den Verlag erbeten.

Kinderarzt/-ärztin ab 1.1.12 in Görlitz in gut frequentierter – bisher GP – gesucht.

Bei Interesse: 0 35 81 / 7 89 56 (privat)

Pädiater/-in in Teilzeit ab Jan. 2012 für Kinderarztpraxis in Ludwigsburg gesucht.

Zuschriften unter Chiffre 1918 KJA 9/11 an den Verlag erbeten.

Kinderärztl. Praxisgem. (Hausarzt/Neuropäd.) in Berlin **sucht Mitarbeiter(innen)** zwecks späterer Praxisübernahme. Attrakt. Neuropäd. Zusatzhonorar.

Tel. 030/8334203

Tausend Kinder und Jugendliche brauchen klassisch homöopathische Weiterbetreuung.

Renommierte Privatpraxis zu übergeben, Zeitpunkt und Modalitäten frei verhandelbar.

Volle Weiterbildungsermächtigung für den Zusatztitel vorhanden.

München, Augsburg, Ingolstadt in je 30 Autominuten erreichbar.

Dr. Gerhard Hofmann, Kühbach, Telefon 08251/51234

Mail: dr.hofmanngerd@web.de

Hochwertige kinderärztliche Einzelpraxis im Zentrum von Mannheim

– moderne Praxis (80 qm), Einrichtung und EDV neuester Stand

– gewinnstark, gutes Klientel

– sehr gutes, eingearbeitetes Praxisteam (Ganz- und Halbtagskräfte)

Wegen persönlicher Veränderung abzugeben.

Aussagekräftige Bewerbungen unter Chiffre 1906 KJA 7/8/11 an den Verlag erbeten.

Anzeigenaufträge werden grundsätzlich nur zu den Geschäftsbedingungen des Verlages abgedruckt, die wir auf Anforderung gerne zusenden.



Die Rehabilitationsklinik Werscherberg ist eine Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung nach § 107 SGB V. Sie verfügt über 81 Betten und behandelt Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Auf Grund der Klinikerweiterung suchen wir eine/einen

Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendmedizin

mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von bis zu 38,5 Stunden. Auch verschiedene Teilzeitmodelle sind möglich. Alternativ kann diese Stelle auch eine Fachärztin/ein Facharzt für Allgemeinmedizin mit Erfahrungen in der Behandlung von Kindern antreten.

Die Stelle umfasst die ärztliche Versorgung der jungen Patienten, Information und Beratung von Begleitpersonen, Teilnahme an Teambesprechungen, die Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten und die Erstellung von Entlassungsberichten.

Sie erwartet ein angenehmes Arbeitsumfeld in einem engagierten interdisziplinären Team mit langjähriger Kompetenz in der Behandlung von Kommunikationsstörungen. Die Vergütung erfolgt außertariflich nach Vereinbarung.

Bissendorf liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung zwischen dem Wiehengebirge und dem Teutoburger Wald, nur 10 km von Osnabrück entfernt.

Telefonische Auskünfte erteilt Ihnen gerne die ärztliche Leiterin Fr. Dr. Schröder unter Tel. 05402/406-120 od. 122. Ihre Bewerbung richten Sie bitte bis 31.10.11 an die **Rehabilitationsklinik Werscherberg, Klinikleitung, Am Werscher Berg 3, 49143 Bissendorf.**

Pädindex

Praxiseinrichtungen

Ehrungen



Wie sähe der Berufsverband wohl ohne die Tatkraft und Kreativität von Christel Schierbaum (links) und Eva Ebbinghaus (rechts) aus? Dies ist schlechterdings nicht vorstellbar. In Berlin wurden nun die BVKJ-Geschäftsführerin Christel Schierbaum für 20 Jahre in der „Firma“ geehrt, Eva Ebbinghaus, die vor allem für die MFAs zuständig ist, für zehn Jahre. – Wir gratulieren!

Ehrenurkunde an Marlene Rupprecht, Vorsitzende der Kinderkommission des Deutschen Bundestages

Marlene Rupprecht wurde anlässlich einer Festveranstaltung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte zur Feier von „40 Jahre Kindervorsorgeuntersuchungen“ im Rahmen des Kinder- und Jugendärztetages am 17. Juni 2011 in Berlin mit der Ehrenurkunde des Verbandes ausgezeichnet.

Marlene Rupprecht hat sich von Anfang ihrer Karriere für die Belange von Müttern, Vätern und Kindern eingesetzt. Als Sonderschullehrerin ausgebildet, wurde sie Vorsitzende des Kuratoriums des Müttergenesungswerkes und später war sie als Abgeordnete der SPD im Bundestag und im Ausschuss für Familie, Senioren,

Frauen und Jugend. Als langjährige Vorsitzende der Kinderkommission des Deutschen Bundestages bemüht sie sich unermüdlich um die Stärkung der Kinderrechte. So fordert sie die Kinderrechte im Grundgesetz zu verankern und mahnt unverdrossen die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention in Deutschland an.

In einer launigen und sehr persönlichen Rede ging sie unter anderem auf die Schwierigkeiten ein, Familienpolitik als ernst zu nehmendes Thema ihren politischen Kollegen und Kolleginnen nahe zu bringen. Altkanzler Schröders Diktum, Familienpolitik sei Gedöhns, scheint noch



nicht ganz aus den Köpfen unserer Entscheidungsträger verschwunden zu sein.

Wolfgang Gemppe

Wir suchen Autoren zu pädiatrierelevanten Themen.

Unser Verlagshaus ist seit vielen Jahrzehnten mit diversen Zeitschriften im Bereich Pädiatrie vertreten und möchte sein Buchprogramm in diesem Segment erneuern und erweitern.

Wir freuen uns auf Ihren Themenvorschlag.



**HANSISCHES
VERLAGSKONTOR
LÜBECK GmbH**

Mengstr. 16 · 23552 Lübeck
Tel.: 0451/7031-233 · Fax: 0451/7031-231
Mail: info@hansisches-verlagskontor.de
Homepage: www.schmidt-roemhild.de

Fortbildungstermine des BVKJ

Oktober 2011

8.–12. Oktober 2011

39. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkj e.V., Bad Orb

Update „Ernährung des gesunden und des kranken Kindes“

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 2011

5.–11. November 2011

Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvkj e.V., Verden

Auskunft: Dr. med. Tilmann Kaethner und Dr. med. Ulrike Gitmans ③

12. November 2011

Jahresversammlung LV Mecklenburg-Vorpommern

des bvkj e.V., Rostock

Auskunft: Dr. med. Susanne Schober, Wolgast, Tel. 03836/200898

12.–13. November 2011

Praxisabgabe-Seminar

des bvkj e.V., Friedewald

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-10, Fax: 0221/683204

19.–20. November 2011

Praxiseinführungs-Seminar

des bvkj e.V., Friedewald

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-11, Fax: 0221/683204

19.–20. November 2011

9. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Bayern, Bamberg

Auskunft: Dr. Martin Lang, Tag.-Leiter: Prof. Dr. C. P. Bauer, Bahnhofstr. 4, 86150 Augsburg, Tel. 0821/3433583, Fax 0821/38399 ③

2012

März 2012

2.–4. März 2012

18. Kongress für Jugendmedizin

des bvkj e.V., Weimar

„under construction J1 und J2“

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

22.–25. März 2012

9. Assistentenkongress

des bvkj e.V., Dresden

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

24. März 2012

21. Pädiatrie zum Anfassen

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

Auskunft: Frau Dr. Harder-Walter / Frau Dr. Masuch, Tel. 0381/697189, Fax: 0381/690216 ①

