

bvkJ.

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

Heft 09/13 · 44. (62.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

**Frühe Einschulung –
spätere Probleme**

Fortbildung:

**Schreibbabys –
Was tun bei
Fütterproblemen?**

Berufsfragen:

**Masernimpfung –
Pflicht oder nicht?**

Magazin:

**Mutterherz und
Flaschenmilch**

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkj.**



© kids.4pictures - Fotolia.com



Sufonmilch und Kuhstallhygiene

Zur Tiermilchernährung von Neugeborenen
und Säuglingen im frühen 20. Jahrhundert

S. 500

Redakteure: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel,
Hamburg, Dr. Christoph Kupferschmid, Ulm, Regine Hauch, Düsseldorf

Inhalt 9/13

Forum

- 451 **Offener Brief an Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr**
Wolfram Hartmann
- 452 **Frühe Einschulung**
Christoph Kupferschmid
- 454 **Fit für SEPA**
Regine Hauch
- 456 **Wohlstandskrankheiten lösen Epidemien ab**
Regine Hauch
- 457 **Mein PraxisCheck**
- 458 **Das Leser-Forum**
- 460 **Ich bin keine Fallpauschale**
Till Reckert
- 462 **Verschiedenes**
- 464 **Das ideale Kind**
Hendrik Crasemann
- 467 **Unregelmäßige Schlafzeiten beeinträchtigen kognitive Entwicklung**
Regine Hauch
- 468 **Zahl der Vegetarier verdoppelt sich**
- 470 **Eine Frage an Dr. Thomas Kauth**

Fortbildung

- 472 **Highlights aus Bad Orb: Schreibabys – Was tun bei Fütterproblemen**
Margret Ziegler
- 476 **Highlights aus Bad Orb: Neues von den Prä-, Pro- und Synbiotika**
Martin Claßen
- 480 **Consilium Infectiorum: Einwöchiger gestillter Säugling mit TBC-infizierter Mutter**
Cornelia Feiterna-Sperling
- 482 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Marie Coen, Cornelius Heinze
- 482 **Impressum**
- 485 **Praxistafel**
- 486 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**

Berufsfragen

- 490 **Masernimpfung als Pflicht?**
Christoph Kupferschmid
- 492 **Praxisabgabe-Seminar des BVKJ**
- 493 **Pflichtimpfung zum neuen Kindergarten- und Schuljahr**
- 494 **EBM 2013 – Gespräche und Sozialpädiatrie gestärkt**
Roland Ulmer
- 496 **Sozialpädiatrie im EBM 2013**
Thomas Fischbach
- 498 **Wenn der Nazi-Vater in die Praxis kommt**
Andreas Meschke

Magazin

- 500 **Sufonmilch und Kuhstallhygiene**
Ulrike Enke
- 506 **Sonstige Tagungen und Seminare**
- 507 **Uli Fegeler zum 65. Geburtstag**
Wolfram Hartmann
- 508 **Fortbildungstermine BVKJ**
- 509 **Buchtipps**
- 510 **Personalien**
- 512 **Nachrichten der Industrie**
- 518 **Wichtige Adressen des BVKJ**

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage ein Supplement der Firma Merck Serono, ein Supplement der Firma GlaxoSmithKline sowie die Beilage My-CME bei.

Als Teilbeilage finden Sie das Programmheft der 11. Pädiatrie zum Anfass in Bamberg.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Offener Brief an Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr

Sehr geehrter Herr Minister Bahr,

der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte ist sehr erfreut, dass nun auch die Bundesregierung nach langen Jahren der weitgehenden politischen Inaktivität die Initiative zur Verbesserung des Impfschutzes ergriffen hat. Insbesondere dass Sie sich dafür einsetzen, dass wir in Deutschland endlich das von der WHO gesteckte Ziel erreichen, die Masern bis 2015 komplett auszurotten. Wie Sie wissen, gilt unsere Sorge möglichst hohen Durchimpfungsraten, seitdem die Übernahme der Kosten durch die gesetzlichen Krankenkassen eingeführt wurde. Bei solchen Erkrankungen, für die es keine kausale Therapie gibt, gegen die aber gut verträgliche Impfstoffe zur Vorbeugung verfügbar sind, müssen wir Impfquoten über 95 Prozent erzielen. Nur so erreichen wir einen sogenannten Herdenschutz.

Alleinige Appelle an die Eltern, an die Träger der Kindertageseinrichtungen und an die politisch Verantwortlichen haben bisher nicht ausgereicht. Wir haben es

noch nicht geschafft, die impfpräventablen und mit ganz erheblicher Krankheitslast und Langzeitfolgen behafteten Erkrankungen in Deutschland auszurotten. Da unsere Impfstoffe gut verträglich sind und die Kosten von den Krankenkassen übernommen werden, müsste es möglich sein, dieses Ziel zu erreichen.

Wir begrüßen daher auch Ihre Aufforderung, den Impfstatus aller Kinder zu überprüfen, die überwiegend staatlich finanzierte Gemeinschaftseinrichtungen besuchen wollen. Sie erinnern sich sicherlich, dass auch dies eine alte Forderung des BVKJ ist. In Gemeinschaftseinrichtungen sollten nur jene Kinder zugelassen werden, die entsprechend den aktuellen Empfehlungen der STIKO geschützt sind. Ausnahmen sind natürlich medizinische Kontraindikationen gegen eine Impfung. Nur so erreichen wir, dass gerade auch die Kinder, die man aus medizinischen Gründen nicht impfen darf, sich in den Einrichtungen nicht mit vermeidbaren Erkrankungen anstecken können. Hier sehen wir seit vielen Jahren eine staatliche Fürsorgepflicht.

Wir Kinder- und Jugendärzte werden Sie also gerne bei ihrer Impf-Initiative unterstützen. Aus unserer Sicht darf sich diese Initiative aber nicht auf die Überprüfung des Impfstatus vor dem Eintritt in Gemeinschaftseinrichtungen beschränken. Wir wünschen uns, dass der Staat für ein nationales Impfkonzep mit dem Ziel einer Durchimpfungsrate von 95 Prozent eintritt. Hierzu sollte er alle seine medialen Möglichkeiten nutzen. Die frühere Kampagne „Schluckimpfung ist süß – Kinderlähmung ist grausam“ war sehr erfolgreich und sollte Beispiel für neue Kampagnen sein.

Auch sollte der Staat intensiver gegen diejenigen vorgehen, die Eltern verunsichern und mit abenteuerlichen und unwahren Behauptungen über Impfschäden und negative Langzeitfolgen an die Öffentlichkeit gehen. Hier gibt es noch sehr viel zu tun! Ihre Initiative ist ein guter Anfang.

Mit besten Grüßen

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident BVKJ

2. Orientierungskongress

des BVKJ und der DGKJ

„Endlich Facharzt/-ärztin – und danach?“

vom 30.11. bis 01.12.2013 in Frankfurt

Wissenschaftliche Leitung:

Dr. med. Wolfram Hartmann, Kreuztal

Prof. Dr. med. Norbert Wagner, Aachen

Ausführliches Programm und Anmeldeformulare:

<http://kongress.bvkj.de>

Information und Anmeldung:

BVKJ e. V. Kongressabteilung

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.-Nr. 0221/6 89 09-15

Fax-Nr. 0221/6 89 09-78

Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

Frühe Einschulung – mehr Schulprobleme – kürzeres Leben

Die einen sind noch fünf, die anderen schon sieben Jahre alt. Vorzeitig eingeschult oder zurückgestellt. Die Altersunterschiede der Kinder die nach den Sommerferien in die ersten Klassen der Grundschulen aufgenommen wurden, sind groß. Es sind Eltern und Kindergärten, die bei vielen Kindern auf eine frühe Einschulung drängen. Vermeintliche oder nachgewiesene hohe Begabung stimulieren die Entscheidung und auch die Vermutung, das Kind sei im Kindergarten unterfordert. Bereits 1997 kam die Kultusministerkonferenz (KMK) überein, „einerseits Maßnahmen zur Reduktion der teilweise hohen Zurückstellungsquoten zu ergreifen, zum anderen Eltern bzw. Erziehungsberechtigte zu ermutigen, von der Möglichkeit der vorzeitigen Einschulung Gebrauch zu machen, wenn die erforderlichen Voraussetzungen gegeben sind“. Kultusminister, Wirtschaftsminister, Industrie, Handel und Handwerk störten sich daran, dass die Schulanfänger und Schulabgänger in Deutschland im internationalen Vergleich relativ alt sind. Jünger ist aber nicht zwangsläufig besser.

Die Stichtage zur Einschulung wurden in den letzten Jahren nach hinten verlegt. Meist vom 30. Juni auf den 30. September, in manchen Bundesländern bis zum Ende des Einschulungsjahres. Wegen einer zunehmenden Zahl von Anträgen auf Zurückstellung hat beispielsweise Bayern jedoch darauf verzichtet, den Stichtag, wie ursprünglich geplant, in jährlichen Schritten von Ende September auf Ende Dezember zu verschieben.

Früh beginnen, häufiger wiederholen

Die Studienlage in Deutschland unterstützte bereits zu Zeit des KMK Beschlusses die Hoffnung nicht uneingeschränkt, dass eine frühere Einschulung auch das Alter des Studien- und Berufsbeginns senkt. Diese Studien waren jedoch alle retrospektiv. Gabriele Bellenberg publizierte 1996 eine Untersuchung an 2.400 Schülerinnen und Schülern. „Früheingeschulte Kinder haben nicht nur eine höhere Wahrscheinlichkeit, während ihrer Pflichtschulzeit sitzenzubleiben; sie wiederholen sogar häufiger als regulär Eingeschulte gleich zwei Schuljahre bis zum Ende der Jahrgangsstufe zehn“, war ein Fazit. Andere Studien sahen den Nachteil nicht so ausgeprägt. Es gab jedoch keine wissenschaftlich wirklich guten, wenigstens prospektive Studien, die den von Kultusministern und Wirtschaftsvertretern gefühlten Nachteil eines höheren Alters objektiviert hätten.

Andrea Mühlenweg vom Europäischen Zentrum für Wirtschaftsforschung hat sich in einer Reihe von Publikationen mit dem Effekt der frühen Einschulung befasst. Sie hat die Schulkarrieren von 10.000 Kindern in Hessen verfolgt. Die Wahr-

scheinlichkeit, dass früh eingeschulte Kinder aufs Gymnasium kamen, war um 13 Prozent geringer. Obwohl diese Kinder intellektuell nicht schlechter waren, als ihre älteren Klassenkameraden, wurden sie, so Mühlenweg, aufgrund ihrer geringeren emotionalen und sozialen Reife niedriger eingestuft. Die gut begabten unter ihnen glichen den Nachteil teilweise wieder aus, indem sie nach der zehnten Klasse auf eine Fachoberschule oder ein berufliches Gymnasium wechselten.



© Karin & Uwe Amas – Fotolia.com

PISA unterstützt spätere Einschulung

Auf der Basis der PISA-2000 Daten belegte Volker Hagemeyer 2009, dass „Schülerinnen und Schüler aus bildungsnahen Elternhäusern in der Gruppe der vorzeitig eingeschulter Kinder überrepräsentiert sind. Trotzdem sind die vorzeitig eingeschulter Kinder im Mittel in der Schule weniger erfolgreich als Kinder, die erst mit sieben Jahren als Schulpflichtige in die erste Klasse aufgenommen wurden. Auch

die Annahme, dass man begabte Kinder möglichst früh einschulen sollte, wird durch die PISA-Daten nicht belegt“. Katharina Kluczniok kritisierte 2011 in ihrer Dissertation, dass diese Ergebnisse trivial seien, weil das Alter der Kinder ein sehr guter Leistungsindikator sei. Wenn jedoch der Erfolg am Ende geringer ist, hilft der Trost wenig, dass die anderen eben älter und deswegen auch erfolgreicher waren.

Hendrik Jürges und Kerstin Schneider vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung treten der Vermutung entgegen, dass die fehlende Chancengleichheit im Bildungssystem nur auf die soziale Ungleichheit zurückzuführen sei. Sie weisen auch anhand der PISA-Daten nach, dass der Geburtsmonat einen signifikanten Einfluss die Wahrscheinlichkeit hat, eine Gymnasialempfehlung zu erhalten. Kinder, die im Juni geboren und regulär eingeschult wurden, hatten mit 38,9 Prozent die geringste Wahrscheinlichkeit, eine Gymnasialempfehlung zu erhalten; für die 11 Monate älteren regulär eingeschulter Kinder, die im Juli geboren wurden, lag diese Wahrscheinlichkeit bei 42,7 Prozent. Auch diese Autoren sehen den wesentlichen Grund dieses Unterschiedes in der höheren sozialen Reife älterer Kinder. Eltern, deren Kinder relativ früh eingeschult werden, müssten sich die Frage stellen, ob es sinnvoll sein kann, diese Kinder ein Jahr von der Schule zurückzustellen, überlegt Andrea Mühlenweg. Andererseits fand sie in einer Gruppe rückgestellter Kinder keine Vorteile gegenüber den regulär eingeschulter. Die Rückstellungen waren aber dort aufgrund von Entwicklungsproblemen erfolgt. Da der einfache Altersvorteil noch keine Garantie für eine erfolgrei-

che Entwicklung sei, fordert Mühlenweg noch andere Maßnahmen, die auf die Jüngsten in den Jahrgängen eingehen, um deren Nachteile auszugleichen.

International homogenes Bild

Skandinavien ist unser PISA-Vorbild. Die 15 Jahre alten finnischen Schüler mit Spitzenergebnissen im PISA-Test haben weniger Schuljahre besucht, als die 15 Jahre alten deutschen. Sie wurden, wie die Schweden, mit sieben Jahren eingeschult. Und sie haben in der Vorschule noch nicht rechnen und schreiben gelernt. Sie waren reifer als deutsche Kinder, als sie in die Schule kamen und vermutlich eher bereit, selbständig zu arbeiten und sie konnten sich länger konzentrieren. Andrea Mühlenweg bestätigte den später eingeschulten deutschen Kindern „eine höhere Persistenz sowie seltener Hyperaktivität“.

In Italien stellten Ponzo und Scoppa fest, dass jünger eingeschulte Kinder im Durchschnitt schlechtere Noten haben und weniger akademische Berufe ergreifen. In Ungarn hatten später eingeschulte Kinder nach Studien von Silvia Hämori bessere Ergebnisse beim Lesen und in Mathematik. Auch in England, wo Kinder bereits mit vier Jahren eingeschult werden, haben die relativ Jüngeren der Schulanfänger schlechtere Ergebnisse. In 10 von 16 PISA-Ländern fand Maresa Sprietsma einen positiven Einfluss auf die Schulleistungen, wenn die Kinder bei der Einschulung älter waren. Und diese Effekte seien anhaltend. Ausnahmen von dieser Regel waren Japan, Südkorea und Schweden. Dort würden Kinder aber schon sehr früh entsprechend ihrer Fähigkeiten zusammengefasst und es gäbe auch bereits früh Konkurrenz unter den Schülern.

Auch in den USA wurde seit Mitte der 90-er Jahre die Auswirkung des Einschulungsalters auf die Schulkarriere breit diskutiert. Die meisten, auch neuere Studien belegen, dass die früher eingeschulten Kinder im Durchschnitt schlechtere Noten haben und eher Klassen wiederholen als die später eingeschulten. Wer es aber geschafft hat, als früh Eingeschulter mit guten Noten auch eine frühe akademische Karriere zu beginnen, schneidet dort besser ab, als seine Kollegen. Mit anderen Worten: Wenn ein gut begabtes Kind früh eingeschult wird und keine Schwierigkeiten in den ersten Schuljahren hat, dann ist ihm der akademische Erfolg vorhergesagt. Aber wer kann das vorher wissen?

Länger spielen, länger leben

Das „Longevity-Projekt“ ist eine umfangreiche Längsschnittstudie in den USA, die seit 1921 Faktoren für ein gesundes langes Leben erforscht. Der derzeitige Studienleiter, Howard Friedmann, berichtet, dass sich negative Folgen einer zu frühen Einschulung oft das ganze Leben lang beobachten lassen. Im Durchschnitt seien Anpassungsschwierigkeiten und Alkoholprobleme bei dieser Gruppe häufiger und ihre Aussicht auf ein langes gesundes Leben sei geringer. „Die meisten Kinder unter sechs Jahren benötigen viel Zeit um zu spielen, um ihre sozialen Fähigkeiten zu entwickeln und um zu lernen, ihre Impulse zu kontrollieren“, resümiert Friedmann.

Literatur beim Verfasser

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

Fit für SEPA

Ab Februar 2014 wird SEPA (Single European Payment Area) die unterschiedlichen nationalen Verfahren im Zahlungsverkehr durch EU-weit einheitliche Vorgaben ersetzen. Damit werden auch die nationalen Zahlverfahren für Überweisungen und Lastschriften eingestellt. Die EU-weit gültigen, neuen Zahlverfahren sind für Unternehmen ab 2014 bindend – das betrifft auch Ärzte mit eigener Praxis. Die apoBank hat alles Wissenswerte rund um das neue Zahlungsverfahren übersichtlich zusammengestellt.

Überweisungen

Anstelle der Kontonummer und der Bankleitzahl müssen künftig die sogenannten IBAN und BIC verwendet werden. IBAN steht für International Bank Account Number und ist eine Kontonummer, die weltweit akzeptiert wird. Die BIC ist der Bank Identifier Code (auch bekannt als SWIFT-Code), mit dem sich Geldinstitute eindeutig identifizieren lassen. Beide ersetzen die nationale Kontokennung. Für den Praxiszahlungsverkehr bedeutet diese Umstellung, dass die Daten von Geschäftspartnern, Patienten und Mitarbeitern in der EDV entsprechend angepasst werden müssen.

Checkliste SEPA: So bereiten Sie sich vor

- Kontoverbindungen von Geschäftspartnern, Kunden und Mitarbeitern aktualisieren
- IBAN und BIC der Praxis an Geschäftspartner und Kunden kommunizieren
- Zahlungsverkehr und Buchhaltung auf SEPA-Fähigkeit überprüfen
- Gläubiger-Identifikationsnummer bei der Deutschen Bundesbank beantragen
- Lastschriftinkassovereinbarung mit der Bank treffen
- SEPA-Lastschriftmandate einholen
- Ggf. bestehende Lastschriftmandate umwandeln
- Zahlungspflichtige rechtzeitig über den SEPA-Lastschrifteinzug informieren

Quelle: apoBank

„Wir raten unseren Kunden, die Daten frühzeitig in der Buchhaltung und der gesamten EDV zu aktualisieren“, betont Sascha Beck, Projektleiter SEPA bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank. Mit speziellen Software-Lösungen könne man für die gesamten Kontodaten die neuen IBANs und BICs auch automatisch ermitteln.

Die apoBank bietet ihren Kunden dazu einen **IBAN-Konverter** an, mit dem man für einzelne Zahlungspartner oder alle benötigten Kontodaten die IBAN und BIC ermitteln kann – unabhängig davon, bei welcher Bank das Konto des Zahlungspartners geführt wird.

Darüber hinaus sollten Praxen die eigene IBAN und BIC in ihre Briefbögen integrieren, um Patienten und Geschäftspartner über die neuen Bankverbindungen zu informieren.

Lastschriftverfahren

Mit SEPA werden auch die heute in Deutschland gültigen Lastschriftverfahren durch das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren (SDD Core) und das SEPA-Firmen-Lastschriftverfahren (SDD B2B) ersetzt.

Das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren ähnelt dem Einzugsermächtigungsverfahren, gilt aber EU-weit und ist im gesamten elektronischen Zahlungsverkehr einsetzbar. Neu ist neben der Angabe von IBAN und BIC, dass ein Fälligkeitsdatum definiert wird, zu dem die Lastschrift durchgeführt wird, und dass der Zahlungspflichtige mindestens 14 Tage im Voraus über die anstehende Belastung informiert wird. Beim Einzugsermächtigungsverfahren wurde die Lastschrift bei Vorlage ausgeführt. Die Widerspruchsfrist für den Zahlungspflichtigen liegt wie bisher bei acht Wochen. Darüber hinaus muss vor der Transaktion ein unterschriebenes Lastschriftmandat vorliegen. Wurde bereits das Einzugsermächtigungsverfahren genutzt, kann das Mandat übernommen werden. „Allerdings müssen Sie den Zahlungspflichtigen zwingend über die Umdeutung, sowie die neue Mandatsreferenz, z. B. die Patientennummer, informieren und bekannt geben, wann Sie auf das SEPA-Lastschriftverfahren umstellen“, erläutert Beck.

Das SEPA-Firmen-Lastschriftverfahren ersetzt das Abbuchungsauftragsverfahren. Es ist EU-weit gültig und kommt zwischen Unternehmen zum Einsatz. Da der Zahlungspflichtige wie beim Abbuchungsauftragsverfahren keine Widerspruchsmöglichkeit hat, muss er dem Zahlungsempfänger ein SEPA-Firmenlastschriftmandat erteilen und die kontoführende Bank darüber in Kenntnis setzen. Anders als beim Basis-Lastschriftverfahren können die Mandate leider nicht übernommen werden.

Für beide Verfahren gilt: Jeder Zahlungsempfänger muss bei der Deutschen Bundesbank online eine sogenannte Gläubiger-Identifikationsnummer beantragen, mit deren Hilfe er eindeutig identifizierbar ist. Diese Identifikationsnummer muss jeder Lastschrift beigefügt werden. Darüber hinaus muss eine neue Vereinbarung über den Einzug von Forderungen mit der Bank geschlossen werden.

„Je nach Größe kommt mit den Neuerungen viel Arbeit auf die Praxen zu. Wir raten, das Thema jetzt anzugehen, damit genügend Zeit für Testläufe bleibt und die Arbeitsabläufe zum Stichtag optimal funktionieren“, so Beck.

Weiterführende Links

Allgemeine Informationen zu SEPA:

www.sepadeutschland.de • www.apobank.de/sepa

Beantragung der Gläubiger-Identifikationsnummer:

<https://extranet.bundesbank.de/scp>

Red: ReH

Wohlstandskrankheiten lösen Epidemien ab

Jahrhundertlang rafften Seuchen die meisten Menschen dahin. Künftig dominieren ernährungsbedingte Wohlstandskrankheiten die globalen Todesursachenstatistiken. Das liegt an der besseren medizinischen Versorgung von Infekten und einem Mangel an Aufmerksamkeit für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Zu diesem Ergebnis kam die WHO, nach einer Auswertung ihrer Daten für ihren Jahresbericht. Danach sind weltweite Seuchen wie Sars oder Vogelgrippe weitaus weniger zu fürchten als typische, nicht ansteckende Wohlstandskrankheiten.

Nach den Hochrechnungen der WHO werden schon im Jahr 2030 Herz- und Gefäßerkrankungen die Top 20 der Todesursachen anführen. Vor allem in Entwicklungs- und in Schwellenländern werden diese Krankheiten deutlich zunehmen. Dort bekämpft man bisher gezielt und inzwischen auch mit Erfolg nur ansteckende und sich schnell ausbreitende Krankheiten wie AIDS, Malaria oder Tuberkulose.



© michaeljung - Fotolia.com

Fettsucht – die neue Seuche

Durch den wirtschaftlichen Fortschritt vieler bisher armer Länder ändern sich aber auch die Lebens- und vor allem Ernährungsgewohnheiten ihrer Bewohner. Die Menschen leben länger, aber ungesünder. Sie essen größere Mengen, sie frittieren

ihre Nahrung statt sie zu kochen, und sie bewegen sich immer weniger. Die Folge: Von weltweit über 300 Millionen Übergewichtigen lebt bereits ein Drittel in Schwellenländern, selbst im armen Ghana sind in einigen Regionen bereits 40 Prozent der Menschen zu dick. Junge Inder, Südafrikaner und Brasilianer leiden bereits andert- bis zweimal so oft an Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie US-Amerikaner des gleichen Alters. Auch die Zahl der Diabetiker nimmt in diesen Ländern überproportional zu. Ebenso die Zahl der Menschen mit Krebserkrankungen. Noch fehlt es an flächendeckenden staatlichen Präventions- und Therapieprogrammen, um diese Fehlentwicklung aufzuhalten.

Experten befürchten, dass die steigende Zahl der chronisch kranken Menschen in Schwellenländern schon bald den ökonomischen Fortschritt gefährden wird, falls sich dieser Trend fortsetzt.

Sie fordern staatliche Programme für eine gesunde Ernährung, mehr Bewegung und Antitabakkampagnen. ReH

● Nachgefragt

Ist es besser, Beikost bereits mit Beginn des fünften Lebensmonats einzuführen?

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

Das Netzwerk „Gesund ins Leben“, eine Initiative von IN FORM, empfiehlt, Beikost frühestens mit Beginn des fünften Monats und spätestens mit Beginn des siebten Monats einzuführen. In der Leitlinie zur Allergieprävention heißt es: „Für einen präventiven Effekt durch eine Verzögerung der Beikosteinführung über den vollendeten vierten Monat hinaus gibt es keine gesicherten Belege. Sie kann deshalb nicht empfohlen werden“. Einige Eltern werden von Fachkräften angehalten, ihrem Baby ab dem fünften Lebensmonat Beikost zu füttern. Sollte Beikost – zumindest für allergiefährdete Kinder –

also mit Beginn des fünften Lebensmonats eingeführt werden?

Nein! Weder die bisherige Studienlage, noch die Formulierung der Leitlinie Allergieprävention legen eine frühere Beikosteinführung, auch nicht zum Zweck der Allergievorbereitung, nahe. Die Leitlinie empfiehlt nicht, dass ab Beginn des fünften Monats zugefüttert werden muss. Im Gegenteil: Für den genauen Zeitpunkt ist die individuelle Entwicklung des Kindes entscheidend sowie die Empfehlungen der Fachgesellschaften, wonach Beikost frü-

hestens mit Beginn des fünften und spätestens mit Beginn des siebten Monats eingeführt werden soll. Dieses Zeitfenster berücksichtigt die physiologischen und motorischen Voraussetzungen von Babys, ist wissenschaftlich gut begründet und trägt der unterschiedlichen individuellen Entwicklung von Kindern Rechnung.

Die ausführliche Antwort mit Literaturverweisen finden Sie hier:

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

Red: ReH

Informationssicherheit: „Mein PraxisCheck“

Wie sicher sind sensible Daten in der Praxis? Die von der KBV entworfene elektronische Checkliste „Mein PraxisCheck“ hilft Ärztinnen und Ärzten das herauszufinden und gibt praktische Tipps, wie Datenschutz und Datensicherheit verbessert werden können. Die Checkliste ist als Hilfestellung für Praxisinhaber gedacht. Neben dem Schutz sensibler Daten werden relevante Aspekte des Praxis- und Risikomanagements wie der Umgang mit Fehlern thematisiert. Der Praxischeck analysiert mit Hilfe eines Fragebogens, den die Praxisinhaber oder das gesamte Team beantworten, den individuellen

Stand der Informationssicherheit der jeweiligen Praxis. Er sensibilisiert für das Thema und gibt Anregungen, wie Sicherheitslücken geschlossen und Risiken vermieden werden können.

„Mein PraxisCheck“ ist ein **KBV-Serviceangebot**. Es bietet Informationen und Unterstützung an, um die vielfältigen gesetzlichen Verpflichtungen und normativen Anforderungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit zu erfüllen. Die Fragen sind **keine Vorgaben der KBV**, sondern wurden aus bestehenden normativen Vorgaben abgeleitet (u.a. Berufsordnung, Bundesdaten-

schutzgesetz, landesrechtliche Vorschriften, Sozialgesetzbuch V). Den Lösungsvorschlägen und Tipps liegen Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik, die DIN EN ISO 27001 und Qualitätsziele aus QEP – Qualität und Entwicklung® zu Grunde.

Info:

Hier geht's zum Praxischeck:

<http://www.kbv.de/praxischeck.html>

Der Praxischeck dauert etwa 15 Minuten, er ist weder eine Kontrolle noch eine Wissensprüfung!

Die Antworten werden nicht gespeichert.

Red: ReH

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).

Wie geht es der Familie?



Wo steht die Familienpolitik des Bundes?
von
Ingo Behnel,
KIJuA (2013)
Heft 7, S. 373

Die demographische Katastrophe durch den dramatischen Geburtenrückgang wird von der Politik seit Jahrzehnten weitgehend ignoriert, „ausgesessen“ oder – wie im Aufsatz von Ingo Behnel vom Familienministerium – schöngeredet: „Auch die Trends im Geburtenverhalten geben Anlass zu vorsichtiger Zuversicht.“ Die Tötung von Millionen ungeborener Kinder aus „sozialer Indikation“ trägt dazu bei, dass die Deutschen in ihrem eigenen Land in we-

nigen Jahrzehnten zu einer ethnischen Minderheit werden und soziale Sicherungssysteme nicht mehr funktionieren können. Der Ausbeutung der Familien mit Kindern oder der Alleinerziehenden durch Singles oder doppelverdienende Kinderlose schaut man tatenlos zu. Eine Familie zu gründen und Kinder groß zu ziehen wird – bei fast 50 Prozent Ehescheidungen – in Deutschland immer noch mit dem größten Armutsrisiko bestraft.

Was könnte man tun? Die alleinige Erhöhung des Kindergeldes schafft falsche Anreize. Bildungsferne Schichten finanzieren damit oft Alkohol, Zigaretten und Unterhaltungselektronik. Ein Familiensplitting würde dazu führen, dass für die soziale Mittelschicht und die Besserverdienenden nicht nur Schiffsbeteiligungen und Immobilienfonds, sondern das „Steuersparmodell Kind“ interessant würde.

Natürlich muss die Familie auch ideell aufgewertet werden, statt pervertierter Randgruppen. Aber schon mit Geld ließe sich viel erreichen.

Es darf nicht weiter sein, dass eine Familie verarmt und die späteren Rentenansprüche drastisch sinken, wenn die Mutter nicht wieder schnell zurück in die Produktion geht. Der z. Z. propagierte kostspielige Krippensozialismus mit Verstaatlichung der Kindererziehung (Vorbild DDR) pervertiert die Erkenntnisse der Kinderpsychologie eines ganzen Jahrhunderts.

Die Kinder- und Jugendärzte sollten den linken Ideologen und den Kapitaleignern entschieden entgegenreten.

Dr. med. Peter Bonfils
Kinderarzt / Sportmedizin
In den Rietbroken 29
49525 Lengerich

Red.: ReH

Liebe Leserinnen, lieber Leser,

viele von Ihnen engagieren sich ehrenamtlich in Hilfsprojekten im In- und Ausland. In unserer Dezemberausgabe möchten wir die spannendsten Projekte im Überblick vorstellen. Wenn Sie mitmachen und Ihr Projekt unseren Leserinnen und Lesern vorstellen wollen, melden Sie sich bitte:

regine.hauch@arcor.de, damit wir Ihnen die Bewerbungsunterlagen zuschicken können.

Wir freuen uns auf Ihren Vorschlag.

