

# bvkJ.

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

Heft 06/13 · 44. (62.) Jahr · A 4834 E

# KINDER-UND JUGENDARZT



**Forum:**  
Kinderrechte – auch für Flüchtlinge

**Fortbildung:**  
Rotaviren

**Berufsfragen:**  
Neue Vorsorgen bei der Barmer GEK

**Magazin:**  
Serie: Wie geht es der  
Familie – Zukunft mit Kindern

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



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

# KINDER-UND JUGENDARZT

bvkJ.



Serie: Wie geht es der Familie?

Zukunft mit Kindern

S. 311

Inhalt 6/13

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

## Forum

- 262 Medienkompetenz für Jugendliche mit angeborenem Herzfehler
- 263 **Kinderrechte – auch für Flüchtlinge in Deutschland?**  
*Thomas Nowotny*
- 266 **Diese Ärztin hört einem einfach nicht zu ...**  
*Regine Hauch*
- 269 **Unfallmerkbblätter – Start geglückt**  
*Jörg Schriever*
- 270 **Aufstehen!!!**  
*Regine Hauch*
- 273 **UNICEF-Bericht über weltweite Ernährungssituation**
- 274 **Schackeline hat Geburtstag**  
*Interview mit Thomas Liebecke*

## Fortbildung

- 279 **Highlights aus Bad Orb: Erkrankungen durch Rotaviren und Möglichkeiten der Prophylaxe**  
*Hans-Iko Huppertz*
- 287 **Highlights aus Bad Orb: Thromboembolien im Kindes- und Jugendalter**  
*Verena Limperger, Ulrike Nowak-Göttl*
- 294 **Consilium Infectiorum: Neugeborenen-Akne und Differenzialdiagnose**  
*Peter H. Höger*
- 296 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 299 **Welche Diagnose wird gestellt?**  
*Julia Grothaus, Peter H. Höger*
- 299 Impressum

## Berufsfragen

- 301 **Erfolgreiche Verbands-politik im ersten Halbjahr 2013**  
*Wolfram Hartmann*
- 304 **Kommentar: Die wahren Vorsorge-Muffel**  
*Uwe Büsching*
- 305 **Zur neuen Rechtslage bei Beschneidungen des männlichen Kindes**  
*Interview mit Juliane Netzer-Nawrocki*
- 307 **Interview mit Diana Golze, MdB**  
*Christoph Kupferschmid*
- 309 **Laborreform seit dem 1. April 2013**  
*Roland Ulmer*

## Magazin

- 311 **Serie: Wie geht es der Familie? – Zukunft mit Kindern**  
*Hans Bertram*
- 315 Sonstige Tagungen und Seminare
- 315 Praxistafel
- 316 Fortbildungstermine BVKJ
- 317 **BVKJ-Medienpreis in Berlin verliehen**  
*Regine Hauch*
- 318 **Buchtipps**
- 320 Personalie
- 322 **Nachrichten der Industrie**
- 326 Wichtige Adressen des BVKJ

**Titelbild:**

Syrische Flüchtlingsfamilie in Rosenheim (Foto: Else Huber). Mit freundlicher Genehmigung der Familie.

**Beilagenhinweis:**

Als Vollbeilage finden Sie in dieser Ausgabe ein Supplement der Firma GlaxoSmithKline GmbH und eine Information der Pari GmbH. Als Teilbeilage finden Sie das Programmheft der Jahrestagung des LV Sachsen in Dresden, der 16. Seminartagung Hessen in Bad Nauheim sowie der Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck. Außerdem ein Flyer des LV Sachsen.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.



## Medienkompetenz für Jugendliche mit angeborenem Herzfehler

Im Alltag von Jugendlichen spielt das Internet eine große Rolle: Chatten via ICQ, E-Mails schreiben, sich online vernetzen, auf Facebook und anderen sozialen Netzwerken Fotos und Videos hoch- und runterladen, aktuelle Fotos ' liken ' und sich per ' WhatsApp ' verabreden. Insbesondere für Jugendliche mit angeborenem Herzfehler haben das Internet und vor allem Soziale Netzwerke eine große Bedeutung, weil sie nicht an allen Aktivitäten mit Gleichaltrigen teilnehmen können, sich aber ganz leicht im virtuellen Raum bewegen und miteinander kommunizieren können. „Zunehmend berichten uns Eltern herzkranker Kinder aber auch von traumatisierenden Erfahrungen, die ihre Kinder im Netz machen“, so Hermine Nock vom Bundesverband Herzkranker Kinder e. V. (BVHK). „Vor allem Mädchen sind gefährdet. Viele leiden unter ihren Operationsnarben. Im Schutz der Anonymität des Netzes werden sie gemobbt, Männer nutzen ihre Verletzlichkeit aus und versuchen, sich mit ihnen zu verabreden.“



### Stark im Netz – Medienworkshop für Herz-Teens 23.–30.06.2013 in Freiburg

Um die Medienkompetenz von Jugendlichen mit angeborenem Herzfehler nachhaltig zu stärken, veranstaltet der BVHK vom 23.06.2013 bis zum 30.06.2013 in Freiburg einen Social-Media-Workshop. Jugendliche lernen hier praxisnah den sicheren Umgang mit Sozialen Netzwerken und schulen ihre Medienkompetenz.

Der BVHK bittet Kinder- und Jugendärzte darum, ihre Patienten auf den Workshop aufmerksam zu machen.

#### Info:

Anmeldungen ab sofort über  
Bundesverband Herzkranker Kinder e. V.  
Kasinostr. 66, 52066 Aachen  
Telefon 02 41 - 91 23 32  
Bvhk-aachen@t-online.de

Kosten: 300,- Euro.

Red.: ReH

## Jugendraucherschutz

### New Yorker Bürgermeister will Zigaretten unter den Ladentisch verbannen

Aus den Augen, aus dem Sinn? New Yorks Bürgermeister Michael Bloomberg will, dass Zigaretten künftig nicht mehr in der Stadt zu sehen sind. Dazu brachte er Ende März einen Gesetzentwurf ein, nach dem Zigaretten und andere Tabakwaren in Läden künftig nur noch unter der Theke, in Schubladen oder hinter Vorhängen aufbewahrt werden dürfen, wo sie nicht sofort sichtbar sind. Damit sollen vor allem Jugendliche geschützt werden.

Bloomberg wirft den Ladenbesitzern vor, Zigarettenschachteln gern neben Sü-

ßigkeiten und anderem Naschwerk zu präsentieren. Junge Leute seien häufig die Zielgruppe von Tabak-Marketing, mit seiner Initiative werde verhindert, dass eine weitere Generation krank werde und früher sterbe, weil sie rauche.

Der populäre Bürgermeister sorgt sich bereits seit Jahren um die Gesundheit seiner Mitbürger. Nicht nur in Restaurants und Bars, auch in Parks und am Strand ist das Rauchen strengstens verboten. Eigentlich hatte Bloomberg auch vor, die New Yorker Teenies vor Softdrinks und da-

mit vor Fettleibigkeit zu schützen. Ein entsprechendes Verbot scheiterte Mitte März nur wenige Stunden vor Inkrafttreten. Ein New Yorker Gericht kassierte das umstrittene Verdikt. Jetzt können also die New Yorker Teenies wieder ungehindert im Central Park und anderswo mit ihren XXL-Bechern sitzen – solange darin nur süße Plörre und kein Alkohol ist.