April 2012

21. April 2012

35. Pädiatref 2012

des bvkj e.V., LV Nordrhein, Köln

und 4. Kongress PRAXISfieber-regio für medizinische Fachangestellte in Kinder- und Jugendarztpraxen

Auskunft: Dr. Thomas Fischbach, 42719 Solingen, Tel. 0212/22609170; Antonio Pizzulli, 50679 Köln, Tel. 0221/813281; Dr. Herbert Schade, 52894 Mechernich, Tel. 02443/902461 ④

Mai 2012

4.–5. Mai 2012

10. Pädiatrie à la carte des LV Westfalen-Lippe

des bvkj e.V., Bielefeld

Auskunft: Dr. med. Marcus Heidemann, Dr. med. Uwe Büsching, Bielefeld, Tel. 0521/82002, Fax: 0521/83021 ④

4.–5. Mai 2012

22. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Thüringen, Erfurt

Auskunft: Dr. med. Annette Kriechling, In der Trift 2, 99102 Erfurt-Niedernissa, Tel. 0361/5626303, Fax: 0361/4233827 ①

12. Mai 2012

25. Fortbildungsveranstaltung mit praktischen Übungen der LV Rheinland-Pfalz u. Saarland

des bvkj e.V., Worms

Auskunft: Prof. Dr. Heino Skopnik, Kinderklinik Stadt Krankenhaus GmbH, Gabriel-von-Seidl-Str. 81, 67550 Worms, Tel. 06241/5013600, Fax: 06241/5013699 ①

Juni 2012

22.–24. Juni 2012

42. Kinder- und Jugendärztetag 2012

42. Jahrestagung des bvkj e.V., Berlin

„Neue Aspekte der Prävention im Kindes- und Jugendalter“

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

23.–24. Juni 2012

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

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

① CCJ GmbH, Tel. 0381-8003980 / Fax: 0381-8003988, ccj.hamburg@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. 09321-9297-850, Fax 09321-9297-851, info@interface-congress.de

Wir gratulieren zum Geburtstag im Oktober 2011

65. Geburtstag

Herrn Bubaker *Bendado*, Viersen, am 05.10.
 Frau Dr. med. Sabine *Vilmar*, Leonberg, am 09.10.
 Frau Elisabeth *Amborska-Flügel*, Hamm, am 12.10.
 Herrn Dr. med. Hans Dieter *Frahm*, Mölln, am 13.10.
 Herrn Dr. med. Ulrich *Kohns*, Essen, am 19.10.
 Frau Dr. med. Marie-Luise *Ipach*, Trier, am 21.10.
 Frau Dr. med. Margot *Krimphove*, Bremen, am 26.10.
 Frau Dr. med. Margit *Kluthe*, Coesfeld, am 27.10.
 Herrn Jürgen *Ambrassat*, Dannenberg, am 29.10.

70. Geburtstag

Frau Dr. med. Elke *Baer*, Hamburg, am 01.10.
 Frau Dr. med. Barbara *Becker*, Lübz, am 01.10.
 Herrn Dr. med. Heinz Dieter *Schmidt*, Herford, am 02.10.
 Frau SR Hannelore *Seymer*, Berlin, am 04.10.
 Frau Dr. med. Elke *Münch*, Tharandt, am 11.10.
 Frau Dr. med. Erla *Spatz-Zöllner*, Blaubeuren, am 14.10.
 Herrn Dr. med. Werner *Friederich*, Osnabrück, am 16.10.
 Frau Dr. med. Gerlinde *Schönfelder*, Leipzig, am 17.10.
 Frau Dr. med. Ursula *Wagner*, Rostock, am 18.10.
 Frau Dr. med. Marion *Creutz*, Köln, am 21.10.
 Frau SR Dr. med. Almut *Grunske*, Fredersdorf, am 22.10.
 Herrn Dr. med. Kurt *Moosmann*, Albstadt, am 22.10.
 Frau Dr. med. Ingrid *Müller*, Köln, am 24.10.
 Frau Dr. med. Ursula *Gröber*, Göppingen, am 25.10.
 Frau Dr. med. Ingeborg *Jahn*, Berlin, am 26.10.
 Herrn Dr. med. Gunter *Schaub*, Karlsruhe, am 26.10.
 Frau Dr. med. Anna *Müller*, Riesa, am 27.10.
 Herrn Dr. med. Martin *Stichel*, Görlitz, am 29.10.

Herrn Dr. med. Lothar *Kanther*, Idstein, am 30.10.
 Frau Dr. med. Erika *Erlbacher*, Groß Nemerow, am 31.10.

75. Geburtstag

Herrn Dr. med. Horst *Hauptmann*, Neusäß, am 03.10.
 Frau Dr. med. Homa *Kamanabrou*, Münster, am 12.10.
 Herrn Dr. med. Wolfgang *Gey*, Kassel, am 16.10.
 Herrn Dr. med. Peter *Hirschbrunn*, Massbach-Weichtungen, am 20.10.
 Herrn Dr. med. Franz-Josef *Göbel*, Siegen, am 22.10.
 Frau Dr. med. Siglinde *Brandstätter*, Berlin, am 23.10.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Eva *Elsner*, Zepernick, am 16.10.
 Herrn Prof. Dr. med. Jürgen *Natzschka*, Hannover, am 18.10.
 Frau Ute *Brell*, Berlin, am 23.10.
 Herrn MR Dr. med. Hans *Kirmse*, Erlabrunn, am 23.10.
 Herrn Dr. med. Heinrich *Mattern*, Göppingen, am 24.10.

81. Geburtstag

Frau Dr. med. Bärbel *Rickhey*, Gelsenkirchen, am 06.10.
 Herrn Dr. med. Harald *Schraps*, München, am 20.10.
 Frau Dr. med. Irmela *Otto*, Hamburg, am 25.10.

82. Geburtstag

Herrn Dr. med. Peter *Hansen*, Kassel, am 16.10.
 Frau Dr. med. Ingeborg *Fuchs*, Würzburg, am 27.10.

83. Geburtstag

Herrn Dr. med. Heinrich *Brückner*, Frankfurt/Oder, am 20.10.

84. Geburtstag

Frau Sabina *Jankowska-Wozniak*, Marl, am 26.10.

85. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. Dr. Hans Werner *Rotthauwe*, Alfter, am 16.10.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Karola *Schulz*, Ebersberg, am 09.10.

Herrn Dr. med. Joseph *Diefenthal*, Köln, am 17.10.
 Frau Med.-Dir.Dr. med.a.D. Ursula *Meyer*, Mönchengladbach, am 22.10.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Klara *Reichenbach*, Offenburg, am 14.10.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Hilde *Kimpen*, Lahnstein, am 30.10.

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Schlunghbaum*, Berlin, am 03.10.

91. Geburtstag

Frau Dr. med. Barbara *Lindscheid*, Hattingen, am 02.10.
 Frau Dr. med. Barbara *Christ*, Lippstadt, am 10.10.
 Frau Dr. med. Margot *Zimmermann*, Coburg, am 18.10.

92. Geburtstag

Frau Dr. med. Eleonore *Gefner*, Lörrach, am 02.10.
 Herrn Prof. Dr. med. Theodor *Hellbrügge*, München, am 23.10.
 Herrn Dr. med. Horst *Prenzel*, Hamburg, am 30.10.

93. Geburtstag

Herrn Dr. med. Arthur *Kaiser*, Hirschberg, am 02.10.
 Herrn Dr. med. Rudolf *Schulz*, Vlotho, am 08.10.
 Frau Dr. med. Irmgard *Wilmanns*, Bielefeld, am 18.10.

97. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hans H. *Berthold*, Bayreuth, am 22.10.

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Jürgen *Just*, Wolfsburg
 Frau Dr. med. Gisela *Hellmis*, Düsseldorf
 Frau Dr. med. Christine-Gertrud *Linden*, Bonn
 Herrn Prof. Dr. med. Dr. h.c. Klaus Hermann *Betke*, Gräfelng
 Frau Dr. med. Ilse *Wilckhaus*, Lübeck

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Landesverband Baden-Württemberg

Herrn PD Dr. med. Matthias *Henschen*
 Herrn Dr. med. Christian Maximilian
Staufner
 Herrn Dr. med. Mutlu *Karagül*
 Frau Dr. med. Reinhild *Engelein*
 Frau Christina *Dietermann*
 Frau Constanze *Ziesemer*
 Herrn Dr. med. Christian *Beck*

Landesverband Bayern

Frau Brigitta *Löw*
 Frau Anja *Kaspar-Haberer*
 Herrn Dr. med. Dominik *Stricker*
 Herrn Dr. med. Ole *Severin*
 Frau Dr. med. Barbara *Helmreich*
 Frau Dr. med. Doris *Kurzka*
 Frau Dr. med. Michaela *Marschall*
 Herrn Priv. Doz. Dr. med. habil.
 Udo *Meißner*
 Herrn Prof. Dr. med. Johannes-Peter *Haas*
 Frau Tanja *Trettenbach*
 Herrn Dr. med. Johannes *Erhardt*
 Frau Dr. med. Sabine *Steffens*
 Herrn Dr. med. Stefan *Zink*

Landesverband Berlin

Herrn Dr. med. univ. Bruno *Mayrl*
 Frau Dr. med. Sylvia *Steinberg*

Landesverband Brandenburg

Frau Dr. med. Petra *Wittkamp-Twenhöven*

Landesverband Bremen

Herrn Dr. med. Andreas *Rieger*

Landesverband Hamburg

Frau Dr. med. Kristina *Ungerath*

Landesverband Hessen

Frau Dr. med. Christiane *Moormann*
 Herrn Dr. med. Dominik *Grimm*
 Frau Angela *Kropp*
 Herrn Dr. med. Jens *Müller*
 Herrn Behcet *Iscioglu*

Landesverband

Mecklenburg-Vorpommern

Herrn Dr. med. Alexander *Berlin*
 Frau Dr. med. Siegrun *Göldnitz*

Landesverband Niedersachsen

Frau Beate *Hilger*
 Herrn Dr. med. Sven *Mönkemeyer*
 Frau Pia *Sprung*
 Frau Dr. med. Caroline *Bleimüller*

Landesverband Nordrhein

Frau Dr. med. Maike *Reiß*
 Frau Dr. med. Asha *Schniedergers*

Herrn Dr. med. Sebastian *Wirth*

Frau Anne *Weis*
 Frau Dr. med. Anne *Heermann*
 Herrn Tuan Anh *Duong Dinh*
 Frau Ewa *Janas-Schroeteler*
 Frau Dr. med. Jennifer *Grävingshoff*
 Frau Sylvia *Furnivall*

Landesverband Saarland

Frau Eva *Bartram-Wunn*

Landesverband Sachsen

Frau Dr. med. Tina *Springer*
 Herrn Simeon *Todorov*
 Frau Nicole *Beschorner*
 Frau Claudia *Fiegert*

Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Christine *Fuchs*
 Frau Evgeniya *Kostova-Ilieva*

Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Dr. med. Tatjana *Werner*
 Frau Dr. med. Judith *Lindert*

Landesverband Westfalen-Lippe

Herrn Dr. med. Robert *Toussaint*
 Frau Christina *Dolle*
 Frau Dr. med. Daniela *Schneider*
 Frau Dr. med. Sonja *Luig*
 Frau Christina *Sprenger*

Tagungen und Seminare

September 2011

17. September 2011, Osnabrück
Modul zum Anaphylaxietrainer
 Info: www.akademie-luftikurs.de

21. September 2011, Essen
7. IT-Fachkongress in der Gesundheitswirtschaft
 Info: www.it-trends-medizin.de

Oktober 2011

7.–8. Oktober 2011, Osnabrück
Ausbildung zum Asthmatrainer
 Info: www.akademie-luftikurs.de

November 2011

2.–4. November 2011, Frankfurt/Main
59. Tagung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie: Psychoedukative Maßnahmen
 Info: www.kinderkrebsinfo.de

11.–12. November 2011, Osnabrück

Ausbildung zum Asthmatrainer
 Info: www.akademie-luftikurs.de

15.–18. November 2011, Münster
Kompaktkurs Kinderorthopädie
 Info: veronika.ullisch@kmb-lentzsch.de

25.–27. November 2011, München
Aktuelle Fragen der Sozialpädiatrie: Sprache, Kommunikation und soziale Entwicklung – Frühe Diagnostik und Therapie
 Info: www.theodor-hellbruegge-stiftung.de

Dezember 2011

10. Dezember 2011, Essen
Psychosomatische Grundversorgung Kinder und Jugendliche: „Patientenorientierte Selbsterfahrung“
 Info: www.dr.kohns@t-online.de

Impf-Compliance

Mehr Bewusstsein für Pneumokokken-Erkrankungen schaffen

Beim Thema Impfen und Pneumokokken-Erkrankungen bestehen erhebliche Informationslücken bei Eltern. Dies zeigte eine internationale Online-Umfrage¹, an der in Deutschland 500 Eltern von Säuglingen und Kleinkindern teilnahmen. Mehr als zwei Drittel (69 %) der Eltern gaben an, über Erkrankungen durch Pneumokokken nichts zu wissen und nur rund die Hälfte hatte von einer Impfung gegen Pneumokokken gehört. So kommt es, dass viele die Bedeutung der Impfprävention unterschätzen und Impfungen der Kinder versäumt werden. Hinzu kommt: Sowohl bei Ärzten als auch bei den Eltern bestehen Vorbehalte gegenüber Impfungen aufgrund von größtenteils unbegründeten Risiken, wie Studien zeigen.^{2,3}

Mit der Einführung des 13-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoffs (Prevenar13®), der zurzeit die breiteste Serotypen-Abdeckung umfasst, konnte der Impfschutz gegenüber invasiven Pneumokokken-Erkrankungen bei Kleinkindern entscheidend ausgeweitet werden. Die STIKO empfiehlt die Pneumokokken-Impfung für alle Kinder vom vollendeten 2. Lebensmonat bis zum vollendeten 2. Lebensjahr, wobei die vollständige Impfserie vier Impfungen umfasst. Kinder sollten rechtzeitig und vollständig geimpft werden, um einen langfristigen Impfschutz gewährleisten zu können.

Obwohl die Wirksamkeit und Sicherheit der empfohlenen Impfungen klinisch

und wissenschaftlich gut belegt ist, fürchten einige Eltern unerwünschte Nebenwirkungen und Risiken: Impfungen könnten das Immunsystem schwächen und so anderen Infektionskrankheiten Vorschub leisten oder für die Zunahme von chronischen Krankheiten oder Allergien verantwortlich sein.²

Das Robert Koch-Institut hat kürzlich die Daten des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS)² veröffentlicht. Das Fazit: Es konnten keine Unterschiede zwischen Ungeimpften und Geimpften in Bezug auf das Auftreten von allergischen Erkrankungen sowie auf die Häufigkeit von Infekten beobachtet werden. Gleichwohl war die Prävalenz von impfpräven-

tablen Krankheiten bei den Ungeimpften höher.