Mit freundlichen Grüßen

Regine Hauch

Ich bin keine Fallpauschale

Finanzielle Gesundheit ist nicht alles, aber ohne finanzielle Gesundheit ist alles nichts. Und dass die Finanznot an den meisten deutschen Kinderkliniken immer dramatischer wird, spüren wir niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte vor Ort und an vielen traurigen Berichten, die über unsere Buschtrommel „PädInform“ verbreitet werden. Es gibt verschiedene Gründe hierfür. Gut zusammengefasst sind sie in einem verbändeübergreifend konsentierten Papier zu diesem Thema, welches am 25.7.2013 herauskam. Die Schwerpunktkinderkliniken haben das besondere Problem, dass sie überdurchschnittlich viele schwerstkranke Kinder betreuen, die nur sie betreuen können. Diese sogenannten „Extremkostenfälle“ sind im Fallpauschalensystem nicht abbildbar und werden daher nicht kostendeckend vergütet.

Kampagnenstart am 25.7.2013: Nachdem zehn Minuten vorher bei einem Gewitterschauer alle im Regen standen, klarte es auf und die Ballons konnten in den blauen Himmel steigen (nach einer Freigabe durch die Hubschrauberrrettung...). Zwei Tage später gab es bereits über 2000 Unterschriften!

Was nützt aber die beste Therapie, wenn am Ende der Therapeut stirbt? Die 13 Tübinger Elternvereine haben im vergangenen Jahr 1,2 Millionen Euro zum Stopfen von Budgetlöchern, also unter anderem zur Finanzierung von Arzt und Pflegestellen aufgebracht. Deshalb haben sie sich jetzt zusammengetan und die bundesweit angelegte Initiative „Ich bin keine Fallpauschale“ gestartet. Diese Kampagne greift die Extremkostenfälle als eines der Probleme heraus und spitzt es zu: Auf einer zentralen Website (www.ichbinkeinefallpauschale.de) werden dazu Informationen und Erfahrungsberichte bereitgestellt und es wird zur Unterstützung der Aktion aufgerufen. Parallel ist eine Facebook-Seite geschaltet. Ziel ist es, eine Petition und öffentlichen Druck zu Wahlkampfzeiten aufzubauen. Zum Start der Kampagne am 25.7.2013 wurden gesundheitspolitisch wichtige Politiker verschiedener Parteien angeschrieben

und um Stellungnahme gebeten. Außerdem sind andere Kliniken und Elternvereine eingeladen, sich an der Initiative zu beteiligen. Als Niedergelassener können Sie bei Ihrer Klinik für die Teilnahme werben.

Erklärung der Initiatoren:

„Mit großer Sorge sehen wir die Entwicklungen der letzten Jahre im Gesundheitswesen und die damit verbundenen finanziellen Notlagen vieler Uni-Kinderkliniken in Deutschland. Dass hier jedes Jahr Millionen-Defizite entstehen, hat mehrere Ursachen. Eine davon ist die unzureichende Finanzierung der Behandlung und Pflege schwerst und komplex kranker Kinder und Jugendlicher. Die Unikliniken erbringen viele Leistungen, die vom geltenden Fallpauschalensystem nicht ausreichend erfasst und damit nur unzureichend vergütet werden. Als Kliniken der so genannten Maximalversorgung sind sie jedoch für viele dieser jungen Patienten der einzig mögliche Behandlungsort.

Die daraus entstehenden finanziellen Defizite der Kliniken müssen durch Einsparungen an anderen Stellen ausgeglichen werden. Das hat unter anderem zur Folge, dass Ärzte und Pflegepersonal in nicht mehr länger vertretbarem Maße belastet sind und die Qualität der bisher sehr guten und am Wohl der Patienten orientierten Arbeit gefährdet ist.

Im Juni 2013 wurde von der Bundesregierung ein Soforthilfe-Paket für alle deutschen Krankenhäuser beschlossen. Dieses sieht für 2013

und 2014 einen Versorgungszuschlag vor, der als prozentualer Aufschlag auf die Fallpauschalen ausgestaltet ist. Gleichzeitig wurde beschlossen, dass bis Ende 2014 ein Bericht vorgelegt werden soll, wie das Vergütungssystem in Bezug auf Extremkostenfälle weiterentwickelt werden kann.

Das Hilfspaket bringt den Kliniken eine zeitlich befristete finanzielle Entlastung. Wir begrüßen diesen Beschluss ausdrücklich und erkennen an, dass das Problem der Unterfinanzierung der Extremkostenfälle inzwischen gesehen wird. Die Kliniken brauchen jedoch mehr und schnellere Hilfen, um nicht weiter in eine finanzielle Schieflage zu geraten. Das große Engagement der Eltern- und Fördervereine kann dies alleine nicht ausgleichen.

Daher fordern wir:

- Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Universitäts-Kinderkliniken muss zeitnah fair und kostendeckend finanziert werden – gerade und vor allem auch die aufwändigen Leistungen für seltene und komplexe Fälle, die bisher vom Fallpauschalensystem nicht ausreichend gedeckt werden.
- Die Vergütung muss sich am tatsächlichen Behandlungs- und Pflegeaufwand orientieren.
- Den Uni-Kinderkliniken muss es wieder möglich sein, kostendeckend zu arbeiten und die benötigten Personalressourcen, vor allem in der Pflege, bereitzustellen.



© www.ichbinkeinefallpauschale.de

Die dafür erforderlichen Regelungen müssen im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung vereinbart werden.

- Die hohe Qualität in der Versorgung der kranken Kinder und Jugendlichen muss weiter gewährleistet sein.

Alle Informationen, Statements von Eltern und Klinikpersonal unter www.ichbinkeinefallpauschale.de

Anmerkung

Die beschriebene Not betrifft nicht nur die Universitätskinderkliniken, auch wenn diese hier immer

wieder erwähnt werden. Die Forderungen nach kostendeckender Finanzierung besonders der Extremkostenfälle gelten für alle Kinderkliniken die diese betreuen.

Till Reckert
Lederstraße 118, 72764 Reutlingen
till.reckert@icloud.com

Red: ReH

Kinderkliniken und pädiatrische Abteilungen zukunftsfest machen Eine Stellungnahme der DGKJ in Absprache mit BVKJ und DGSPJ

16 Prozent unserer Bevölkerung sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Diesen gehört nicht nur die Zukunft, sondern sie bilden auch die Zukunft unseres Landes.

Jedes Kind, das im Krankenhaus aufgenommen werden muss, hat ein Recht auf fachärztliche und – wo notwendig – auch spezialärztliche Versorgung in einer ihm angemessenen Umgebung; dies schließt die Pflege durch entsprechend spezialisiertes und geschultes Personal mit ein. Kinderkliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin müssen so aufgestellt werden, dass die darin tätigen, gut ausgebildeten Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger ebenso wie Ärztinnen und Ärzte ihre Patienten fachlich auf einem hohen Niveau und in der Kindern und Jugendlichen angemessenen Weise versorgen können – so wie Sie es sich für Ihre Kinder, Enkelkinder, Neffen und Nichten wünschen, wenn diese ins Krankenhaus müssen.

Kinderkliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin sind aber derzeit strukturell und finanziell nicht so ausgestattet, dass dies in Zukunft weiterhin ermöglicht wird. Wir erwarten Ihre Unterstützung zur langfristigen Sicherung der stationären Versorgung für Kinder und Jugendliche.

Rahmenbedingungen pädiatrischer Abteilungen

- Das DRG-System benachteiligt kleine Versorgungseinheiten mit hohen Basiskosten.
- Eine Mengenausweitung ist in der Pädiatrie nicht möglich.
- Die Vorhaltekosten sind aus mehreren Gründen deutlich höher, u.a. weil die Auslastung saisonbedingt starken Schwankungen unterliegt, 80 Prozent Akutversorgung betrieben wird und die Notfallquote deutlich über 50 Prozent liegt.

Konkrete Forderungen, damit die Rahmenbedingungen für Kinder und Jugendliche im Krankenhaus verbessert werden

- Kinderkliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin brauchen einen Sicherstellungszuschlag, der gesetzlich verankert ist. Hier ist eine Präzisierung bzw. Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes notwendig.
- Kinder und Jugendliche, die auf eine spezialärztliche Versorgung angewiesen sind, müssen diese in zumutbarer Wohnortnähe erhalten. Hierfür stehen zunächst niedergelassene Kinder- und Jugendärzte mit entsprechenden Zusatzweiterbildungen und Schwerpunkten und bei darüber hinausgehendem spezialärztlichen Bedarf pädiatrische Instituts-Ambulanzen sowie Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) bereit. Diese Instituts-Ambulanzen sollten an jeder geeigneten Kinderklinik/Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin als Bestandteil ihres Versorgungsauftrages etabliert und durch eine Ergänzung im SGB V abgesichert sein. Ebenso müssen die SPZ abgesichert werden.
- Der Ausbildungsschwerpunkt Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in der Erstqualifikation muss erhalten bleiben. Kinder und Jugendliche benötigen eine an ihren spezifischen gesundheitlichen Erfordernissen orientierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

● Wenn Schackeline zur U6 kommt

Unsere Lieblingsnamen im September

Alpha-Kabine, Charisa-Aurelia, Edith Lumen Melosine, Elise Harmonie Florentine, Jaydon-Laure, Janno, Mo Vito, Nicklas-Bartholomäus-Alfred-Wilfried, Prudens Melody Electra.

Red.: ReH



© Phillopus – Fotolia.com

Bewegt im ersten Lebensjahr

Das Präventionsprojekt „9+12 Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr“ der Plattform Ernährung und Bewegung gibt Bewegungstipps für Mutter, Kind und die ganze Familie

Die Plattform Ernährung und Bewegung (peb) hat im Rahmen des Projekts „9+12 Gemeinsam gesund“ die Broschüre „Bewegt im ersten Lebensjahr“ veröffentlicht. In enger Zusammenarbeit mit Experten haben die Projektkoordinatoren Bewegungstipps speziell für das erste Lebensjahr des Kindes entwickelt. Die wichtigsten Informationen wurden wissenschaftlich fundiert auf elf Seiten praxistgerecht und anwenderfreundlich aufbereitet. Die Broschüre eignet sich zur Weitergabe an (werdende) Eltern – sowohl durch Gynäkologen, Hebammen sowie durch Kinder- und Jugendärzte. „Die Broschüre ergänzt die 9+12-Materialien um eine weitere wichtige Säule der frühkindlichen Prävention und fördert die psychomotorische Entwicklung und die Gesundheit der Säuglinge und ihrer Mütter“, so der Ludwigs-

burger Kinder- und Jugendarzt Dr. Thomas Kauth, der zugleich auch peb-Vorstands-Mitglied und Ideengeber für das Projekt ist.

Das neue Medium zeigt, wie Eltern die Aktivität ihres Nachwuchses unterstützen können und wie Mutter und Kind im ersten Lebensjahr fit durch den Alltag kommen. Sieben Tipps für ein bewegtes Familienleben geben praktische Hinweise zu



den folgenden Aspekten: Gemeinsame Aktivität, Vorbildfunktion, bewegungsfreundliche und sichere Umgebung, Selbstbewusstsein, Mut und Vertrauen sowie Entdeckerzeit. Die Eltern werden durch anschauliche Bilder und praktische Umsetzungsbeispiele erreicht. Red: ReH

Download und Bestellung

Broschüre „Bewegt im ersten Lebensjahr“. Hrsg.: Plattform Ernährung und Bewegung e.V. DIN A5:

- **Kostenloser Download** unter

http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/9plus12_projektmaterialien.html

- **Kostenlose Bestellung** unter 9plus12@pebonline.de mit Einsendung eines frankierten DIN A5 Rückumschlags an: Plattform Ernährung und Bewegung e.V., Wallstr. 65, 10179 Berlin

Kinder-Unfallhilfe e.V. spendet Fahrradhelme für Bedürftige

Der Verein Aktion Kinder-Unfallhilfe e.V., der Kinder nach einem Unfall unterstützt und Maßnahmen der Unfallverhütung fördert, hat ein neues Projekt gestartet: er finanziert die Beschaffung von Fahrradhelmen für Bedürftige.

„Mit dem eigenen Fahrradhelm der Aktion Kinder-Unfallhilfe, den auf beiden Seiten der Rote Ritter ziert, zeigen wir, wie wichtig uns dieses Thema ist. Wenn es uns gelingt, durch die sinnvolle Verteilung dieses qualitativ hochwertigen Helms etwas zur Erhöhung der Helmtragequote beizutragen, ist unser Ziel erreicht“ so Dr. Jan

Zeibig, Geschäftsführer des Vereins zu unserer Zeitschrift.

Den Helm gibt es in drei Größen (48-54, 54-58 und 58-61 cm Kopfumfang) Das seitlich angebrachte Logo des Helms zeigt das Motiv „Roter Ritter“, das bereits mehrfach Titel und Motiv eines bundesweiten Verkehrssicherheitswettbewerbes des Vereins war. (Infos zum Verein unter: www.kinderunfallhilfe.de)

Die Helmtragequoten in Deutschland sind zwar in 2012 leicht angestiegen, sind aber selbst im Alter von bis zu zehn Jahren von einer Flächendeckung noch weit ent-

fernt (www.bast.de). Auch 2012 kamen noch über 400 Radfahrer bundesweit ums Leben.

Die Kinder-Unfallhilfe e.V. hat u. a. durch die Kooperation mit „Tafeln“ bereits mehrere größere Verteilaktionen der Helme für Bedürftige organisiert. **Kinder- und Jugendarztpraxen, die bei ihren Patienten Bedarf erkennen, können sich wenden an:**

Dr. Jan Zeibig
Kinder-Unfallhilfe e.V.
Heidenkampsweg 102
20097 Hamburg
Tel. 040/23606-4651
mail: jan.zeibig@kinderunfallhilfe.de



Ellen Haase

Die Autorin ist Polizeihauptkommissarin bei der Kreispolizeibehörde Gütersloh · Verkehrsunfallprävention/Opferschutz (VUP/O)

Red: ReH

Das ideale Kind

Bei einer Veranstaltung des Theaters Bremen wurde ich als Kinder- und Jugendarzt gefragt, wie man sich das „Ideale Kind“ der Zukunft vorzustellen habe. Nun, das ideale Kind ...

Das ideale Kind kommt nach unkomplizierter Schwangerschaft exakt zum errechneten Termin mit einem Geburtsgewicht von 3500 g zur Welt, natürlich per Hausgeburt, ohne Gynäkologen. Nach Milcheinschuss bei der Mutter am zweiten Tag wird das ideale Kind voll gestillt. Es entwickelt von selbst einen gleichmäßigen Schlaf-Trink-Rhythmus, ohne Blähungen, ohne Drei-Monats-Koliken. Es schreit nur, wenn es Hunger hat.

Den von Ernährungsinstituten empfohlenen Flüssigkeitsbedarf deckt das ideale Kind selbst, durch Trinken von besonders schadstoffarmem Säuglingswasser.

Das ideale Kind integriert sich ohne Fremdelnszenarien in die KiTa, beide Eltern arbeiten. Das ideale Kind schubst keine anderen Kinder, weiß sich aber zu wehren, wenn ihm der Schnuller weggerissen werden soll. Trotz ständig kranker Kinder in der KiTa ist das ideale Kind bis auf eine laufende Nase praktisch nie krank.

Mit anderthalb Jahren hat das ideale Kind einen Wortschatz von 50 Worten. Mit zwei Jahren trotz es zwar hin und wieder,

und das ohne PC-Vorkenntnisse! – bestanden.

In der Schule ist das ideale Kind aufmerksam und konzentriert, lenkt andere Kinder nicht mit Clownerien ab und hält den Stift im entspannten Dreipunktgriff. Die sprachliche Artikulation gelingt trotz breiter Zahnücke mühelos, auch „Schuh-schnabel“, „Solidarnosc“ und „Zebra-streifen“.

Die Pubertät beginnt regulär im Alter von dreizehn Jahren, ohne Magersucht, Ritzen, Depressionen oder Phobien. Ja, es gibt Auseinandersetzungen mit den Eltern, aber man sieht sich bei den Debatten in die Augen und findet immer eine harmonische Lösung des Konfliktes.

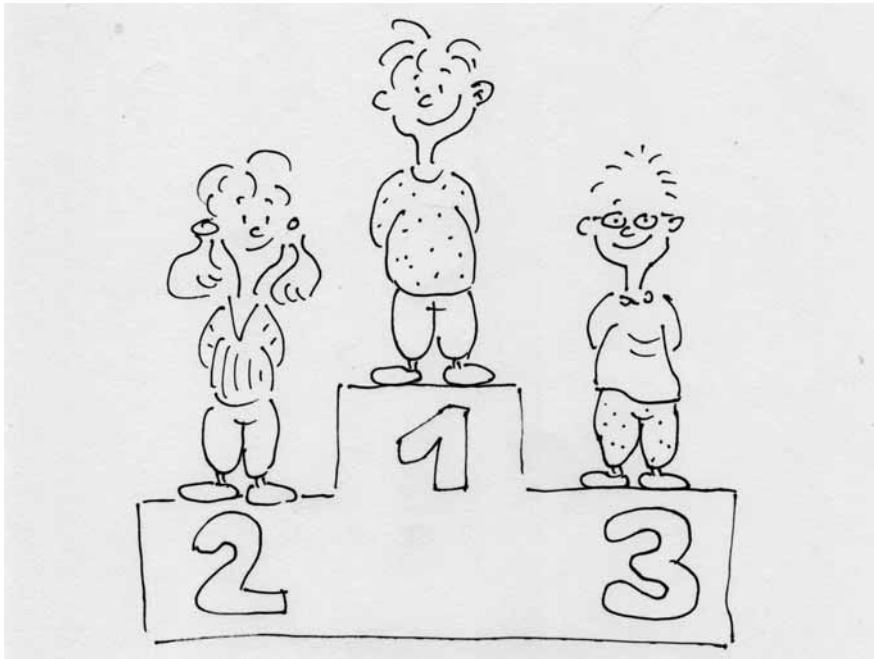
Jetzt hat das ideale Kind endlich ein eigenes „i-Phone“, nutzt dieses aber nur zum telefonieren. Es verabredet sich ganz real mit Freunden, also nicht, wie die meisten anderen, nur im Chat. Es trinkt Alkohol zwar, aber nur in jeweils kleinen Mengen. Es lehnt kiffen ab. Rauchen wurde zwar mal versucht, schmeckt aber nicht. Erste sexuelle Erfahrungen macht es mit sechzehn, aber natürlich geschützt, und ohne Übertragungsmöglichkeit von humanen Papillomaviren, denn dagegen ist es geimpft. Das ideale Kind hat einen Body-Maß-Index von 16 bis 18 und wird weiblich 173 cm und männlich 180 cm groß.

In der 10. Klasse macht das ideale Kind ein Auslandsjahr, nicht in den USA, sondern in Pretoria in einem Slum, um neben sprachlichen auch sozio-kulturelle Erfahrungen zu sammeln. Es macht mit 17 Jahren ein Abitur mit der Durchschnittsnote von 1,2 (nicht 0,7, denn es ist zwar intelligent, aber um Gottes Willen nicht „hochbegabt“). Das ideale Kind studiert danach nicht automatisch Medizin, sondern entscheidet über seine Berufsausbildung ganz tief von innen heraus.

„Herr Doktor, die Frage war nicht nach dem „Idealen Kind von heute“, sondern nach dem „Idealen Kind der Zukunft!“

Die Frage ist leichter und kürzer zu beantworten. Das „Ideale Kind der Zukunft“, das ist das Kind, das mit allen seinen Stärken und Schwächen, mit seinem Temperament und seinen individuellen Veranlagungen von den Eltern und der Gesellschaft so angenommen wird, wie es ist.

Dr. Hendrik Crasemann
fam.hansen-crasemann@t-online.de Red.: Kup



Das ideale Kind bekommt alle empfohlenen Vitamine, aber kein Fluor, beginnt mit 4 Monaten Babyschwimmen und einen Pekip-Kurs. Hier zeigt das ideale Kind eine genau durchschnittliche psychomotorische Entwicklung. Also weder eine Besorgnis erregende Verzögerung noch eine bei den anderen Müttern Neid hervorruhende Beschleunigung. Es dreht sich mit sechs Monaten, über beide Seiten, vom Rücken auf den Bauch, und auch zurück vom Bauch auf den Rücken. Es beginnt mit neun Monaten zu krabbeln und läuft frei mit einem Jahr, lautierend mit Silbendopplungen wie „Ma-ma“, „Pa-Pa“ oder auch schon „Ball“.

beruhigt sich aber von allein, da seine Eltern „Jedes Kind kann Regeln lernen“ im Eltern-Lesekreis gelesen haben. Mit drei Jahren sucht das ideale Kind Grenzen, findet sie auch, und befolgt gern die Anweisungen der Eltern, wenn sie ihm logisch erscheinen. Mit vier hat es einen sozial gut abgestimmten Freundeskreis, aber noch kein eigenes „i-Phone“. Bis zur Einschulung mit knapp sechs Jahren hat das ideale Kind weder Logopädie noch Ergotherapie noch Krankengymnastik noch Heilpädagogik benötigt. Der gesetzlich vorgeschriebene CITO-Sprachtest wurde mit vier und mit sechs Jahren auf Grund seiner exzellenten phonologischen Bewusstheit –

Unregelmäßige Schlafzeiten beeinträchtigen kognitive Entwicklung

Unregelmäßige Schlafzeiten in der frühen Kindheit können möglicherweise die kognitive Entwicklung stören. Zu diesem Ergebnis kommt eine britische Langzeitstudie, die im *Journal of Epidemiology and Community Health* (2013; doi: 10.1136/jech-2012-202024) erschien.

Da die Entwicklung in der frühen Kindheit die Gesundheit für das ganze Leben beeinflusst, kann auch unregelmäßiger Schlaf oder auch Schlafmangel Langzeitschäden verursachen, so die These von Prof. Amanda Sacker, Direktorin des ESRC International Centre for Lifecourse Studies an der UCL, und ihrem Team. Die Studienautoren untersuchten an mehr als 11000 Siebenjährigen, die alle Teil der UK Millennium Cohort Study (MCS) sind, ob Bettzeiten in der frühen Kindheit in Verbindung stehen mit kognitiver Leistungsfähigkeit.

MCS ist eine repräsentative Langzeitstudie an britischen Kindern, die September 2000 und Januar 2002 geboren sind. Die Forscher besuchen und befragen die Eltern und Kinder im Alter von drei, fünf und sieben Jahren, um ihre Lebensgewohnheiten zu untersuchen.

Dabei untersuchten sie auch den Zusammenhang zwischen unregelmäßigen Schlafenszeiten und intellektueller Leistungsfähigkeit in speziellen Tests.

Unregelmäßige Schlafenszeiten waren am weitesten verbreitet im Alter von drei Jahren. Jedes fünfte Kind geht dann zu unterschiedlichen Zeiten ins Bett. Mit sieben schlafen mehr als die Hälfte aller Kinder regelmäßig von 19.30 bis 8.30.

Je unregelmäßiger und später Kinder zu Bett gehen, desto prekärer auch die häuslichen Verhältnisse, fand die Studie heraus.

Mädchen, die im Alter von sieben Jahren keine festen Schlafzeiten einhielten, schnitten in den Tests zur Lese- und Rechenkompetenz sowie zum räumlichen Zahlenverständnis schlechter ab als ihre Klassenkameradinnen mit einem regelmäßigen Schlaf-



rhythmus. Bei Jungen war kein Einfluss erkennbar. Das Schlafverhalten im Alter von fünf Jahren war – weder bei Jungen noch bei Mädchen – mit schlechteren Testergebnissen im Alter von sieben Jahren assoziiert.

Ein deutlicher Effekt war jedoch bei unregelmäßigen Schlafzeiten im Alter von drei Jahren erkennbar. Die schlechtesten Ergebnisse erzielten Kinder, deren Mütter bei allen drei Befragungen unregelmäßige Schlafenszeiten der Kinder angegeben hatten. Sacker vermutet hier eine kumulative Wirkung. Unregelmäßige Schlafenszeiten könnten natürliche Biorhythmen unterbrechen, zu Schlafmangel führen und damit die Plastizität des Gehirns und seine Fähigkeit, Informationen zu verarbeiten, beeinträchtigen.

ReH



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, Klein- und Schulkindern in kleinen Gruppen durchgeführt. Der Einführungskurs AT ist Voraussetzung.

AT-14	75/14	08.02.-09.02.14	Bad Sassendorf	C1-14	78/14	11.10.-12.10.14	Bochum
B1-14	76/14	15.03.-16.03.14	Bad Sassendorf	C2-14	79/14	28.11.-30.11.14	Bochum
B2-14	77/14	11.04.-13.04.14	Bochum				

Die Teilnehmerzahl ist auf max. 30 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,
 E-Mail: kontakt@dgmsm.de, www.dgmsm.de

Essen in Deutschland: Fleischkonsum sinkt Zahl der Vegetarier verdoppelt sich

Von Fleischessern, Flexitariern und (Lebensabschnitts-)Vegetariern: Universitäten Göttingen und Hohenheim veröffentlichen Studie zum Fleischkonsum in Deutschland

In Deutschland ernähren sich immer mehr Menschen vegetarisch. Das ist das Ergebnis einer repräsentativen Befragung der Universitäten Göttingen und Hohenheim. Mit 3,7 Prozent hat sich der Anteil der Vegetarier in Deutschland innerhalb von sieben Jahren verdoppelt. 13,5 Prozent der Deutschen würden dagegen mehr Fleisch essen, wenn es billiger wäre, so das Ergebnis einer repräsentativen Befragung der Universitäten Göttingen und Hohenheim. Dazwischen gibt es eine große Bandbreite von Menschen, die bewusst wenig Fleisch essen (Flexitariern, 11,6 Prozent) oder ihren Fleischkonsum reduzieren wollen (9,5 Prozent). Insgesamt lässt sich bei 60 Prozent der Deutschen eine generelle Bereitschaft für einen geringeren Fleischkonsum feststellen.



Veggie-Days, Tierschutz, Fleischskandale: in den letzten Jahren wird verstärkt über Fleischkonsum diskutiert. Allerdings liegen bisher wenig verlässliche Zahlen vor. In einer in der Fachzeitschrift *FleischWirtschaft* veröffentlichten Repräsentativbefragung haben Agrarwissenschaftler der Universitäten Hohenheim und Göttingen deshalb untersucht, wie hoch der Anteil der Vegetarier und

der Wenig-Fleischesser (Flexitariern) in Deutschland heute ist und welche Motive sie antreiben.

Der Anteil der Vegetarier an der deutschen Bevölkerung (alle Personen über 18 Jahre) liegt bei gut 3,5 Prozent. Nur eine sehr kleine Gruppe von unter einem halben Prozent lebt vegan. Im Vergleich zur letzten repräsentativen Erhebung, der Nationalen Verzehrsstudie II aus dem Jahr 2006, hat sich der Vegetarieranteil damit ungefähr verdoppelt.

Insgesamt zeigen 60 Prozent der Deutschen Bereitschaft für weniger Fleisch

Erstmals erhoben wurde der Anteil der Flexitariern, d. h. derjenigen Menschen, die bewusst möglichst wenig, nur ganz selten oder nur bestimmte Qualitäten von Fleisch essen. Er liegt bei 11,6 Prozent. Weitere 9,5 Prozent der Befragten geben an, ihren Fleischkonsum in Zukunft verringern zu wollen. Drei Viertel der Deutschen sehen ihren Fleischkonsum bisher als eher unproblematisch an.

Rund 13,4 Prozent der Verbraucher würden wahrscheinlich sogar mehr Fleisch essen, wenn Fleisch billiger würde. Die kleinste Gruppe von zwei Prozent beabsichtigt, zukünftig in jedem Fall mehr Fleisch auf den Teller zu legen.

Fleischkonsum sinkt mit höherem Einkommen

Rund zwei Drittel der Vegetarier sind Frauen. Zusammenhänge zum Alter lassen sich nicht feststellen. Vegetarier sind in allen Altersgruppen anzutreffen. „Der Fleischkonsum nimmt mit steigendem Bildungsgrad und höherem Einkommen ab“, so Prof. Harald Grethe, Professor für Agrarpolitik an der Universität Hohenheim.

„Die Häufigkeit des Fleischkonsums wird maßgeblich von Gesundheitsmotiven bestimmt“, so Anette Cordts, die an der Universität Göttingen die Befragung koordiniert hat. „Tierwohl spielt insbesondere für die Vegetarier und bedingt auch für Flexitariern und reduktionswillige Fleischesser eine Rolle, relativ wenig dagegen für die große Gruppe der unbekümmerten Fleischesser. Auch Umweltschutzbedenken führen zu einem geringeren Fleischkonsum, allerdings ist in weiten Teilen der Bevölkerung bisher kaum ein Bewusstsein für die Umweltproblematiken der Produktion tierischer Lebensmittel vorhanden.“

Red: ReH

(Siehe auch S. 470)



Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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

Eine Frage an ...

Dr. med. Thomas Kauth
Kinder- und Jugendarzt mit
Schwerpunktpraxis Ernährungs-
medizin (BDEM)



Immer mehr Vegetarier in Deutschland: Wie sollen sich Kinder- und Jugendärzte in der Beratung auf Vegetarier einstellen?

Die ausgewogene, gemischte Kost ist die Basis einer gesunden Ernährung im Kindes- und Jugendalter und Ausgangspunkt der kinder- und jugendärztlichen Ernährungsberatung in Praxis und Klinik. Sie sollte den wissenschaftlichen Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr und für die Prävention weit verbreiteter ernährungsabhängiger Krankheiten entsprechen, auf die traditionell und kulturell geprägten Ernährungsgewohnheiten in der Bevölkerung zugeschnitten sein und Geschmacksvorlieben bei Kindern und Jugendlichen berücksichtigen.

Eine solche Optimierte Mischkost (www.fke-do.de) lässt sich in einfachen Regeln für die Lebensmittelauswahl zusammenfassen:

- reichlich: Getränke (energiefrei) und pflanzliche Lebensmittel, wie Gemüse, Obst, Getreide (Produkte), Kartoffeln)
- mäßig: tierische Lebensmittel: Milch (Produkte), Fleisch (Produkte) Fisch, Eier
- sparsam: fett- und zuckerreiche Lebensmittel.

Mit der Optimierten Mischkost mit einfachen Lebensmittel ist eine empfehlungs-gemäße Nährstoffversorgung ohne Verwendung nährstoffangereicherter Lebensmittel oder Supplementen (Ausnahme: Vitamin D, Jod) bei Kindern und Jugendlichen im

Alter von 1 bis 18 möglich. Je stärker von diesen durchgerechneten Standards der Kinderernährung abgewichen wird, umso größer sind die Risiken für eine unzureichende Nährstoffversorgung.