Red.: ReH

# Kinderrechte – auch für Flüchtlinge in Deutschland?

## Zur Situation minderjähriger Flüchtlinge

Vielleicht ist es Zufall, vielleicht liegt es an der speziellen geographischen Situation an der Südgrenze Deutschlands: In den letzten Monaten lerne ich bei der Arbeit in Klinik und Praxis immer mehr Flüchtlinge in Not kennen. Etwa eine afghanische Familie, die trotz schwerer posttraumatischer Epilepsie des Vaters und einer Facialispause der Tochter und mit einem sechs Monate alten Säugling im Dezember 2012 aus Bayern nach Italien zurückgeschickt werden sollte. Oder die syrische Familie mit den reizenden Töchtern, zwei und vier Jahre alt, die dem Bürgerkrieg knapp entkamen, vor Misshandlungen und Not im süditalienischen Lager weiterflohen und hier von der Bundespolizei festgenommen wurden, als der in Deutschland lebende Bruder sie bei sich aufnehmen wollte. Über einen Monat wurde der Vater, vom Rest der Familie getrennt, im Abschiebegefängnis festgehalten.

Zwei Beispiele für viele, die nach dem Dublin-II-Verfahren „überstellt“, also in das Erstaufnahmeland zurückgeschickt werden sollen – unter Missachtung elementarer Flüchtlings- und Kinderrechte. Für die genannten Familien konnte das zum Glück bisher verhindert werden.

### Flüchtlingseiland in Italien

Im Herbst 2010 untersuchten die Asylverfahrensberaterin Maria Bethke und Rechtsanwalt Dominik Bender in Rom und Turin die Situation von Flüchtlingen und auch speziell von „Dublin-II-Rückkehrern“: 88 Prozent waren obdachlos und hatten damit auch keinen gesicherten Zugang zu Nahrung und medizinischer Versorgung; ehrenamtliche Angebote wie Armenküchen und Ambulanzen konnten und können den Bedarf bei weitem nicht decken. (1)

An die 200 Verwaltungsgerichtsurteile haben aus diesem Grund die „Überstellung“ einzelner Flüchtlinge aus Deutschland nach Italien verhindert. (2) Dennoch hält das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) nach wie vor an der Praxis der Rückschiebung auch von Familien mit kleinen Kindern, Kranken und Traumatisierten fest. Lediglich nach Griechenland wird wegen der besonders prekären Bedingungen für Asylsuchende nicht „überstellt“.

### Patienten zweiter Klasse

In jeder Kinder- und Jugendarztpraxis sind sie bekannt: „Krankenbe-

handlungsscheine“ der Sozialbehörden, auf denen klare Anweisungen zu lesen sind. „Die Behandlung ist auf den unbedingt notwendigen Umfang zu beschränken. (...) Krankenhauseinweisungen bedürfen, abgesehen von Notfällen, der vorherigen Zustimmung des Sozialamtes.“ Es werden nur Kosten für die Behandlung akuter Krankheiten und Schmerzzustände erstattet. Viele von uns kennen Diskussionen mit Sachbearbeitern, die keine medizinische Kompetenz, aber eben die Entscheidungsgewalt besitzen.

Etwa 40.000 Minderjährige – Tendenz steigend – erhielten 2009 Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (3), in dem auch die Einschränkungen der medizinischen Versorgung festgeschrieben sind. Das Gesetz geriet im Juli 2012 ins Visier des Bundesverfassungsgerichts, da die dort festgesetzten Regelsätze weit unter dem Existenzminimum lagen. Die Minimierung der Gesundheitsversorgung war nicht Gegenstand des Verfahrens.

Hier hat vor kurzem dankenswerter Weise die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer Stellung bezogen (4). Sie fordert unter anderem, dass alle Flüchtlinge – und

vor allem auch ihre Kinder – ohne Angst vor Abschiebung alle notwendigen Behandlungen und Vorsorgemaßnahmen erhalten sollen, und dass die individuelle Entscheidung über deren Notwendigkeit in ärztlicher Hand liegen muss.

### Sammellager für Jugendliche – in Bayern harte Realität

Während unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in den meisten Bundesländern vom Jugendamt in Obhut genommen und in Clearing-Einrichtungen der Jugendhilfe untergebracht werden, gilt dies in Bayern nur für Jugendliche unter 16 Jahren. 16- bis 18-Jährige gelten als „asylmündig“ nach dem Asylverfahrensgesetz: Die Behörden stecken die Jugendlichen zunächst – und daraus werden leicht einmal neun Monate – in Erstaufnahmeeinrichtungen für Erwachsene, obwohl dies im Widerspruch zur Regelung des Kinder- und Jugendhilferechts im § 42 SGB VIII steht.

Traurige Berühmtheit hat die im Münchner Norden gelegene Bayernkaserne im Januar 2012 durch einen Hungerstreik von über 40 Jugendlichen erlangt. Erneute Schlagzeilen machte eine Eskalation der Gewalt



Dr. med.  
Thomas Nowotny



### Jugendliche in der Bayern-Kaserne

© C. Hess/SZ Photo

im März 2013. Zu diesem Zeitpunkt lebten über 170 männliche Jugendliche in der für 90 Personen konzipierten Unterkunft. Sven Loerzer schrieb vor zwei Monaten in der Süddeutschen Zeitung hierzu:

*„Die Konsequenzen dieser Politik der Ungleichbehandlung treffen Jugendliche, die oft schwer traumatisiert sind von Krieg und Gewalt in ihrer Heimat, sowie durch schreckliche Erlebnisse auf ihrer Flucht. In einer Massenunterkunft wie der Bayernkaserne kommen Flüchtlinge kaum zur Ruhe. Therapeutische Angebote können da nicht greifen. Die sozialpädagogische Betreuung kann noch nicht einmal*

*tagsüber im eigentlich nötigen Umfang erfolgen. Nachts sind die Jugendlichen allein dem Bewachungspersonal ausgeliefert, das offenbar zum Teil auch noch jegliches Verständnis für die Situation der Jugendlichen vermissen ließ und stattdessen diese mit rassistischen Äußerungen provozierte.“ (5)*

Ein Bericht des Bayerischen Fernsehens im April 2013 (6) zeigt die Bedingungen, unter denen solche Konflikte vorprogrammiert sind: Zu sechst „wohnen“ die Jugendlichen in einem Zimmer, wo es außer dem Bett keinen Ort gibt, wo sie sich hinsetzen, geschweige denn zurückziehen können; kochen müssen sie in einer verdreckten Gemeinschaftsküche mit völlig unzulänglichem Mobiliar.

Die Regierung von Oberbayern als Betreiber des Lagers lässt in der Sendung erklären, man sei zufrieden mit den aktuellen Bedingungen. Ohne Zweifel sind sie geeignet, „die Bereitschaft zur Rückkehr in das Heimatland zu fördern“, wie es in der Bayerischen Asyldurchführungsverordnung heißt. Doch für die jungen Flüchtlinge aus Afghanistan, Somalia oder vergleichbaren Ländern ist das erst recht keine Perspektive.