Auch beim plötzlichen Kindstod (SIDS) wurde lange Zeit ein Zusammenhang mit Impfungen vermutet. Doch die Ergebnisse einer Metaanalyse³ deuten sogar darauf hin, dass die Impfungen eine protektive Wirkung gegenüber dem SIDS haben und das Risiko halbieren.

Quelle:

1 Childhood Health Survey Germany. GfK Health Care. December 17th, 2010

2 Schmitz R et al. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(7): 99-104

3 Vennemann MM et al. Vaccine. 2007 Jun 21; 25(26):4875-9

Nach Informationen der Pfizer Pharma GmbH

Hizentra® – Immunglobulin-Therapie hochkonzentriert

Mit Hizentra® steht ab sofort ein 20%iges subkutanes Immunglobulin zur Verfügung

Bei den primären Immundefekten (PID) unterscheidet man zwischen mindestens 170 genetisch determinierten Formen. Verlässliche Zahlen zur Prävalenz fehlten allerdings bisher, wie Professor Dr. Bernd Belohradsky, München, auf einer Pressekonferenz von CSL Behring feststellte. Erste belastbare Daten werden aus den USA auf Basis von Neugeborenen-Screenings erwartet. Hier liegt die Prävalenz nach ersten Hochrechnungen zwischen 1:2.000 und 1:10.000.

Substitutionstherapie ermöglicht fast normales Leben

Die meisten Patienten mit primären Immundefekten und Antikörpermangel sind auf eine lebenslange Substitutionstherapie mit Immunglobulinen angewiesen. Seit den 1980er Jahren werden Immunglobuline intravenös (i.v.) gegeben, wodurch auch große Dosen problemlos wiederholt appliziert werden können. Die subkutane Gabe von Immunglobulinen (SCIG) wird seit ca. 10 Jahren eingesetzt

und kommt mittlerweile häufiger zum Einsatz als die IVIG-Therapie, so Belohradsky. In der Regel werden einmal wöchentlich 100 mg/kg KG verabreicht. Die subkutane Gabe ist besonders bei schlechter Venensituation, wie zum Beispiel bei Kleinkindern, geeignet. Außerdem werden gleichmäßigere IgG-Talspiegel im Blut erreicht, erläuterte Behloradsky. Die Heimselbstbehandlung ermögliche zudem ein hohes Maß an Unabhängigkeit und Flexibilität, so der Experte.

Gute Verträglichkeit bei höheren Talspiegeln

Auch die Teilnehmer der europäischen Zulassungsstudie von Hizentra® verabreichten sich das Immunglobulin fast ausschließlich in Heimselbstbehandlung. Sie hatten verschiedene primäre Immundefekte und erhielten bereits mindestens sechs Monate eine Substitutionstherapie, entweder mit IVIG oder SCIG. Die Umstellung auf Hizentra® erfolgte im Verhältnis 1:1 (IgG-Dosis) zur vorherigen Thera-

pie. Mit einer zwölfwöchigen Ein-/Auswaschphase wurde sichergestellt, dass die gemessenen Werte auf Hizentra® zurückzuführen sind. Erst danach begann die Beobachtungsphase, die für den primären Endpunkt – das Erreichen vergleichbarer IgG-Talspiegel wie unter der vorherigen Therapie – relevant war. Bei den Patienten, die von IVIG umgestellt worden waren, konnten die IgG-Talspiegel von durchschnittlich 6,78 g/l auf 7,98 g/l um 17,7 Prozent angehoben werden.

Schwere bakterielle Infektionen traten im Beobachtungszeitraum der Studie nicht auf. „Mit dem 20%igen Hizentra® und der höchsten bisher für SCIG zugelassenen Infusionsgeschwindigkeit von 25 ml/Stunde/Infusionsstelle kann die Dauer der Infusion um bis zu 30 Prozent im Vergleich zu einem 16%igen SCIG reduziert werden“, hob Prof. Dr. Volker Wahn, Charité, Berlin, hervor.

Nach Informationen von CSL Behring GmbH, Marburg

Fortschritt in der Enuresis-Therapie mit der ersten Desmopressin „Schmelztablette“

Geringere Wirkstoffbelastung bei kinderleichter Einnahme

Mit der Zulassung der ersten „Schmelztablette“ zur Behandlung der Enuresis nocturna (nächtliches Einnässen) hat die FERRING Arzneimittel GmbH, Kiel, ihre Produktpalette in der Urologie erweitert. Das seit Juni in Deutschland erhältliche Präparat MINIRIN® 60 | 120 | 240 Mikrogramm Lyophilisat zum Einnehmen ist die Weiterentwicklung des Klassikers MINIRIN® und setzt neue Standards in der Therapie des kindlichen Bettnässens. Rund zehn Prozent der Schulanfänger leiden an Enuresis nocturna.¹

Kindliches Bettnässen birgt für die gesamte Familie körperliche und seelische Belastungen. Besonders schwer trifft die Erkrankung das Selbstbewusstsein der Kinder. Da ein geringes Selbstwertgefühl im Kindesalter in späteren Jahren nicht selten zu psychischen Störungen und sozialer Desintegration führen kann, ist eine frühzeitige Therapie angezeigt. In der Behandlung der primären Enuresis nocturna (durchgehend bestehendes Bettnässen ohne vorhergehende trockene Phase von mindestens 6 Monaten) steht ein symptomorientiertes und verhaltenstherapeutisches Vorgehen im Vordergrund: Techniken zum Verhaltenstraining und zur Selbstbeobachtung (Urotherapie) werden durch spezielle Maßnahmen ergänzt. Neben apparativen Verhaltenstherapien, die bisher mit einer hohen Rückfallquote und Abbruchrate sowie Belastung für die ganze Familie einhergehen, zählt hierzu vor allem die medikamentöse Behandlung.^{2,3}

Auf bewährtem Weg zur trockenen Nacht

Der bei primärer Enuresis nocturna (PEN) bewährte Wirkstoff Desmopressin (enthalten in MINIRIN® Tabletten und MINIRIN® 60 | 120 | 240 Mikrogramm Lyophilisat zum Einnehmen) wirkt wie das körpereigene Antidiuretische Hormon (ADH oder auch Vasopressin), das die nächtliche Urinproduktion reduziert. Bei bettnässenden Kindern wird ADH nachts unzureichend ausgeschüttet. Desmopressin wirkt der unzureichenden ADH-Sekretion entgegen; die Urinbildung und somit auch die Blasenfüllung werden reduziert. Den Kindern werden somit auf schnellem Weg trockene Nächte (und entspannte Tage) ermöglicht. Wird bei Therapieende nach einem strukturierten Therapieschema ausgeschlichen, besteht für die Pa-

tienten eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit trocken zu bleiben, als bei den Patienten, bei denen die Therapie abrupt abgebrochen wird.⁴

Die Einführung der MINIRIN® Schmelztablette stellt einen deutlichen Fortschritt in der Behandlung der Enuresis nocturna dar. Bei gleicher Wirksamkeit und Verträglichkeit wie die bekannte MINIRIN® Tablette, kommt die MINIRIN® Schmelztablette mit einer deutlich geringeren Wirkstoffbelastung aus: 120 µg statt 200 µg für die Anfangsdosis, 240 µg statt 400 µg für die Titrationsdosis.⁵ Wie die Tablette zeigt auch das Lyophilisat einen schnellen Wirkungseintritt: Die Urinkonzentration beginnt ab 30 Minuten nach der Einnahme.⁶