Aktuelle Daten zur Ernährungssituation im Kindes- und Jugendalter (Eskimo-Modul) im Rahmen der bundesweiten KiGGS-Studie (<http://www.kiggs-studie.de>) zeigen die folgenden Ergebnisse zur vegetarischen Ernährung im Kindes- und Jugendalter:

Ein geringer Teil der Kinder und Jugendlichen gibt an, sich vegetarisch zu ernähren. Lediglich 1,7 Prozent der über Dreijährigen Jungen und 3,2 Prozent der Mädchen essen kein Fleisch, Geflügel oder Wurst. Unter den 14- bis 17-Jährigen sind es immerhin 2,1 Prozent der Jungen und 6,1 Prozent der Mädchen. Deutlich mehr junge Vegetarier finden sich in Mittel- und Großstädten (3,2 Prozent bzw. 3,1 Prozent) und unter Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund (5,3 Prozent).

Streng vegetarisch – für Kinder ungesund

Während eine lakto-ovovegetarische Ernährung (Ausschluss von Fleisch und Fisch) zu einer ausreichenden Nährstoffversorgung im Kindes- und Jugendalter führen kann, ist eine streng vegetarische Ernährung (vegane Ernährung) im Kindes- und Jugendalter nicht empfehlenswert. Die ohnehin unzureichende Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland mit Vitamin D und Jod würde dadurch weiter verschärft, weitere Mangelerscheinungen sind zu befürchten (insbesondere Mangel an Vitamin B12, B2, A, Eisen, Zink und tierischem Eiweiß).

Ziel der Ernährungsberatung in den Kinder- und Jugendarztpraxen sollte daher nicht die Aufnahme einer vegetarischen Ernährung sondern die Empfehlung zur Umsetzung der Optimierten Mischkost sein.

ReH



Von wegen Leseunlust!

Zeitschriften erreichen 82 Prozent der 6- bis 13-Jährigen

Allen Kulturpessimisten zum Trotz: Kinder lesen. Die aktuelle Ausgabe der KidsVA-Studie, die der Egmont-Ehapa-Verlag herausgibt, zeigt, dass 81 Prozent der 6- bis 13-Jährigen mindestens einmal wöchentlich zu einem Buch greifen, 82 Prozent zu einer Zeitschrift, Mädchen am liebsten zu Wendy, dem Pferdemagazin, das seine Reichweite in diesem Jahr um satte 37,5 Prozent steigerte, Jungs zur traditionellen Mickey Mouse. Das Internet stagniert bei 73 Prozent.

Die ungebrochene Liebe der Kinder zum Papier hat viel mit den Vorlieben der Eltern für Zeitschriften und Büchern zu

tun – gerade bei den jüngeren Kindern, die noch kein Taschengeld zur Verfügung haben, schreiben die Studienautoren.

Doch auch das Internet wird von Kindern stark genutzt. Laut KidsVA ist die Hälfte aller 10- bis 13-Jährigen fast täglich online, bei den Sechs- bis Neunjährigen sind es immerhin schon zehn Prozent. Hauptsächlich wird das Netz dabei über stationäre Computer genutzt, Tablets und Smartphones – eigene oder die der Eltern – verwendet aber immerhin auch schon jedes dritte Kind.

Red: ReH

Highlights aus Bad Orb ●●●

Schreibabys – Was tun bei Fütterproblemen?



Dr. Margret
Ziegler

Etwa die Hälfte der sogenannten Schreibabys zeigen phasenweise oder vorwiegend Fütterprobleme mit unruhigem, hektischem Trinken und Schreien während der Mahlzeiten. Aus passageren Problemen können Fütterstörungen mit Gedeihstörungen entstehen. Die Eltern sind häufig verunsichert, können die Signale des Säuglings nur schwer verstehen – ist es hungrig, ist es müde, leidet es unter Koliken? Teufelskreise entstehen aus überlangen Mahlzeiten, ständigem Füttern, frustrierten stundenlangen Beruhigungsversuchen und zunehmender Hilflosigkeit der Eltern. Durch das exzessive Schreien kommt es bei den Eltern zu einer massiven Überforderung, es kann auch in Extremfällen zur Vernachlässigung und Misshandlung des Babys führen (Schütteltrauma), aber fast immer besteht eine erhebliche Belastung der sich entwickelnden Eltern-Kind-Beziehung.

Die Entwicklungsaufgaben im Fütterkontext verdeutlichen die notwendigen Anpassungsleistungen des Säuglings. In den ersten Lebenswochen stehen einerseits die Regulation von Hunger und Sättigung, andererseits die Saug- und Schluckkoordination im Vordergrund. Individuell unterschiedlich sind die Säuglinge mit vier bis sechs Monaten bereit für neue Geschmäcker und Konsistenzen. Sie zeigen meist sehr deutlich ihr Interesse an der Nahrung der Erwachsenen und beginnen schließlich mit sieben bis zehn Monaten selbst Nahrung zum Mund zu führen. Damit einhergehen auch mundmotorische Entwicklungen mit Abnahme des Saugreflexes, Abschlüpfen der Nahrung vom Löffel, beginnende Kaubewegungen und Anpassung an neue sensorische Erfahrungen durch neue Geschmäcker und gemischte Texturen. Die nächtlichen Mahlzeiten sind spätestens zum Ende des ersten Lebensjahres nicht mehr notwendig. Idealerweise sind die Signale, die der Säugling zeigt, für die Eltern deutlich und sie reagieren adäquat und unterstützen damit das Kind in der Eigensteuerung der Nahrungsaufnahme. Aber nicht alle Säuglinge meistern die Anpassungsleistungen gleichermaßen und zeigen deutlich, ob sie hungrig oder satt sind, ob sie bereit sind für neue Geschmäcker. Auf der anderen Seite sind für manche Eltern die Signale des Kindes nicht einfach zu lesen und zu verstehen.

„Warum schreit mein Baby so viel?“ – Probleme der kindlichen Verhaltensregulation und organische Belastungsfaktoren

Gerade bei Schreien und Fütterproblemen ist die Angst der Eltern, bei ihrem Baby eine organische Erkrankung zu übersehen, groß. Warum schreit ein Baby, das anscheinend gesund ist und gut gedeiht?

Etwa 20 Prozent aller Säuglinge schreien in den ersten Lebensmonaten ohne erkennbaren Grund, sind vermehrt irritierbar, häufig übermüdet, finden nicht in den Schlaf und lassen sich kaum oder nur schwer beruhigen. Sie schlafen vor allem am Tag signifikant weniger als nichtexzessiv schreiende Babys und zeigen eine noch unreife Verhaltensregulation und Erregungssteuerung, die auch in der Füttersituation deutlich wird. Bei Unruhe und Müdigkeit oder Schreien finden sie keinen Trinkrhythmus, die Feinabstimmung der Koordination von Saugen und Schlucken ist gestört.

Saug- und Trinkschwäche, rasche Ermüdbarkeit und Einschlafen bei den Still- oder Flaschenmahlzeiten, geringe Hungersignale, Hyperexzitabilität und Ablenkbarkeit können zu geringer Nahrungsaufnahme und häufigen Mahlzeiten führen und erfordern auf Seiten der Eltern ein hohes Maß an gut abgestimmter Unterstützung. Die Einführung von Löffelkost/Beikost mit vier bis sechs Lebensmonaten kann bei irritablen und sensorisch überempfindlichen Babys einen schwierigen Übergang bedeuten, insbesondere dann auch die erste stückige Kost mit etwa acht Monaten. Fütterstörungen können, müssen aber nicht mit einer Gedeihstörung einhergehen, ebenso wie gedeihgestörte Säuglinge nicht unbedingt primär Fütterprobleme haben.

Exzessives Schreien und Fütterprobleme, ggtl. mit häufigem Erbrechen, können Frühsymptome einer Kuhmilchproteinunverträglichkeit und/oder eines gastroösophagealen Reflux sein. Frühgeborene stellen eine Risikogruppe für Regulationsstörungen und Fütterprobleme im frühen Kindesalter dar, insbesondere bei niedrigem Geburtsgewicht (SGA), verzögertem Nahrungsaufbau oder nach fortgesetzten Manipulationen im Mund/Gesichtsbereich.

Fütterstörungen im frühen Kindesalter

In den klinisch diagnostischen Leitlinien der ICD-10 werden die frühkindliche Fütterstörungen (F98.2) beschrieben als eine spezifische Störung beim Gefüttert-Werden, Nahrungsverweigerung und extrem wählerischem Essverhalten bei angemessenem Nahrungsangebot und kompetenter Betreuungsperson in Abwesenheit einer organischen Erkrankung sowie mangelnde Gewichtszunahme bzw. Gewichtsabnahme. Die Kennzeichen und objektive Hinweise für eine Fütterstörung jenseits des dritten Lebensmonats sind: langwierige Mahlzeiten, die länger als 45 Minuten andauern ohne klares Ende, abnorm häufige Mahlzeiten oder kontinuierliches Nahrungsangebot und Hauptnahrungsaufnahme zwischen den Mahlzeiten bzw. im Halbschlaf. Die Klassifikation „DC: 0-3 R Zero-to-Three“ (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Childhood, 2005) beschreibt dezidiert unterschiedliche Formen von Fütterstörungen. Beispiele aus dieser Klassifikation sind

- Regulationsfütterstörungen (mangelnde Selbstregulationsfähigkeit bei der Nahrungsaufnahme)
- Posttraumatische Fütterstörungen (nach aversiven Erfahrungen im Mund-Gesichtsbereich, z.B. nach

Manipulationen durch wiederholtes Sondenlegen und Absaugen oder anhaltender Zwangsfütterung)

- Sensorische Nahrungsverweigerung (erhöhte sensorische Empfindlichkeit im Mundbereich, Ablehnen von neuen Geschmäckern und Konsistenzen).

Elterliche Einflussfaktoren

„Ich kann ihn doch nicht verhungern lassen...“,

„alles dreht sich nur ums Füttern“,

„mir graut vor jeder Mahlzeit...“

Gerade beim exzessiven Schreien, ohne erkennbaren Grund, wird das Schreien des Kindes oft als Hunger gedeutet und kann zu ständigem Füttern und wiederholten Nahrungswechseln führen. Andererseits kann auch eine Fehleinschätzung der Muttermilchmenge zu Gedeihstörung und „Hunger an der Brust“ führen. Fütterstörungen mit oder ohne Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter können rasch das Wohlbefinden und die Gesundheit des Babys beeinträchtigen. Die Eltern, v.a. die Mütter sind tief verunsichert, wenn ein augenscheinlich hungriges Kind die Nahrung abwehrt oder ein Baby kaum eindeutige Hungersignale zeigt. Die Mütter fühlen sich als Versagerinnen in ihrer mütterlichen Aufgabe, das Kind nähren zu können. Eigene Ess-



Abb. 1: Teufelskreis-Entstehung bei Fütterproblemen

störungen der Eltern können eine große Rolle spielen. Psychische Erkrankungen der Mütter, v.a. die Wochenbettdepressionen und Angststörungen können die mütterliche Wahrnehmung des Kindes beeinträchtigen; ständiges Kontrollieren der Nahrungsmengen führt in der Regel eher zu weiterer Verunsicherung der Eltern und Verschlechterung des Essverhaltens des Kindes.

Auch bei zunächst harmlosen Fütterproblemen können so Teufelskreise entstehen, die schließlich zu einem Verlust der kindlichen Selbstregulation und Selbststeuerung von Hunger und Sättigung führen. Häufige Mahlzeiten ohne klares Ende, Füttern mit Ablenkung, beim Herumtragen, später mit ständig wechselnden Spielsachen, Füttern im Halbschlaf, ständig neuen Geschmäckern oder ein einseitiges, nicht altersentsprechendes Nahrungsangebot ist der Versuch, die Abwehr des Kindes zu umgehen. Aus Hilflosigkeit entsteht Druck in der Füttersituation, aus der auch Zwang und Misshandlung folgen kann. Häufig erschließt sich erst beim Beobachten der Füttersituation die Problematik. Der Blick der Eltern liegt auf der Menge, die das Kind getrunken oder gegessen hat, nicht auf dem Kind und der Frage, welche Signale das Kind zeigt. Meist wehrt das Baby den Druck und Zwang beim Füttern ab, nicht den Geschmack oder die Konsistenz der Nahrung (Abb. 1).

Diagnostik

In der diagnostischen Einschätzung einer Schrei- oder Fütterstörung müssen, ebenso wie im therapeutischen Ansatz, ein integratives Konzept verfolgt werden. Neben den kindlichen Ursachen müssen auch die elterlichen Einflussfaktoren mitberücksichtigt werden, schließlich auch die Eltern-Kind-Beziehungsdynamik.

In der somatischen Untersuchung wird auch die Mundmotorik und Saug-/Schluckkoordination mit berücksichtigt. Vor allem bei Vorliegen einer Gedeihstörung müssen organische Ursachen ausgeschlossen werden. 24h-Protokolle über mehrere Tage mit Schlafenszeiten, Fütterzeiten, Zeiten vermehrter Unruhe und Schreien, geben einen Einblick über Tagesrhythmus und Zeiten größter Belastung. Ausführliche Nahrungsproto-

kolle geben Aufschluss über die Häufigkeit und Arten der Mahlzeiten, auch welche Mahlzeiten oder Nahrungsmittel besonders schwierig sind, oder zu nächtlichen Mahlzeiten, die häufig von den Eltern nicht als Mahlzeiten wahrgenommen werden. Anamnestisch werden neben der Vorgeschichte des Kindes auch elterliche Essstörungen und elterliche Vorstellungen zur Ernährung des Kindes erfragt sowie auch psychosoziale Belastungsfaktoren. Schließlich erfolgt die möglichst mit Videoaufnahme beobachtete Füttersituation, die die Dynamik deutlich macht aus kindlicher Abwehr und elterlichem Füttern mit Ablenkung oder Druck und Zwang. Einen Einblick in die Eltern-Kind-Beziehung können unbelastete Situationen geben, z.B. eine Spielsituation oder entspannte Wickelsituation: Besteht Blickkontakt zwischen Eltern und Kind, können sich die Eltern von den Signalen des Kindes leiten lassen, zeigt das Kind Rückversicherungsblicke, können sich die Eltern intuitiv und feinfühlig auf ihr Kind einlassen?

Beratung und Therapie

Auf kindlicher Seite ist die Behandlung einer eventuell vorliegenden organischen Ursache vorrangig, auch ggf. mundmotorische Behandlung bei Saug- und Trinkschwäche (z.B. Orofaziale Regulationstherapie nach Castillo-Morales®). Bei 5–10 Prozent der exzessiv schreienden Säuglinge führt eine Umstellung auf eine kuhmilchfreie Ernährung (strenge Diät der stillenden Mutter bzw. Hydrolysatnahrung) zu einer Besserung der Schrei- und Fütterproblematik. Ein bedeutsamer gastroösophagealer Reflux sollte ausgeschlossen werden.

Es ist eine altersentsprechende Ernährung anzustreben, wie von der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. empfohlen. Eine ausführliche Ernährungsberatung mit Berücksichtigung der individuellen kindlichen Bedürfnisse, z.B. bzgl. Nahrungsmengen ist meist erforderlich. Nächtliches Füttern zur Beruhigung oder als Einschlafhilfe sollte reduziert und abgebaut werden, damit das Kind am Tag auch Hunger und Appetit entwickeln kann. Die Mahlzeitendauer sollte jenseits des dritten Lebensmonats auf max. 30 Minuten begrenzt werden (Abb. 2).

Reizreduktion und Etablierung eines Tagesrhythmus mit regelmäßigen und ausreichenden Schlafenszeiten führen zu einer Verbesserung der kindlichen Verhaltensregulation. Hierzu können Veränderungen in 24h-Protokollen gut dokumentiert werden. Die Aufmerksamkeit des Säuglings ist vor allem nach dem Aufwachen hoch und kann für eine Verbesserung der Nahrungsaufnahme genutzt werden, ebenso sollte auch Reizabschirmung und Füttern in einem ruhigen Raum angestrebt werden. Hunger- und Sättigungssignale müssen beachtet werden, Druck und Zwang müssen unbedingt vermieden werden, d.h. die Mahlzeit beenden, sobald das Kind abwehrt. In Umstellungsphasen, z.B. Abbau von vielen nächtlichen Mahlzeiten, sind engmaschige kinderärztliche Untersuchungen und Gewichtskontrollen notwendig.

Hunger und Sättigungssignale zu erkennen, ist für manche Eltern sehr schwer; sie brauchen darin eine wert-

Auf kindliche Signale achten

Nahrungsaufnahme über Appetit steuern

- Kindliche Signale beachten
- Mahlzeit beenden, wenn Kind abwehrt
- Mahlzeit beenden, wenn Kind einschläft
- Feste Mahlzeiten
- Begrenzte Mahlzeitendauer
- Nie mit Druck/Zwang füttern
- Selbstständiges Mitessen (Ende 1. Lebensjahr)
- Nächtliche Mahlzeiten reduzieren

Kindliche Selbstregulation beim Füttern/Essen

Abb. 2: Therapie bei Fütterproblemen im ersten Lebensjahr

schätzende Unterstützung und Anleitung. Um aus den Teufelskreisen herauszukommen brauchen sie wieder Sicherheit im Umgang mit ihrem Baby, Vertrauen in die kindliche Selbstregulationsfähigkeit und Rückhalt durch ein unterstützendes Umfeld. Je nach Schwere der Symptomatik und bei ausbleibender Besserung ist eine therapeutische Beratung und Begleitung in einer Spezialambulanz notwendig. In der Eltern-Kleinkind-Therapie können psychodynamisch wirksame Themen aus der eigenen Vorgeschichte der Eltern und gemeinsamen Geschichte mit dem Baby (v.a. nach Frühgeburt oder schwerer Erkrankung des Kindes) bearbeitet werden. Eine stationäre Behandlung ist indiziert bei Gefährdung des Kindes durch unzureichende Nahrungsaufnahme, unzureichende Gewichtszunahme oder Gewichtsabnahme und bei fortbestehender Zwangsfütterung.

Ziel ist, dass der Säugling in der Füttersituation wieder Selbststeuerung und Selbstwirksamkeit erleben kann und die Mahlzeiten für Kind und Eltern wieder genussvoll und schön erlebt werden können.

Literatur bei der Verfasserin

Interessenkonflikt: Die Autorin erhielt ein Vortragshonorar der Firma Hipp.

Dr. med. Margret Ziegler
Kinder- und Jugendärztin,
Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutin
Kbo-Kinderzentrum München
Heiglhofstraße 63
81377 München
Tel.: 089/71009330
E-Mail: Margret.Ziegler@kbo.de

Red.: Riedel

Highlights aus Bad Orb ●●●

Neues von den Prä-, Pro- und Synbiotika



Dr. Martin Claßen

Die Bedeutung des intestinalen Microbioms

Die Kolonisation des Gastrointestinaltraktes mit Bakterien spielt nicht nur für die eigentliche Verdauungsfunktion eine wichtige Rolle. Sie trägt zudem zur Prägnung und Reifung des Immunsystems im Säuglingsalter entscheidend bei, zumal die größte Zahl immunologisch aktiver Zellen des Körpers sich im Mukosa-assoziierten Immunsystem des Darms aufhält. Es gibt im Darm des Menschen etwa 1200 Bakterienspezies, die zu 70–80% nicht zu kultivieren sind und nur durch moderne genetische Untersuchungsverfahren nachgewiesen werden können. Das Bakteriengenom hat zusammen 150x mehr Gene als das menschliche Genom.

Theoretische Überlegungen, aber auch Studienergebnisse sprechen dafür, dass die bakterielle Besiedlung des Darms in den ersten Lebenstagen und -wochen das Risiko für Infektionserkrankungen, aber auch für allergische und autoimmune Erkrankungen beeinflussen kann. Neuere Studien gehen sogar davon aus, dass das intestinale Mikrobiom im weiteren Leben auch das Risiko für extraintestinale Erkrankungen wie Adipositas und metabolisches Syndrom, vielleicht sogar Autismus beeinflusst. Insofern fragt man sich, ob man auf die langfristige bakterielle Besiedlung des Gastrointestinaltraktes in den ersten Lebenswochen einwirken kann oder ob man im Verlauf des Lebens die Darmflora zur Prophylaxe oder Therapie von Erkrankungen beeinflussen kann.

Die Besiedlung des Darms des Neugeborenen in den ersten Lebenstagen ist vor allem abhängig vom Geburtsmodus, sodass die Vaginalflora der Mutter bei spontan geborenen Kindern bestimmend ist. Der Darm von Sectio-Kindern besiedelt sich eher mit der Hautflora der Mutter, was wiederum einen Einfluss auf Krankheitsrisiken haben könnte. Der nächste Einfluss kommt von der Nahrung: Muttermilch enthält sowohl probiotisch wirksame Bakterien als auch präbiotische Oligosaccharide, die zusammen eine an Bifidobakterien und Laktobazillen reiche Darmflora beim Kind bewirken. Dieses Ökosystem vermindert das Risiko von Diarrhoe und Allergien bei gestillten Kindern.

Präbiotika und Probiotika in Säuglingsmilchen

Mit der Absicht, diese nichtnutritiven Faktoren der Muttermilch in Formula-Milchen nachzuahmen und damit positive Effekte für die Gesundheit der Kinder zu generieren, werden diese deswegen u. a. mit **Probiotika (lebensfähigen Bakterien)** angereichert. Zudem lässt sich das Wachstum günstiger Darmbakterien durch **nicht resorbierbare Nahrungsbestandteile (vorwiegend Oligosaccharide)** fördern (**Präbiotika**). Andere Hersteller verwenden in Anlehnung an die Muttermilch

sowohl Probiotika als auch Präbiotika – **zusammen werden sie als Synbiotika bezeichnet** (Abb. 1).

Als Probiotika kommen bestimmte Stämme aus den Gattungen Lactobazillus, Bifidobakterium, Streptokokkus, E. Coli sowie bestimmte Hefepilze in Frage, wobei in Säuglingsnahrungen derzeit ausschließlich Laktobazillen oder Bifidobakterien zum Einsatz kommen. Die am meisten verwendeten Präbiotika sind Oligosaccharide, zum Beispiel Galacto-Oligosaccharide, die aus Lactose gewonnen werden, oder Fructo-Oligosaccharide aus pflanzlichen Quellen.

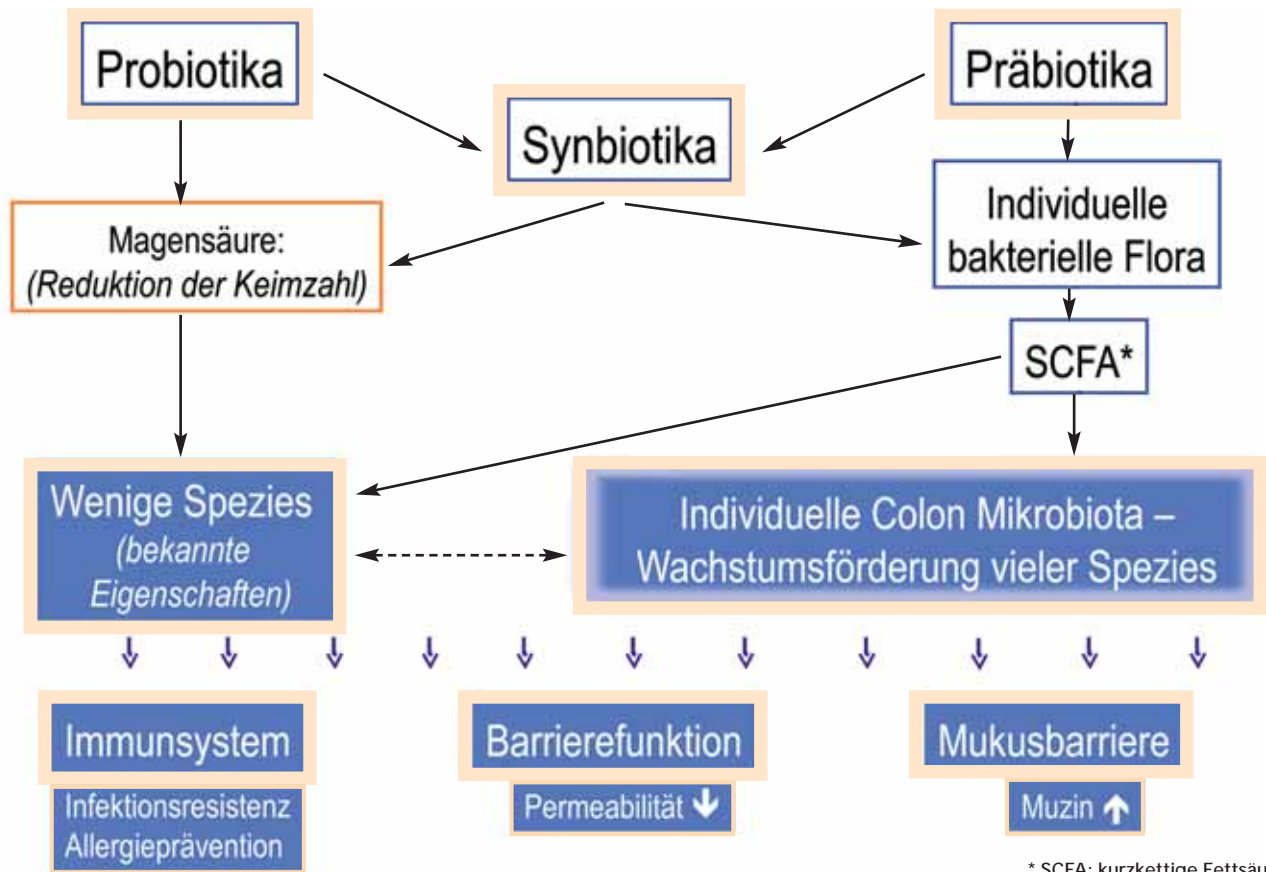
Es liegen neben Stellungnahmen von Fachgesellschaften zu diesem Thema (AAP 2010, ESPGHAN 2011) neuere Studien vor, auf die in der Übersicht besonders eingegangen werden soll.

Sicherheit von Prä-, Pro- und Synbiotika in Milchnahrungen

Die Sicherheit aller Nahrungen muss in Bezug auf ein normales Wachstum, eine normale Entwicklung und das Fehlen adverser Effekte, insbesondere von gastrointestinalen Störungen und Septikämien, begutachtet werden und sollte für den/die jeweiligen Zusatz/Zusätze in einer Studie nachgewiesen worden sein. Diesbezüglich gibt es keine negativen Erkenntnisse in Bezug auf die Sicherheit der Nahrungen; auch ist die Entwicklung von Länge, Gewicht und Kopfumfang gegenüber den Standardnahrungen nicht nachteilig – allerdings können derzeit auch keine positiven Effekte auf diese Parameter postuliert werden.

Einfluss von Prä-, Pro- und Synbiotika auf die Mikrobiota des Darms

Der intensivste Kontakt zwischen Probiotika bzw. Synbiotika und mukosalem Immunsystem dürfte sich auf der Ebene des Dünndarms abspielen, denn dort sind die Oberfläche und die Zahlen der immunkompetenten Zellen am größten. Leider gibt es über die Interaktionen an dieser Stelle aus methodischen Gründen nur wenig Daten. Für den Dickdarm hingegen sind Einflüsse der Supplemente auf die Mikrobiota-Zusammensetzung und den fäkalen pH gesichert: Präbiotika fördern das Wachstum einer Bifidusflora. Dies kann auch durch Zugabe von Bifidobakterium longum erreicht werden. Insgesamt gleicht die Mikrobiota-Zusammensetzung von Kindern, die mit supplementierten Nahrungen gefüttert werden, mehr der von gestillten Kindern als der Formulaernährter. Bei Frühgeborenen führten Synbiotika-Kombinationen zu der gleichen Gewichtszunahme wie die Standardnahrung, aber zu einer Vermehrung von Bifidobakterien im Stuhl ohne erkennbare adverse Effekte.



* SCFA: kurzkettige Fettsäuren

Abb. 1: Beeinflussung der intestinalen Funktionen durch Präbiotika, Probiotika und Synbiotika.

Prävention von Nekrotisierender Enterokolitis und Sepsis durch Probiotika

Eine große Zahl von Studien beschäftigt sich mit der Prävention der Nekrotisierenden Enterokolitis (NEC) durch verschiedene Probiotika, alleine und in Kombination. Auch wenn drei aktuelle Metaanalysen zu leicht divergierenden Empfehlungen kommen, so spricht immer mehr Evidenz für den Einsatz von Probiotika bei diesen Patienten, auch weil eine zusätzliche brasilianische Studie bei muttermilchernährten Kindern und Zusatz von *Lactobazillus casei* und *Bifidobacterium breve* sowohl eine Reduktion der NEC-Rate als auch einen schnelleren Nahrungsaufbau in der supplementierten Gruppe zeigte. Allerdings müssen die optimale Kombination von Keimen und die optimale Dosis noch weiter untersucht werden. Darüber hinaus könnte auch die Inzidenz der Sepsis und die Mortalität beeinflusst werden. Viele Zentren setzen bereits Probiotika bei Frühgeborenen ein, was auch durch den schwierigen Verlauf der NEC bei kleinen Frühgeborenen motiviert ist. Eine andere Studie aus der Türkei wies bei Kindern < 1500 g eine Reduktion der Pilzbesiedlungen von Haut und Darm sowie weniger Septikämien bei Gabe von *Saccharomyces boulardii* im Vergleich zu einer Nystatinprophylaxe nach.

Prävention und Therapie von Allergien und atopischer Dermatitis

In der Therapie der allergischen Colitis des Säuglings wurde eine extensive Hydrolysatformulierung mit und ohne

Lactobacillus GG-Zugabe verglichen. Hier war in der LGG-Gruppe häufiger das Blut im Stuhl verschwunden und das fäkale Calprotectin ging stärker zurück.

In einer Risikogruppe mit atopischer Belastung in der Familie konnte durch eine Zugabe von *Bifidobacterium longum* und *Lactobazillus rhamnosus* in den ersten sechs Lebensmonaten kein präventiver Effekt auf atopische Erkrankungen beobachtet werden.

Hingegen verminderte sich das Risiko der Entwicklung von Asthma-Symptomen bei Kindern mit atopischer Dermatitis in einer niederländischen prospektiven Studie mit Synbiotika (*Bifidobacterium breve* plus Präbiotika in einer Hydrolysatnahrung). Therapeutische Effekte bei Kindern mit manifester atopischer Dermatitis konnte die gleiche Arbeitsgruppe zunächst nicht nachweisen, allerdings einen Rückgang des SCORAD-Index bei einer Untergruppe von Kindern mit IgE-Assoziation der Dermatitis. Eine multizentrische europäische Studie wies bei Nichttrisikokindern ein geringeres Risiko einer atopischen Dermatitis nach, sowohl in der Muttermilch-Gruppe als auch der Präbiotika-supplementierten Gruppe gegenüber den Kindern, die Standard-Formulierung erhielten.