### Umstrittene Altersfestsetzung

Die meisten unbegleiteten Kinder und Jugendlichen sind ohne Papiere geflüchtet und können ihr Alter daher nicht nachweisen; die Behörden bezweifeln ihre Angaben oft und setzen dann ein von ihnen geschätztes Alter fest. Dafür gibt es in Deutschland gegenwärtig drei Verfahren: die Inaugenscheinnahme, die Gesprächsfestsetzung im Rahmen der Inobhutnahme und die Festsetzung aufgrund medizinischer Untersuchungen. Dazu zählen neben Anamnese und Status radiologische Verfahren wie Röntgen der Hand, in Zweifelsfällen Computertomographie der Sternoclaviculargelenke und Orthopantomogramm des Gebisses (7), vereinzelt auch die Kernspintomographie (8). In Bayern und in mehreren anderen Bundesländern wird die radiologische Diagnostik häufig eingesetzt, teils sogar auf Anordnung von Polizisten. (9)

Dagegen steht der Beschluss des 113. Deutschen Ärztetags 2010, der bündig feststellt:

*„Aufgrund mehrfacher weiterer Altersfeststellungen bei minderjährigen Flüchtlingen durch Röntgen der*

## Kinderrechte durchsetzen – auch für Flüchtlinge

Wir Kinder- und Jugendärzte sind besorgt über die gesundheitliche und psychosoziale Situation von nach Deutschland geflüchteten Kindern und Jugendlichen:

- Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz werden Kosten nur für die Behandlung akuter Krankheiten und Schmerzzustände erstattet.
- Minderjährigen Flüchtlingen droht weiterhin die „Überstellung“ nach Italien oder in andere Erstaufnahmelande (Dublin-2-Verordnung) ohne Rücksicht auf die hierdurch bewirkte massive Kindeswohlgefährdung (den allermeisten drohen Obdachlosigkeit und Hunger, es gibt kaum medizinischer Versorgung).
- Immer wieder werden Flüchtlingsfamilien durch die Behörden getrennt, z.B. im Rahmen geplanter Abschiebungen.
- In mehreren Bundesländern, insbesondere in Bayern, werden unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) im Alter von 16-18 Jahren in Sammelagern für Erwachsene statt in Einrichtungen der Jugendhilfe untergebracht, oft über viele Monate.
- Die „Altersfestsetzung“ von UMF durch radiologische Verfahren ist – trotz entgegenlautender Beschlüsse mehrerer Ärztetage – immer noch eine häufige Praxis.

Doch auch in Deutschland ist die UN-Kinderrechtskonvention geltendes Recht. Sie schützt alle Menschen unter 18 Jahren, woher auch immer sie stammen (Art. 2). Sie verpflichtet alle Behörden, bei ihren Entscheidungen das Kindeswohl vorrangig zu berücksichtigen (Art. 3). Sie gewährt allen Kindern und Jugendlichen das Recht auf bestmögliche Gesundheit (Art. 24) und Bildung (Art. 26).

#### Daher fordern wir:

- Verzicht auf die radiologische Altersfestsetzung bei minderjährigen Flüchtlingen.
- Zugang zur Jugendhilfe für alle unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge und bedürftigen jungen Erwachsenen. Keine Lager für Jugendliche.
- Förderung der Familienzusammenführung. Keine Trennung minderjähriger Kinder von ihren Eltern.
- Schutz für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge: Sofortiges Ende der „Überstellung“ von Minderjährigen, Traumatisierten, Kranken und Behinderten in Erstaufnahmelande.
- Zugang zu Gesundheitsleistungen entsprechend dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen für alle Kinder und Jugendlichen, die in Deutschland leben.

**Kinder sind uns willkommen – alle!**



*Handwurzelknochen wird nochmals an die Ärztetagsbeschlüsse von 1995 und 2007 erinnert. Danach ist die Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten zur Feststellung des Alters mit aller Entschiedenheit abzulehnen.“*

In der Begründung heißt es: „Die Altersbestimmung per Röntgenaufnahme des Handskeletts ist in ihren Ergebnissen so unsicher, dass sie als Methode generell abzulehnen ist. Sie bedeutet darüber hinaus eine Strahlenbelastung des wachsenden Organismus, die medizinisch nicht zu rechtfertigen ist. Ausländerrechtliche Fragestellungen können auf keinen Fall medizinische Indikationen von den Körper belastenden Verfahren wie z.B. Röntgen legitimieren.“ (10)

Die aufwändige Diagnostik wäre überflüssig, wenn nicht mehr das

chronologische Alter, sondern der individuelle Bedarf entscheidend dafür wäre, ob jungen Menschen Jugendhilfe und Schutz vor Abschiebungen zugestanden wird. Ein 19-Jähriger, der mit elf Jahren als Kindersoldat rekrutiert wurde, braucht nicht weniger psychosoziale Unterstützung als ein 17-Jähriger.

### Kinderrechte durchsetzen!

Für alle in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen ist die Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen geltendes Recht, seit 2010 uneingeschränkt. Nach Artikel 3 ist „bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, (...) das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist“. (11) Dass sich deutsche Behörden damit schwer

tun, ist in diesem Artikel deutlich geworden. Gut dokumentiert ist dies auch in einem aktuellen Bericht des Bundesfachverbandes Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge an die Vereinten Nationen. (12)

Wir Kinder- und Jugendärzte verstehen uns immer auch als Sprachrohr für die Schwächsten, die selbst keine Stimme haben oder deren Mitspracherecht missachtet wird. Um die Kinderrechte durchzusetzen, ist politischer Druck nötig. Daher bitte ich um Unterstützung für die Erklärung zum Schutz von Flüchtlingskindern (Kasten S. 264).

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Thomas Nowotny  
83071 Stephanskirchen  
t.nowotny@onlinehome.de

Red.: Kup

## 11. Deutsches Down-Sportlerfestival

### „Wir haben noch kein Festival ausfallen lassen“

Am Samstag, 4. Mai, fand das weltweit größte Sportfest für Menschen mit Down-Syndrom zum elften Mal statt. 545 Sportler und 2.300 Gäste reisten aus ganz Deutschland an, um an diesem emotionalen Festival teilzunehmen, viele bereits zum 11. Mal.

„Für meinen Sohn Marc ist das Festival das Highlight des Jahres. Wir haben noch kein einziges ausfallen lassen“, sagte Sabine Bastian am Samstag, als sie von der Tribüne aus ihrem Sohn zujubelte. „Mit dem Festival-Trikot geht Marc inzwischen regelmäßig ins Fitness-Studio.“ Ähnlich wie Marc hat das Deutsche Down-Sportlerfestival, das seit 2003 von Hexal veranstaltet wird, viele Menschen mit Down-Syndrom beeinflusst. Bundesweite Trainingsgruppen haben sich seither gegründet, Sporttalente wurden entdeckt und gefördert. Über das Deutsche Down-Sportlerfestival kam auch Melanie Beyer zum Sport und hat inzwischen Gold bei den Special Olympics, den olympischen Spielen für Menschen mit geistiger Behinderung, gewonnen.

#### Wissenschaft belegt Trainingserfolg

„Durch regelmäßigen Sport gewinnen Menschen mit Down-Syndrom an Selbst-



vertrauen und verlieren überschüssiges Körpergewicht. Auch ihre allgemeine Leistungsfähigkeit, ihre Willenskraft und Ausdauer nehmen zu. Nach einigen Jahren sehen sie genauso athletisch aus wie Sportler ohne Down-Syndrom“, sagt Prof. Dr. med. Holm Schneider, Leiter des Pädiatrischen Forschungszentrums am Universitätsklinikum Erlangen.

Bei allem sportlichen Ehrgeiz – vor allem Spaß und Freude prägten das Deutsche Down-Sportlerfestival. Egal, wer wie weit geworfen hat oder gesprungen ist – zum Schluss bekamen alle 545 Sportler eine „Goldmedaille“ – persönlich überreicht von den Prominenten, die dieses Festival Jahr für Jahr begleiten und unterstützen.