Neue Darreichungsform – für Kinder empfohlen, von Kindern bevorzugt

Als erste und einzige Schmelztablette in der Enuresis-Therapie wird MINIRIN® Lyophilisat zum Einnehmen von Kindern bevorzugt, wie eine randomisierte Open-Label, Cross-Over Studie belegt.⁷ Bei 60 Prozent der unter 12-jährigen Patienten konnte die Präferenz für das Lyophilisat signifikant nachgewiesen werden ($p = 0,009$). Die Untersuchung zeigte zusätzlich eine hohe Compliance bei der Einnahme der Schmelztablette. Die EMA (European Medicines Agency) empfiehlt ebenfalls orodispersible Darreichungsformen für Kinder.⁸ Ein weiterer Vorteil: Die Schmelztablette wird einfach unter die Zunge gelegt und löst sich dort sofort auf – es wird keine Flüssigkeit zur Einnahme benötigt. Für Kinder bedeutet dies eine diskrete und unauffällige Einnahme sowie keine zusätzliche Belastung des Blasenvolumens, denn bereits ein Glas Wasser füllt die Blase eines 6-jährigen Kindes zu 25 Prozent.⁹

Mit der innovativen Schmelztablette MINIRIN® Lyophilisat zum Einnehmen setzt die FERRING Arzneimittel GmbH neue Standards in der Therapie der primären Enuresis nocturna. Bereits 15 Millionen Patienten wurden seit Einführung mit MINIRIN® behandelt. Mit der Schmelztablette wird die Therapie jetzt noch einfacher und effizienter. Die MINIRIN® Schmelztablette ist neben Enuresis auch in den Indikationen Diabetes insipidus, Nykturie und Polyurie zugelassen.

- Hellstrom AL, Hanson E, Hansson S, Hjalmas K, Jodal U. Micturition habits and incontinence in 7-year-old Swedish school entrants. *Eur J Pediatr* 1990;149(6):434-7
- Fielding D. The response of day and night wetting children and children who wet only at night to retention control training and the enuresis alarm. *Behav Res Ther* 1980;18(4):305-17
- Evans JH. Evidence based management of nocturnal enuresis. *BMJ* 2001;323(7322):1167-9
- Marschall-Kehrel D., Harms T.W. TEAM: A national, multicentric, retrospective analysis of outcomes in nocturnal enuretic children treated with an antidiuretic in two different modes. *JUrol*, 182:2022-2027, 2009
- Vande Walle J, Bogaert GA, Mattsson S, Schurmans T et al. A new fast-melting oral formulation of desmopressin (Minirin® MELT): a pharmacodynamic study in children with primary nocturnal enuresis. *Br J Urol* 2006;97(3):60
- Fachinformation MINIRIN® 60/120/240 Mikrogramm Lyophilisat zum Einnehmen
- Lottmann H, Alova I. Primary monosymptomatic enuresis in children and adolescents. *The International Journal of Clinical Practice* 2007;61 (Suppl. 155):23-31
- Reflection Paper: Formulations of Choice for the Paediatric Population, Committee For Medicinal Products For Human Use. 2005
- Robson in: 'Bedwetting' Parkhurst Exchange Dec 2007, 66-67

Nach Informationen von Ferring Arzneimittel GmbH, Kiel

3. Internationaler ADHS-Kongress in Berlin

Neue Studie zeigt: Kinder und Jugendliche mit ADHS sind deutlich benachteiligt

Kinder, die unter einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) leiden, sind im Vergleich zu Kindern ohne ADHS in allen Lebensbereichen deutlich benachteiligt. Zu diesem Ergebnis kommt die erste Auswertung einer europaweiten Befragung (1), die im Rahmen des 3. Internationalen ADHS-Kongresses in Berlin vorgestellt wurde.

„Die neuen Daten bestätigen unsere bisherigen Erkenntnisse nun auch auf europäischer Ebene: Kinder und Jugendliche mit ADHS sind in und außerhalb der Schule eindeutig benachteiligt“, so Prof. Dr. Manfred Döpfner, leitender Psychologe an der Uniklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Köln, bei der Vorstellung der Ergebnisse.

Schule und soziale Beziehungen sind am stärksten betroffen

Kinder und Jugendliche mit ADHS haben mehr Fehltag in der Schule als ihre Mitschüler (durchschnittlich 7 gegenüber 5). Hinsichtlich ihrer Leistungen zählen sie häufiger zu den „Schlusslichtern“ in der Klasse (26 Prozent gegenüber 12 Prozent). Neben der Schulleistung beeinträchtigt eine ADHS auch die sozialen Beziehungen der Kinder. So ist es für sie beispielsweise schwieriger, unter Gleichaltrigen akzeptiert zu werden und Freundschaften zu schließen. Die Befragung, an der über 2.500 Erwachsene mit ADHS sowie Eltern von Kindern mit ADHS teilnahmen, zeigt zudem, dass Teenager mit ADHS öfter exzessiv Alkohol konsumieren und häufiger in handgreifliche Streitigkeiten geraten als nicht-betroffene Gleichaltrige.

Mühsamer Weg bis zur Diagnose

Mehr als die Hälfte (54 Prozent) der befragten Eltern war frustriert von der Vielzahl an Arztbesuchen und Arztwechslern, die erforderlich waren, um eine gesicherte Diagnose für ihr Kind zu erhalten. Über ein Drittel (38 Prozent) gab an, drei oder mehr Ärzte aufgesucht zu haben. Zum Befragungszeitpunkt erhielt fast die Hälfte (46 Prozent) der erfassten Kinder und Jugendlichen mit ADHS Medikamente. 73 Prozent der Eltern waren mit dieser Behandlung zufrieden, vor allem hinsichtlich ihrer Wirksamkeit während der Schulzeit.

Starke Belastung für die Eltern

„Es ist beunruhigend, dass Eltern teilweise immer noch um eine gesicherte Diagnose kämpfen müssen“, sagte Dr. My-

riam Menter, Vorsitzende der europäischen ADHS-Patientenvereinigung ADHD Europe. „Nicht alle Eltern haben dafür die Kraft, und in der Entwicklung eines Kindes zählt jedes Jahr. Deshalb ist es entscheidend, die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit ADHS weiter zu verbessern. Die vorgestellten Befragungsergebnisse zeigen, wie hart die Konsequenzen für die Betroffenen sind, wenn dies nicht gelingt“, so Menter.

Weitere Studie bestätigt die Ergebnisse

Eine kürzlich veröffentlichte Auswertung von 281 wissenschaftlichen ADHS-Studien (2) bestätigt die Ergebnisse. Auch diese Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass eine ADHS wichtige Lebensbereiche wie den beruflichen Erfolg, die Gesundheit und das Sozialverhalten negativ beeinflusst. Zudem entstehen beträchtliche Kosten auf gesamtgesellschaftlicher Ebene. Schätzungen (3) auf Grundlage von US-amerikanischen Studiendaten gehen von jährlichen Kosten in Höhe von rund 31,5 Milliarden Euro aus, die durch ADHS im Kindes- und Jugendalter verursacht werden.

Diagnostik und Therapie verbessern

„Diese Studienergebnisse nehmen uns in die Pflicht“, kommentiert Renate Schmidt, Schirmherrin der Informationskampagne „ADHS und Zukunftsträume“. „Kein Kind in unserer Gesellschaft darf verloren gehen. Diese Gefahr besteht aber bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS, insbesondere wenn sie in schwierigen Verhältnissen aufwachsen“, so Schmidt. Gemeinsam mit Experten aus der Medizin, der Selbsthilfe und dem schulischen Bereich engagiert sich die ehemalige Bundesfamilienministerin für Verbesserungen in Diagnostik und Therapie der ADHS.