Prävention von Gastroenteritis und extraintestinalen Infekten

Mehrere Studien wiesen eine Verminderung von gastrointestinalen Infektionen nach: Zwei spanische Studien mit *Lactobazillus fermentum* – eine bei Kindern zwi-

schen einem und sechs Monaten, eine andere zwischen sechs und zwölf Monaten mit dem gleichen Probiotikum plus Galaktooligosacchariden (Synbiotika) – konnten eine signifikante Reduktion von gastrointestinalen Infekten nachweisen, in der zweiten Gruppe auch von Atemwegsinfekten. Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine französische Beobachtungsstudie mit Synbiotika an 771 Kindern. Hingegen konnte eine polnische Studie zur Prävention der nosokomialen Diarrhoe mit *Lactobazillus reuteri* DSM 17938 keine Effekte nachweisen. Erstaunlich bei dieser Studie ist die sehr hohe Rate nosokomialer Gastroenteritiden von über 30% innerhalb von 72 Stunden nach Aufnahme.

Außerhalb von Kliniken konnte durch eine mit *Bifidobacterium lactis* und präbiotischen Oligosacchariden angereicherte Milch im ersten Lebensjahr bei indischen Kindern im Vergleich zur Gruppe mit ungesüßter Milch eine Verminderung der Dysenterie-Episoden um 21%, der Pneumonien um 24% und der Atemwegsinfekte um 35% erreicht werden. Allerdings sind diese Ergebnisse nicht auf Europa direkt übertragbar.

Sonstige Indikationen:

Koliken und Obstipation

Eine Studie mit der Gabe von *Lactobazillus reuteri* bei gestillten Kindern mit Koliken führte zu einer signifikanten Reduktion des Schreiens gegenüber Placebo. Präbiotika reduzierten in einer belgischen Studie die Stuhlkonsistenz und erhöhten die Frequenz der Stuhlentleerungen bei Säuglingen. Eine Gabe von Probiotika während der aktiven Impfung gegen virale Erkrankungen behinderte den Impferfolg nicht, mit einem Trend zur Verbesserung der Serokonversionsraten.

Fazit und Perspektive

Die Zahl von Studien zu Prä-, Pro- und Synbiotika im Säuglings- und Kleinkindalter steigt kontinuierlich weiter an. Gegenüber den Reviews aus 2010 und 2011 gibt es zusätzliche Argumente für die Supplementierung der

Nahrung, um die gesundheitsfördernden (prophylaktischen) Effekte des Goldstandards Muttermilch in ähnlicher Weise zu erreichen. Welche Strategien (Präbiotika versus Probiotika oder die Kombination) und welche Supplemente für welche Indikation sich als überlegen erweisen werden, müssen langfristige Studien in Zukunft zeigen. Darüberhinaus wird für die Zukunft eine differenzierte genetische Charakterisierung der verwendeten Probiotika-Stämme zu erwarten sein.

Für die Therapie von Störungen des Gastrointestinaltraktes wie Koliken und der allergischen Säuglingskolitis sowie die Prophylaxe der nekrotisierenden Enterokolitis scheinen bestimmte Probiotika erfolgversprechend.

Die European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) hat in ihrem Positionspapier zu dem Thema aufgrund der Vielzahl an präbiotischen Substanzen und probiotischen Bakterienstämmen keine allgemeine Empfehlung ausgesprochen. Vielmehr hat sie die Forderung aufgestellt, dass Sicherheit und Nutzen jedes prä-, pro- und synbiotischen Zusatzes in Säuglingsnahrung in klinischen Studien erwiesen sein sollen. Auf diesen Nachweis sollte bei der Beurteilung von Produkten in der Praxis Wert gelegt werden. An der Empfehlung, Muttermilch als beste Säuglingsnahrung zu empfehlen und zu fördern, gibt es keinerlei Abstriche.

Es mehren sich die Hinweise auf die Bedeutung des intestinalen Microbioms für extraintestinale und intestinale Erkrankungen, sodass dieses Thema in Zukunft noch an Bedeutung zunehmen wird.

Literatur beim Verfasser.

Interessenkonflikt: Der Autor gibt an, dass er Vortragshonorare der Firmen Hipp, Infectopharm, Milupa und Nestlé erhalten hat.

Dr. Martin Claßen
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Klinikum Links der Weser
Senator-Weßling-Str. 1
28277 Bremen

Red.: Christen

Einwöchiger gestillter Säugling mit TBC-infizierter Mutter

CONSILIUM
INFECTORUM

Dr. med. Cornelia
Feiterna-Sperling

Frage:

Ich betreue einen eine Woche alten Säugling mit folgender Anamnese: Die Mutter des kleinen Patienten hatte in der Schwangerschaft wiederholten Kontakt (Fußballtrainer, Freund der Familie) zu einem Patienten, bei dem Ende Januar eine offene TBC mit *Mycobacterium causes* festgestellt wurde. Im Rahmen der Umgebungsuntersuchung wurde bei der Mutter – als einzige, alle anderen Kontaktpersonen incl. Familie des Indexpatienten wurden unauffällig getestet – eine Tuberkulosekonversion festgestellt. Bei der Mutter war der GT10 1994 negativ, jetzt TB-Interferon Gamma 1,76 I.U./ml (cut-off 0,35); Mitogen-Kontrolle > 10 (cut-off 0,5). Über den Zeitpunkt der Konversion kann natürlich keine Aussage getroffen werden. Die Röntgenaufnahme der Mutter war unauffällig, ebenso die Klinik, also keine offene TBC. Die Mutter wird seit der Geburt mit Isozid 300 Comp behandelt für 9 Monate und stillt voll.

- Darf unter dieser Medikation voll gestillt werden? Wenn ja, müssen bei dem Säugling Blutentnahmen zur Kontrolle der Leberwerte durchgeführt werden? Muss der Säugling mit Pyridoxin substituiert werden zur Vermeidung neurologischer Komplikationen?
- Das DGPI-Handbuch schreibt eine INH-Chemoprophylaxe für 3 Monate bei dem Säugling nur vor, wenn die Mutter an einer offenen Tuberkulose leidet. Wie sind die Empfehlungen in diesem Fall?
- Muss bei dem Säugling ein Intracutantest durchgeführt werden, wenn ja, zu welchem Zeitpunkt?

Antwort:

Bei der Mutter des Neugeborenen ist in der Befundkonstellation von einer latenten Tuberkuloseinfektion auszugehen. Unter der präventiven Chemotherapie mit Isoniazid (+ Pyridoxin) kann der Säugling voll gestillt werden. Isoniazid wird nur in geringen Konzentrationen über die Muttermilch ausgeschieden, sodass bei dem Säugling auch nur ein geringes Risiko für Toxizitäten zu erwarten ist. Gestillte Säuglinge INH-behandelter Mütter erhalten geschätzt nicht mehr als 20 % der für diese Altersgruppe therapeutischen INH-Dosis über die Muttermilch (Snider and Powell 1984). Von daher ist es nicht

erforderlich, bei dem Säugling routinemäßig Kontrollen von Leberwerten durchzuführen.

In der Schwangerschaft und Stillzeit wird generell empfohlen, Isoniazid in Kombination mit Pyridoxin zu verwenden (Schaberg et al. 2012). Empfehlungen bzgl. einer zusätzlichen Substitution von Pyridoxin, das ebenfalls über die Muttermilch ausgeschieden wird, für gestillte Säuglinge sind national und international nicht einheitlich. In den Therapieempfehlungen des *Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose* (DZK) wird die Pyridoxin-Supplementation für INH-therapierte Kleinkinder und dystrophe Kinder (10–15 mg/d) empfohlen, aber nicht explizit erwähnt, wie mit gestillten Säuglingen zu verfahren ist, die INH in nur subtherapeutischer Konzentration erhalten. Die US-Empfehlungen schlagen dagegen eine Pyridoxin-Supplementation generell nicht nur der stillenden Mutter, sondern auch des gestillten Säuglings vor.

Eine INH-Prophylaxe (+ Pyridoxin) in therapeutischer Dosis für Neugeborene bzw. Säuglinge ist indiziert, wenn ein Risiko der TB-Infektion über eine Erreger-Exposition bestehen sollte. Dies ist in dem Fall nicht gegeben, so lange bei der Mutter nur eine latente Tuberkuloseinfektion vorliegt.

Die Durchführung eines Tuberkulinhauttests ist aus diesem Grund auch nicht zwingend erforderlich. Falls der Wunsch nach einer Testung bestehen sollte, dann wäre dies im Alter von 3 Monaten sinnvoll.

Literatur:

1. Schaberg T, et al. Empfehlungen zur Therapie, Chemoprävention und Chemoprophylaxe der Tuberkulose im Erwachsenen- und Kindesalter. *Pneumologie* 2012; 66:133-171
2. Snider DE, Powell KE. Should women taking antituberculosis drugs breast-feed? *Arch Intern Med.* 1984; 144(3):589
3. American Thoracic Society. Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection. *MMWR Recomm Rep.* 2000; 49(RR-6):1

Dr. med. Cornelia Feiterna-Sperling
Klinik für Pädiatrie m.S. Pneumologie und Immunologie
Charité
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

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

Welche Diagnose wird gestellt?

Marie Coen und Cornelius Heinze

Anamnese

Mattis erkrankt mit 21 Monaten an einer typischen Hand-Fuß-Mund-Krankheit – zur selben Zeit wie sein gleichaltriger Freund. Zwei Monate später fällt bei beiden Jungen auf, dass Zehen- und Fingernägel sich aus dem Nagelbett lösen (siehe Abbildung). Kein Nageltrauma, keine Paronychie, Medikamentenanamnese leer.

Befund

23 Monate alter Junge in unbeeinträchtigtem AZ. Großflächig und offenbar schmerzfrei sich ablösende Nägel an fünf Zehennägeln und dem rechten Ringfinger. Keine lokalen oder systemischen Infektzeichen. Kein Exanthem mehr. Kleinere Ekzemregionen an Stamm und Extremitäten, sonst unauffälliger Hautbefund.



Abb. 1: Komplette Lösung der Großzehennägel sowie einiger weiterer Zehennägel

Welche Diagnose wird gestellt?

(Auflösung siehe S. 485)

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Kinder- und Jugendkrankenhaus 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. Peter 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. Christoph Kupferschmid, Olgastr. 87, 89073 Ulm, Tel. (0731) 23044, E-Mail: Ch.Kupferschmid@t-online.de

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

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

Druckauflage 12.700

lt. IVW II/2013

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



LA-MED

Redaktionsausschuss: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, Dr. Christoph Kupferschmid, Ulm, Regine Hauch, Düsseldorf, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, Christel Schierbaum, Köln, und zwei weitere Beisitzer.

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. (04 51) 70 31-01 –

Anzeigen: Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com

– **Redaktionsassistentz:** Christiane Daub-Gaskow, Tel. (0201) 8130-104, Fax (02 01) 8130-105,

E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Druck:** Schmidt-Römhild, Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 46 vom 1. Oktober 2012

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

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

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

© 2013. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Diagnose: Onychomadese infolge einer Hand-Fuß-Mund-Krankheit

Die virusinduzierte Onychomadese (syn. Onycholyse, Nagelausfall) ist eine mehrfach beschriebene, aber eher seltene Komplikation der Hand-Fuß-Mund-Krankheit, die durch Enteroviren ausgelöst wird.

Verschiedene Vertreter der Gattung Enterovirus wurden bei Patienten mit Onychomadese isoliert, meist Coxsackieviren des Typs A6. In Studien aus den USA, Spanien und Finnland wird endemisches Auftreten der Hand-Fuß-Mund-Krankheit mit konsekutiver Onychomadese be-

schrieben. Pathophysiologisch liegt eine temporäre Wachstumsstörung der Nägel durch Schädigung der Nagelmatrix vor. Der genaue Pathomechanismus ist unklar.

Die Störung der Nagelmatrix führt zu Auffälligkeiten der Nägel, die nach drei bis acht Wochen in Form von Beau-Linien (Querrillen) oder Nagelablösung sichtbar werden.

Die Prognose ist günstig. Innerhalb von ein bis vier Monaten wachsen die betroffenen Nägel nach, es kommt zur Restitutio ad integrum.

Literaturangaben

Clementz GC, Mancini AJ. Nail matrix arrest following hand-foot-mouth disease: a report of five children. *Pediatr Dermatol* 2000; 17:7-1.

Guimbao J et al. Onychomadesis outbreak linked to hand, foot, and mouth disease, Spain, July 2008. *Eurosurveillance* 2010; 15: 1-5.

Drs. Marie Coen und Cornelius Heinze
Pestalozzistr. 15
22305 Hamburg

Red.: Höger

● Pädiindex

Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Fetale Mortalität nach pandemischer Influenza-virus-Infektion oder -Impfung

Risk of Fetal Death after Pandemic Influenza Virus Infection or Vaccination

Håberg SE, Trogstad L, Gunnes N, et al. *N Engl J Med*; 368:333-40, 2013

Während der Influenza H1N1 Pandemie 2009 bestand für Schwangere ein erhöhtes Risiko, schwer zu erkranken. Zusätzlich wurde die Impfstoff-Sicherheit für Schwangere infrage gestellt, da es einzelne Berichte über fetale Todesfälle im Zusammenhang mit der Influenza-Impfung gab.

Die norwegischen Autoren überprüften die Sicherheit der Grippe-Impfung für Schwangere, in dem sie die Daten des norwegischen Nationalen Bevölkerungs-Registers, des Überwachungssystems für übertragbare Krankheiten, des norwegischen medizinischen Geburten-Registers und des Gesundheits-Direktorat (für die Kostenerstattungs-Daten) analysierten. Die Zahl der Krankenhausaufnahmen schwangerer Frauen während der Pandemie wurden dem norwegischen Patienten-Register entnommen. Erfasst wurden die medizinischen Konsultations-Daten zur Bestimmung der Influenza-Diagnose, des Impfstatus, des Schwangerschafts-Ausgangs und zur Erfassung von Hintergrund-Informationen vor, während und nach der Pandemie. Das Risiko für fetalen Tod, abhängig vom Gestationstag als Zeitmaß, des Impfstatus und der Pandemie-Exposition als zeitabhängige Expositions-Variable wurde unter Verwendung eines Cox-Regressions-Modell errechnet.

Das Impf-Register lieferte Informationen über Pandemie-Impfstoffe gegen den A(H1N1)-Stamm mit (Pandemrix, Glaxo SmithKline) und ohne Adjuvans (Celvapan).

Von 1.153.738 Frauen und Mädchen im Alter zwischen 13 und 49 Jahren, die 2009 in Norwegen lebten, haben 2009–2010 117.026 ein Kind geboren. 25.976 Kinder wurden nach einer Grippe-Impfung ihrer Mütter während der Schwangerschaft geboren. 84 fetale Todesfälle wurden bei geimpften Schwangeren dokumentiert, 414 bei 87.335 ungeimpften Schwangeren. Bei 2.278 Schwangeren mit einer klinischen Influenza-Diagnose kam es zu 16 fetalen To-

desfällen, bei 516 mit einer laborbestätigten A(H1N1)pdm09 Stamm Infektion kam es zu 5 fetalen Todesfällen (zu wenig für eine Risiko-Abschätzung). Die fetale Mortalität betrug 4.9 Todesfälle/1000 Geburten. Während der Pandemie wurden 54 % der Schwangeren im zweiten bis dritten Trimester gegen Grippe geimpft. Die Impfung während der Schwangerschaft reduzierte das substantielle Risiko einer Influenza-Diagnose für die Schwangeren (angepasste Hazard Ratio 0.30; 95% Konfidenz-Intervall [CI] 0.25 - 0.34). Schwangere mit einer klinischen Influenza-Diagnose hatten ein erhöhtes Risiko für einen fetalen Tod (angepasste Hazard Ratio 1.91; 95% CI 1.07 - 3.41). Das Risiko eines fetalen Todes wurde durch die Grippe-Impfung in der Schwangerschaft – nicht signifikant – reduziert (angepasste Hazard Ratio 0.88; 95% CI 0.66 - 1.17).

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Influenza-Infektion in der Schwangerschaft mit einem erhöhten fetalen Todesrisiko verbunden ist. Durch eine Grippe-Impfung der Schwangeren konnte die Influenza-Diagnose der Schwangeren reduziert werden. Die Impfung führte zu keinem erhöhten Risiko für einen fetalen Tod und hat möglicherweise das Risiko eines Influenza-bedingten fetalen Todes während der Pandemie vermindert.

Kommentar

Die sehr komplexe retrospektive nationale Studie wurde sorgfältig durchgeführt. Sie besitzt jedoch das Risiko von aus verschiedenen Quellen erfassten Daten. Sie konnte wegen der zu kleinen Zahl der Betroffenen letztlich keinen signifikanten Nutzens der Impfung für das Überleben der Feten nachweisen. Dagegen konnte die akute Verträglichkeit der beiden Impfstoffe mit und ohne Adjuvans bestätigt werden. Offen bleiben der Langzeitnutzen und die nicht-tödlichen Risiken der Influenza und der Impfstoffe für die nach der Impfung Geborenen. Die Unbedenklichkeit der beiden zur Grippe-Impfung benutzten Präparate im 2.–3. Schwangerschafts-Trimester wird durch die erhobenen Daten unterstützt. (Helmut Helwig, Freiburg)

Praktische Neuigkeiten zum Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel

Clinical Spectrum and severity of hemolytic anaemia in glucose 6-phosphate dehydrogenase-deficient children receiving dapsone

Pamba A et al., *Blood*, 15: 4123-4133, November 2012

Der Glucose-6-Phosphat Dehydrogenase (G6PD)-Mangel (ein Defekt des Pentosephosphatzyklus) ist weltweit der häufigste Enzymdefekt. Er verursacht in der Regel passagere hämolytische Krisen, die durch oxydierende Nahrungsmittel oder Medikamente ausgelöst werden. Im Neugeborenenalter manifestiert sich der G6PD-Mangel häufig mit einem Ikterus gravis ohne schwere Hämolyse. Selten gibt es Varianten der G6PD mit sehr niedriger Restaktivität, die ohne besondere Exposition eine chronische hämolytische Anämie verursachen. Obwohl medikamenteninduzierte hämolytische Anämien zur Entdeckung des G6PD-Mangels führten, gab es bisher nur vereinzelte Fallberichte.

Das Ziel der Studie von Pamba et al. ist, in einer größeren Studie einen Zusammenhang zwischen hämolytischen Krisen und dem Antimalariapreparat Dapson herzustellen (4,4'-Diaminodiphenylsulfon). Dazu wurden 319 afrikanische Jungen und Mädchen mit G6PD-Mangel vom Typ A- unter Dapsontherapie untersucht (95 hemizygoten Jungen, 24 homozygote und 200 heterozygote Mädchen). Die von der Verteilung des G6PD-Mangels gleiche Kontrollgruppe hingegen erhielt Artemether-Lumefantrine.

Der G6PD-Mangel vom Typ A- ist verhältnismäßig häufig bei Patienten aus Malaria-Gebieten Afrikas. Dies lässt sich dadurch erklären, dass defiziente Patienten besser vor einer schweren Malaria geschützt sind. Es zeigte sich, dass die maximale Verringerung des Hämoglobins unter Dapson deutlich erhöht war gegenüber der Kontrollgruppe (durchschnittlich bei -2,64 g/dl). 10,9% der homozygoten Mädchen und der hemizygoten Jungen benötigten eine Bluttransfusion; nur eines der 200 heterozygoten Mädchen bedurfte einer Transfusion.

Die WHO bezeichneten 1966 die G6PD-Defizienz vom Typ A- als mild. Pamba et al. konnten in ihrer Studie allerdings zeigen, dass auch bei Vorliegen der A-Mutation das Risiko einer schweren hämolytischen Krise besteht, abhängig von der Stärke des Triggers (in diesem Fall Dapson). Auch die Beobachtung, bei Patienten mit dem A-Typ trete kein Favismus auf, konnte damit widerlegt werden.

Die Autoren stellen weiterhin zur Diskussion, ob die Gabe von Dapson bei anderen Varianten des G6PD-Mangels eine noch heftigere Hämolyse auslösen könnte.

Kommentar

Die bisher eher als harmlos angesehene G6PD A-Variante (Restaktivität um 4%) , die bei Schwarzafricanern sehr häufig ist (**Genfrequenz 0,2**), kann nicht länger als so harmlos angesehen werden, da sie nach Gabe von Antimalariamitteln (Dapson) zu schweren hämolytischen Krisen führen kann. Es ist das Verdienst der Autoren, dies zum ersten Mal in einer großen prospektiven Studie nachzuweisen. Dies ist umso wichtiger, da wir bei den Patienten ohne G6PD-Mangel infolge der zunehmenden Malariarésistenz auf Alternativmittel wie Dapson angewiesen sind. Wie zu erwarten, zeigen in der Studie von Pamba et al. nur die hemizygoten Jungen und homozygote Mädchen eine hämolytische Krise nach Dapson-Gabe, während heterozygote Merkmalsträgerinnen eines G6PD-Mangels beim x-chromosomalen Erbgang nicht betroffen sind (>15% Restaktivität).

Therapie des G6PD-Mangels: Die wichtigste Maßnahme ist weiterhin die Vermeidung oxidierender Medikamente und Nahrungsmittel, die eine hämolytische Krise auslösen können. Das wichtigste Kennzeichen ist die Makrohämaturie infolge der intravasalen Hämolyse, die zum Nierenversagen führen kann. Für den niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt ist die plötzlich auftretende Hämaturie (bei G6PD-Mangel und Immunchämolyse) daher das wichtigste Alarmzeichen, das auf einen schweren Blutzerfall hinweist. **Kinder mit plötzlicher Makrohämaturie müssen sofort stationär eingewiesen werden!**

Viele Medikamente, vor allem wichtige Fiebermittel wie Paracetamol können in normaler therapeutischer Dosierung bei Patienten mit G6PD-Mangel, die keine chronische Hämolyse aufweisen, angewandt werden. Daher ist ein generelles Neugeborenen-Screening auf G6PD-Mangel nicht gerechtfertigt, bei dem alle Kinder mit verminderter Aktivität – unabhängig davon, ob sie an

einer chronischen Hämolyse oder periodischen hämolytischen Krisen leiden – erfasst werden. Nach Erfahrung des Autors führt dies unter Umständen dazu, dass Kleinkinder mit leichtem G6PD-Mangel nützliche fiebersenkende Mittel aus Angst vor einer möglichen hämolytischen Krise nicht rechtzeitig und ausreichend erhalten. Eine Ausnahme bilden die sehr seltenen Patienten mit schwerem Enzymdefekt und chronischer hämolytischer Anämie, bei denen auch mit den in der folgenden Übersicht als bedingt einsetzbar gekennzeichneten Medikamenten hämolytische Krisen ausgelöst werden können.

Zur Information sind die Medikamente, bei denen ein Risiko für eine hämolytische Krise bekannt ist, in der unten stehenden Tabelle aufgeführt.

Tab. 1: Medikamente, Chemikalien und Nahrungsmittel, die bei Glukose-6-phosphatdehydrogenase-Mangel eine Hämolyse erzeugen

Acetanilid	Primaquin
Dapson	Sulfanilamid
Dimercaprol	Sulfacetamid
Favabohnen	Sulfadimidin
Glibenclamid	Sulfapyridin
Metamizol	Sulfamethoxazol
Methylenblau	Sulfasalazin
Nailidixinsäure	Sulfoxon
Naphthalin	Thiazolsulfon
Niridazol	Toluidinblau
Nitrofurantoin (Furadantin)	Trinitrotoluol
Pamaquin	Uratoxidase
Phenylhydrazin	

Tab. 2: Medikamente, die in normaler therapeutischer Dosierung bei Glukose-6-phosphatdehydrogenase-Mangel gegeben werden können (mit Ausnahme des Glucose-6-phosphatdehydrogenasemangels mit chronischer, nichtsphärozytärer hämolytischer Anämie)

Azetylsalicylsäure	Phenylbutazon
Amidopyrin	Phenytol
Antazolol	Probenecid
Antipyrin	Procainamidhydrochlorid
Ascorbinsäure	Proguanil
Chinidin	Pyrimethamin
Chinin	Streptomycin
Chloramphenicol	Sulfadiazin
Chloroquin	Sulfaguanidin
Colchicin	Sulfamerazin
Diphenhydramin	Sulfamethoxy-pyridazin
Isoniazid	Sulfisoxazol
L-Dopa	Trihexyphenidyl
Menadiolnatriumbisulfid	Trimethoprim
p-Aminobenzoesäure	Tripelennamin
Paracetamol	Vitamin K Analoga ¹
Phenacetin	

¹ Phytomenadion (Konaktion®) kann zur Vitamin K Prophylaxe bei Neugeborenen gegeben werden.

(Stefan Eber, München)

Maximale Mundöffnung – Normwerte

Maximal Mouth Opening Capacity: Percentiles for Healthy Children 4-17 Years of Age

Muller L, van Waes H, Langerweger C, Molinari L, Saurenmann RK. Pediatric Rheumatology Online Journal 2013; 11 1: 17

Die Bestimmung der maximalen Mundöffnungskapazität (MÖK) ist ein wichtiger Parameter, um eine Beteiligung der Temporomandibulargelenke (TMG) bei verschiedenen Erkrankungen zu beurteilen. Die Autoren ermittelten erstmals alters- und geschlechtsadaptierte Mundöffnungsperzentilen für gesunde Kinder und Jugendliche zwischen 4 und 17 Jahren. Die Messungen an insgesamt fast 21.000 Probanden wurden im Rahmen der jährlich stattfindenden mandatorischen Zahnuntersuchung von Schweizer Schülern erhoben. Der Altersmedian betrug ca. 10 Jahre für beide Geschlechter und der Median der MÖK 45 mm (range 25–69) bei Mädchen und 45 mm (range 25–70) bei Jungen. Man konnte dabei eine mit dem Alter zunehmende Mundöffnungskapazität feststellen, allerdings mit einem breiten Spektrum in den jeweiligen Altersgruppen.

Kommentar

Nachdem eine Beteiligung der TMG bei der juvenilen idiopathischen Arthritis oftmals schwer zu verifizieren ist, können diese Daten zu mehr diagnostischer Sicherheit beitragen, allerdings weniger als Referenzwert für einen Querschnitt-cut-off, sondern vielmehr als longitudinale Bestimmung des Verlaufs der MÖK. Dabei sollte man sich bei der Beurteilung einer TMG-Arthritis nicht ausschließlich auf die MÖK beschränken, sondern insbesondere auch auf anatomische und/oder funktionelle TMG-Asymmetrien achten. Die Integration dieser Daten in die klinische und MR-tomographische Befunderhebung dürfte in Zukunft die Beurteilung einer TMG-Arthritis bei der JIA erleichtern.

(Toni Hospach, Stuttgart)

KINDER-UND JUGENDARZT

im Internet

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

www.kinder-undjugendarzt.de

Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Masernimpfung als Pflicht?



Dr. med.
Christoph
Kupferschmid

Das Jahr 2013 ist ein Masernjahr. Etwa 1200 Fälle wurden dem RKI bis Juli gemeldet, das sind sechsmal soviel wie im ganzen Jahr 2012. In Berlin traten von Januar bis Juli 440 Masernfälle auf, etwa 30-mal so viele wie im gleichen Zeitraum des Vorjahres. In Bayern war bei 515 Fällen die Steigerung ebenfalls erheblich. Nach dem Bericht des Robert Koch Institut (RKI) war fast die Hälfte der Patienten erwachsen. Bei 88 Prozent der erkrankten war keine Masernimpfung dokumentiert.

Diese Häufung von Erkrankungen hat der Diskussion um eine verpflichtende Impfung gegen Masern neue Nahrung gegeben. Die DAK hat im Juli 2013 1000 Bundesbürger hierzu durch Forsa befragt. 79 Prozent sprachen sich dabei für eine Impfpflicht für Kinder aus. Eine Emnid-Umfrage für die Zeitschrift Fokus zur selben Zeit bestätigt diese Zahlen.

BVKJD Präsident Wolfram Hartmann hat in einem offenen Brief die Absicht des Gesundheitsministers Daniel Bahr begrüßt, notfalls auch mit einer verpflichtenden Impfung sicher zu stellen, dass Deutschland 2015 masernfrei wird.

Impfraten ungenügend

Berlin und Bayern sind nach der Erhebung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung vom Juli 2013 auch die Schlusslichter bei der Masernimpfung in Deutschland. Nur 82 Prozent der Zweijährigen in Berlin und 84 Prozent in Bayern haben wenigstens eine Impfung erhalten. Im Bundesdurchschnitt sind es 86 Prozent, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein belegen mit 89 Prozent gemeinsam den Spitzenplatz. Der Abstand ist nicht groß und morgen kann die Epidemie in einem andern Gebiet auftreten, weil in keinem einzigen Bundesland die Durchimpfungsrate ausreichend ist. Um die Krankheit auszurotten werden 95 Prozent für erforderlich gehalten. In Finnland, wo die Masern seit fast 20 Jahren ausgerottet sind, haben mehr als 96 Prozent der Kinder einen serologisch nachgewiesenen Schutz gegen die Krankheit. Dies obwohl in Finnland die zweite Masernimpfung erst mit dem Schulbeginn gegeben wird. Ähnliche Schutzraten werden mit dem gleichen Impfschema auch in anderen skandinavischen Ländern und in vielen Bereichen der USA erreicht. Der ganze amerikanische Kontinent gilt als masernfrei.

Impf- und Aufklärungskampagnen haben Erfolg

Die Wege zur Masernelimination in Skandinavien und in den USA sind jedoch unterschiedlich gewesen. „No shot – no school“ ist das Prinzip der indirekten US-amerikanischen Impfpflicht. Kinder werden in vielen Einrichtungen nur aufgenommen, wenn sie geimpft sind, außer medizinischen Gründe sprechen dagegen. Finnland setzte auf einen anderen Weg.

Dort wurde bereits 1982 eine intensive Aufklärungs- und Impfkampagne gegen Masern begonnen, die nach etwa 10 Jahren zum selben Ergebnis geführt hat. Dies ist der skandinavische Weg. In Schweden kam 2004 eine Befragung der wenigen Eltern ungeimpfter Kinder zu dem Ergebnis, dass sie die Sorge um die Sicherheit der Impfung am stärksten abgehalten habe. Nach einer YouGov-Umfrage im Juli 2013 für die Nachrichtenagentur dpa gibt es in Deutschland noch viele Menschen, die Masern für eine harmlose Kinderkrankheit halten. Beides sind Themen, die in Aufklärungskampagnen besondere Berücksichtigung finden müssten.