Das nächste Festival findet am Samstag, 17. Mai 2014, statt.

Red: ReH

# „Diese Ärztin hört einem einfach nicht zu...“

## Warum Eltern die Praxis wechseln – Beispiele von Elternbeschwerden aus Jameda.de

*Patienten kommen und gehen. Unzufriedene wechseln die Praxis und wir erfahren meistens nicht, warum. – Außer wenn sich die Patienten in Arztbewertungsportalen äußern.*

*Diese Portale werden vor allem von Ärzten kritisch gesehen, weil sie subjektive Beurteilungen enthalten, weil die Beschwerdeführer anonym bleiben und weil sie manipuliert werden können. Die Portale sind aber nun einfach mal da und werden zunehmend genutzt. Es lohnt sich, mal hineinzuschauen, um einen anderen Blickwinkel auf die eigene Tätigkeit und die Tätigkeit der Kollegen zu bekommen. Die Portale sind von (zum Teil selbst verfassten) Lobeshymnen voll, und die überwiegende Mehrzahl der Beurteilungen fallen positiv aus. Die medizinische Qualifikation wird ganz selten kritisiert.*

*Eltern geben aber auch ihrer Empörung über verschiedene kommunikative Aspekte der Behandlung Ausdruck. Die Klagen beziehen sich vorwiegend auf die Freundlichkeit gegenüber Eltern und Kindern und auf die Sprechstunden-Organisation. Es wird uns manchmal ein hässlicher Spiegel vorgehalten, den wir eigentlich nicht sehen möchten. Man überlegt sich, ob man selbst schon einmal so „rübergekommen“ ist. Nein, ich bin nicht so!, möchte man am liebsten denken. Oder doch...?*

*Aus den negativen Schilderungen in den Bewertungsportalen kann man nur lernen. Es gibt Verhaltensweisen oder Aussagen des Arztes oder der MFA, die einfach ganz schlecht ankommen. Sicher auch oft, ohne dass es dem Arzt oder der MFA selber bewusst ist. Wenn aber die Kommunikation nicht stimmt, sinkt das Vertrauen. Die Bewertungsportale bieten uns Pädiatern die Chance, unser Handeln einmal aus Sicht der Patienten und Eltern zu erleben und dadurch unser eigenes Handeln kritisch zu reflektieren und eventuell zu ändern. Denn eigentlich ist es ganz einfach, einfühlsam und freundlich zu Kindern und Eltern zu sein, zuzuhören und sich etwas Zeit zu nehmen.*

Gottfried Huss, 79618 Rheinfelden

### Beispiele von anonymisierten Eltern-Beschwerden:

#### Zuhören, Empathie, Gesprächskompetenz

...Diese Ärztin hört einem einfach nicht zu. Man kann sein Problem gar nicht schildern und bekommt gleich einen Vortrag oder eigentlich mehrere hintereinander. Eigene Einschätzungen kann man sich gleich sparen, ...sie betont alle zwei Minuten ihre langjährige Erfahrung in der Uniklinik, damit man ja nichts anzweifelt. ...das was Frau Dr. X. fehlt ist: Herzenswärme, Taktgefühl, Leidenschaft für den Beruf und Verständnis auch für die kleinen Sorgen und Nöte der Patienten...

...ein „Hallo“, kein „Auf Wiedersehen“, das hat man ihr wohl vergessen, einzuprogrammieren. Ansonsten gibt es anscheinend gewisse Codewörter, bei denen Frau X anspringt und Lehrbuchtexte runterrattert, egal, ob man gerade noch dabei war, ihr den Sachverhalt darzustellen...

...seine Reden kann man kaum unterbrechen. Irre fand ich, dass er mir empfohlen hat unser 6-monatiges Kind vor den Fernseher zu setzen, damit es abgelenkt wird vom Juckreiz...

...ich habe das Gefühl, das ihm seine Kongresse und Vorträge wichtiger sind...

...sie sagte zu mir: „Ich bin kein Prophet, sie müssen mir schon sagen, was ihr Kind hat“...

#### Sanfter Umgang und Gespräch mit Kindern, Umgang mit weinenden oder störenden Kindern

...aber als die Kleine während eines Vortrags einmal ungeduldig wurde, wurde sie gleich von ihr zum Schweigen aufgefordert, was ich total unangemessen fand ...

...Dr. Y scheint mir ziemlich ungeeignet für Kindermedizin, er spricht kleine Kinder nicht an, begrüßt sie nicht, erklärt alles nur den Eltern, ist kurz angebunden und scheint die Patienten nicht auf dem Schirm zu haben...

...er verliert auch schnell die Nerven, wenn Kinder laut weinen, wenn sie z.B. eine Spritze bekommen sollen. Dann steht er im Nebenzimmer und wird laut und sagt: „So kann ich aber nicht arbeiten. Ver-

suchen Sie ihr Kind zu beruhigen, sonst wird das nichts“.

... bitte lasst die Finger von dem eiskalten Mann mit dem unglaublichen Befehlston ...es war mir nicht erlaubt mein brüllendes Kind während der Untersuchung zu trösten „Lassen Sie das Kind liegen. Ich untersuche hier!“ ...

...als er mein Kind bei der U2 (untersuchungsbedingt) grob anfasste und es weinte, meinte Dr. X, das sei kein Schmerzempfinden, nur eine Reaktion... da ich stillte, wurde mir empfohlen, unbedingt dennoch zuzufüttern ...er war gegen das ausschließliche Stillen und äußerte sich sehr herablassend über Stillgruppen (er nannte sie Tratschtreffen)...

...kann von dieser Kinderärztin nur dringend abraten, sie war sehr unfreundlich, vorwurfsvoll und sehr genervt von unserem wenige Wochen alten Säugling, der im Laufe der Behandlung anfang zu schreien und sich nicht mehr beruhigen ließ. Sie forschte uns an, ob wir das Kind nicht mal beruhigen könnten...

...als meine Tochter zu mir kam und hochgenommen werden wollte und ich mich deshalb ihr zuwandte schimpfte mich Dr. X an das Kind müsse lernen, dass es sich zurückhalten soll, wenn Erwachsene sprechen...

#### Ausgezogene Kinder müssen warten und frieren

...dann musste das Baby nackt noch eine weitere halbe Stunde im Behandlungszimmer warten. Es kam zwar eine ausführliche Untersuchung aber es wurde nicht darauf geachtet das das Baby blau anlief und schrie wie am Spieß weil es sehr kalt war im Zimmer! Das nackte Kind wurde auf eine Ledermatratze gelegt und fro er bärmlich. Ich war entsetzt. Es folgten Ratschläge wie 'ein Kind gewöhnt sich ans Schreien'...

...Baby sollte bis auf die Windel ausgezogen werden, wurde von einer Sprechstundehilfe vermessen und dann hieß es, der Arzt kommt gleich, bitte das Kind ausgezogen lassen. Nach einer Stunde Wartezeit und eine Beschwerde meinerseits, kam der Arzt ...

...in Kabinen mit 4 Wochen altem Baby zwei Stunden auf den Arzt warten – das ganze nackig, meine Kleine war gar nicht begeistert ...Fließbandarbeit ist noch untertrieben, völlig überlaufen diese Praxis...

#### Diskretion, Privatsphäre, Störungen

...die Türen der Sprechzimmer stehen offen und man bekommt mit was der andere im Nebenzimmer für Beschwerden hat...