Der Lifetime Impairment Survey

Im Rahmen des European Lifetime Impairment Surveys (Europäische Befragung

zu Beeinträchtigungen durch ADHS im Lebensverlauf) wurden im Jahr 2010 über 2.500 Erwachsene mit ADHS sowie Eltern von Kindern mit ADHS befragt. Die Studie vergleicht ADHS-Patienten mit Gleichaltrigen und bewertet so die Auswirkungen von ADHS auf die Lebensumstände zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in Bezug auf Familie und Freunde. Die Befragung wurde in Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Italien, den Niederlanden und Spanien durchgeführt. Die aktuell vorgestellten Ergebnisse basieren auf den Antworten von Eltern von Kindern mit (n=584) und ohne ADHS (n=516).

Die Studie wurde von einem Lenkungsgremium aus ADHS-Experten der teilnehmenden Länder überwacht und von dem forschenden Pharmaunternehmen Shire Pharmaceuticals im Rahmen seines kontinuierlichen Engagements im Bereich der Behandlung von ADHS finanziert.

„ADHS und Zukunftsträume“

Die Informationskampagne „ADHS und Zukunftsträume“ unter der Schirmherrschaft von Bundesfamilienministerin a. D. Renate Schmidt schafft Aufmerksamkeit für die Situation von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Mit der Mitmach-Aktion „Riesentraumbild“ lenkt sie den Blick auf die Stärken und das Potenzial der Betroffenen und auf Verbesserungsbedarf in Diagnostik und Therapie.

„ADHS und Zukunftsträume“ wurde initiiert von der Shire Deutschland GmbH in Zusammenarbeit mit dem Selbsthilfeverband ADHS Deutschland e. V., der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V. und dem Bayerischen Lehrer- und Lehrerinnenverband. Weitere Informationen finden Sie unter www.adhs-zukunftstraume.de.

Nach Informationen von Shire Deutschland GmbH, Berlin

Das erste Methylphenidat für Erwachsene

Jugendliche ADHS-Patienten rechtzeitig auf Medikinet® retard umstellen

Bis heute gilt das Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) als Erkrankung des Kinder- und Jugendalters. Zwischen 3 und 5 Prozent der Kinder und Jugendlichen sind davon betroffen. Doch bei rund zwei Drittel der Betroffenen persistiert die Erkrankung bis ins Erwachsenenalter und bleibt behandlungsbedürftig. Bislang gab es jedoch keine zugelassene Option für die medikamentöse Therapie adulter ADHS. Medikinet® adult hat jetzt als erstes und einziges Arzneimittel mit dem Wirkstoff Methylphenidat (MPH) in Deutschland die Zulassung für die Therapie von erwachsenen ADHS-Patienten erhalten. Es ist in Wirkstoffgehalt, Zusammensetzung und Freisetzungsprofil identisch mit Medikinet® retard. Jugendliche Patienten, die zuvor dieses Präparat eingenommen haben, können demnach bei Erreichen der Volljährigkeit direkt und ohne aufwendige Neueinstellung auf das Erwachsenen-Medikament in der gleichen Dosierung umgestellt werden.

„Entgegen früherer Erwartungen bildet sich das Störungsmuster bei vielen Betroffenen im weiteren Verlauf über das Jugend- ins Erwachsenenalter nicht oder nur teilweise zurück. In bis zu 60 Prozent der Fälle bleibt eine volle oder teilweise Ausprägung der Störung bestehen“, so Prof. Wolfgang Retz von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik des Saarlandes.¹

Dabei bleiben die wesentlichen Symptome der ADHS wie Aufmerksamkeitsstörung, Überaktivität und Impulsivität bei erwachsenen Patienten erhalten, sie äußern sich jedoch anders. So entsteht aus der motorischen Unruhe bei Kindern und Jugendlichen eine innere Unruhe und Ruhelosigkeit. Zudem entwickeln erwachsene Patienten häufig zusätzlich Depressionen und Angststörungen. Die Betroffenen haben häufig Schwierigkeiten, ihren Alltag zu meistern und fühlen sich in ihrer Lebensqualität stark eingeschränkt: Sie sind in Schule und Beruf weniger erfolgreich, haben insbesondere im Straßenverkehr ein erhöhtes Unfallrisiko, werden häufiger straffällig und neigen stärker zu Alkohol- und Drogenabusus. Ebenso sind die Trennungs- und Scheidungsraten sowie das Risiko früher Schwangerschaften erhöht.

Methylphenidat – erste Wahl bei ADHS

„Nach Expertenmeinung und entsprechend evidenzbasierter Leitlinien ist MPH bei der Behandlung von Erwachsenen mit ADHS unumstritten die erste Wahl“, erklärte Prof. Michael Rösler, Leiter des Instituts für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie am Universitätsklinikum des Saarlandes. In zahlreichen kontrollierten Stu-



ADHS-Patienten haben häufiger Schwierigkeiten im Umgang mit ihren Mitmenschen. Trennungs- und Scheidungsraten sind in Paarbeziehungen, bei denen ein Familienmitglied an ADHS erkrankt ist, deutlich erhöht.

dien konnte belegt werden, dass MPH die Kernsymptome Aufmerksamkeitsstörung, Überaktivität und Impulsivität wirksam reduziert, sich positiv auf Affektkontrolle und Desorganisation im Alltag auswirkt sowie die Belastbarkeit der Patienten verbessert. Bislang war jedoch aufgrund fehlender zugelassener Behandlungsoptionen nur ein Off-Label-Gebrauch möglich.

Mit der Einführung von Medikinet® adult wird eine seit Langem in Deutschland bestehende Versorgungslücke bei erwachsenen ADHS-Patienten geschlossen. Es ist seit 1. Juli auf dem deutschen Markt erhältlich. Aufgrund einer vom gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) genehmigten Änderung der Arzneimittelrichtlinie wird das Medikament jetzt auch von den Krankenkassen erstattet.

Medikinet® adult ist indiziert zur Behandlung einer seit Kindesalter fortbeste-

henden ADHS ab dem 18. Lebensjahr, wenn sich andere therapeutische Maßnahmen allein als unzureichend erwiesen haben. Aufgrund der identischen Formulierung können ADHS-Patienten, die bereits mit dem Retard-Präparat behandelt wurden nach Vollendung des 18. Lebensjahrs nahtlos mit dem Erwachsenen-Medikament weiterbehandelt werden. Nach der Umstellung ist in regelmäßigen Abständen eine Überprüfung von Wirksamkeit und Verträglichkeit erforderlich, um gegebenenfalls eine Dosisanpassung vorzunehmen.

¹ Pressekonferenz „Medikinet® adult: Erste deutschlandweit zugelassene Therapieoption für ADHS bei Erwachsenen“, 17. Juni 2011, München

Nach Informationen von Medice Pharma GmbH & Co. KG.

MONTELUBRONCH nun auch für Säuglinge ab 6 Monaten

- **MONTELUBRONCH mit dem Wirkstoff Montelukast ist seit Juli 2011 auch als 4 mg-Granulat verfügbar**
- **Mit MONTELUBRONCH 4 mg-Granulat bietet INFECTOPHARM nun die komplette Palette der pädiatrischen Montelukast-Darreichungsformen**

Mit MONTELUBRONCH 4 mg-Granulat bietet INFECTOPHARM ab sofort eine weitere wichtige Therapieoption für Säuglinge und Kleinkinder von 6 Monaten bis 5 Jahren mit Asthma bronchiale. In dieser Altersgruppe ist MONTELUBRONCH indiziert als Zusatzbehandlung bei Patienten, die unter einem leichten bis mittelgradigen persistierenden Asthma leiden, das mit einem inhalativen Kortikoid nicht ausreichend behandelt werden kann. MONTELUBRONCH 4 mg-Granulat ist darüber hinaus zugelassen zur Monotherapie bei Patienten zwischen 2 und 5 Jahren mit leichtem persistierendem Asthma, die in letzter Zeit keine schwerwiegenden, mit oralen Kortikosteroiden zu behandelnde Asthmaanfälle hatten und nicht imstande sind, inhalative Kortikosteroide (ICS) anzuwenden.