Desinformationen sind für den Impfgedanken desaströs. 1998 konnte der britische Arzt Andrew Wakefield in der renommierten Fachzeitschrift „Lancet“ einen Artikel mit der Behauptung publizieren, dass die Masernimpfung Autismus verursachen könne. 2004 wurde bekannt, dass Wakefield von Rechtsanwälten autistischer Kinder 55.000 Pfund für eine gefälschte Studie erhalten hat, die ihre Schadensersatzansprüche unterstützt. Wakefield erhielt 2010 Berufsverbot. Die Impfraten in England und Irland sind nach der Publikation dramatisch gesunken und Großbritannien hatte von März 2012 bis März 2013 mit 2314 Fällen die höchste Masernhäufigkeit in Westeuropa. Deutsche Impfgegner wie die Internetseite „impfschaden.info“ verbreiten die Fälschungen von Wakefield kommentarlos bis heute. Dr. Friedrich Graf vom „Sprangrade Verlag“ sieht in den Impfempfehlungen in erster Linie einen gefährlichen Komplott der Wirtschaft. Er setzt homöopathische Konzepte zur Gesunderhaltung dagegen

und preist das passende Buch aus seiner Feder dazu gleich an. Die Gruppe „Ärzte für individuelle Impfentscheidung“, der viele Kinder- und Jugendärzte angehören, begreift sich nicht als „Impfgegner“. Sie pflegen jedoch die Angst der Eltern vor „bleibender Beeinträchtigung“ und unklaren Langzeitwirkungen auf die menschliche Gesundheit und fordern vor diesem Hintergrund eine „ergebnisoffene Beratung“ der Eltern. Allerdings empfiehlt diese Gruppe die Masernimpfung trotzdem ausdrücklich.

Impfpflicht kostet Wählerstimmen

Bereits 2006 hat die damalige Bundesfamilienministerin Ursula von der Leyen in „Bild am Sonntag“ eine Masernimpfpflicht gefordert. In jenem Jahr waren bis Ende August über 2200 Menschen erkrankt und die Ministerin wollte diese Entwicklung nicht länger hinnehmen. Die Minister haben gewechselt, das Problem hat sich nicht verändert. Die Häufigkeit und regionale Verteilung der Erkrankung schwankten, jährlich erkrankten 600 bis 900 Menschen in Deutschland an Masern. Zwar wurden 2011 in Deutschland über 1600 Fälle gemeldet, man schien aufgrund der niedrigen Zahlen 2012 bis zum diesjährigen Anstieg wieder etwas beruhigt (Tab. 1). So wurde seit dem Appell im Jahre 2006 weder die Impfpflicht in Angriff genommen, noch eine intensive Aufklärungskampagne gestartet.

Die neue Formel heißt: „Impfpflicht notfalls“. Das bedeutet, dass die Impfpflicht ein letztes Mittel ist, wenn andere Maßnahmen nicht zum Ziel führen. Der Bundesgesundheitsminister möchte, wie seine Länderkollegen, den Zwang nicht. Er will die Aufklärung verstärken und den Impf-

Jahr	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Fälle	6037	4656	777	122	781	2308	566	915	571	780	1608	165

Tabelle 1: Masernfälle in Deutschland (RKI)

status nicht erst beim Eintritt in die Schule, sondern schon bei der Aufnahme in die Kindertagesstätten überprüfen lassen. Bei diesem Plan kommt dem öffentlichen Gesundheitsdienst eine Schlüsselrolle zu. Er soll die Impflücken aufspüren und Impfangebote machen. Die Länder sollen das aufsuchende Impfen verstärken. Unterstützt wird Bahr durch Fachminister einiger Bundesländer, Impfen ist in erster Linie Länderangelegenheit. Der Bayerische Gesundheitsminister Marcel Huber möchte die Amtsärzte wieder zu Impfähzten machen. Mehr Geld für den ÖGD und Verträge mit den Krankenkassen sollen dies ermöglichen. Weil die Personaldecke durch die jahrelangen Sparmaßnahmen sehr dünn geworden ist, sollen Rentner und auch niedergelassene Ärzte als Honorarkräfte für den ÖGD gewonnen werden.

Mit der Keule drohen

Viele halten es für problematisch, selbst angesichts der vielen Masernkranken bei Kindern und Erwachsenen „gleich mit der Keule der Impfpflicht zu drohen“, wie die

stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion, Elke Ferner, gegenüber der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung sagte. Sie wollen die Verpflichtung, wie der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach auch gegenüber unserer Zeitschrift betonte, allenfalls dann, wenn sich innerhalb eines Jahres die Impfquote nicht entscheidend bessert. Allerdings warten wir auf diese Verbesserung schon seit vielen Jahren und sie wird wohl nicht von alleine kommen. Für die Grünen wäre Impfpflicht ein „Griff in die Mottenkiste paternalistischer Medizin“. Während in Bayern Sozialministerin Christine Hadert-hauer (CSU) uneingeschränkt für eine Masernimpfpflicht plädierte, gab ihr Ministerpräsident Seehofer die Devise aus „Aufklärung ja aber keine Impfpflicht“.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery, hält die Impfpflicht „aus medizinisch wissenschaftlicher Sicht“ für das „einzig sinnvolle“. Die Vizepräsidentin der KBV, Regina Feldmann, ist sich hier nicht so sicher. Ärzte, der öffentliche Gesundheitsdienst und die

Medien sollten mehr über Impfung und Erkrankung aufklären. Die Tatsache, dass sich die Masern von der Kinder- zur Erwachsenenkrankheit gewandelt haben, muss Anlass sein, den Impfstatus bei diesen genau zu prüfen. Viele kennen vermutlich ihr Risiko nicht.

Impfpflicht ist kein Fremdwort in Deutschland. Die Pocken wurden mit einer Kombination aus Impfpflicht und einem strukturierten öffentlichen Impfprogramm ausgerottet. Die Pflicht galt seit 1875 und endete in der Bundesrepublik 1982. Impfpflicht bestand auch in der DDR. Die verantwortlichen Politiker schrecken heute vor dem Wort „Pflicht“ zurück. Es ist in einer modernen Bürgergesellschaft unmodern geworden, persönliche Freiheiten zugunsten der Allgemeinheit aufzugeben. Solch ein Plan könnte in ähnlicher Weise Wählerstimmen kosten, wie die für eine Geschwindigkeitsbegrenzung auf Autobahnen.

Erfolg und Misserfolg in Europa

Blicken wir ins Europäische Ausland: Die Skandinavischen Aufklärungserfolge sind bekannt. Selbst in den Niederlanden sind die Erkrankungszahlen trotz der explizit impffeindlichen religiösen Gruppen im Süden des Landes niedrig. Italien hat wie Deutschland keine Impfpflicht gegen Masern. Es ist unter den Europäischen Ländern mit Frankreich, Großbritannien, Spanien, Rumänien und auch mit Deutschland ein Masernproblemfall, obwohl die Impfraten landesweit höher liegen als bei uns. Die italienischen Familien werden in Impfzentren eingeladen, die Hausärzte impfen nicht. Der geplante Bayerische Weg hat zumindest in Italien nicht ausreichend funktioniert. Eine Impfpflicht gegen Masern gibt es in Tschechien und in Ungarn, dort sind auch die Erkrankungsraten niedrig. Die Schweiz kennt keine Impfpflicht. Nach einer schweren Epidemie 2011 sind auch im Sommer 2013 die Zahlen wieder alarmierend. Der Schweizer Bundesrat hat eine „nationale Strategie zur Elimination“ verabschiedet, die auf „Information der Bevölkerung, die epidemiologische Überwachung der Krankheit und Maßnahmen zur Bekämpfung von Masernausbrüchen“ setzt, um das Ziel der Masernfreiheit bis 2015 zu erreichen. Der österreichische Gesundheitsminister hat in diesem Jahr einen Nationalen „Aktionsplan Masern-/Röteln-Elimination“ verabschiedet. Dieser Plan bein-



haltet einen umfangreichen und sehr konkreten Katalog von Maßnahmen zur Aufklärung, Sensibilisierung und zur Erfassung von Impfungen. Der französische Plan zur Elimination der Masern stammt aus dem Jahre 2005. Dort werden die Gründe einer Abstinenz von der Impfung genau beleuchtet und Konsequenzen geplant. Die Impffzahlen stagnieren jedoch seit Jahren bei 85 Prozent und entsprechend häufig ist die Erkrankung mit den üblichen jährlichen Schwankungen.

Alles ist besser als der bisherige Weg

Die Zahl der Masernfälle hat sich in den letzten 10 Jahren in Deutschland nicht

wirklich verändert, im Durchschnitt lag sie bei 850. Es gab bessere und schlechtere Jahre. Auch die Impfquoten sind über die Jahre ähnlich geblieben. Die Kinder- und Jugendärzte prüfen seit Jahren die Impfbücher bei allen Vorsorgen, klären auf und beraten die Eltern mit hohem Engagement und auf dem Hintergrund zahlreicher Fortbildungen. Mehr als bisher können sie alleine nicht schaffen. Wenn jetzt eine Veränderung der epidemiologischen Lage erreicht werden soll, dann muss die Initiative eine andere Qualität haben. Sie muss intensiv und auch außerhalb der Arztpraxen vorangetrieben werden. Sie muss weit über das brave Informationsmaterial hinausge-

hen, das zurzeit von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung an interessierte Gruppen auf Anforderung versandt wird. Der BZgA-Etat soll jetzt deswegen auf drei Millionen Euro jährlich erhöht werden. Und die Initiative muss sofort einsetzen. Sonst ist bald der Moment „Impfpflicht notfalls“ erreicht. Ein Beginn ist die Aktion „Schütz dich jetzt“ des bayerischen Gesundheitsministeriums und der Stadt München.

Dr. Christoph Kupferschmid
89073 Ulm
Ch. Kupferschmid@t-online.de

Praxisabgabe-Seminar des BVKJ am 29. und 30.11.2013 in Frankfurt

Die Abgabe der eigenen Praxis ist sicherlich ein wichtiger Lebensabschnitt und für die Vertragsärzte inzwischen eine große Herausforderung. Schmerzlich kann der Prozess der Praxisabgabe verlaufen, wenn dieser nicht langfristig und sorgfältig vorbereitet wurde, soll doch der Ertrag aus der Praxisveräußerung im allgemeinen einen wichtigen Bestandteil der materiellen Absicherung im Alter darstellen.

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

- Nachfolgersuche
- Vertragsverhandlungen
- Steuerliche Aspekte der Praxisveräußerung

- Abschluss des Übernahmevertrages
- Vertragsarztrechtliche Abwicklung der Praxisübergabe
- Vollzug der Praxisübergabe

Referenten

Herr Rechtsanwalt **Dirk Niggehoff**, Justiziar des BVKJ e. V., Fachanwalt für Medizinrecht, Kanzlei Möller & Partner, Düsseldorf;

Herr **Stefan Kallenberg**, Geschäftsführer der KVNO, Bezirksstelle Köln;

Herr **Jürgen Stephan**, Unternehmensberater, SKP Unternehmensberatung, Stephan, Kurtenbach & Partner, Jüchen

Ein besonderes Novum:

Am 30.11.2013 haben Sie während der Pausen die Möglichkeit zum Austausch mit

den jungen Fachärzten, die parallel den Orientierungskongress besuchen. Wir stellen Ihnen gerne einen Tisch zur Auslage von Informationsmaterial zur Verfügung. Bitte melden Sie sich diesbezüglich in der Geschäftsstelle.

Die **Teilnahmegebühr** beträgt € 420,00 (€ 600,00 für Nichtmitglieder des BVKJ) und beinhaltet die Verpflegung im Tagungshotel.

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

Ausführliche Informationen:
<http://kongress.bvkj.de>

Christel Schierbaum,
Geschäftsführerin des BVKJ

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

per Telefax (02 21) 68 32 04

Praxisabgabeseminar des BVKJ am 29./30.11.2013 in Frankfurt am Main

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme am Praxisabgabeseminar an.
Die Teilnahmegebühr von € 420,- (€ 600,- für Nichtmitglieder) überweise ich nach Erhalt der Rechnung.

Name _____

Anschrift _____

Unterschrift / Stempel _____

Ich nehme am Austausch mit den jungen Fachärzten teil nicht teil

Ich benötige einen Tisch zur Auslage von Informationsmaterial.

Pflichtimpfung zum neuen Kindergarten- und Schuljahr

Mit Blick auf das neue Schuljahr und die wachsende Zahl der Kinder in frühkindlicher Betreuung fordert die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V., einen altersentsprechend vollständigen Impfschutz gemäß STIKO-Empfehlungen zur verpflichtenden Voraussetzung für den Besuch von Schulen, Kindergärten und Kinderkrippen zu machen. Ungeimpfte oder nicht nach Impfkalender geimpfte Kinder setzen sich in Gemeinschaftseinrichtungen nicht nur selbst einem Infektionsrisiko aus, sondern gefährden auch andere Kinder und speziell Kleinkinder.

Das vergangene Schuljahr hat deutlich gezeigt, dass bedrohliche Infektionskrankheiten, die in Deutschland jahrelang kein großes Thema mehr waren, zurückkommen können, wenn Kinder nicht konsequent dagegen geimpft werden. Dies trifft besonders auf die Masern zu, die akut oder als Spätfolge eine lebensbedrohliche Entzündung des Gehirns verursachen kann. Gleich in mehreren Bundesländern kam es in der ersten Jahreshälfte 2013 zu Masernausbrüchen. In Nordrhein-Westfalen musste deswegen im Frühsommer sogar eine Schule zeitweise geschlossen werden. Insgesamt erkrankten in Deutschland im Jahr 2013 laut SurvStat-Daten des RKI bis einschließlich Juli schon 1.235 Personen an Masern. Im ganzen Jahr 2012 waren es nur 166.

Krippenkinder sind besonders gefährdet

„Wenn sich an den suboptimalen Impfquoten in Deutschland nichts ändert, wird dieser Trend im neuen Schuljahr anhalten“, warnt Professor Dr. Ulrich Heininger, Sprecher der Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der DAKJ und Mitglied der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Durch den seit Anfang August 2013 geltenden Rechtsanspruch auf einen Krippenplatz steigt zudem die Zahl der Kinder in frühkindlichen Betreuungseinrichtungen. Das erhöht die Wahrscheinlichkeit von Masernausbrüchen zusätzlich, denn der unvermeidbar enge Kontakt der Kinder in

diesen Einrichtungen begünstigt die Übertragung von Infektionserregern.

„Gerade Krippenkinder sind besonders gefährdet“, so Heininger. Aus immunologischen Gründen können Lebendimpfstoffe wie der Masern-Impfstoff in den ersten Lebensmonaten noch nicht verimpft werden. „Wenn nun ältere Kinder eine Maserninfektion in die Kindertagesstätte einschleppen, besteht die Gefahr einer Übertragung auf die noch ungeimpften beziehungsweise noch unvollständig geimpften Kleinkinder.“ Eltern, die ihre Kinder aus ideologischen Gründen nicht impfen und sie dennoch in Betreuungseinrichtungen schicken, handeln also nicht anderen Kindern gegenüber.

Bund, Länder und Ärztekammer müssen handeln

Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) als Dachverband der kinder- und jugendmedizinischen Gesellschaften in Deutschland hat deswegen schon im Jahr 2009 in einer Stellungnahme konkrete Maßnahmen aufgelistet, mit denen die infektionsepidemiologische Situation in Deutschland speziell im Kindesalter verbessert werden kann. Angesichts der katastrophalen Entwicklung der Masernzahlen in Deutschland erneuert die DAKJ ihre Forderungen:

- Die Bundesregierung sollte, in Analogie zu anderen Ländern, das Infektionsschutzgesetz dahingehend erweitern, dass der Besuch einer Gemeinschafts-

einrichtung im Kindesalter nur bei altersgemäß vollständigem Impfschutz entsprechend den aktuellen STIKO-Empfehlungen möglich ist. Dies gilt, sofern keine Kontraindikationen für Impfungen vorliegen.

- Die Bundesländer sollten in die jeweiligen Landesgesetze zur institutionellen Betreuung in Kindertagesstätten einheitliche Regelungen zur verbindlichen ärztlichen Überprüfung des Impfstatus in den Einrichtungen aufnehmen. Sie sollten außerdem Maßnahmen umsetzen, die auf eine Komplettierung des Impfschutzes vor Aufnahme in eine Einrichtung zielen.
- Die Aufklärung der Eltern über Infektionskrankheiten und altersgemäßen Impfschutz gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz sowie über die Verantwortung, die Eltern durch die Impfung der Kinder für das Gemeinwohl übernehmen, muss flächendeckend und kontinuierlich erfolgen.
- Die Landesärztekammern sollten den Beschluss des 109. Deutschen Ärztetags aus dem Jahr 2006 umsetzen und rechtliche Schritte gegen Ärzte einleiten, die mit ihrem Verhalten gegen das Gebot der ärztlichen Sorgfalts- und Qualitätssicherungspflicht verstoßen.

Weitere Informationen unter: www.dakj.de

Red.: Kup

EBM 2013 – Gespräche und Sozialpädiatrie gestärkt



Dr. Roland Ulmer

Die Abrechnung mit dem derzeit gültigen EBM hat gezeigt, dass sich gerade die Besonderheiten der Kinder- und Jugendärzte in dem überwiegend pauschalisierten Abrechnungssystem nicht wiederfinden. Aufgrund der wenigen Abrechnungsmöglichkeiten gelang es in vielen Bundesländern den Praxen teilweise nicht einmal, das zur Verfügung gestellte Regelleistungsvolumen auszufüllen. Eine Darstellung der Besonderheiten der pädiatrischen Versorgung war ebenfalls nicht möglich.

Als aus den Reihen der Allgemeinärzte der Plan auftauchte, eine EBM-Modifikation durchzuführen, signalisierte der BVKJ Kooperationsbereitschaft, auch um nicht wieder ein auf die Pädiater gespiegeltes „Hausarztkapitel“ zu bekommen. Allerdings wurden unter dem Einfluss der Krankenkassen im erweiterten Bewertungsausschuss noch viele Änderungen vorgenommen.

Die Struktur des bisherigen EBM wird beibehalten. Elf Gebührenordnungspositionen werden neu eingeführt. Sieben werden gestrichen oder in Zukunft automatisiert vom Praxiscomputersystem zugesetzt. Zu viel Neues wird man sich also nicht merken müssen. Durch die Neueinführung der sozialpädiatrischen Ziffer wird jedoch ein Tätigkeitsbereich, der bisher ohne zusätzliche Vergütung erbracht wurde, jetzt zumindest teilweise bezahlt. Hierzu siehe Artikel S. 496.

Versichertenpauschale (GNr 04000)

Zukünftig gibt es nur noch eine Versichertenpauschale. Die entsprechende altersabhängige Bewertung wird vom Abrechnungssystem vorgenommen, und zwar bis zum vollendeten 4. Lebensjahr 236 Punkte, und vom 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr 150 Punkte.

Hier muss man beachten, dass bei der Anpassung des Orientierungspunktwertes die Punktzahlen bereits kostenneutral angepasst worden sind. So wurde z.B. bei der bisherigen Versichertenpauschale 04110 die Punktzahl von 1190 auf 421 Punkte bei der 04111 von 880 auf 311 Pkt geändert. Dafür gilt jetzt ein Punktwert von 10 Cent. Zusätzlich wurde das Punktvolumen für die GOP 04040 Zusatzpauschale hausärztlicher Versorgungsauftrag und 04230 Gespräch aus der Versichertenpauschale herausgenommen. Auch bei Überweisung wird die altersbezogene Bewertung vom Abrechnungssystem vorgenommen.

Ansonsten ergeben sich keine Änderungen, bei der Versichertenpauschale oder der unvorhergesehene Inanspruchnahme. Die Abrechnung im organisierten Notdienst bleibt unverändert.

Bei fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften wird der bisherige Zuschlag auf die Versichertenpauschale von bisher 10% auf 22,5% angehoben. Bei Abrechnung einer Schwerpunktleistung aus dem Kapitel 4.4 bzw. 4.5 wird in Zukunft ein Aufschlag von 60% aufgerechnet. Beides entspricht allerdings keiner effektiven Steigerung der Zuschläge sondern gleicht die proportionale Absenkung der Versichertenpauschale durch die Ausgliederung der Gesprächsleistung und der Zusatzpauschale „Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags“ aus.

Zusatzpauschale Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags (GNr 04040)

Dadurch sollen die Praxen gefördert werden, die die Kinder und Jugendlichen typischerweise hausärztlich versorgen. Für unser Fachgebiet ist lediglich der Ausschluss der übenden Verfahren und der Psychotherapie relevant. In Fällen in denen die GOP 35100 bzw. 35110, aber auch die Schwerpunktleistungen nach Kap. 4.4 oder 4.5 abgerechnet werden, wird die 04040 ebenfalls automatisch von der KV zugesetzt. Kleine Praxen mit weniger als 400 Behandlungsfällen je Arzt müssen einen Abschlag von 10% hinnehmen, große Praxen mit mehr als 1200 Behandlungsfällen je Arzt bekommen einen Aufschlag von 10%.

Zuschläge Chronikerbetreuung (GNr 04220 und 04221)

Geändert hat sich die Definition der chronischen Erkrankung. Jetzt wird eine lang andauernde, lebensverändernde Erkrankung gefordert, die eine kontinuierliche Behandlung notwendig macht. Es muss pro Jahr in mindestens drei Quartalen ein Arzt-Patientenkontakt erfolgt sein, zwei davon müssen persönlich gewesen sein. Ohne diese Voraussetzungen kann die Ziffer nur noch bei Neugeborenen und Säuglingen angesetzt werden. Bisher war das bis zum zweiten Lebensjahr möglich. Die chronische Diagnose muss aus dem ICD-Code ersichtlich sein.

Bei einem Wechsel des betreuenden Arztes muss der weiter betreuende Arzt die vorhergehenden Kontakte dokumentieren und kodieren. Es wird einen Chroniker-Zuschlag geben, der einen persönlichen Arzt-Patientenkontakt voraussetzt (04220) und einen, der mindestens zwei persönliche Arztpatientenkontakte (04221) erfordert.

Die Leistungsinhalte der beiden Ziffern sind nur minimal unterschiedlich.

Der Chroniker-Zuschlag unterliegt den gleichen Ausschlüssen wie die 04040 und kann daher nicht in Fällen angesetzt werden, in denen Psychotherapie durchgeführt wird.

Gespräch im Zusammenhang mit lebensverändernder Erkrankung (GNr 04230)

Mit der Einführung der GOP 04230, dem problemorientierten ärztlichen Gespräch in Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung, wird eine langjährige Forderung der Kinder- und Jugendärzte umgesetzt, die ihre sprechende Medizin nicht mehr in der pauschalierten Abrechnungsordnung wiederfanden. Auch die Forderung, dass Beratungsgespräche mit Bezugspersonen abrechenbar sein müssten, wird hier erfüllt.

Der Ausdruck „lebensverändernd“ hat im Vorfeld zu Diskussionen geführt. Natürlich muss jeder selber entscheiden, ob bei dem Beratungsgespräch ein „Zusammenhang“ (nicht in unmittelbarem Zusammenhang) mit einer „lebensverändernden Erkrankung“ bestand. Es ist hier weder von einer lebensbedrohenden noch von einer chronischen Erkrankung die Rede, ja noch nicht einmal von einer schweren Erkrankung. Ein „unmittelbarer“ Zusammenhang wird ebenso wenig gefordert wie eine „nachhaltig“ lebensverändernde Erkrankung. Auch spezielle ICD-Kodierungen wurden hier, im Gegensatz zur sozialpädiatrischen Ziffer, nicht hinterlegt. Obligatorisch ist das Gespräch von 10 Minuten Dauer mit dem Patienten und/oder der Bezugsperson.

Allerdings muss bei einer gleichzeitigen Berechnung der Versichertenpauschale und des Gesprächs die Arzt-Patienten-Kontaktzeit 20 Minuten betragen, obwohl die Prüfzeit der Versichertenpauschale nur in das Quartalsprofil eingeht. Um bei dieser Ziffer einen Hamsterradeffekt wie zu Zeiten der alten GOP 10,11 und 12 zu vermeiden, wird ein Punktzahlvolumen je Praxis von 45 Punkten pro Behandlungsfall (ausgenommen Notfälle) vorgegeben.

Palliativmedizinische Versorgung (04370 – 04373)

Auch wenn diese neuen Gebührenordnungsziffern in der pädiatrischen Praxis glücklicherweise seltener vorkommen werden als bei den Allgemeinärzten, kann im Bedarfsfall die aufwendige Betreuung dieser Patientengruppe dargestellt werden.

Entsprechend den Vorgaben der Krankenkassen musste diese EBM-Umstellung kostenneutral sein. Auch eine Verschiebung zwischen den einzelnen Arztgruppen sollte nicht erfolgen. Die Neueinführung der Grundpauschale wird so gut wie keinen Effekt auf unsere Fachgruppe haben. Es wird sich aber zeigen, ob die Grundannahmen der KBV bei ihren Simulationsberechnungen richtig waren, wenn es durch verändertes Abrechnungsverhalten der Praxen zu Verschiebungen kommen. Praxen, die Gespräche führen und diese auch abrechnen werden einen leichten Gewinn verzeichnen können, dagegen werden Pädiater, die keine Gespräche durchführen zu den Verlierern gehören.

Dr. Roland Ulmer, 91207 Lauf
Sprecher des BVKJ-Honorarausschuss
praxis@kinderaerzte-lauf.d Red.: Kup

Sozialpädiatrie im EBM 2013



Dr. Thomas
Fischbach

Alle für die Gesellschaft und die Familien wichtigen sozialpädiatrischen Leistungen haben die Kinder- und Jugendärzte bisher weitgehend ohne Honorar erbracht, weil sie in der Versichertenpauschale faktisch versenkt waren.

Mit einer neuen „Sozialpädiatrieziffer“ ist es dem BVKJ nicht nur gelungen, einen sehr umfangreichen und zunehmenden Leistungsanteil unserer täglichen Arbeit aus der Pauschalierung ärztlicher Leistungen herauszuhalten, sondern auch unsere in der Weiterbildungsordnung verankerte sozialpädiatrische Kompetenz gegenüber anderen Arztgruppen, wie den Allgemeinärzten, herauszustellen. Mit 14,50 Euro ist die GOP 04355 zwar nicht fürstlich, aber einigermaßen passabel bewertet. Jetzt kommt es darauf an, dass alle Kolleginnen und Kollegen die Sozialpädiatrieziffer ab dem 01.10.2013 auch abrechnen, wenn die obligaten Leistungsinhalte erbracht werden, damit sie kein Schattendasein wie leider die entwicklungsneurologischen EBM-Ziffern führt. Wir alle haben es in der Hand.

Sozialpädiatrische Leistungen nehmen zu

Schwierigkeiten im Kindergarten, Schulprobleme, Familienkonflikte zählen ebenso zu den pädiatrischen Aufgaben wie die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen. In dem Maße, in dem das Gefüge einer immer weiter wachsenden Anzahl von Familien aus verschiedensten Gründen auseinanderbricht, Kinder mit nur einem Elternteil aufwachsen müssen oder in immer komplexere und damit kompliziertere Formen des Zusammenlebens hineingeraten, wächst ihre emotionale Überforderung. Zugleich äußern immer mehr Eltern in unseren Praxen zu meist wegen Erziehungsproblemen einen Unterstützungsbedarf, auch wenn oftmals andere Institutionen wie Jugendhilfe, Schule oder Kindergarten zuständig wären. Der Kinder- und Jugendarzt ist eine Vertrauensperson, dem viele Eltern mehr zutrauen als den zuvor genannten Institutionen.

Unter dem in den 1980er Jahren von dem Kinder- und Jugendarzt Robert Haggerty geprägten Begriff der „new morbidities“ hat sich ein drastischer Aufgabenwandel des Kinder- und Jugendarztes vollzogen. Während Akuterkrankungen weitgehend beherrschbar sind, stehen heute chronische Erkrankungen und psychische Störungen wie Verhaltensprobleme, Entwicklungsstörungen, ADHS, Autismus, Adipositas oder Asthma bronchiale im Fokus der täglichen Praxistätigkeit. Dabei besteht ein häufiger Zusammenhang zwischen dem kindlichen Gesundheitszustand und dem Sozialstatus der Familie.

Neues Geld für sozialpädiatrische Ziffer (GNr 04355)

Bei den letzten Honorarverhandlungen war es nicht zuletzt wegen unserer konsequenten Forderung einer gesonderten Vergütung dieser zeitaufwändigen Aufgaben

analog zu den geriatrischen Komplexeleistungen der Allgemeinärzte im Erweiterten Bewertungsausschuss (EBWA) gelungen, ab dem 01.10.2013 eine neue Ziffer (GOP 04355) zu verankern, die ausschließlich für Kinder- und Jugendärzte und ohne Zusatzqualifikation ansetzbar ist. Sie ist mit 145 Punkten entsprechend 14,50 € bewertet. Die Mittel hierfür werden durch Beschluss des EBWA vom Oktober 2012 von den Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellt und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) anteilig den Regional-KVen zur weiteren Verteilung zugeteilt. Dieses der Regionalisierung geschuldete Vorgehen macht es aber erforderlich, dass die BVKJ-Vertreter in den einzelnen Landes-KVen darauf achten, dass das Geld auch entsprechend unseres Fachgruppen- und Leistungsanteils den einzelnen Pädiater erreicht und nicht in die geriatrische Versorgung umgeleitet wird. Die Ziffer ist an einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt gebunden, nur als Einzelsitzung erbringbar und mit 15 Minuten zeitgetaktet. Sie hat die Berücksichtigung krankheitsspezifischer, teilhabebezogener, prognostischer sowie entwicklungsabhängiger familiendynamischer Faktoren als obligaten Leistungsinhalt. Die Legende berücksichtigt alle im pädiatrischen Versorgungsbereich relevanten Diagnosen aus den Kapiteln G und F des ICD 10.

Leistung kann neben Vorsorgen erbracht werden

Eine Abrechnung neben Kinder Früherkennungsuntersuchungen sowie neben der Versichertenpauschale ist unter Berücksichtigung der Prüfzeiten möglich. Die Krankenkassen wollten eine Erbringung neben den Vorsorgen zunächst ebenso wenig akzeptieren wie eine Erbringbarkeit bei den ICD 10-Kodierungen des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms. Hier konnten wir uns mit Unterstützung der KBV auf ganzer Linie durchsetzen. Es

gibt nur wenige, aber nachvollziehbare Abrechnungsaus-schlüsse, beispielsweise den organisierten Notdienst, die neurophysiologische Übungsbehandlung oder -therapie sowie antragspflichtige wie nicht antragspflichtige Leistungen nach den Psychotherapierichtlinien.

Mit der „Sozialpädiatrieziffer“ ist es dem BVKJ nicht nur gelungen, einen sehr umfangreichen und zunehmenden Leistungsanteil unserer täglichen Arbeit aus der Pauschalierung ärztlicher Leistungen herauszuhalten, sondern auch unsere in der Weiterbildungsordnung verankerte sozialpädiatrische Kompetenz gegenüber ande-

ren Arztgruppen wie z.B. den Allgemeinärzten herauszu-stellen. Mit 14,50 Euro ist die GOP 04355 zwar nicht fürstlich, aber einigermaßen passabel bewertet. Jetzt kommt es darauf an, dass alle Kolleginnen und Kollegen die Sozialpädiatrieziffer ab dem 01.10.2013 auch abrechnen, wenn die obligaten Leistungsinhalte erbracht werden, damit sie kein Schattendasein wie leider die entwicklungsneurologischen EBM-Ziffern führt. Wir alle haben es in der Hand.