...während der ohnehin kurzen Behandlung werden Telefonate mit Patienteltern geführt (da kriegt man dann schon mal mit, dass im Kindergarten x eine meldepflichtige Krankheit ausgebrochen ist) oder es wird über den vorherigen Fall gesprochen...

...Dr. X ist in seinen Behandlungsterminen auch nicht nur bei einem kleinen Patienten. Nebenbei werden Telefonate entgegengenommen und Eltern barsch zu recht gewiesen, das eigentliche Kind aus dem Behandlungszimmer zu „entfernen“, wenn es weint. ...

...am schlimmsten jedoch sind die völlig führungs- und kompetenzlose Arzthelferinnen, die nur am Tratschen und Lästern sind und das mit richtigen Namen der Patienten – so hab ich mitbekommen müssen, wie über meine Nachbarn gelästert wurde, kaum zu glauben aber wahr...

...wenn man im Wartezimmer sitzt hört man die Telefongespräche an der Rezeption, wo Eltern größtenteils an den ärztlichen Notdienst abgewimmelt werden. Trotz Termin muss man meist stundenlange warten – sowohl im Wartezimmer als auch mit entkleidetem Säugling im Behandlungszimmer...

#### Team

...der Umgang mit seinem Personal ist unmöglich. Manchmal möchte man die Arzthelferin einfach nur beschützen. Auch hier: respektlos, schroff und zackig...



Ein netter Arzt. Wirklich?

...ein einziges Spielzeug für alle Kinder, Arzthelferin unfreundlich und mit Privatdingen beschäftigt, nur am Maulen mit den Kindern...

#### Sprechstundenorganisation, Wartezeiten

...man wird abgefertigt wie am Fließband in einer Fabrik, Privatpatienten und Adelige werden bevorzugt behandelt, Personal ist unfreundlich, Termine schwer zu bekommen, wir haben gewechselt...

...als Notfall darf man schon mal gar nicht kommen. Einfach reinkommen, und sagen: „Mein Kind hat Fieber und hustet stark“, geht nicht. Dann kommt sofort die Frage: „Haben Sie denn keinen Termin?“ „Nein?, dann geht das aber nicht!“ Damit ist einem dann auch nicht geholfen,

schließlich kann man 3 Wochen vorher nicht wissen, dass das Kind krank wird. ...

#### Hygienemängel

...der Doktor hat leider gehustet. Dabei hat er sich dabei die Handinnenfläche vor den Mund gehalten und anschließend – ohne sich die Hände zu waschen oder zu desinfizieren – die Wunde unseres Sohnes angefasst. ...wir gehen dort nicht wieder hin.

...aber an einem mangelt es ihr: an regelmäßiger Hygiene durch Händewaschen. Das sollte doch definitiv gang und gäbe sein, sich nach jeder Behandlung eines kranken Kindes die Hände zu waschen. Mein Sohn hat nun die gleichen Symptome, wie das Kind, welches vor uns im Untersuchungsraum war ... Red: ReH



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

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



# Unfallmerkblätter – Start geglückt

Die aktualisierten neugestalteten Unfallmerkblätter wurden Anfang des Jahres 2012 endlich gedruckt und an die Kassenärztlichen Vereinigungen ausgeliefert, wo sie bedarfsgerecht angefordert werden konnten. Der offizielle Start in den Praxen für den Wechsel zur neuen Version und damit ihre Aushändigung im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen erfolgte zum 1. April 2012.

Die erste Bilanz nach einem Jahr ist höchst erfreulich und zeigt allen Beteiligten und der Politik, welch zuverlässiger Partner die Kinder- und Jugendärzte auch in der Prävention sind.

Nach Angaben des VdEK (Druck) und der KBV (Logistik) war die erste Auflage bereits vor Jahreswechsel vergriffen. So folgte rasch eine bedarfsangepasste zweite Auflage. Damit beträgt die Gesamtzahl 3.929.100 Merkblätter (s. Tabelle).

Laut VdEK wurden davon weniger als ein Prozent der Auflage bei den Kassen für Nichtärzte, also Hebammen etc. zurückbehalten, also mehr als 99 Prozent über die KV an die Praxen geliefert. Dafür möchte ich mich an dieser Stelle bei allen Kollegen ganz herzlich bedanken und gleichzeitig alle Praxen, in denen die beratende Mitgabe dieser Merkblätter noch nicht zur Routine gehört, bitten, sich schnellstmöglich anzuschließen.

Danke noch einmal allen Mitstreitern, die bei der Aktualisierung und Neugestaltung der Merkblätter geholfen haben, sowie Druck und Logistik für die Eltern kostenfrei ermöglichen.

Dabei ist die BAG „Mehr Sicherheit für Kinder“, die primär auf Initiative der Kinder- und Jugendärzte bei der Bundesvereinigung für Gesundheit Bonn gegründet wurde und seit 2003 eigenständig ist, ein fachlich kompetenter Partner. Bei allen Fragen zur Epidemiologie und Unfallprävention im Kindesalter findet man unter [www.kindersicherheit.de](http://www.kindersicherheit.de) in der Regel eine Antwort.

Geht man von ca. 600 000 Geburten pro Jahr in Deutschland aus, so erreichte das Blatt U2 + U3 mit 537.700 Stück = 89,95 Prozent und U4 + U5 mit 540.700 Stück = 90,12 Prozent die Spitzenwerte. Die anderen Merkblätter lagen im Schnitt bei einem Bedarf von etwa 80 Prozent. Lediglich die Checkliste, also Blatt A, lag als Schlusslicht mit 437.700 aber immerhin noch bei 72,95 Prozent. Diese Liste soll ja bereits während der Schwangerschaftskurse, spätestens direkt nach der Geburt und der Hebammennachsorge verteilt werden. Man kann davon ausgehen, dass die pädiatrisch betreuten Neugeborenenstationen die Merkblätter kennen und auch verteilen, aber das sind eben nicht alle.

Natürlich bedarf sowohl die zuständige KV, als auch die Praxis eines bestimmten Lagervorrates. Die rasch vergriffene erste Auflage und die angepassten Neuanforderungen zeigen aber, dass nach dem erfolgreichen Start ein kontinuierlicher Fluss entsprechend dem Bedarf besteht, der eine vorsichtige Hochrechnung erlaubt. Die Zukunft wird zeigen, ob diese der Geburtenzahl und Vorsorgeteilnahme folgt. Das muss unser Ziel sein!

In den geplanten neuen Vorsorgeheften sollten, ähnlich wie schon jetzt die Impfungen und z. B. die Fluoridprophylaxe, auch die Aushändigung der Unfallmerkblätter

pflichtgemäß dokumentiert werden. Dann entspräche eine verbesserte Verteilerquote weitgehend der hohen Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen.

Nach den Impfungen ist die Verletzungsprävention die erfolgreichste präventive Maßnahme. In Deutschland sind an der Unfallprävention im Bereich Heim- und Freizeit die Kinder- und Jugendärzte seit langem sehr aktiv beteiligt. Mir ist keine Maßnahme entsprechend unseren Unfallmerkblättern bekannt, welche über sechs Lebensjahre die Eltern der Vorschulkinder als Zielgruppe unabhängig von sozialen oder ethnischen Status flächendeckend kontinuierlich seit mehr als 15 Jahren in einem so hohen Maße erreicht. Die Wirksamkeit der kinderärztlichen Beratung in der Unfallprävention ist nachgewiesen (Ellsäßer 2006, Kendrick et al. 2007). Das ist präventive Beratungsmedizin.