Auch laut aktueller Nationaler Versorgungs-Leitlinie (NVL) Asthma stellt Montelukast eine mögliche Alternative zu ICS in Stufe 2 des Therapieschemas und eine sinnvolle Therapieergänzung in Stufe 3 oder 4 dar, wenn das Asthma mit ICS alleine nicht kontrollierbar ist.¹ Bei Kleinkindern wird Montelukast im NVL-Therapieschema als bevorzugter Kombinationspartner von ICS empfohlen.

Mit MONTELUBRONCH 4 mg-Granulat, 4 mg-Kautablette und 5 mg-Kautablette stehen jetzt alle pädiatrischen Darreichungsformen des Präparates für die altersgerechte Therapie zwischen 6 Monaten



und 14 Jahren zur Verfügung. „Wir freuen uns, dass wir mit MONTELUBRONCH 4 mg-Granulat nun bereits Säuglingen und Kleinkindern ab 6 Monaten das Leben mit ihrem Asthma erleichtern können“, so Dr. Manfred Zöller, Gründer und Geschäfts-

führer von INFECTOPHARM. „Mit der kompletten pädiatrischen MONTELUBRONCH-Palette untermauern wir unseren Anspruch, Kinderärzte mit innovativen und preiswerten Präparaten bei der Therapie ihrer kleinen Patienten in jeder Altersgruppe zu unterstützen.“

Quellen:

1. Nationale Versorgungs-Leitlinie Asthma, 2. Auflage, November 2010

Nach Informationen von InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH, Heppenheim

Eisentoxizität bei pädiatrischen Patienten mit angeborenen Anämien

Regelmäßige Transfusionen erfordern frühzeitige Eisenchelate-Therapie

Etwa 15 Millionen Einwohner mit Migrationshintergrund kennzeichnen die sich verändernde, multiethnisch geprägte Bevölkerung in Deutschland. So sind heute bereits 4,8 % der Menschen in Deutschland Anlagenträger einer Hämoglobin-Anomalie wie z.B. der Thalassämie oder der Sichelzellanämie¹. Die pathologischen Formen dieser oft nicht rechtzeitig erkannten Erkrankungen erfordern lebenslange Transfusionen meist bereits ab Kindesalter – mit der möglichen Konsequenz einer Eisenüberladung. Die aktuellen Therapieleitlinien empfehlen deshalb eine frühe Diagnose und adäquate Eisenchelate-Therapie².

Einige angeborene Anämie-Formen wie die β -Thalassämie major (ca. 2,5 % aller Anämie-Fälle) und die Sichelzellanämie (ca. 9 %), bedingen regelmäßige Transfusionen bereits im frühen Kindesalter¹. Transfusionsabhängigkeit führt aufgrund der erhöhten Eisenzufuhr zu einer Eisenüberladung – bei Kindern bereits ab 10–15 Transfusionseinheiten. Eisentoxizität kann lebensbedrohliche Konsequenzen haben: Überschüssiges Eisen wird im Gewebe gespeichert, wodurch schwere Schädigungen von Leber, Herz und endokrinen Organen ausgelöst werden können. Darüber hinaus verursacht redoxaktives labiles Plasmaeisen oxidativen Stress und kann somit Membranlipide, Proteine und die DNA schädigen. Klinisch ist die kardiale Eisentoxizität besonders relevant, da sie lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen, kardiale Funktionsstörungen und Herzinsuffizienz verursachen kann. Die Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der sekundären Eisenüberladung bei Patienten mit angeborenen Anämien empfehlen daher den frühen Beginn einer Eisenchelate-Therapie (Tab. 1)².

Das Serumferritin kann zwar als Akut-Phase-Protein von Begleiterkrankungen beeinflusst werden, eignet sich aber bei regelmäßiger Bestimmung für die Diagnose der Eisentoxizität und zur Verlaufsbeurteilung einer Chelate-Therapie. Zusätzliche Lebereisenbestimmungen werden zur exakten Erfassung der Eisenüberladung empfohlen.

Eisenchelate-Therapie wirksam und sicher

Das Ziel einer Chelate-Therapie ist, oxidativen Stress zu reduzieren und die Ei-

Tab. 1: Konsensusempfehlungen zum Beginn einer Eisenchelate-Therapie²:

- Serumferritin dauerhaft > 1.000 $\mu\text{g/l}$
- Transfusionen > 15 Erythrozytenkonzentrat-Einheiten
- Lebereisengehalt (LIC) > 3,2 mg/g Trockengewicht

senablagerung im Gewebe zu vermindern, um die Organfunktionen zu erhalten und das Überleben zu verlängern. So gelang es in den vergangenen Jahrzehnten durch eine Eisenchelate-Therapie das Überleben von β -Thalassämie-Patienten signifikant zu verlängern³. Für Deferasirox (Exjade®) belegen aktuelle Daten aus der großen randomisierten Vergleichsstudie mit Deferoxamin (n=555, darunter n=273 im Alter 2–<16 Jahren) eine gute Wirksamkeit und eine Langzeitverträglichkeit über 5 Jahre⁴. Zudem verbessert Deferasirox durch die 1x tägliche orale Einnahme als Suspension die Lebensqualität, denn Deferoxamin muss aufgrund seiner kurzen Halbwertszeit an mindestens 5 Tagen pro Woche für jeweils 8–12 Stunden subkutan appliziert werden.

In der prospektiven EPIC-Studie⁵, der weltweit bisher größten Studie mit einem Eisenchelator, wurden mehr als 1.700 Patienten mit transfusionsabhängigen Anämien mit Deferasirox behandelt. Eine signifikante Reduktion der Eisenüberladung wurde sowohl über alle Patienten als auch in der β -Thalassämie Subgruppe (n=1.115, Durchschnittsalter: 18,2 Jahre) beobachtet. Aktuelle Daten aus der großen Vergleichsstudie mit Deferoxamin bestäti-

gen diese Ergebnisse und zeigen auch, dass Deferasirox keinen negativen Einfluss auf das pädiatrische Wachstum oder die sexuelle Entwicklung der Patienten hat⁴. Für Patienten mit Eisentoxizität sind zudem kardiale Ereignisse ein relevantes Problem. In einer EPIC-Substudie mit 71 β -Thalassämie-Patienten (Alter ≥ 10 Jahren) mit myokardialen Siderosen (T2* 5–20 ms) wurde eine kontinuierliche und signifikante Verbesserung des myokardialen T2*-Wertes unter Deferasirox erreicht.

Fazit für die Praxis

Um das Überleben von Patienten mit einer angeborenen Anämie zu verlängern, ist eine frühzeitige Diagnose unerlässlich. Die Transfusionsabhängigkeit vieler dieser Patienten und das damit verbundene Risiko einer Eisentoxizität erfordern zudem eine frühzeitige Kontrolle der entsprechenden Parameter. Die aktuellen Therapieleitlinien fordern die Therapie mit einem Eisenchelator, wobei Deferasirox als Therapie der Wahl bei Patienten mit β -Thalassämie empfohlen wird^{2,6}.