Dr. Thomas Fischbach, 42719 Solingen
fischbach@kinderaerzte-solingen.de

Red.: Kup



**Service-Nummer der Assekuranz AG
für Mitglieder des Berufsverbandes
der Kinder- und Jugendärzte**

Den bewährten Partner des BVKJ in allen Versicherungsfragen, die Assekuranz AG,
können Sie unter der folgenden Servicenummer erreichen:

(02 21) 6 89 09 21.

Wenn der Nazi-Vater in die Praxis kommt

Wann darf ein Arzt die Behandlung von Patienten ablehnen?



Dr. iur. Juliane
Netzer-Nawrocki
Dr. iur. Andreas
Meschke

Jedem Patienten steht das Recht auf freie Arztwahl zu. Hat der Arzt aber auch das Recht auf freie Patientenwahl und kann er Behandlungswünsche – z.B. dann, wenn ihm die politisch extreme Gesinnung der Patienteneltern nicht passt – ablehnen?

Der Fall: Zwei Jungen, vier und sechs Jahre alt, kommen mit ihrem Vater, einem stadtbekanntem NPD-Funktionär, in die Praxis.

Ändert sich an der eventuellen Annahme einer Behandlungspflicht etwas, wenn der Vater – was gemäß § 86a Strafgesetzbuch (Verwenden von Kennzeichen verfassungswidriger Organisationen) verboten ist – eine Hakenkreuzbinde trägt, alle Anwesenden im Wartezimmer mit „Sieg-Heil“ begrüßt oder – ansonsten stumm – den sogenannten Hitlergruß zeigt?

Wie liegt der Fall, wenn die Jacke des Vaters – was nicht von § 86a StGB erfasst wird – mit drei Handgranaten, dem Text „Am Ende steht der Sieg“ oder den einschlägig bekannten Zahlen 1 und 8 (Alphabetziffern für AH = Adolf Hitler) bedruckt ist?

Allgemeine und berufsrechtliche Grundsätze zum Behandlungsvertrag

Auch im Arztrecht gilt der Grundsatz der Privatautonomie. Die Vertragsfreiheit umfasst auch die Freiheit, überhaupt einen Vertrag abzuschließen. Ein sogenannter „Abschluss- oder Kontrahierungszwang“ seitens des Arztes besteht grundsätzlich nicht. Allein durch seine Niederlassung gibt der Arzt keine ihn uneingeschränkt bindenden Behandlungsangebote ab.

Diese Grundsätze haben aber im ärztlichen Bereich Grenzen. Nahezu von selbst erklärt sich die Behandlungspflicht eines Arztes in echten **Notfällen** oder in Fällen, in denen der Arzt bei Übernahme des Bereitschaftsdienstes der einzig erreichbare Arzt ist. Insoweit gelten insbesondere die berufsrechtlichen Vorgaben. So heißt es in § 7 Abs. 2 S. 2 der Muster-Berufsordnung der Deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO):

„Von Notfällen oder besonderen rechtlichen Verpflichtungen abgesehen, darf auch ärztlicherseits eine Behandlung abgelehnt werden.“

Diese Vorgabe illustriert gleichzeitig aber auch den Grundsatz, dass abgesehen davon eben keine Behandlungspflicht besteht. Und aus der MBO folgen auch die sogenannten berufsethischen Pflichten als Grenzen der Behandlungsfreiheit bzw. Vorgaben für eine nicht zu unterlassende Behandlung, wenn es z.B. im Gelöbnis und in § 2 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 MBO heißt:

„Ich werde ... bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder aufgrund einer etwaigen Behinderung, nach Geschlecht, Religion, Nationalität, Rasse, noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung ... Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus ... (sie) haben ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Sie haben dabei ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten.“

Daraus folgt: Der Arzt darf zumindest nicht **willkürlich** bzw. **unsachlich** die Behandlung eines Patienten ablehnen.

Vertragsarztrecht: Ablehnung der Behandlung in begründeten Fällen erlaubt

Vertragsärzte (früher: Kassenärzte) sind darüber hinaus an diverse Sonderregelungen gebunden. So ist nach § 95 Abs. 3 S. 1 SGB V der Vertragsarzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung **berechtigt** und zugleich **verpflichtet**. Wie konkret ist das zu verstehen? In der juristischen Literatur ist das nicht abschließend geklärt. Unstreitig ist aber, dass keine echte Behandlungspflicht im Sinne eines Kontrahierungszwanges besteht. Vielmehr kann auch der Vertragsarzt eine Behandlung in **begründeten Fällen** ablehnen. Dies folgt ausdrücklich auch aus § 13 Abs. 7 BMV-Ärzte.

Wann darf der Arzt eine Behandlung ablehnen?

Die Frage nach der ärztlichen Behandlungspflicht konzentriert sich nach all dem darauf, ob ein **„triftiger Grund“** für die Behandlungsablehnung besteht. Was versteht man hierunter? Allgemeiner Ausgangspunkt ist, dass die Behandlungsablehnung grundsätzlich die Ausnahme sein soll. Und angesichts dessen sind als triftige Ablehnungsgründe grundsätzlich anerkannt: ein fehlendes Vertrauensverhältnis, die Nichtbefolgung ärztlicher Anordnungen, die Überlastung des Arztes, eine erstrebte systematisch sachfremde Behandlung, querulatorisches oder sonst unqualifiziertes Verhalten des Patienten, das Begehren von Wunschrezepten, das Verlangen nach medizinisch nicht indizierten und damit unwirtschaftlichen Behandlungsmaßnahmen, das Verlangen eines Besuches außerhalb des Praxisbereiches oder subjektive Gründe wie die „persönliche Feindschaft“.

Sonderfall: fehlendes Vertrauensverhältnis

Das fehlende Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist der „heikelste“, meistdiskutierte Fall. Man argumentiert hier vorwiegend grundrechtlich: Auf der einen Seite steht das Selbstbestimmungsrecht des Arztes, geschützt durch Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz (GG); es umfasst die schon erwähnte Privatautonomie. Ihre Grenzen findet sie in den gesetzlichen Regelungen (Berufsrecht, SGB V, Bundesmantelvertrag); diese sind aber immer auch „im Lichte der Grundrechte des Patienten“ auszulegen. Letztlich müssen die Interessen aller im Einzelfall gegeneinander abgewogen werden, und der Arzt muss begründen, dass er durch die Behandlungspflicht in seiner „Privatsphäre“ und nicht nur in der sogenannten „Sozialsphäre“ betroffen ist. Eine Behandlungspflicht des Arztes besteht damit in der Regel nur dann nicht, wenn seine Privatsphäre, d.h. sein Selbstbestimmungsrecht, das Interesse an der ärztlichen Versorgung überwiegt. Um auf den Beispielsfall zurückzukommen: allein durch die – unter Umständen auch extremistische – politische Gesinnung eines Patienten/der Patientenern wird der Arzt regelmäßig nicht in seiner Privatsphäre betroffen. Die Auseinandersetzung mit politisch anderen Ansichten gehört zum gesellschaftlichen Spannungsfeld und ist der Sozialsphäre zugeordnet. Sie ist grundsätzlich nicht geeignet, eine „mangelnde Vertrauensbildung“ zu begründen.

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen muss darüber hinaus im Rahmen der verfassungsrechtlichen Abwägung berücksichtigt werden, ob Gründe, die bei den Eltern liegen, überhaupt eine Behandlungsablehnung rechtfertigen können. Denn tatsächlich kommt der Behandlungsvertrag ja mit dem Kind zustande – auch wenn es noch minderjährig ist, denn in diesen Fällen wird es von den Eltern (nur) vertreten. Hier muss sich die politische Gesinnung der Eltern unmittelbar auf das Vertrauensverhältnis auswirken.

Aber trotz eines fehlenden Vertrauensverhältnisses kann dann immer noch eine andere Fallgruppe, die zur Behandlungsablehnung berechtigt einschlägig sein, namentlich das querulatorische oder sonst unqualifizierte Verhalten (s.o.).

Der Fall und seine Lösung

Allein eine bestimmte Parteizugehörigkeit eines Kindsvaters – hier zur derzeit nicht verbotenen NPD – berechtigt nicht zur Behandlungsablehnung. Wenn die dahinter stehende Gesinnung zusätzlich noch über gleichwohl nicht verbotene Symbole wie z.B. Kleidungs-

aufnäher mit 1 und 8 nach außen getragen wird, ergibt sich nichts anders. Durch dieses Auftreten ist zunächst einmal allein die Sozialsphäre des Arztes betroffen und er – ebenso wie die in der Praxis anwesenden Patienten und Mitarbeiter – müssen eine Auseinandersetzung mit dieser gesellschaftlichen Problematik dulden. Das Recht zur Ablehnung der Behandlung folgt insoweit in der Regel auch nicht aus der allgemeinen Fürsorgepflicht des Arztes als Arbeitgeber für Angestellte oder Patienten, die z.B. Ausländer sind oder einer anderen Ethnie angehören. Denn auch hier wird der Arzt nicht begründen können, dass er in seiner Privat- und nicht nur in seiner Sozialsphäre betroffen ist. Dies wäre allenfalls dann anders, wenn der Arzt selbst Ausländer oder einer anderen Ethnie zugehörig ist oder einen entsprechenden Ehepartner hat und konkret nachweisbar ist, dass deren Diskriminierung Wesensmerkmal der politischen Gesinnung des Patienten/der Patientenern ist. Ein gewisser „Graubereich“ ist insoweit nicht zu verhehlen.

Sollte ein Patientenernteil sich allerdings in der Praxis strafbar verhalten, indem es eine Hakenkreuzbinde trägt, eine „Sieg-Heil“-Begrüßung ausspricht oder den stummen Hitlergruß zeigt, liegt regelmäßig eindeutig ein querulatorisches oder sonst unqualifiziertes Verhalten vor, dass zur Behandlungsablehnung berechtigt. Gleiches gilt im Fall von konkreten Drohungen oder Beleidigungen i.S. von § 185 StGB gegen den Arzt, seine Mitarbeiter oder andere Patienten.

Zusammenfassung

Der Arzt kann nur bei einem „triftigen“ Grund die Behandlung eines Patienten ablehnen. Dazu gibt es diverse Fallgruppen. Geht es dabei um das fehlende Vertrauensverhältnis, muss stets die Privatsphäre des Arztes beeinträchtigt sein. Allein radikale politische Ansichten der Eltern eines Patienten beeinträchtigen diese grundsätzlich nicht. Die Fallgruppe des querulatorischen oder sonst unqualifizierten Verhaltens ist aber betroffen, wenn die Patientenern rechtswidrige Handlungen begehen, z.B. verbotene Symbole und Parolen verwenden oder den Arzt, seine Mitarbeiter oder andere Patienten bedrohen oder verunglimpfen.

Dr. iur. Juliane Netzer-Nawrocki, Rechtsanwältin

Dr. iur. Andreas Meschke, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht

Möller & Partner – Kanzlei für Medizinrecht (www.m-u-p.info)

Die Anwälte der Kanzlei sind als Justiziarer des BVKJ e.V. tätig.

Red: ReH



Sufonmilch und Kuhstallhygiene

Zur Tiermilchernährung von Neugeborenen und Säuglingen im frühen 20. Jahrhundert

„Das Herz und die Milch einer Mutter sind unersetzlich“.

Aus: Leo Langstein, Fritz Rott: Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes, 1918, Verlag Schmidt-Römhild, Lübeck.



Dr. Ulrike Enke

Die Entdeckung der Bakterien als Erreger der Infektionskrankheiten im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts revolutionierte die Medizin. Die Erforschung der Krankheitsursachen wurde in Deutschland von Robert Koch (1843–1910) und seiner Schule maßgeblich vorangetrieben. Die Hinwendung zu den Laborwissenschaften veränderte die Medizin nachhaltig; zum aussagekräftigen Emblem der Ärzteschaft wurde das Mikroskop.

Die neuen laborgestützten Verfahren zeigten ihre Auswirkungen auch in der sich um 1900 etablierenden Kinderheilkunde, die angetrieben war, das befürchtete Aussterben der Deutschen aufzuhalten. (Vgl. U. Enke: „Hauptmittel im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit“, in: Kinder- und Jugendarzt, 43. Jg. (2012), Nr. 11, S. 676-683). Die systematisierte Erfassung und statistische Auswertung der Ursachen der Säuglingssterblichkeit bestätigte die empirische Beobachtung, dass die Muttermilch die beste und gesündeste Nahrung für das Neugeborene sei. Durch die chemische Analyse der Kuh-, Esels-, Stu-

ten- oder Ziegenmilch konnte nachgewiesen werden, dass Frauen- und Tiermilch unterschiedlich zusammengesetzt sind und dass der hohe Kasein-, Eiweiß- und Mineralgehalt der am leichtesten zu erhaltenden Kuhmilch möglicherweise verantwortlich für die Schwerverdaulichkeit dieses Ersatzstoffes war. Eine bloße Verdünnung mit Wasser hatte den Nachteil der geringeren Nährhaftigkeit; die Kuhmilch-Wasser-Mischung wurde als „Ausgleich der Verschiedenheiten“ (Otto Heubner, 1848–1926) daher häufig durch Zugabe von Kohlenhydraten, insbesondere Maltose, anreichert.

Frauenmilch von Lohnammen – untersucht von Kinderärzten

Als beste Alternative für die Milch der eigenen Mutter wurde im späten 19. Jahrhundert die Milch der Lohnamme empfohlen. Auf Ammen konnten in der Regel nur wohlhabende Familien zurückgreifen. Bis ins frühe 20. Jahrhundert bildeten mehrere deutsche Landschaften „Ammenreservoir“ (Brockmann 1990). Am bekanntesten sind die Spreewald-Ammen, die nach Berlin gingen, sowie die Schwälmer Ammen, die bis zum Ende des Ersten Weltkriegs als Hausangestellte in

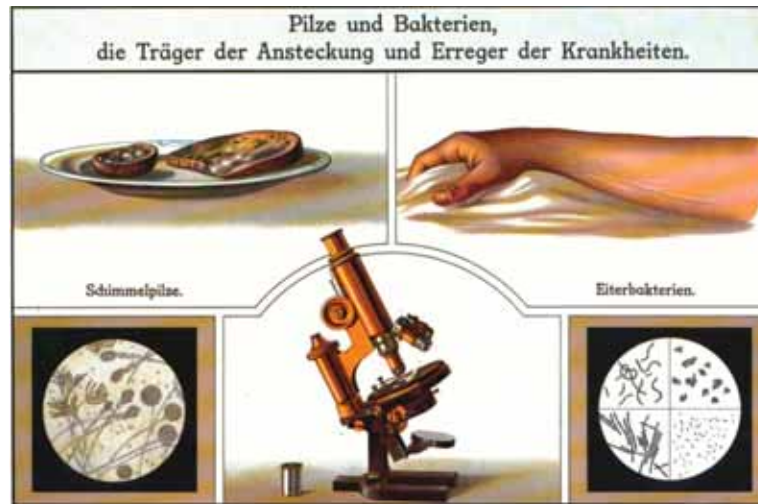
Großstädten lebten. Unter dem Eindruck der überall lauernerden „Mikroben“, welche besonders die gefürchtete Tuberkulose übertragen konnten, wurde den Kinderärzten die Aufgabe zugeteilt, die Ammen vor dem Eintritt in die neue Dienststelle gründlich zu untersuchen. Die Ärzte urteilten nicht nur über die Stillfähigkeit der jungen Frauen, indem sie die Form der Brustwarzen, den Milchgehalt und die Milchproduktion der Brust untersuchten, sondern mussten auch Syphilis und Tuberkulose ausschließen und die Reinlichkeit der jungen Frauen begutachten. Bis in die dreißiger Jahre des 20. Jahrhunderts wurden Ammen in Kinderkliniken eingesetzt.

Das Elend des zurückgelassenen Ammenkindes wurde nicht ausgeblendet. In seinem *Lehrbuch der Kinderheilkunde* (1903) empfahl Otto Heubner wohlhabenden Personen, die auf Ammendienste nicht verzichten wollten, „aus ethischen Gesichtspunkten“ das leibliche Kind der Amme mit in den Haushalt der Dienstherrschaft aufzunehmen.

„Es ist eine Ausnutzung des mittellosen Elends [...] wenn man, um dem eigenen Kinde ein gutes Gedeihen zu gewährleisten, einem anderen die Pflege und Nahrung der eigenen Mutter entzieht, einem Kinde zudem, welches viel weniger Aussichten hat, bei künstlicher Ernährung über das Säuglingsalter hinwegzukommen, eben weil auch die mütterliche Pflege fehlt. Und vergegenwärtigt man sich, daß es schließlich auf die Geldfrage hinauskommt, ob dem kleinen Organismus sein Recht auf die ihm zukommende Ernährung wird oder entgeht, so nimmt die Sache doch eine recht widerwärtige Gestalt an.“
(Otto Heubner, *Lehrbuch der Kinderheilkunde*, 1903, S. 50)

Milchs surrogate vom Tier

„Nervosität, Blutarmut, Gebärmuttererkrankungen, Zartheit, selbst manche akuten Krankheiten der Mutter dürften keinen Arzt veranlassen, ihr das Selbstnähren zu untersagen“, schreibt Heubner in seinem Lehrbuch. Nur schwere Erkrankungen wie Lungenschwind-



sucht und Epilepsie wurden als Stillhindernisse akzeptiert. Dennoch sank in Berlin von 1897 bis 1902 die Bereitschaft, das Neugeborene selbst zu stillen, von 44,6 auf 32,8 Prozent.

Als Surrogate für die Frauenmilch wurden einerseits Mehl- und Nährzuckerbreie eingesetzt, das am besten geeignete Ersatznahrungsmittel schien aber die Tiermilch zu sein, die in Aussehen, Geruch und Konsistenz der Muttermilch am ähnlichsten ist, über die Flasche gereicht werden konnte und dem Saugbedürfnis des Neugeborenen entgegenkam. Die chemischen Unterschiede zwischen Kuh- und Frauenmilch waren um 1900 hinreichend erforscht, der hohe Eiweiß- und Kaseinanteil, der zu Verdauungsstörungen und zur Belastung des Stoffwechsels führt, wurde aber nicht als grundsätzlich problematisch angesehen. Die Ähnlichkeit der

Frauen- und der Kuhmilch habe doch „eine unendlich größere Breite“, schreibt Otto Heubner 1903, „als ihre feineren Unterscheidungsmerkmale“.

Im Blickpunkt des akademischen Interesses stand also weniger die relative Unverdaulichkeit der Kuhmilch, sondern ihre Keimfreiheit. Milch- und Stallhygiene wurden zu Problemfeldern, deren Bearbeitung sich Kinderärzte und Hygieniker gleichermaßen widmeten. Stellvertretend sei der Marburger Hygieneprofessor Emil von Behring (1854–1917) zitiert, der nachdrücklich darauf hinwies, dass für die Säuglingsnahrung verwendete Kuhmilch nur von nachweislich tuberkulosefreien Tieren gewonnen werden sollte. Nur wenn Keimfreiheit gewährleistet sei, könne die Kuhmilch „als ein einigermaßen genügendes Ersatzmittel der Muttermilch“ angesehen werden.



„Pilze und Bakterien, die Träger der Ansteckung und Erreger der Krankheiten“. Aus: Leo Langstein, Fritz Rott: *Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes*. 1918, Verlag Schmidt-Römhild, Lübeck.

„Abkochen der Milch“. Aus: Leo Langstein, Fritz Rott: *Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes*, 1918, Verlag Schmidt-Römhild, Lübeck.

„Kühlhalten der Milch mit einfachen Mitteln“.
Aus: Leo Langstein, Fritz Rott: Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes, 1918, Verlag Schmidt-Römhild, Lübeck.



Da das Kind in der Regel nicht mehr direkt an das eutertragende Tier angelegt wurde, musste die Milch gesammelt und aufbewahrt werden. Frisch war sie auch auf dem Land nur zweimal am Tag – nach dem Melken – zu erhalten, in der Stadt nur einmal.

Nahm die Milch den Umweg über die Molkerei und Sammelstelle, konnte durchaus ein weiterer Tag vergehen, an dem das der Wärme ausgesetzte empfindliche Nahrungsmittel durch Gärung ungenießbar wurde.

Zudem war Tiermilch wegen der nicht-sterilen Umgebung von Anfang an der Verunreinigung durch Bakterien ausgesetzt, die im Kuheuter, der Hand des Melkers, im Heustaub und Kuhkot, im Seihtuch und schließlich in den unzureichend gereinigten Blechflaschen, die dem Transport dienten, angesiedelt waren.

Mit dem zunehmenden Wissen um die Übertragbarkeit von Krankheiten durch Bakterien wurden Methoden entwickelt, die Kuhmilch frei von pathogenen Keimen zu halten. Oberstes Gebot bei der Produktion waren gesunde, tuberkulosefreie Rinder und eine Stallhygiene, die von gekachelten, gut zu reinigenden Kuhställen bis zur Händedesinfektion der Melker reichte.

Die Zubereitung und Aufbewahrung der Milch im Haus fiel unter die Zuständigkeit der Hausfrau. Sie wurde von den Vereinen für Säuglingsfürsorge und von Fürsorge-

schwestern beraten, wobei die Schwestern und Pflegerinnen wiederum ihre Informationen aus allgemeinverständlich gehaltenen Büchern schöpften. So veröffentlichten der Berliner Kinderarzt Stefan Engel (1878–1968) und die Chemikerin Marie Baum (1874–1964) den in mehreren Auflagen erschienenen *Grundriss der Säuglingskunde*, in welchem unter anderem die Gewinnung der Milch und ihre Aufbewahrung im Haus beschrieben wurde. Zahlreiche Bilder zeigen Musterställe und Melkmethoden, aber auch einfache Kühlkisten für die Milchaufbewahrung, die „auch unter den ärmlichsten Verhältnissen“ zum Einsatz kommen konnten.

Zur Vermeidung des Bakterienwachstums wurde neben der Kühlung das Abkochen der Milch mit dem von dem Agrikulturchemiker und Arzt Franz von Soxhlet (1848–1926) entwickelten Milchkochapparat zur Sterilisierung der Milch empfohlen. Auf ihn, nicht auf Louis Pasteur (1822–1895), geht die Methode der Milchpasteurisierung zurück.

Die ebenfalls von Soxhlet entwickelten Saugflaschen mit abgerundetem Boden konnten mit der Reinigungsbürste besser gesäubert werden. Ihr Volumen umfasste einen Viertelliter. In der Regel wurde eine Tagesration Milch hergestellt, sodass auf Kühlung geachtet werden musste, wobei man auf einfache Mittel wie Isolierung in Kisten oder Wasserkühlung und -verdunstung zurückgriff (siehe Abb. 3).

„Elie gedeiht bei Immunmilch-Ernährung ganz prächtig“ – Milch mit Chemie: die Sufonmilch

Zwar war durch das Aufkochen eine große Bakterienfreiheit garantiert, das Verfahren hatte nach Meinung einiger Wissenschaftler jedoch den Nachteil, dass durch die starke Erhitzung wertvolle Inhaltsstoffe verloren gingen, das Nahrungsmittel seine chemischen oder physikalischen Eigenschaften veränderte und die Methode insgesamt zu kostspielig sei. Chemiker und Ingenieure wie der Däne Carl Christian Budde und Bakteriologen wie Behring und seine Mitarbeiter entwickelten daher eine Methode zur Haltbarmachung durch chemische Zusätze wie Wasserstoffsuperoxyd und Formaldehyd. Das Verfahren wurde vom Kaiserlichen Patentamt geschützt und gewann auch die Aufmerksamkeit des Berliner Milchgroßhändlers Carl Bolle (1832–1910), der in einem Brief an Behring sein Interesse bekundete, in größeren Städten wie Kassel oder Frankfurt am Main „rohe keimfreie Milch“ nach Behring anzubieten. Die mit Hilfe chemischer Zusatzstoffe konservierte Milch erhielt Kunstnamen wie Perhydrase- oder Sufonmilch, wobei es sich bei letzterem um einen Begriff handelt, der sich aus den Wortbestandteilen Wasserstoffsuperoxyd (H_2O_2) und Formalin (4–8%ige Formaldehydlösung) zusammensetzt. Der von Behring entwickelten Sufonmilch war jedoch kein Erfolg beschieden. Zwar konnten die keimtötenden Eigenschaften zweifelsfrei nachgewiesen werden, doch der Geschmackstest, den die von Behring beauftragte Molkerei Niklaus Gerber durchführte, fiel vernichtend aus: „Es ist ein unangenehmer, auf der Zunge beissender & im Rachen kratzender Geschmack“, konstatierten Gerber in einem Brief an Behring vom 28. Juli 1904. Auch Heubner, der die mit Formalin behandelte Milch Carl Bolles in seiner Berliner Kinderklinik probeweise eingesetzt hatte, musste Behring im März 1904 mitteilen, dass es nach Verabreichung der so behandelten Milch bei einigen Kindern zu Erbrechen und Harntrübungen ge-

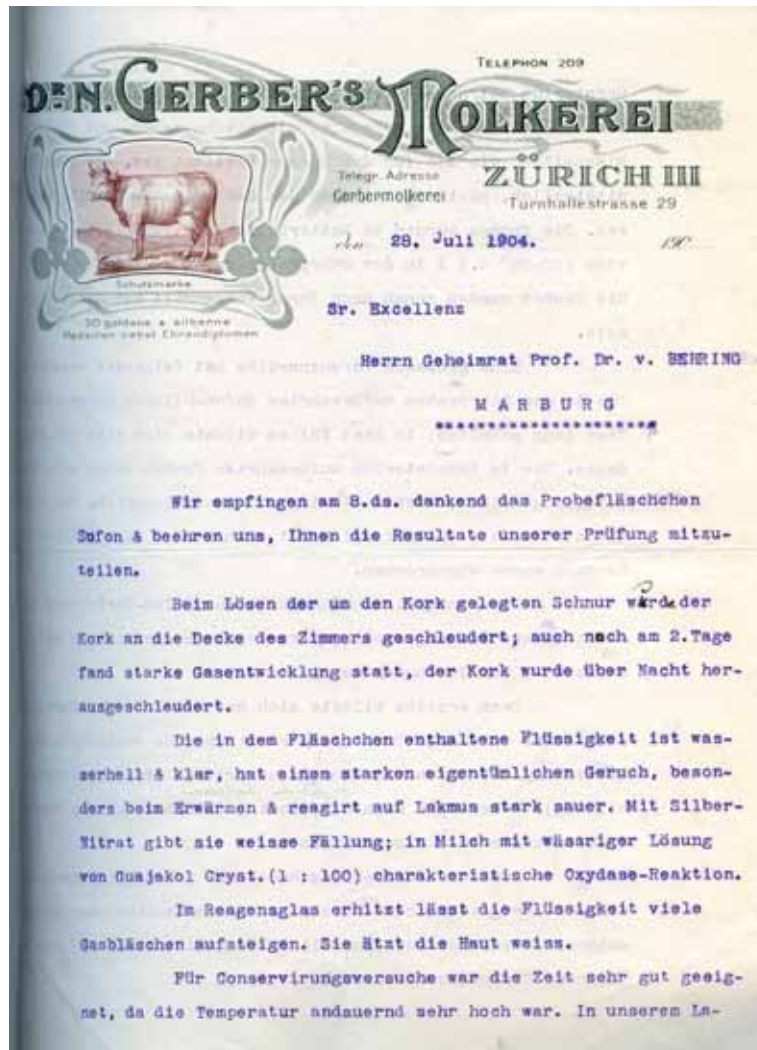
kommen sei. Der Versuch sei daher abgebrochen worden.

Diese Urteile hielten Behring jedoch nicht davon ab, seinen im Oktober 1906 geborenen fünften Sohn Emil mit dieser Sufonmilch aufziehen zu lassen. Noch im Dezember 1906 schrieb er an den russischen Kollegen Elias Metschnikoff, den Paten seines Sohnes: „Elie gedeiht bei Immunmilch-Ernährung ganz prächtig, und wird, wenn Gott ihn groß werden läßt, das erste der Immunmilchkinder sein. Aber ich denke, daß schon im nächsten Jahr ihm zahlreiche andere Säuglinge naheifern werden.“ Vermutlich handelt es sich bei diesem Experiment um einen gezielten Selbstversuch in der Familie Behring: Die Mutter der sechs Behring-Söhne, Else von Behring, war, wie einem anderen Brief Behrings zu entnehmen, durchaus willens und in der Lage, ihre Kinder selbst und über längere Zeit zu stillen.

„Das Herz und die Milch einer Mutter sind unersetzlich“

Säuglingsfürsorge und Säuglingsernährung waren an der Wende zum 20. Jahrhundert zu Themen geworden, die unter dem Eindruck der enormen Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich unter Fachleuten intensiv diskutiert wurden. Stillmüdigkeit und außerhäusliche Erwerbstätigkeit der Frauen verstärkten die Suche nach gesunden, d. h. keimfreien, und nahrhaften Ersatzstoffen für Frauenmilch, wobei der Kuhmilchernährung besondere Aufmerksamkeit zuteil wurde.

Durch einprägsame bildliche Darstellungen sollten die neuesten Erkenntnisse der Hygiene auch unter Volk gebracht werden. Eine wichtige Rolle spielte hierbei der 1918 erschienene „Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes“ von Leopold Langstein (1876–1933) und Fritz Rott (1878–1959), der mit eindrücklich gestalteten Bildtafeln Handreichungen für die häusliche Hygiene von der peniblen Reinhaltung des Kochgeschirrs bis hin zur Milchaufbewahrung lieferte. Unüberhörbar war auch in dieser Bil-



Brief des Molke-reibesitzers Niklaus Gerber an Emil von Behring vom 28.07.1904. (Behring-Archiv-Marburg, Sign. Evb/B 210/1/2/17)

dersammlung der Appell an die Mütter, ihr Kind selbst zu stillen. Unter dem Motto „Das Herz und die Milch einer Mutter sind unersetzlich“ wurden die Frauen zur „natürlichen Ernährung“ durch die Mutterbrust aufgefordert.

Es waren insbesondere die Frauenvereine wie der von Marie Baum geleitete Düsseldorfer Verein für Säuglingsfürsorge, die auch an die zur Erwerbstätigkeit gezwungene Frau aus unbemittelten Kreisen dachten. Oft mussten gerade die Landarbeiterinnen und Dienstboten wenige Tage nach der Niederkunft ihre Arbeit wieder aufnehmen. Für sie wurde materielle Unterstützung in Form der sogenannten „Wochenhilfe“ gefordert, die es ihnen ermöglichen sollte, für sechs Wochen zu Hause bleiben und stillen zu können.