Insgesamt konnte in den letzten 25 Jahren die Zahl der kindlichen Todesfälle um mehr als die Hälfte gesenkt werden, so die tödlichen Ertrinkungsunfälle, – von denen die Hälfte bereits im Nichtschwimmeralter bis sechs Jahre passiert – sogar von 93 im Jahr 2001 auf ein historisches Tief von 18 Fällen 2012 – je neun 0–5 Jahre und 6–15 Jahre (DLRG). Die Zahl der Verletzungen im ersten Lebensjahr ist dagegen nahezu konstant und die tödlichen



Dr. Jörg Schriever

**Auflagen Unfallmerkblätter 2012**

Blatt	1. Auflage	2. Auflage	Gesamtzahl
Blatt A	317.000	120.700	437.700
Blatt U2+U3	355.000	182.700	537.700
Blatt U4+U5	359.000	181.700	540.700
Blatt U6	340.000	161.700	501.700
Blatt U7	339.000	151.700	490.700
Blatt U7a	338.000	122.200	460.200
Blatt U8	331.000	147.700	478.700
Blatt U9	333.000	148.700	481.700
<b>Gesamt</b>	<b>2.712.000</b>	<b>1.217.100</b>	<b>3.929.100</b>

(Quelle: VdEK)

Erstickenunfälle dieser Altersgruppe haben leider sogar zugenommen – 52 im Jahr 2011, etwa zur Hälfte durch Erdrosseln bzw. Verlegung der Atemwege. Die Verbesserung der Prävention in dieser Altersgruppe bedarf in Zukunft unserer besonderen Aufmerksamkeit und Fürsorge.

**Die Kassen als wirtschaftliche Nutznießer und die Politik** sollten dies positiv zur Kenntnis nehmen und letztere entsprechend einer alten Forderung des BVKJ den Heim- und Freizeitbereich der Prävention von Verkehrsunfällen gerechterweise endlich per Gesetz gleichstellen. Damit würde auch die Arbeit der Kin-

der- und Jugendärzte aufgewertet und belohnt als Ansporn, Prävention zum Wohl der Kinder weiterhin in den Mittelpunkt ihrer Arbeit zu stellen.

Dr. Jörg Schriever  
Unfallbeauftragter BVKJ  
53894 Mechernich  
E-Mail: dr.j.schriever@gmx.de

Red: ReH

## Aufstehen!!!

Die Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb) hat dem langen Sitzen den Kampf angesagt. Wie Kinder- und Jugendärzte ihre Patienten zum Aufstehen bewegen können, darüber sprach mit unserer Zeitschrift der Heidelberger Sportwissenschaftler und peb-Vorstandsmitglied Prof. Dr. Gerhard Huber.



### Was haben sie denn gegen das Sitzen?

Noch vor 100 Jahren legten die Menschen Wegstrecken von circa 18 km am Tag zurück. Der moderne Lebensstil hingegen ist überwiegend vom Sitzen geprägt. Motorisierter Transport und immer neue Angebote laden zu mehr Bequemlichkeit ein. Kinder bewegen sich durchschnittlich nur noch eine Stunde pro Tag. Den überwiegenden Teil ihres Tages verbringen sie im Sitzen: Zuhause, in der Schule oder in der Kita sowie auf dem Weg dorthin. Aktuelle Studien zeigen, dass das Sitzen Folgen für die körperliche Entwicklung von Kindern hat, selbst wenn diese sich sonst viel bewegen. Sitzen ist ein eigener gesundheitlicher Risikofaktor. Die Sitzzeiten steigen im Laufe der Kindheit hin zum Jugendalter an und liegen dann bei Jugendlichen im Durchschnitt bei neun Stunden pro Tag; das sind mehr als 70 Prozent ihrer Wachzeit. Der Energieverbrauch während des Sitzens ist kaum höher als beim Schlafen und somit extrem niedrig.

### Welche gesundheitliche Folgen hat der Sitzende Lebensstil?

Schon im Kindes- und Jugendalter können gesundheitsschädigende Folgen des *Sitzenden Lebensstils* auftreten. Diese reichen von einem erhöhten Risiko für Übergewicht, metabolischen Erkrankungen über verringerte kardiovaskuläre Fitness bis hin zu einer verringerten Knochendichte und intellektuellen Leistungsfähigkeiten. Außerdem können hohe Sitzzeiten mit aggressivem Verhalten einhergehen. Im Erwachsenenalter werden zudem Zusammenhänge zwischen langen Sitzzeiten und Diabetes mellitus 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bestimmten Krebsarten und sogar mit einem erhöhten Sterberisiko diskutiert.

### Und warum sitzen Kinder so viel?

Sitzen ist in erster Linie eine Ko-Aktivität, im Vordergrund steht meist eine andere Tätigkeit, die im Sitzen erfolgt. Viele beliebte Freizeitaktivitäten von Kindern und Jugendlichen werden im Sitzen ausgeführt: Fernsehen, Computer-Nutzung und das Spielen von Videospiele. Medienkonsum ist in diesem Zusammenhang besonders kritisch zu betrachten, weil er die Sitzzeiten erhöht und dabei andere aktive Beschäftigungen verdrängt. Über spezielle Halterungen für Tablet-PCs werden bereits Kleinkinder im Kinderwagen und Hochstuhl an den ständigen Medienkonsum gewöhnt. Auch die TV-Konsumenten werden immer jünger. Waren es 1971 noch Vierjährige, die erste Erfahrungen mit dem Fernseher machten, so sitzen heute bereits Kinder im Alter von fünf Monaten vor dem Bildschirm.

Ein weiterer Faktor, der zu langen Sitzzeiten beiträgt: Viele Schüler werden von den Eltern mit dem Auto gefahren oder kommen mit dem Bus – aber nur wenige zu Fuß oder mit dem Fahrrad. Somit sind Alltagsaktivitäten rückläufig, während die Bildschirmzeiten deutlich zugenommen haben.

### Wer sitzt am meisten?

Sitzzeiten nehmen während der Kindheit und mit dem Alter zu. Insbesondere nach dem Eintritt in die Schule steigen die Sitzzeiten drastisch an. Aktuelle Studien zeigen, dass männliche Jugendliche mehr Zeit vor dem Bildschirm verbringen als weibliche Jugendliche und dass Kinder mit einem niedrigem Sozialstatus öfter fernsehen als Kinder aus höheren Gesellschaftsschichten.

### Was können Kinder- und Jugendärzte gegen das Sitzen tun?

Ein bereits in der Kindheit erlernter *Sitzender Lebensstil* bleibt meist über die gesamte Kindheit und Adoleszenz bestehen und wird mit höherer Wahrscheinlichkeit auch im Erwachsenenalter weiterverfolgt. Maßnahmen zur Veränderung des *Sitzenden Lebensstils* sollten daher schon früh in der Kindheit ansetzen. Deshalb muss zunächst bei den Eltern ein Problembewusstsein geschaffen werden.