Referenzen

- 1 Kohne et al. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(5):65-71
- 2 Cario et al. Klin Padiatr 2010; 222:399-406
- 3 Brittenham N Eng J Med 2011; 364:146-156
- 4 Cappellini et al. Blood 2011; 118(4):884-893
- 5 Cappellini et al. Haematol 2010; 95:557-566
- 6 Fachinformation EXJADE®, Dezember 2010

Mit freundlicher Unterstützung der
Novartis Pharma GmbH, Nürnberg

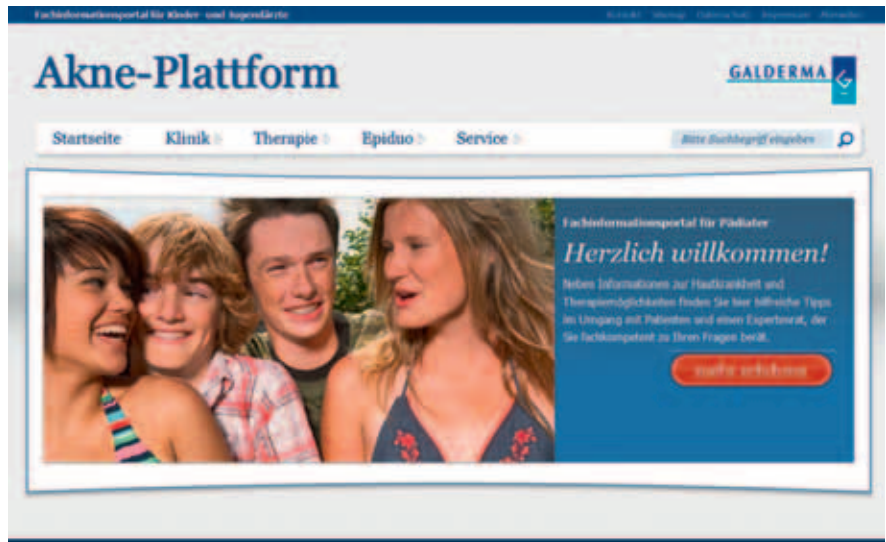
Informationen rund um das Thema Akne

Neue Online-Plattform speziell für Kinder- und Jugendärzte

Für alle, die das Thema Akne interessiert, lohnt sich ein Blick auf die neue „Akne-Plattform“ des pharmazeutischen Unternehmens *Galderma Laboratorium GmbH*. Das Fachinformationsportal speziell für Kinder- und Jugendärzte ist seit Ende Mai online. Es bietet eine Fülle von Informationen rund um die für Jugendliche äußerst belastende Hautkrankheit Akne, von der rund 80% aller Teenager betroffen sind. Das Angebot der Webseite umfasst u.a.:

- detaillierte Informationen zu Ursache, Diagnose und Behandlung der Hauterkrankung gemäß der aktuellen S2 Leitlinie zur Therapie der Akne (2010)¹,
- Informationen zum Verzicht von Antibiotika in der Therapie gemäß der Behandlungsleitlinie,
- Bestellservice für Ihre Praxis für Material zur Aufklärung und Beratung von jugendlichen Patienten sowie ein Musteranforderungsformular,
- die Möglichkeit, sich bei schwierigen Fragestellungen, den Rat eines Dermatologen einzuholen.

Eine Hauptaussage der neuen Akne-Leitlinie ist der besonders hohe Stellenwert von Substanzen, die als *Basistherapeutika* bei der Akne bewertet werden: Das sind topische Retinoide und Benzoylperoxid (BPO).¹ Beide Basistherapeutika sind gemeinsam in einer Fixkombination erhältlich (Epiduo®). Diese besonders starke Kombination wirkt entzündlich, antimikrobiell, antikomedogen und komedo-



Akne leitliniengerecht behandeln: Die neue Webseite bietet zahlreiche Informationen zur Akne-Behandlung speziell für Kinder- und Jugendärzte

lytisch. Die Leitlinien empfehlen die Kombination aus einem topischen Retinoid und BPO bei allen Schweregraden der entzündlichen Akne (*Acne papulopustulosa*) als Therapie der ersten Wahl.¹ Der besondere Vorteil der Basistherapeutika und insbesondere der Fixkombination (z.B. Epiduo®): Die Behandlung enthält keine Antibiotika und eignet sich daher zum sicheren Einsatz, auch über einen längeren Zeitraum oder zur Erhaltungstherapie.^{2,3} In klinischen Studien nachgewiesen sind ca. 30% Verbesserung der entzündlichen Läsionen in der ersten Therapiewoche und ca. 76% Verbesserung, wenn die The-

rapie über ein ganzes Jahr durchgeführt wird.³

www.akne-plattform.de

Quellen:

- 1 S2k-Leitlinie zur Therapie der Akne, <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/013-017.html>
- 2 Fachinformation Epiduo 0,1% / 2,5% Gel
- 3 Pariser et al., Long-term safety and efficacy of a unique fixed-dose combination gel of Adapalene 0,1% and Benzoyl Peroxide 2,5% for the treatment of acne vulgaris, *J of Drugs in Dermatology*, Vol. 6, Issue 9, 2007; 899-905

Nach Informationen von *Galderma Laboratorium GmbH, Düsseldorf*

Eine andere Art, die Welt zu sehen

Der Bestseller von THOM HARTMANN – **Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom**

Der Amerikaner Thom Hartmann, Jahrgang 1951, selbst ADD-Betroffener, hat sich intensiv mit dem Brennpunkthema ADD auseinandergesetzt und durch eigene Erfahrungen und den Dialog mit anderen Betroffenen das „Jäger- und Farmer-Prinzip“ auch Außenstehenden nahegebracht.

Mit diesem Buch werden ADDlern die möglichen Ursachen und das Ausmaß ihrer Verhaltenseigenart und damit verbundenen Wege des besseren Verstehens sowie sinnvolle Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt.

SCHMIDT ROEMHILD DEUTSCHLANDS ÄLTESTES VERLAGS- UND DRUCKHAUS SEIT 1579

Mengstraße 16 Tel. 04 51/70 31-2 67 vertrieb@schmidt-roemhild.com
23552 Lübeck Fax 04 51/70 31-2 81 www.schmidt-roemhild.de

Eine praktische Lebenshilfe für aufmerksamkeitsgestörte Kinder und Jugendliche

DIN A5, 168 Seiten, ISBN 978-3-7950-0735-5

€ 12,50

Erhältlich in Ihrer Buchhandlung oder direkt beim Verlag.



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@onlinemed.de

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Wir sind für Sie erreichbar: Montag – Donnerstag von 8.00–18.00 Uhr, Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer

Tel.: 030/28047510, Tfx.: 0221/683204

stephan.esser@uminfo.de

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/68909-14, Tfx.: 0221/68909-78

christel.schierbaum@uminfo.de

Mitgliederverwaltung

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg

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

Kongressabteilung

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

Kongresse des BVKJ

www.kongress.bvkj.de

Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-15/16, Tfx.: 0221/68909-78

BVKJ Service GmbH

Wir sind für Sie erreichbar: Montag – Donnerstag von 8.00–18.00 Uhr, Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführer: Dr. Wolfram Hartmann

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Verhandlungsbevollmächtigter: Herr Klaus Lüft

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Tel.: 0221/68909-18, 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“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

E-Mail: Christen@HKA.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Frank Riedel

E-Mail: f.riedel@uke.uni-hamburg.de

Dr. med. Wolfgang Gempp

E-Mail: dr.gempp@t-online.de

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinder- und Jugendarzt

www.kinder-undjugendarzt.de

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php