Surrogate der Muttermilch wie die aus Milch und Getreide beste-

hende Liebig'sche Suppe oder das von Henri (Heinrich) Nestlé (1814–1890) entwickelte Nestlé'sche Mehl setzten sich erst langsam durch. Sie sind jedoch die Vorläufer unserer heutigen Säuglingsanfangs- und Folgenahrungen, die speziell auf die besonderen Ernährungsanforderungen der ersten Lebensmonate ausgerichtet sind. Dennoch empfiehlt die WHO das mindestens sechs Monate dauernde Stillen. Die Gabe von Kuhmilch wird unter anderem wegen des wesentlich höheren Gehalts an Eiweiß und Mineralstoffen und der damit verbundenen renalen Mollenlast im ersten Lebensjahr heute nicht mehr befürwortet.

Literatur bei der Verfasserin.

Dr. Ulrike Enke
Die Autorin arbeitet als Medizinhistorikerin an der Universität Marburg.
E-Mail: ulrike.enke@t-online.de

Red: ReH

Sonstige Tagungen und Seminare

September 2013

- 26.–28. September 2013, Jena**
50. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e.V. (GPR) 2013
 Info: www.gpr-jahrestagung.de
- 27.–28. September 2013, Aschau**
Kompaktseminar Kinderorthopädie für Pädiater
 Info: www.bz-aschau.de
- 27.–28. September 2013, Berlin**
16. interdisziplinäres Symposium z. entwicklungsfördernden und individuellen Betreuung von Frühgeborenen und ihren Eltern
 Info: stillen.de
- 27.–28. September 2013, Berlin**
16. interdisziplinäres Symposium z. entwicklungsfördernden und individuellen Betreuung von Frühgeborenen und ihren Eltern
 Info: stillen.de
- 27.–28. September 2013, Essen**
Syndromtag 2013
 – FACE – das Gesicht als Schlüssel zur Syndromdiagnose
 Info: www.syndromtag.de
- 27.–28. September 2013, Ludwigshafen**
15. FASD Fachtagung
 Info: www.fasd-deutschland.de
- 27.–28. September 2013, Osnabrück**
Basiskompetenz Patiententrainer
 Info: www.akademie-luftikurs.de

Oktober 2013

- 11.–12. Oktober 2013, Tübingen**
27. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie und Pneumologie Süd (AGPAS)
 Info: www.agpas.de und info@wurms-pr.de
- 12. Oktober 2013, Dortmund**
Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf Abschluss-, Fortbildungs-, Refresherkurs
 Info: dorothee-grosse@akademiedo.de
- 25.–26. Oktober 2013, Osnabrück**
Modul Asthmatrainer
 Info: www.akademie-luftikurs.de
- 26.–27. Oktober 2013, Wangen**
Aufbaumodul Asthmatrainer
 Info: www.aabw.de

November 2013

- 12.–15. November 2013, Hamburg**
Kompaktkurs Kinderorthopädie
 Info: www.kinderorthopaedie.org

14.–17. November 2013, Osnabrück

Modul Adipositrainer
 Info: www.akademie-luftikurs.de

18.–21. November 2013, Osnabrück
DDG-Kurse Kommunikation und patientenorientierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Info: www.akademie-luftikurs.de

22.–23. November 2013, Osnabrück

Modul Neurodermitstrainer
 Info: www.akademie-luftikurs.de

29. November 2013, München
Vorkonferenz Frühdiagnostik und Frühtherapie bei Autismus Spektrum Störungen

Info: www.theodor-hellbruegge-stiftung.de

29.–30. November 2013, Osnabrück

Basiskompetenz Patiententrainer
 Info: www.akademie-luftikurs.de

30. November – 1. Dezember 2013, München
Symposium Kindliche Sozialisation, Soziale Integration und Inklusion

Info: www.theodor-hellbruegge-stiftung.de

2014

Januar 2014

25. Januar 2014, Dortmund
Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf – Grundkurs
 Info: dorothee-grosse@akademiedo.de

März 2014

1. März 2014, Dortmund
Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf – Aufbaukurs
 Info: dorothee-grosse@akademiedo.de

14.–15. März 2014, Bonn
28. Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie
 Info: www.kinderorthopaedie.org

Oktober 2014

5.–7. Oktober 2014, Würzburg
VIIth Recent Advances in Neonatal Medicine
 Info: www.recent-advances.de

November 2014

15. November 2014, Dortmund
Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf Abschluss-, Fortbildungs-, Refresherkurs
 Info: dorothee-grosse@akademiedo.de

Uli Fegeler zum 65. Geburtstag

Dr. Ulrich Fegeler, der langjährige Pressesprecher des BVKJ, vollendet am 26. September sein 65. Lebensjahr. Lieber Uli, ganz herzliche Gratulation. Du hast die Arbeit des BVKJ seit vielen Jahren ganz entscheidend mitgeprägt und warst mir als Präsident in der Vorstandsarbeit und ganz besonders in der Öffentlichkeitsarbeit ein wertvoller und hochgeschätzter Partner. Dafür danke ich Dir gerade zu diesem Anlass ganz besonders.

Deine Wiege stand in Gelsenkirchen, dort hast Du auch 1967 das Abitur bestanden. Dein Staatsexamen hast Du 1974 in Bonn abgelegt, ein Jahr später erfolgte die Approbation. Dann hat es Dich nach Berlin gezogen, wo Du in den nächsten beiden Jahren in der Anästhesiologie/Intensivmedizin des Klinikums der Freien Universität Berlin gearbeitet und 1979 promoviert wurdest. 1982 legtest Du dann die Prüfung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin ab und warst im Anschluss bis 1989 als Oberarzt im Hedwig-von-Rittberg-Zentrum der DRK-Kliniken in Berlin tätig. Berlin hat Dich ganz wesentlich auch politisch geprägt.

Du hast Dich schon früh in mehreren Organisationen ehrenamtlich engagiert, so als Gründungsmitglied der Berliner Ärzteinitiative gegen Atomindustrie und als Gründungsmitglied und langjähriges Vorstandsmitglied der deutschen Sektion der IPPNW. Wir kennen Dich als über-

zeugten Vertreter für eine gesunde Umwelt und die Kinderrechte. Nichts regt Dich auch heute mehr auf als die Vernachlässigung des Entwicklungspotentials von Kindern, politische Trägheit und starres Festhalten an längst widerlegten Überzeugungen. 2011 hast Du die Initiative „Kein Kind vergessen – nachhaltige Entwicklungsförderung jetzt“ gegründet und namhafte Fachleute unterschiedlicher Disziplinen und aus der Politik für dieses gemeinsame Engagement gewinnen können.

Als Bundespressesprecher des BVKJ zeichnest Du ganz wesentlich für den außerordentlichen Erfolg der Öffentlichkeitsarbeit des Verbandes verantwortlich. Du bist ein äußerst gefragter Gesprächspartner bei Journalisten aller Mediensparten zu den Themen der Kinder- und Jugendmedizin, vor allem aber auch hinsichtlich der Armut von Kindern und Jugendlichen und der Frühförderung von Kindern aus sozial benachteiligten Familien, die Dir ganz besonders am Herzen liegen. „Advocacy“ für Kinder ist ein wesentliches Leitmotiv Deiner engagierten Arbeit in den verschiedensten Gremien in Berlin, aber auch auf Bundesebene. Daneben hast Du es verstanden, die Gruppe der Pressesprecher des BVKJ zu einem verschworenen Haufen zusammenschweißen, der gegenüber der Öffentlichkeit stets mit einer Stimme spricht.



Im BVKJ warst Du von 1999 bis 2009 als stellvertretender Vorsitzender des Landesverbandes Berlin aktiv, 2010 hast Du die Deutsche Gesellschaft für Allgemeine Ambulante Pädiatrie (DGAAP) mitgegründet und warst deren stellvertretender Vorsitzender. Dort arbeitest Du auch heute noch intensiv an der Weiterentwicklung und Zukunftssicherung der Kinder- und Jugendmedizin mit.

Lieber Uli, wir wünschen Dir alle auch nach Deinem Ausscheiden aus der Vollzeittätigkeit in Deiner Praxis mehr Spielraum für Deine Familie, die Deine Aktivitäten immer mit großem Verständnis mitgetragen hat, Zeit für Enkelkinder und Deine heimliche Leidenschaft, das Schreiben von Romanen.

Wer Dich und Dein großes Engagement kennt, weiß, dass Du auch in Zukunft nicht unter Untätigkeit leiden wirst. Alles Gute!

Wolfram Hartmann,
Präsident BVKJ

Fortbildungstermine



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

September 2013

18. September 2013

Veranstaltungsreihe «Immer etwas Neues» des BVKJ e.V. in Bielefeld

Selektivverträge, Ernährung in den ersten 100 Tagen, Influenza bei Kindern, Neue Aspekte zum atopischen Ekzem – Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-11, Fax: 0221/683204 (bvkj.buero@uminfo.de)

25. September 2013

Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern

des bvkj e.V., in Rostock

Auskunft: Frau Dr. Susanne Schober / Frau Dr. Heike Harder-Walter, Tel. 03836/200898, Fax 03836/2377138 ①

Oktober 2013

12.–16. Oktober 2013

41. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkj e.V., in Bad Orb

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

17.–18. Oktober 2013

Patientenorientierte ärztliche Selbsterfahrung (10 bzw. 14 Stunden)

des bvkj e.V., in Bad Orb

(für Teilnehmer des Grundkurses „Psychosomatische Grundversorgung“)

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

November 2013

2. November 2013

Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvkj e.V., in Verden

Auskunft: Dr. med. Tilmann Kaethner und Dr. med. Ulrike Gitmans, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de) ③

6. November 2013

Veranstaltungsreihe «Immer etwas Neues» des BVKJ e.V. in Stuttgart

Selektivverträge, Ernährung in den ersten 100 Tagen, Influenza bei Kindern, Neue Aspekte zum atopischen Ekzem – Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-11, Fax: 0221/683204 (bvkj.buero@uminfo.de)

16.–17. November 2013

11. Pädiatrie zum Anfassen

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

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

29.–30. November 2013

PRAXISABGABESEMINAR

und

30. November – 1. Dezember 2013

2. Orientierungskongress des BVKJ und der DGKJ

des bvkj e.V., in Frankfurt

Auskunft / Anmeldung: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-15, E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

2014

März 2014

7.–9. März 2014

20. Kongress für Jugendmedizin

des bvkj e.V., in Weimar

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

13.–16. März 2014

11. Assistentenkongress

des bvkj e.V., in Köln

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

Juni 2014

13.–15. Juni 2014

44. Kinder- und Jugendärztetag 2014

Jahrestagung des bvkj e.V., in Berlin

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

14.–15. Juni 2014

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

des bvkj e.V., in Berlin

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

Oktober 2014

11.–15. Oktober 2014

42. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkj e.V., in Bad Orb

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

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

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

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

④ **Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-9297-850, Fax 09321-9297-851, info@interface-congress.de**

Buchtipps

Autor Martin Beck unter Mitarbeit von Charlotte Zierau

Schreien stärkt die Lungen und 99 andere Eltern-irrtümer – aufgeklärt vom Kinderarzt

(GU Textratgeber Partnerschaft & Familie)



GRÄFE UND UNZER Verlag GmbH, 2012, Taschenbuch, 176 Seiten, € 14,99, ISBN 978-3833826726

Ammenmärchen gibt es immer noch, auch wenn Ammen heute rar geworden sind. Moderne Märchen werden heute über das Internet, die sozialen Netzwerke und Chatrooms in

einer Geschwindigkeit verbreitet, dass der täglich damit konfrontierte Kinder- und Jugendarzt kaum noch folgen kann. Mancher Mythos wie: Wer auf kaltem Boden sitzt, kriegt Blasenentzündung, hält sich allerdings schon über Jahrhunderte. Unzählige Modemeinungen und Modekrankheiten verwirren besonders

Erstlings-Eltern, die doch nur das Beste für ihr Kind wollen und sich im Gestrüpp der unterschiedlichen und gegensätzlichen Meinungen verheddern.

Für sie haben Dr. Martin Beck, niedergelassener Kinder- und Jugendarzt in Meckenheim bei Bonn, und seiner Ehefrau Charlotte Zierau, ihr Buch geschrieben. In fünf klar gegliederten Kapiteln werden 99 Irrtümer, mit denen sich Eltern auseinandersetzen müssen, aufgezählt und widerlegt. Aufklärend, geduldig argumentierend, auch mithilfe der „Wissenschaft“ und viel persönlicher Erfahrung, versuchen die Autoren den größten Unsinn aus der Welt und den Köpfen der Eltern zu schaffen.

Einleitend werden den Eltern Ruhe und Gelassenheit im Umgang mit Kindern empfohlen, ein Rat, der sich wie ein roter Faden durch das ganze Buch zieht: Gehen Sie es langsam an, lösen Sie Stress und Verkrampfung auf. Diese wichtige Botschaft überbringen die Autoren mit viel Einfühlungsvermögen, ohne zu belehren

oder nach dem lockeren Spruch: Das wächst sich aus, zu verallgemeinern.

Im Kapitel „Vertrauen Sie Ihrem Kinderarzt“, denn, so die Autoren, „der entwickelt EINE GANZ EIGENE INTUITION (im Buch hervorgehoben) und ein Gespür für seine jungen Patienten, nicht nur in medizinischer Hinsicht“. Ein mutiges Plädoyer, fragenden Eltern mit Empathie und dem fachlichem Wissen eines Experten zu begegnen. Darum bewahren Sie die Fassung, wenn nach der 99. Frage des Für und Wider einer Impfung noch eine Frage nach der absurdesten, letzten Nebenwirkung kommt, während Sie schon die aufgezoogene Spritze über dem nackten Säugling schwingen. Gelassenheit, das sollte auch für den gestressten Kinder- und Jugendarzt gelten.

Zusammenfassend ein gut geschriebenes, empfehlenswertes Buch mit ansprechendem Layout, besonders für „Eltern und ihr erstes Kind“ geeignet.

Dr. Wolfgang Gempp
Kinder- und Jugendarzt
E-Mail: dr.gempp@t-online.de

Red: ReH

Johanna Haarer / Gertrud Haarer

Die deutsche Mutter und ihr letztes Kind

Die Autobiografien der erfolgreichsten NS-Erziehungsexpertin und ihrer jüngsten Tochter. Herausgegeben und eingeleitet von Rose Ahlheim.



Offizin Verlag 2012, 417 S., € 29,80, ISBN 978-3-930345-95-3

Elternratgeber sind weit verbreitet und erreichen riesige Auflagen. So soll Benjamin Spocks 1946 erschienener Elternratgeber „Säuglings- und Kinderpflege“ in den USA nach der Bibel das zweitbest verkaufte Buch des 20. Jahrhunderts gewesen sein, mit einer Auflage von mehr als 50 Millionen Exemplaren. Wenn man wie der Rezensent einen Elternratgeber schreibt, orientiert man sich gerne an dem bereits Vorhandenen und früher zu dem Thema geschriebenen, und so findet der historisch Interessierte auch zu dem 1934 erstmal erschienenen und bis 1987 in vielen

nachgebesserten und überarbeiteten Auflagen etwa 1,2 millionenfach verbreiteten Buch „Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind“ von Johanna Haarer (geb. Barsch, 1900–1988). Sie war keine Kinderärztin, sondern Lungenfachärztin, die nach der Geburt ihrer ersten Kinder nebenbei Artikel für den „Völkischen Beobachter“ schrieb, die zusammengefasst die Grundlage für die im „Dritten Reich“ weit verbreitete, fast offizielle Gebrauchsanweisung für Kinder bildeten. Das Werk, so die Deutsche Allgemeine Zeitung vom 29.6.1943, sei bis in jede Dorfbücherei vorhanden, kein Wunder, repräsentiert der in diesem Buch propagierte Erziehungsstil die nationalsozialistische Ideologie, die so quasi mit der Mutterbrust aufgesogen wurde: Haarer weist sich in diesem Sinne als kompromisslose Erziehungsexpertin aus: Der kindliche Wille muss gebrochen und der „Lust am Gehorsam“ unterworfen werden. 1936 erschien ein weiterer Ratgeber mit dem Titel Unsere kleinen Kinder; eindeutig wurde ihre natio-

nalsozialistische Grundhaltung in dem Kinderbuch *Mutter, erzähl' von Adolf Hitler*, einem NS-Propagandawerk, welches Hitler als Retter der Deutschen glorifiziert. In der DDR wurden ihre Schriften von der Deutschen Verwaltung für Volksbildung auf die Liste der auszusondernden Schriften gesetzt, während in der Bundesrepublik die Ratgeber bereinigt und von ihrer Tochter Anna Hutzel mitherausgeberisch betreut weiter erschienen und noch in den 60er Jahren in Hauswirtschafts- und anderen Berufsschulen weit verbreitet war. Erst ab 1985 setzte eine kritische Auseinandersetzung ein, etwa in dem Werk von Sigrid Chamberlain: *Hitler, die deutsche Mutter und ihr erstes Kind. Über zwei NS-Erziehungsbücher.* (Psychosozial-Verlag, Gießen 1997)

Ihre eigene, in dem rezensierten Werk ausführlich dargestellte Autobiografie endet bezeichnenderweise 1933 und setzt erst mit der Internierung nach dem Krieg wieder ein. Sie zeigt den Weg eines sehr eigenständigen, aus einfachen Verhältnissen ei-

ner böhmischen Kleinstadt stammenden „volksdeutschen“ Mädchens auf, welches unter großen Mühen eine „reichsdeutsche“ Schulbildung in reformpädagogischen Internaten erhält und schließlich in Heidelberg, Göttingen und München Medizin studiert. In erster Ehe war sie mit dem später wegen seiner Entdeckung des ersten injizierbaren Barbiturates („Evipan“) sehr bekannt gewordenen Pharmakologen Hellmut Weese (1897–1954) verheiratet, sie verließ ihn wegen seiner Untreue und heiratete den Pneumologen Otto Haarer, mit dem sie fünf Kinder hatte. Die jüngste Tochter, deren Biographie der ihrer Mutter zur Seite gestellt ist, pflegte sie bis zu ihrem Tod. Ein Gespräch zum „Dritten Reich“ gab es zwischen Mutter und Tochter nicht; wenn sie es zur Sprache brachte, riss die Mutter die Hörgeräte aus dem Ohr und schrie „ich höre nichts“. Sie war von 1935 bis 1938 Gausachbearbeiterin für Rassenpolitik in der Nationalsozialistischen Frauenschaft gewesen,

wurde nach dem Krieg für ein Jahr in verschiedenen Lagern interniert; ihr Mann beging in der Zeit Suizid und ließ die fünf Kinder zurück. 1947 wurde sie in der Entnazifizierung als Mitläuferin eingestuft und war fortan als Lungenfachärztin im öffentlichen Dienst tätig, schrieb aber weiter Bücher, so neben den Neuauflagen von dem nun „die Mutter und ihr erstes Kind“ genannten Werk ein weniger erfolgreiches Erziehungsbuch „Unsere Schulkinder“. „Das Denkverbot, das Johanna Haarer sich auferlegt hatte, muss machtvoll gewesen sein. Es galt für die ganze Familie und die Tochter Gertrud brauchte lange, bis sie es durchbrechen konnte. Sie ist die einzige in der Familie, die das gewagt hat. Zugleich ist sie auch dasjenige Kind ihrer Mutter, das die alte und schließlich doch so hilfsbedürftige Frau versorgte und pflegte. Sensibel dafür, dass in der Familie etwas verschwiegen wurde und nicht zur Sprache kommen durfte, eine „Leiche im Keller“, entwickelte sie in ihrer Schulzeit

eine Lernhemmung, so die Interpretation der Kinderanalytikerin und Herausgeberin Rose Ahlheim, und an anderer Stelle: „Es hilft uns nicht, dem Vergangenen den Rücken zuzukehren, da es ja nun geschehen und ein für allemal vorbei sei. Wir nehmen beim Lesen (der Biographie Gertruds, d.A.) Teil an einem Loslösungsprozess, Stück für Stück, wir erfahren, wie viel Schmerz und Trauer damit verbunden sind, wir können auch die Angst errahnen, die unvermeidlich auftaucht: Die Angst, was da in mir stecken mag, das ich nicht in mir haben will und doch nicht loswerde, bin ich doch die Tochter meiner Mutter“. Kollektiv wird es uns allen Kinder- und Jugendärzten so gehen müssen, die wir uns mit der Rolle der Pädiatrie in der Nazizeit und ihrem Erbe auseinandersetzen müssen.

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

Red.: ReH



Geburtstage im Oktober 2013

65. Geburtstag

Herrn Cristian *Deetz*, Bremen, am 02.10.
Herrn Dr. med. Ulrich *Mutschler*, Hildesheim, am 03.10.
Herrn Dr. med. Hermann *Pape*, Clausthal-Zellerfeld, am 09.10.
Herrn Dr. med. Wolfgang *Scheel*, Steinheim, am 10.10.
Frau Dr. med. Hiltrud *Weinel*, Mannheim, am 10.10.
Frau Valentine *Zacher*, Oerlinghausen, am 10.10.
Herrn Dr. med. Herbert *Beims*, Bremen, am 13.10.
Herrn Dr. med. Michael *Hirner*, Leimen, am 14.10.
Herrn Dr. med. Erdmuth *Schubert*, Essen, am 14.10.
Frau Dr. med. Inge *Laukner*, Neuenhagen, am 17.10.
Herrn Dr. med. Dr. rer. pol. Dietrich *Klinter*, Neumarkt, am 18.10.

Herrn Dr. med. Wolfgang *Klix*, Kiel, am 22.10.
Herrn Dr. med. Gernot *Bergen*, Haßfurt, am 23.10.
Frau Dr. med. Hannelore *Brosch*, Krefeld, am 25.10.
Herrn Axel *Dworniczak*, Castrop-Rauxel, am 28.10.
Herrn Achim *Donert*, Lehrte, am 31.10.
Frau Dr. med. Heide *von Essen*, Kronberg, am 31.10.

70. Geburtstag

Frau Christel *Gasser*, Heilbad Heiligenstadt, am 02.10.
Frau Dr. med. Sigrid *Pfister*, Magdeburg, am 06.10.
Frau Dr. med. Barbara *Protzmann*, Coswig, am 06.10.
Herrn Dr. med. Harald *Brozio*, Neuenbürg, am 07.10.
Herrn Dr. med. Ernst *Schubert*, Büchenbach, am 07.10.
Herrn Dr. med. Gunnar *Tryzna*, Wermelskirchen, am 07.10.
Herrn Dr. med. Bernd *Himmelhan*, Frankenthal, am 09.10.
Herrn Udo *Folkerts*, Kleinmachnow, am 12.10.
Herrn Dr. med. Michael *Tigges*, Hemer, am 13.10.

Herrn Dr. med. Hartmut *Starck*, Eiche, am 16.10.
Frau Dr. med. Renate *Marquardt-Schulze*, Lübstorf, am 21.10.
Herrn Dr. med. Lars *Sander*, Bad Kreuznach, am 24.10.
Frau Prof. Dr. med. Angelika *Kettler*, Wittkau, am 26.10.
Frau Dr. med. Barbara *Treffer*, Burgstädt, am 26.10.
Herrn Dr. med. Heinrich *Winter*, Köln, am 26.10.
Herrn Dr. med. Wilfried *Zöllner*, Berlin, am 27.10.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Sigrun *Menze*, Bornheim, am 01.10.
Frau Dr. med. Renate *Wustmann*, Frankfurt/Oder, am 01.10.
Herrn Dr. med. Werner *August*, Hechingen, am 06.10.
Frau Dr. med. Eleonore *Moebes-Oberlies*, Krefeld, am 06.10.
Frau Dr. med. Freya *Labitzke*, Recklinghausen, am 07.10.
Frau Dr. med. Maria *Frankenberger*, Miltenberg, am 12.10.
Herrn Dr. med. Jürgen *Marckwort*, Velbert, am 17.10.

Frau Dr. med. Gerda *Böttcher*,
Dittelbrunn, am 18.10.

Herrn Dr. med. Christian *von Klinggräff*,
Preetz, am 19.10.

Frau Dr. med. Jutta *Kittlick*, Leipzig,
am 20.10.

Frau Dr. med. Ingrid *von Pawel*, Berlin,
am 23.10.

Frau Dr. med. Elisabeth *Ilgmann*, Berlin,
am 24.10.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Ilse *Ahlert*, Oberursel,
am 06.10.

81. Geburtstag

Herrn Dr. med. M. Djamil *Hereitani*,
Hamm, am 05.10.

Frau MR Dr. med. Edith *Bartsch*,
Schwerin, am 15.10.

Frau Dr. med. Irene *Banach*,
Recklinghausen, am 23.10.

Frau Dr. med. Eleonore *Rogowsky*,
Düsseldorf, am 24.10.

82. 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 Dr. med. Heinrich *Mattern*,
Göppingen, am 24.10.

83. 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.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Ingeborg *Fuchs*, Würzburg,
am 27.10.

85. Geburtstag

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

86. Geburtstag

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

87. Geburtstag

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

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Karola *Schulze*, 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.

90. Geburtstag

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

91. Geburtstag

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

92. Geburtstag

Frau Dr. med. Irmgard *Wittek-Schäfers*,
Recklinghausen, am 07.10.

93. 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.

94. Geburtstag

Frau Dr. med. Eleonore *Geßner*, Lörrach,
am 02.10.

Herrn Prof. Dr. med. Theodor *Hellbrügge*,
München, am 23.10.

Herrn Dr. med. Horst *Prenzel*, Hamburg,
am 30.10.

95. Geburtstag

Herrn Dr. med. Arthur *Kaiser*,
Hirschberg, am 02.10.

Herrn Dr. med. Rudolf *Schulz*, Vlotho,
am 08.10.

97. Geburtstag

Herrn Dr. med. Friedrich *Rasche*,
Minden, am 26.10.

99. Geburtstag

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

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Wolfgang *Guttenson*,
Bruchsal

Herrn Dr. med. Wolfgang *Meiser*,
Bonn

Frau Dr. med. Lieselotte *Salzmann*,
Montabaur

Herrn Dr. med. Garlef *Voges*, Dresden

Als neue Mitglieder begrüßen wir



Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Heike *Brandes-Beichert*

Frau Dr. med. Johanna *Grundel*

Herrn Dr. med. Manfred *Reichert*

Frau Dr. med. Angela *Süss-Graffeo*



Landesverband Bayern

Frau Dr. med. Judith *Glöckner-Pagel*

Herrn Priv.-Doz. Matthias *Keller*

Frau Dr. med. Nicola *Pape-Feußner*

Frau Dr. med. Gertraud *Raber-Webhofer*



Landesverband Berlin

Frau Luisa *Köstlin*



Landesverband Hamburg

Frau Dr. med. Inka *Held*

Frau Dr. med. Susanne *Humburg-Röther*



Landesverband Hessen

Frau Judith *Brumberg*

Frau Dr. med. Catrin *Fischer*

Frau Katja *Frankenberg*



Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Frau Dr. med. Susann *Seiberling*



Landesverband Niedersachsen

Frau Anja *Hübner*



Landesverband Nordrhein

Frau Joo Young *Lee*

Herrn Dr. med. Andreas *Wentz*



Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Dr. medic Diana Petra
Huidu



Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Janne *Herzberg*



Landesverband Thüringen

Herrn MUDr. (Univ.Bratislava)
Frantisek *Noga*

Herrn Dr. med. Stefan *Peter*

Aktuelle Daten anlässlich des ESPID:

Prevenar13: Durchimpfungsrate und Impf-Compliance müssen verbessert werden

- Auf dem ESPID-Kongress vorgestellte Daten bestätigen den Zusammenhang von Prevenar13 (PCV13) mit einem Rückgang der Inzidenz von invasiven Pneumokokken-Infektionen¹⁻³
- Die Einhaltung von Pneumokokken-Impfterminen variiert innerhalb von Europa stark, dabei sind diese entscheidend für den Impf-Erfolg⁴
 - Nur 66% der Kinder in Deutschland im Alter von 19 bis 30 Monaten, die die PCV-Grundimmunisierung abgeschlossen haben, erhielten die Auffrischungsdosis⁴

Neue Daten, die auf der 31. Jahrestagung der European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID) vorgestellt wurden, haben die signifikante Auswirkung des Pneumokokken-Impfstoffes Prevenar 13 auf einen Rückgang der Inzidenz von Pneumokokkenerkrankungen (PD) bestätigt. Die Daten zeigen, dass die in PCV13 enthaltenen Serotypen, die weltweit auch am häufigsten invasiven Krankheiten verursachen, deutlich zurückgingen.⁵

- Sieben Jahre nach der allgemeinen Impfpflicht sind in Deutschland fast keine gemeldeten Fälle von durch PCV7-Serotypen hervorgerufenen Pneumokokken-Erkrankungen zu verzeichnen. Drei Jahre nach Einführung von höher-valenten Pneumokokkenkonjugat-Impfstoffen sind bei Kindern unter 2 Jahren die gleichen Auswirkungen der zusätzlichen sechs PCV13-Serotypen zu erkennen. So konnte bei Serotyp 19A eine 70-prozentige Reduktion von Fällen registriert werden.¹
- Nachdem im Jahr 2010 PCV13 in Madrid (Spanien) in den allgemeinen Impfplan aufgenommen wurde, war die Inzidenz von Pneumokokken-Erkrankungen rückläufig, die von im Impfstoff enthaltenen Serotypen ausgelöst werden.²
- In Griechenland wurde 2 Jahre nach der Aufnahme von PCV13 in das nationale Impfprogramm (NIP) eine Reduktion aller Pneumokokken-Erkrankungen bei Kindern im Alter bis zu 2 Jahren um knapp 44% beobachtet.³

Dr. Mark van der Linden, Institut für Medizinische Mikrobiologie, Universitätsklinikum RWTH Aachen, bemerkte zu den zahlreichen auf dem Kongress vorgestellten Studien: „Heute sehen wir aufgrund der umfassenden Aufnahme in nationale Impfprogramme kaum noch durch PCV7-Serotypen hervorgerufene Pneumokok-

kenerkrankungen. Es ist ein gutes Zeichen, dass bei den weiteren in PCV13 enthaltenen Serotypen ein vergleichbarer Effekt zu erkennen ist. Der Rückgang des besonders virulenten Pneumokokkenserotyps 19A ist ein großer Erfolg.“

In Spanien zeigen Daten aus drei verschiedenen Gebieten (Madrid, Valencia und Kastilien und León) einen unterschiedlichen Rückgang von Fällen invasiver Pneumokokkenerkrankungen.^{2,6,7} In Regionen mit niedrigen Durchimpfungsraten (in denen PCV13 nicht zum empfohlenen Impfprogramm gehört) zeigte sich eine niedrigere Effektivität verglichen mit der in Madrid, wo PCV13 zum empfohlenen Impfprogramm gehört.^{2,6,7}

Tatsächlich ist trotz dieser positiven Resultate die Durchimpfungsrate und die Einhaltung von empfohlenen Impfterminen nach wie vor nicht optimal⁴ und kann unter Umständen den Erfolg der Impfstrategien einschränken. Im Allgemeinen ist die Durchimpfungsrate und die Einhaltung von Impfterminen in den Ländern höher, in denen der Pneumokokkenimpfstoff zum nationalen Impfprogramm (NIP) gehört.⁴ In Deutschland erhielten 73 % der Kinder im Alter von 9 bis 18 Monaten mindestens eine Dosis eines Pneumokokkenimpfstoffs. 66 % dieser Kinder schlossen die Grundimmunisierung gemäß dem national empfohlenen Impfschema ab. 66 % der Kinder im Alter von 19 bis 30 Monaten, die die Grundimmunisierung abgeschlossen haben, erhielten die Auffrischungsdosis.⁴

Verglichen mit dem Kombinationsimpfstoff für Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten im Kindesalter (DTP) ist die Durchimpfungsrate der Pneumokokkenimpfungen niedriger.⁴ In den fünf untersuchten europäischen Ländern war der Prozentsatz der Kinder im Alter von 19 bis 30 Monaten, die mindestens eine Dosis DTP erhielten, deutlich höher (94 bis

99 %) als der Prozentsatz der Kinder, die mindestens eine Dosis Pneumokokkenimpfstoff erhielten (73 bis 91 %). In Deutschland erhielten 79 % der Kinder im Alter von 19 bis 30 Monaten mindestens eine Dosis eines Pneumokokkenimpfstoffs. Beim Kombinationsimpfstoff für Masern-Mumps-Röteln (MMR) waren es 92 %, bei DTP gar 97 %.⁴

„Impfstrategien gegen Pneumokokken haben sich zur Minderung der Krankheitslast durchweg als positiv erwiesen. Allerdings kann der Impf-Erfolg noch erhöht werden, indem die Beteiligung an der Pneumokokkenimpfung und die Einhaltung der Impftermine von Ärzten und Eltern im Auge behalten wird. Ein früher Beginn und eine zeitgerechte Vervollständigung der Immunisierung analog zum empfohlenen Schema sollten Priorität in der Gesundheitspolitik haben. Alle Partner im Gesundheitswesen sind wichtige Akteure, um die Immunisierung und die damit verbundenen Vorteile erreichen zu können“, bemerkte Professor Federico Martinon-Torres vom Universitätsklinikum in Santiago, Spanien.