Kinder- und Jugendärzte können die Familien mit praktischen Handlungsempfehlungen weg vom Sitzen hin zu mehr Bewegung motivieren. Dabei ist es wichtig, dass Ärzte Risikopatienten erken-

nen und gezielt Maßnahmen zur Reduzierung von Sitzzeiten anstoßen. Wenn z. B. ein Siebenjähriger übergewichtiger Junge zu einer Untersuchung kommt, sollte der Arzt in einem Gespräch mit einem Elternteil den *Sitzenden Lebensstil* und seine Folgen gezielt ansprechen. Im anschließenden Beratungsgespräch kann er Hinweise für Lebensstiländerungen geben. Den Eltern sollte verdeutlicht werden, dass sie über Vorbilder, Regeln und die Verfügbarkeit von TV-Geräten Einfluss auf die Sitzzeiten ihrer Kinder nehmen können. Kinder sitzen weniger, wenn ihre Eltern und Geschwister weniger sitzen. Klare Regeln zur TV- und Computernutzung verringern auch deren Nutzungszeiten. Kinder, die in Haushalten mit mehreren TV-Geräten leben, oder gar einen eigenen Fernseher im Kinderzimmer haben, konsumieren hingegen mehr TV und weisen längere Sitzzeiten auf, als Kinder die keinen so leichten Zugang zu Bildschirmmedien haben.

Abschließend sollte der Arzt den Eltern verständliche und leicht umsetzbare Handlungsempfehlungen mit auf den Weg geben, damit die neuen Erkenntnisse zum *Sitzenden Lebensstil* tatsächlich in den Familienalltag integriert werden. Beim nächsten Termin empfiehlt es sich, das Thema wiederholt anzusprechen, sodass die Problematik nicht in Vergessenheit gerät und um zu erfahren, ob Hinweise tatsächlich umgesetzt wurden.



### Was soll der Kinder- und Jugendarzt Eltern ganz konkret raten?

- Keine Lauflernhilfen für Kleinkinder zwischen null und zwölf Monaten.
- Tragevorrichtungen nur für den Transport.
- Keine Schiebbestangen u. ä. für Dreiräder und andere Fahrzeuge.
- Spätestens ab dem dritten Lebensjahr kein Kinderwagen mehr.
- Eltern sollten den Familienalltag grundsätzlich bewegt gestalten: z. B. Schwimmbadbesuch anstatt Kino.
- Kinder mindestens eine Stunde täglich an der frischen Luft bewegen lassen.
- Kein motorisierter Transport zur Kita oder Schule.

### Sitzender Lebensstil und peb

Die Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb) ist ein Zusammenschluss von Vertretern aus öffentlicher Hand, Wirtschaft, Wissenschaft, Sport, Eltern und Ärzten. Über 100 Partner (darunter auch der BVKJ und DGKJ) setzen sich aktiv für eine ausgewogene Ernährung und mehr Bewegung als wesentliche Bestandteile eines gesundheitsförderlichen Lebensstils bei Kindern und Jugendlichen ein. Der *Sitzende Lebensstil* ist ein Schwerpunktthema von peb. Deshalb hat die Plattform unterschiedliche Strategien entwickelt, um auf die Herausforderungen des übermäßigen Sitzens aufmerksam zu machen. So wird das Thema z. B. im Rahmen von peb-Symposien bei verschiedenen Kongressen unter Einbindung von Experten in den Mittelpunkt gerückt. Außerdem werden aufeinander abgestimmte Kommunikationsschritte entwickelt, um die Thematik in das Bewusstsein der Öffentlichkeit zu rücken. So konzipiert peb derzeit u. a. einen „Sitzcheck“, mit dem Verbraucher für das Sitzverhalten in ihren Familien sensibilisiert werden.

- Keine Mediennutzung für Kinder unter drei Jahren, für Kitakinder maximal 30 Minuten pro Tag, für Grundschulkindern maximal 60 Minuten.
- Ältere Kinder können wöchentliche Zeitkonten für Bildschirmmedien bekommen: zehn bis 14 Stunden maximal pro Woche, nicht länger als zwei Stunden am Stück.
- Smartphone nicht sitzend sondern stehend nutzen.
- Grundsätzlich gilt: Das Sitzen möglichst alle 20 Minuten unterbrechen.

Darüber hinaus können Eltern gezielt Bewegungsanlässe schaffen, indem sie Babys und Kleinkindern Flächen und Zeit zum Strampeln sowie sichere Räume zum Hochziehen und Krabbeln geben. Kinderzimmer sollten tobefreundlich und ohne Sitzmöbel eingerichtet werden. Auch eine „Tobeerlaubnis“ für die Wohnung motiviert zum bewegten Lebensstil. Eltern sollten Säuglinge und Kleinkinder auch aus eigener Kraft sitzen und laufen lassen, auch wenn dabei manchmal Stürze und „Wehwehchen“ in Kauf genommen werden müssen.

Sportangebote unterstützen die Alltagsaktivität zusätzlich. Eltern können dafür z. B. Krabbelgruppen und Kinderturnen im Sportverein oder Schwimmkurse nutzen. Bei der Wahl der Sportart sollten sie Rücksicht auf die Bedürfnisse und Talente ihrer Kinder nehmen. Nur so macht der Sport auch Spaß und wird dauerhaft zum Teil des Alltags.

Außerdem wichtig: Eltern sind Bewegungsvorbilder für ihre Kinder. Deshalb sollten Eltern selbst weniger sitzen und körperlich aktiver werden. Kinder haben längere Sitzzeiten, wenn andere Familienmitglieder auch ein hohes Maß an sitzenden Aktivitäten aufweisen.

Weitere Informationen unter [www.pebonline.de](http://www.pebonline.de)

Red: ReH

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

Den bewährten Partner des BVKJ in allen Versicherungsfragen, die Assekuranz AG, können Sie ab sofort unter der folgenden Servicenummer erreichen: (02 21) 6 89 09 21.





## Jedes vierte Kind leidet unter „verstecktem Hunger“

# Neuer UNICEF-Bericht über weltweite Ernährungssituation von Kindern

UNICEF ruft zu verstärktem Einsatz gegen chronische Unterernährung bei Kindern auf. Jedes vierte Kind unter fünf Jahren weltweit leidet laut des neuen UNICEF-Berichts zur weltweiten Ernährungssituation von Kindern unter verstecktem Hunger – und wird damit für sein gesamtes weiteres Leben geschädigt. Demnach sind 165 Millionen Kinder als Folge von Mangelernährung unterentwickelt (Englisch: „stunted“). Den Bericht „Improving Child Nutrition. The achievable imperative for global progress“ stellte UNICEF auf der Internationalen Konferenz zu Hunger, Ernährung und Klimagerechtigkeit in Dublin vor.

Chronische Unterernährung gilt als „versteckter Hunger“, weil die Folgen weniger deutlich sichtbar sind als bei akuten Hungerkatastrophen. Die Kinder sind zu klein für ihr Alter, aber auch die Entwicklung des Gehirns und damit der kognitiven Fähigkeiten ist häufig für immer beeinträchtigt: Der Rückstand in den entscheidenden ersten 1.000 Tagen im Mutterleib und bis zum zweiten Geburtstag lässt sich meist nicht wieder aufholen.

„Unterentwicklung vernichtet das Potential von Kindern und vereitelt Chancen für die Entwicklung eines Landes“, sagte UNICEF-Exekutivdirektor Anthony Lake bei der Vorstellung des Berichts. „Die gute Nachricht ist: Wir wissen, was wirkt. Der UNICEF-Bericht zeigt, dass so unterschiedliche Länder wie Äthiopien, Haiti, Peru oder Ruanda mit gezielten Programmen für bessere Ernährung von Kindern bereits große Fortschritte erreicht haben.“

Drei Viertel der unterentwickelten Kinder leben in Südasien oder im südlichen Afrika. Kinder aus armen Familien sind doppelt so häufig betroffen, ebenso sind die Gefahren für Kinder in ländlichen Gebieten größer als für Kinder in Städten.