Literaturhinweise

1. Van der Linden M., Imöhl M. Vorgestellt auf der 31. Jahrestagung der European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID), Italien, Mai 2013, Poster Nr. 328.
2. Picazo J. et al. Vorgestellt auf der 31. Jahrestagung der European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID), Italien, Mai 2013, Poster Nr. 170.
3. Syriopoulou V. et al. Vorgestellt auf der 31. Jahrestagung der European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID), Italien, Mai 2013, Poster Nr. 1284.
4. Tin Tin Htar M. et al. Vorgestellt auf der 31. Jahrestagung der European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID), Italien, Mai 2013, Poster Nr. 1232.
5. Pneumococcal Global Serotype Project. Summary report of stage1/version 1 analysis. October 2007. Abrufbar unter: http://www.preventpneumo.org/pdf/GSP%20Summary%20for%20SAGE%20Nov6-8%202007_Oct%2019-07.pdf Letzter Zugriff Mai 2013.
6. Liuch-Rodrigo J.A. et al. Vorgestellt auf der 31. Jahrestagung der European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID), Italien, Mai 2013, Poster Nr. 785.
7. Ruiz-Sopena C. et al. Vorgestellt auf der 31. Jahrestagung der European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID), Italien, Mai 2013, Poster Nr. 782.

Nach Informationen von Pfizer Deutschland GmbH, Berlin

Aptamil Kindermilch folgt den Forderungen von Ernährungsexperten zur Zusammensetzung

Milch gehört zu einer ausgewogenen Mischkost für Kleinkinder dazu und spielt auch nach dem Fläschchenalter eine wichtige Rolle. Sie enthält viele Nährstoffe, wie Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente und trägt im Rahmen einer ausgewogenen Ernährung zur guten Versorgung der Kleinkinder bei. Verzehrsstudien* zeigen jedoch, dass Kleinkinder in Deutschland oft mit Vitamin D und Jod unterversorgt und mit Eiweiß überversorgt sind. Eine spezielle Kindermilch, die an die besonderen Bedürfnisse von Kleinkindern angepasst ist, kann hier eine sinnvolle Ergänzung sein.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) hat neue Empfehlungen** zur wünschenswerten Zusammensetzung von Kindermilch veröffentlicht. Nun gibt es eine Kindermilch für Kleinkinder ab einem Jahr, die in ihrer Rezeptur als erste diesen Empfehlungen folgt: Aptamil Kindermilch 1+. Sie ist auf den Nährstoffbedarf von Kleinkindern abgestimmt und leistet so einen wertvollen Beitrag zu einer altersgerechten Ernährung.

Den Forderungen der DGKJ an die Zusammensetzung von Kindermilch folgend enthält die neue Rezeptur der Aptamil Kindermilch 1+ die wichtigen Nährstoffe der Vollmilch wie Calcium, Vitamin A und B2. Der Kaloriengehalt des Produktes orientiert sich an der teilentrahmten Kuhmilch. Der Gehalt an Eiweiß, ungesättigten Fettsäuren, Vitamin D, Jod und Eisen wurde an den besonderen Bedarf von Kleinkindern angepasst (Tabelle 1).

Mit einer ausgewogenen Ernährung kann eine ausreichende Nährstoffversorgung erreicht werden. Damit sich die Kleinen optimal entwickeln, empfehlen Ernährungsexperten drei einfache Regeln für die Lebensmittelauswahl: Reichlich pflanzliche Lebensmittel wie Gemüse,

Obst, Brot, Kartoffeln, Nudeln und Reis und ausreichend Getränke (Wasser). Tierische Lebensmittel (Milch und Milchprodukte, Eier, Fleisch, Wurst und Fisch) sollten die Kinder mäßig, fett- und zuckerreiche Lebensmittel wie z.B. Butter, Öl, Margarine und Süßes eher in geringen Mengen zu sich nehmen.

Vielen Müttern ist es häufig nicht möglich, diese ausgewogene Ernährung für ihr Kind konsequent in den anspruchsvollen Alltag mit Beruf und Familie zu integrieren. Etwa 25 Prozent der ein- bis unter zweijährigen Kleinkinder verzehren der VELS-Studie* zufolge weniger als die Hälfte des empfohlenen Obstverzehr von 120 Gramm. Die gleiche empfohlene Menge Gemüse isst kaum ein Kind dieser Altersgruppe. Weniger als zehn Prozent der Ein- bis Fünfjährigen erreichen die Empfehlungen für kohlenhydratreiche Lebensmittel.

Milupa macht es den Eltern mit der neuen „Aptamil 1+“ Kindermilch jetzt leichter, die Nährstoffversorgung ihres Kleinkindes zu Hause und unterwegs zu verbessern. „Vor allem für eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D und Jod sind besondere Konzepte erforderlich, da die optimale Versorgung in der Praxis

schwierig ist“, erklärt Professor Martin Wabitsch von der Kinder- und Jugendklinik in Ulm.

Die Aptamil Kindermilch 1+ von Milupa ist für Kinder ab einem Jahr geeignet. Das Pulver ist leicht löslich und kann im Becher oder in der Tasse angerührt werden und ist ab sofort

im Handel erhältlich. Und selbstverständlich folgt die Aptamil Kindermilch 2+ für Kinder ab zwei Jahren ebenfalls den Empfehlungen der Ernährungskommission der DGKJ zur Zusammensetzung.



Professor Martin Wabitsch, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin in Ulm

Quellen:

* GRETA = German Representative Study of Toddler Alimentation (Hilbig et al. 2011); VELS Studie = Verzehrsstudie zur Ermittlung der Lebensmittelaufnahme von Säuglingen und Kleinkindern (2008)

** Böhles H.J. et al.: Zusammensetzung und Gebrauch von Milchgetränken für Kleinkinder. Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ). Monatsschrift Kinderheilkunde 2011; 159: 981-4.

*** Nach Herausgabe der Empfehlung der DGKJ im Jahr 2011, die sich beim Vitamin-D-Gehalt in Kindermilch an den Gehalten für Folgemilch orientierte, hat im Jahr 2012 die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), gemeinsam mit den österreichischen und den schweizerischen Ernährungsgesellschaften, die Empfehlung für Vitamin D erhöht. In Absprache mit Herrn Dr. Mihatsch, Mitglied der Ernährungskommission der DGKJ, wurde der Vitamin D-Gehalt in der Aptamil Kindermilch 1+ mit 2,4 Mikrogramm pro 100 ml beschlossen, um den aktuellsten Empfehlungen zu entsprechen.

Nach Informationen von Milupa GmbH, Friedrichsdorf

		pro 100 ml Aptamil 1+	DGKJ-Empfehlung
Calcium	mg	119	ca. 120
Vitamin D	µg	2,4	0,6 bis 2,1***
Vitamin A	µg	74	30 bis 100
Vitamin B2	µg	180	ca. 180
Jod	µg	27	ca. 25
Eiweiß	g	1,9	≤ 2,0

Tab. 1: Vergleich der neuen „Aptamil Kindermilch 1+“ von Milupa mit den Empfehlungen der Ernährungskommission DGKJ**

Hexyon® aus Lyon: Der neue pädiatrische Sechsfach-Impfstoff

Mit Hexyon ist seit Anfang Juli ein neuer Sechsfach-Impfstoff gegen Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Hepatitis B, Poliomyelitis und *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) verursachte invasive Erkrankungen auf dem Markt (1). In der Produktionsstätte bei Lyon wird der pädiatrische Sechsfach-Impfstoff mit modernsten Methoden und aufwendigen Qualitätskontrollen hergestellt: Die neue Fertigspritze kann das Impfmanagement im Praxisalltag der Kinderärzte vereinfachen.

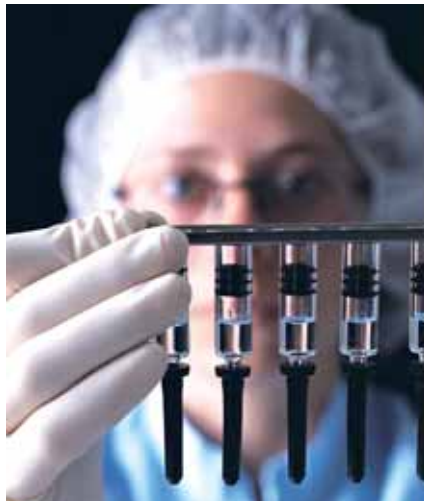
Viele Infektionskrankheiten bei Kindern sind heute aus unserem Blickfeld verschwunden, weil wir Säuglinge gegen die wichtigsten Erkrankungen impfen können. Bei einem Besuch der Produktionsstätte des Impfstoffherstellers Sanofi Pasteur in Lyon, Frankreich, kann man die historische Entwicklung von Impfstoffen quasi mit Händen greifen. Hier wurden zur letzten Jahrhundertwende bereits Rinder für die Gewinnung von Tetanus-Antiserum gehalten. Heute ist der Campus Merieux die weltweit größte Anlage zur Forschung, Entwicklung und Produktion von Impfstoffen.

Durch Impflücken oder eingeschleppte Infektionen kommt es in Europa immer wieder zu Ausbrüchen von Infektionskrankheiten, wie der Frankfurter Kinder- und Jugendarzt Prof. Markus A. Rose in Lyon erläutert. Bei einigen Erregern könnten EU-weit die Impfraten deutlich verbessert werden, um einen Herdenschutz zu erreichen. „Wir müssen so viele Kinder wie möglich impfen“, appelliert Rose. Der Schlüssel zum Erfolg sind u. a. Kombinationsimpfstoffe, mit denen gleich gegen mehrere Erkrankungen geimpft werden kann und deren Einsatz auch die World Health Organisation (WHO) empfiehlt (2).

Langjährige Expertise bei Sanofi Pasteur

Der Vizepräsident des Bereichs pädiatrische Impfstoffentwicklung, Dr. François Sandre, betonte die Expertise des Unternehmens Sanofi Pasteur in der Entwicklung vollständig gelöster Kombinationsimpfstoffe: „Hexyon profitiert von unserer 25 Jahre langen Erfahrung.“ Denn der neue Sechsfach-Impfstoff ist als Fertigspritze verfügbar, d. h. alle Komponenten sind bereits gelöst, ein Anmischen ist nicht erforderlich.

Die Fertigspritze wird in Lyon hergestellt. Im Herstellungsprozess von fast drei Jahren wird ein Großteil der Zeit für Qualitätskontrollen von Impfstoff, Ampullen und Spritzen investiert. Nach der Zulas-



Im Campus Merieux, Lyon, wird Hexyon® mit modernsten Methoden und aufwendigen Qualitätskontrollen hergestellt. © Sanofi Pasteur MSD GmbH

sung des Impfstoffs durch die European Medicines Agency (EMA) prüft das Paul Ehrlich-Institut auf nationaler Ebene kontinuierlich die Impfstoff-Chargen.

Solide Studienbasis

Hexyon wurde in 12 Studien umfassend geprüft. 4661 Säuglinge und Kleinkinder erhielten drei Dosen des neuen Sechsfach-Impfstoffs zur Grundimmunisierung bzw. über 1500 eine Auffrischimpfung mit einer Dosis. Die Studiendaten belegen die hohe Immunogenität aller in Hexyon enthaltener Antigene sowie ein gutes Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil (3). Im Studienprogramm wurden verschiedene Kontrollimpfstoffe eingesetzt, angelehnt an die in verschiedenen europäischen Ländern etablierten Impfschemen. Im direkten Vergleich mit einem hexavalenten Kontrollimpfstoff führte Hexyon zu vergleichbar hohen Seroprotektions- und Serokonversionsraten (4).

Gemäß STIKO-Impfschema einsetzbar

Rose betonte besonders die praktischen Aspekte der Fertigspritze, durch die der Impfstoff direkt verabreicht werden kann.

Der Impfstoff ist damit einfach und sicher zu handhaben, denn mögliche Fehlerquellen wie das Risiko für Kontamination oder Medikationsfehler können minimiert werden. Auch das Verletzungsrisiko des medizinischen Personals sinkt.

Hexyon passt in das aktuelle Impfschema der STIKO-Empfehlung (5) und kann zeitgleich mit weiteren (Konjugat-) Impfstoffen zum Schutz vor Pneumokokken, Rotaviren oder Masern-Mumps-Röteln (MMR) gegeben werden. Nach abgeschlossener Grundimmunisierung kann Hexyon auch zur Auffrischimpfung eingesetzt werden, wenn zuvor ein anderer Sechsfach-Impfstoff oder ein Fünffach-Impfstoff in Kombination mit einem monovalenten Hepatitis B-Impfstoff verabreicht wurde (1).

Während in Lyon weiter an neuen Impfstoffen geforscht wird, resümiert Rose die Innovation des neuen Sechsfach-Impfstoffs: Hexyon vereinfacht das Leben des Kinderarztes und kann als Kombinationsimpfstoff mit weniger Injektionen zu besserer Akzeptanz und höheren Impfzeiten bei Kindern beitragen. Ein weiterer Schritt auf dem Weg der Bekämpfung von Infektionskrankheiten, den die Impfpioniere Pasteur und Merieux vor langer Zeit eingeschlagen hatten.

Über Sanofi Pasteur MSD (SPMSD)

SPMSD ist ein europäisches Gemeinschaftsunternehmen von Sanofi Pasteur und Merck & Co. Inc. In Europa wird der neue Sechsfach-Impfstoff Hexyon über SPMSD vertrieben und ist seit dem 1. Juli 2013 in Deutschland erhältlich.

Literatur

1. Fachinformation Hexyon®, Stand April 2013
2. Bar-On ES et al. Cochrane Database Syst Rev. 2012 doi: 10.1002/14651858.CD005530.pub3.
3. McCormack PL. *Pediatr Drugs* 2013; 15: 59-70.
4. López P et al. 15th ICID, Bangkok, Thailand, 13.-16. Juni 2012.
5. STIKO. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Stand: Juli 2012. *Epi Bull* 2012; 30: 283-306.

Mit freundlicher Unterstützung der Sanofi Pasteur MSD GmbH

Microlax® wirkt schnell und sanft auch bei Kindern und Säuglingen

Ergebnisse einer Anwendungsbeobachtung: Osmotisches Laxans erleichtert kleine Patienten mit akuter Obstipation zuverlässig und gut verträglich

Verstopfung ist keine Frage des Alters: Bereits Säuglinge und Kleinkinder leiden häufig unter Obstipation.¹ Neben der Änderung von Lebensgewohnheiten und Ernährung bietet sich als Lösung der Einsatz eines lokal wirkenden osmotischen Laxans an: Microlax® wirkt sanft und sicher und führt bei Säuglingen und Kindern in nur 5 bis 20 Minuten zu einer planbaren Erleichterung – ohne systemische Nebenwirkungen*. Die gute Wirksamkeit und Verträglichkeit bei Kindern und Babys mit akuter Obstipation belegen auch die Ergebnisse einer Anwendungsbeobachtung.

In einer offenen, multizentrischen, prospektiven Anwendungsbeobachtung² wurden 411 Kinder und Säuglinge, die unter Obstipation litten, mit der Wirkstoffkombination aus Sorbitol, Natriumcitrat und Natriumlaurylsulfoacetat behandelt. Das Durchschnittsalter lag bei 32 Monaten. Bei den meisten Kindern handelte es sich um eine erstmalige (46,6%) oder eine wiederkehrende (41,6%) und bei 11,8% um eine chronische Obstipation. Zwischen dem letzten Stuhlgang und der Diagnosestellung lagen im Mittel 5 Tage. Die Dosierung erfolgte nach Ermessen des behandelnden Arztes unter Berücksichtigung der Fachinformation. Nach Anwendung der Medikation hatten 99% der kleinen Patienten Stuhlgang. Die Eltern zeigten sich mit Wirksamkeit und Verträglichkeit sehr zufrieden: 90% von ihnen bewerteten die Wirksamkeit mit „gut“, sogar 97% die Verträglichkeit mit „gut“.

Verstopfung zuverlässig und sanft lösen

Die Wirkstoffkombination aus Sorbitol, Natriumcitrat und Natriumlaurylsulfoacetat wird vom Körper nicht resorbiert und führt zu einer kontrollierten Erleichterung innerhalb von 5 bis 20 Minuten, ohne dass die natürliche Darmflora beeinflusst wird. Die Anwendung der Mini-Tube erfolgt sanft und hygienisch: Der dünne Tubenhals, der über eine Markierung zur Anwendung bei Babys verfügt, und die abgerundete Kappe ermöglichen ein sanftes, völlig schmerzfreies und schnelles Einführen in den Enddarm – ohne Gefahr der Gewöhnung. Aufgrund der guten Verträglichkeit und rein lokalen Wirkung im Enddarm, kann Microlax nicht nur problemlos bei Neugeborenen



angewendet werden, sondern ist auch für Schwangere zugelassen.³ Denn gerade in der Schwangerschaft begünstigen verschiedene Faktoren Obstipation. So kann die wachsende Gebärmutter bereits ab der 11. Schwangerschaftswoche auf den Darm drücken und dadurch die Verdauung beeinträchtigen. Auch das Schwangerschaftshormon Progesteron bewirkt, dass Nah-

rung langsamer verdaut wird. Zusätzlich wird mehr Flüssigkeit aus dem Darm gezogen, der Stuhl verhärtet sich und begünstigt Verstopfungen.

Quellen:

- 1 Van den Bergen MM et al. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2401-2409.
- 2 Schneider JY. Obstipation bei Kindern und Säuglingen. *DAZ* 42, 148. Jg. (2008):106-107.
- 3 McNeil Consumer Healthcare GmbH. Fachinformation Microlax®, Stand: 04/2012.

* Überempfindlichkeitsreaktionen möglich

Nach Informationen von
Johnson & Johnson GmbH

Neu: Informative Videos zur Anwendung von Microlax

- In den Videos wird gezeigt, wie einfach, sicher und hygienisch Microlax in der Anwendung ist – wahlweise bei Babys/Kleinkindern, Kindern ab 3 Jahren oder Erwachsenen.
- Einfach QR-Code mit dem Mobiltelefon einscannen!



Anwendung
bei Kindern



Anwendung
bei Babys

- Tipps bei Babys/Kleinkindern: Die kleinen Patienten in die gewohnte Wickelposition bringen, den Tubenhals bis zur Hälfte (siehe Markierung) einführen und die Hälfte des Tubeninhaltes, also 2,5 ml, in den Enddarm entleeren.
- Danach die Beine des Babys wieder sanft zusammenführen und auf die Wickelablage drücken – so kann die Lösung nicht herauslaufen!

Humana im Dialog auf der DGKJ 2013

Herforder Experte für Säuglingsmilchnahrung stellt optimierte Rezepturen vor

Im Vordergrund für Humana stehen 2013 verbesserte Rezepturen und ein klares Statement zum Standort Herford und zu einer nachhaltigen, regionalen Produktion aller Säuglingsnahrungen.

Humana Anfangsnahrungen¹ enthalten seit Frühjahr 2013 prebiotische Ballaststoffe „GOS“, Nukleotide und einen optimierten Fettkörper. Die Galactooligosaccharide (GOS) stammen zu 100 % aus Milch und sind auch von Natur aus in Muttermilch vorhanden. Humane Milch-Oligosaccharide enthalten keine Fructose und unterscheiden sich so von Prebiotika, die den meisten Säuglingsnahrungen zugesetzt sind. GOS-haltige Säuglingsnahrung ist gut verträglich und fördert das Wachstum der bifidogenen Darmflora und damit den Aufbau einer gesunden Darmflora auf physiologische Weise.² Die enthaltenen Nukleotide unterstützen Wachstum und Differenzierung der Darmschleimhaut und damit das Immunsystem des Darms. Schonend verarbeitete und kontrollierte Rohstoffe sind die Basis für die neue Pflanzenfettkomposition in allen Humana Nahrungen. Dabei ist das bewährte Fettsäuremuster und der Gehalt an langkettigen, mehrfach ungesättigten Omega-3- und Omega-6-Fettsäuren (LCP) unverändert geblieben.

Neu und klinisch erprobt ist auch die Rezeptur von Humana 0-VLB für sehr kleine Frühgeborene (<1.800 g), die auf den aktuellen ESPGHAN-Empfehlungen basiert.

Kontrollierte Qualität aus Deutschland

Humana ist der einzige Hersteller, der seine Milchnahrung zu 100 % in Deutschland produziert. Als mittelständisches und genossenschaftlich strukturiertes Unternehmen liegt bei Humana von der Kuh bis



zur Babymilch alles in einer Hand. Die Milch stammt ausschließlich von ausgesuchten Familienbetrieben der Region Herford, die sich zu strengsten Qualitätskriterien und GVO-freier Fütterung verpflichtet haben. Durch die regionale Nähe kann die Milch fast immer innerhalb von 48 Stunden in wenigen Schritten schonend weiterverarbeitet werden. Dabei wird die Qualität auf dem Weg bis ins Regal insgesamt rund 600 Mal lückenlos geprüft. Das neue Verpackungsdesign spiegelt auch durch das Siegel „Kontrollierte Qualität seit über 60 Jahren“ das neue Markenversprechen wieder und bietet Platz für wichtige Informationen wie Fütterungsstufe, Herkunft und Verarbeitung. Eine vollständige Übersicht des Produktsortiments ist auf www.humana.de abrufbar.

¹ Flüssige Anfangsnahrungen ab Anfang 2014

² Fanaro et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 48: 82-88.

Auf der DGKJ, Stand H10, erhalten Sie weitere Informationen zu den Produktkonzepten der Anfangs-, Folge- und Spezialnahrungen sowie zu Ernährungskonzepten für Frühchen. Unter <https://experten.humana.de> können Sie einen Gesprächstermin mit uns vereinbaren, Materialien sichten und sich für Updates registrieren.

Nach Informationen der Humana GmbH

Sublinguale Immuntherapie gegen Birkenpollen zeigt anhaltende Wirksamkeit in größter multinationaler Phase IIIb-Studie

Neue klinische Daten, präsentiert auf dem World Allergy und Asthma Congress der European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) und der World Allergy Organization 2013 in Mailand, belegen eine signifikante Wirksamkeit der sublingualen Immuntherapie (SLIT) zur Behandlung einer Birkenpollen-Allergie bei rhinokonjunktivischen Symptomen. Die Untersuchung wurde an Erwachsenen, in einem prä- und co-saisonalen Therapieregime, durchgeführt.

Auf dem EAACI und WAO 2013, der dieses Jahr vom 22. bis 26. Juni in Mailand stattfand, stellte das biopharmazeutische Unternehmen Stallergenes die positiven Resultate der klinischen Studie VO68.10 vor [1]. Dabei handelt es sich um die größte multinationale Untersuchung in Europa, welche die Wirksamkeit und Sicherheit von sublingual applizierten Tropfen zur Behandlung einer Birkenpollen-Allergie überprüfte. Sie wurde bei Erwachsenen mit einer täglichen Dosis von 300 IR, bei Einhaltung moderner Evidenzstandards durchgeführt.

„Wir freuen uns sehr, als forschendes Unternehmen mehr Evidenz in die spezifische Immuntherapie bringen zu können. Einmal mehr wurde die sehr gute Wirksamkeit unseres Präparates nachgewiesen. Unser Ziel ist es, uns mit solchen Studien deutlich von anderen Studien abzugrenzen, die heutige Standards nicht erfüllen oder gar von Präparaten, deren Wirksamkeit noch nachzuweisen ist,“ kommentierte der Medizinleiter Stallergenes Deutschland Dr. Efstrathios Karagiannis.

Größte multinationale Phase IIIb-Studie

Bei der VO68.10 handelt es sich um eine randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte multinationale Phase IIIb-Studie. Sie wurde an insgesamt 574 Patienten durchgeführt, die unter einer allergischen Rhinokonjunktivitis aufgrund einer Birkenpollen-Allergie litten. Die Patienten wurden entweder mit Placebo (n=290) oder Birkenpollen-Extrakt in der Dosis 300 IR (n=284) behandelt; beides wurde sublingual appliziert. Die Behandlung erfolgte in einem Zeitraum von zwei aufeinanderfolgenden Jahren. Sie begann jeweils vier Monate vor der Pollenflugsaison, und wurde bis zum Ende der Pollensaison

beibehalten. Die rhinokonjunktivischen Symptome der Patienten wurden ebenso dokumentiert wie ihre Bedarfsmedikation. Diese Angaben wurden im Average Adjusted Symptom Score (AAdSS) zusammengefasst. Dieser aus Symptomen und Begleitmedikation zusammengesetzte kombinierte Score bildet den primären Endpunkt der Studie.

Signifikante Reduktion der Symptome gegenüber Placebo

Nach dem zweiten Behandlungsjahr fand die Auswertung des Primärparameters statt. Sie zeigte für den Birkenpollen-Extrakt in der Dosierung 300 IR eine gegenüber Placebo statistisch signifikante Reduktion des AAdSS. Die Belastung der Patienten war nach zwei Behandlungsjahren unter Verum um 30,6 % geringer als in der Placebogruppe ($p < 0,0001$). Zuweilen auftretende Nebenwirkungen waren lokaler Natur. Von den meisten Patienten wurde die sublinguale Anwendung des Präparats gut toleriert.

Wirksam und sicher

Insgesamt ergab die Untersuchung, dass die Behandlung mit standardisiertem, sublingualem Birkenpollen-Extrakt 300 IR, in einem prä- und co-saisonalen Therapieschema über zwei aufeinanderfolgende Jahren, zur Therapie einer Birkenpollen-Allergie sehr wirksam und sicher ist.

Zur Birkenpollen-Allergie

Birkenpollen haben von allen Baumpollen das größte allergene Potenzial [2], insbesondere im nördlichen Europa. Die Pollenflugsaison der Birke ist zwar kurz – zwischen ein und zwei Monaten – aber sehr intensiv. Zahlreiche Patienten mit Birkenpollen-Allergie entwickeln starke rhi-

nokonjunktivische Symptome mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität.

Zur sublingualen Immuntherapie mit Birkenpollen-Extrakt 300 IR

Der standardisierte Birkenpollen-Extrakt 300 IR zur sublingualen Immuntherapie (SLIT) ist zugelassen für die Behandlung der saisonalen und perennialen allergischen Rhinitis und Rhinokonjunktivitis sowie des milden bis moderaten allergischen Asthmas bei Erwachsenen und Kindern über 5 Jahre. Der Birkenpollen-Extrakt zur SLIT wurde von Stallergenes für Patienten mit mittlerer bis schwerer Krankheitsausprägung entwickelt, deren Symptome – trotz einer symptomatischen Medikation – nicht ausreichend kontrolliert sind.

Literatur

- [1] Abstract online verfügbar unter: <http://www.eaaci-wao2013.com/scientific+programme/abstracts+and+scientific+programme+online/5922/Page.aspx> (Worm M., Melac M., Cadic V., Zeldin R.K. Sustained efficacy of 300IR sublingual solution of birch pollen extract in adults with birch pollen-induced rhinoconjunctivitis. EAACI 2013, Poster 1303)
- [2] D'Amato G. et al. Allergenic pollen and pollen allergy in Europe. *Allergy* 2007; 62: 976-990
- [3] Songhui Ma. et al. *J. Allergy Clinical Immunology* 2003 : 112

Nach Informationen von Stallergenes GmbH, Kamp-Lintfort

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@kinderaerzte-lauf.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.
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Tel.: 0221/6 89 09-0
Wir sind für Sie erreichbar:
Montag – Donnerstag
von 8.00–18.00 Uhr,
Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführerin: Tel.: 0221/68909-14
Christel Schierbaum christel.schierbaum@uminfo.de
Büroleiterin: Tel.: 0221/68909-12
Doris Schomburg doris.schomburg@uminfo.de
Bereich Mitgliederservice / Zentrale Tel.: 0221/68909-0, Tfx.: 0221/683204
 bvkj.buero@uminfo.de
Bereich Fortbildung / Veranstaltungen Tel.: 0221/68909-15/16,
 Tfx.: 0221/68909-78
 bvkj.kongress@uminfo.de

BVKJ Service GmbH
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Wir sind für Sie erreichbar:
Montag – Donnerstag
von 8.00–18.00 Uhr,
Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführer: Herr Klaus Lüft E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de
 Tfx.: 0221/6890929
Ansprechpartnerinnen:
Anke Emgenbroich Tel.: 0221/68909-27
 E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de
Ursula Horst Tel.: 0221/68909-28
 E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen
Prof. Dr. med. Peter H. Höger
Prof. Dr. med. Frank Riedel
Dr. med. Christoph Kupferschmid
Regine Hauch

E-Mail: Christen@HKA.de
 E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de
 E-Mail: f.riedel@uke.uni-hamburg.de
 E-Mail: Ch.Kupferschmid@t-online.de
 E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz
Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin
Kinderumwelt gGmbH und PädInform®
Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.kinderaerzte-im-netz.de
www.dakj.de
www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php
www.stiftung-kind-und-jugend.de