Ursachen für chronische Unterernährung sind zu wenig Nährstoffe sowie häufige Krankheiten, die die Kinder weiter schwächen.

Für jeden dritten Todesfall bei Kleinkindern ist Mangelernährung mitverantwortlich. Betroffene Mädchen und Jungen werden öfter krank. Sie gehen seltener zur Schule und ihre Leistungsfähigkeit ist reduziert.



**Eine Frau stillt ihren Säugling in einem kleinen Ort im Niger**

Foto: UNICEF, Pirozzi

Damit haben die Kinder weniger Chancen, dem Kreislauf der Armut zu entkommen: Im späteren Berufsleben verdienen sie durchschnittlich 22 Prozent weniger Geld als ihre Altersgenossen, die als Kind ausreichend ernährt wurden.

Der UNICEF-Bericht zeigt auch, dass in den vergangenen Jahren gute Fortschritte im Kampf gegen versteckten Hunger und andere Formen der Mangelernährung erreicht wurden. In Indien leben mit 61 Millionen die meisten unterentwickelten Kinder. Dort konnte im Bundesstaat Maharashtra der Anteil der betroffenen Kinder von 39 Prozent in 2005/ 2006 auf 23 Prozent in 2012 gesenkt werden. In Peru sank der Anteil zwischen 2006 und 2011 von 30 auf 20 Prozent, in Äthiopien von 57 Prozent (2000) auf 44 Prozent (2011).

Erfolgreich sind laut UNICEF Länder, die gezielt in die Ernährung und Gesundheit von Müttern und Kindern investieren.

Red: ReH

### UNICEF-Bericht: Begriffe kurz erklärt

**Mangelernährung** zeigt sich an unterschiedlich schweren Ausprägungen (s. unten). Sie entsteht durch unzureichende Aufnahme von Kalorien und Nährstoffen. Die Ursache sind zu wenig ausgewogene Nahrung, aber auch Krankheiten wie häufiger Durchfall oder Parasiten.

- **Untergewicht:** Das Kind ist zu leicht für sein Alter. Die Häufigkeit von Untergewicht bei Kindern ist ein Schlüsselindikator, um den weltweiten Fortschritt im Kampf gegen Hunger zu messen. **101 Millionen Kleinkinder waren 2011 untergewichtig**, das sind 16 Prozent der Kinder unter 5 Jahren. Seit 1990 ist die Zahl der untergewichtigen Kinder um 37 Prozent zurückgegangen
- **Unterentwicklung (Stunting):** Das Kind ist zu klein für sein Alter. Auch die Entwicklung des Gehirns kann beeinträchtigt werden. Unterentwicklung ist eine Folge von chronischer Unterernährung vor allem in den wichtigen ersten 1.000 Lebenstagen.
- **Auszehrung (Wasting):** Das Kind ist zu leicht für seine Größe. Auszehrung ist eine Folge von akuter Unterernährung.

# Schackeline hat Geburtstag...



Seit einem Jahr geht im Kinder- und Jugendarzt Schackeline zur U3. Zu verdanken hat unsere kleine Rubrik ihre Existenz dem „Weißbraun“, dem leeren Platz, der sich manchmal ergibt, wenn der Abstand zwischen zwei Artikeln zu groß ist, um gut auszusehen, und zu klein, um einen weiteren Beitrag dort zu platzieren. Womit die Redaktion nicht gerechnet hat: „Schackeline“ ist inzwischen die Rubrik mit den meisten Zuschriften. Manchmal täglich erreichen uns Mails mit lustigen Namen. Ob Kleinstadt oder Großstadt, Osten oder Westen – überall versuchen Eltern, ihren Kindern besonders ausgefallene Namen zu geben. Über die Gründe sprach unsere Zeitschrift mit dem Leipziger Namensforscher Thomas Liebecke.

## ? Was geht Ihnen durch den Kopf, wenn Sie den Namen Jacqueline hören?

[lacht] In meiner Sturm- und Drangzeit war ich einmal furchtbar verknallt in eine Jacqueline, so dass der Name bei mir eher positiv besetzt ist. Klar weiß ich, dass Jacqueline gern als weibliches Gegenstück zum Kevin ins Feld geführt wird. Und da sind wir auch schon mittendrin: Im kollektiven Empfinden einer Kulturgemeinschaft sind Vornamen oft mit bestimmten Assoziationen verknüpft – und dafür gibt es Gründe. Der einzelne Namenträger muss diesem Bild aber keineswegs entsprechen.

## ? Was genau meinen Sie? Prägt ein Vorname den Charakter?

Aus einem Vornamen gewinnt man beim ersten Hören Anzeichen darüber, wer der Namenträger ist. Ein Name trägt ganz deutlich Merkmale für das Geschlecht einer Person und bietet vermeintliche Anhaltspunkte für das Alter. Stellen Sie sich einfach vor, gleich kommt Grete zur Tür herein. Dann stellen Sie sich vor, es käme ein Jochen, oder eine Leah. Ihre drei Gäste werden Sie sich recht unterschiedlich ausmalen, oder? Manchen Namen lassen Vermutungen über den sozioökonomischen Status zu, an manchen glaubt man auch Charakterzüge festmachen zu können. Einen Maximilian oder eine Sophie stellt man sich eher in einer Akademikerfamilie vor, Sven oder Jenny hingegen eher in den sogenannten bildungsfernen Schichten. Bei Lukas schwingt ein „frech“ mit, Leonhard wird als ernst wahrgenommen; Lily gilt als attraktiv, Kornelia weniger. Die Tendenz zu solchen Assoziationen ist bei weiten Teilen der Sprachnutzer nachweislich vorhanden. Auf [www.onomastik.com](http://www.onomastik.com) läuft dazu bereits seit 2007 eine Befragung der

Sprachnutzer. Die daraus gewonnenen Onogramme zeigen solche Tendenzen sehr deutlich.

Um nun Ihre Frage zu beantworten: Nein, es ist wohl nicht der Name, der den Charakter prägt. Es ist das Umfeld. Bei Kindern sind die Eltern die wichtigsten Bezugspersonen, später auch die erweiterte Familie, Freunde, Bekannte. Sie alle formen maßgeblich den Charakter der Kinder. Sie alle sind aber auch Teil einer sozialen Gruppe, die wahrscheinlich bestimmte Interessen und Ansichten teilt, vergleichbare Bildungsbiografien hat, ähnliche Vorlieben entwickelt. Und aus dieser Gruppe heraus wird der Name vergeben. So kann es durchaus sein, dass bei Trägern bestimmter Namen bestimmte Persönlichkeitseigenschaften häufiger auftreten, andere weniger ausgeprägt sind.

## ? Warum wählen Eltern bestimmte Vornamen? Warum nennen sie ihre Kinder Kevin, Jacqueline, Sven, aber nicht Ayla oder Hakan?

Eltern nennen Ihre Kinder durchaus auch Ayla und Hakan, nur eben recht selten in unserem Kulturraum. Bei der Namenwahl orientieren Eltern sich gern an ihrem engeren Umfeld, bei Freunden und Bekannten. So bleiben viele Namen lange auf einen Kulturkreis begrenzt. Es sind normalerweise nicht Popstars und Massenmedien, die Trendnamen prägen. Kevin war schon lange vor den Filmen in Deutschland angekommen.

## ? Jacqueline kommt aus Marzahn, Luise aus Zehlendorf. Stimmt das Vorurteil tatsächlich?

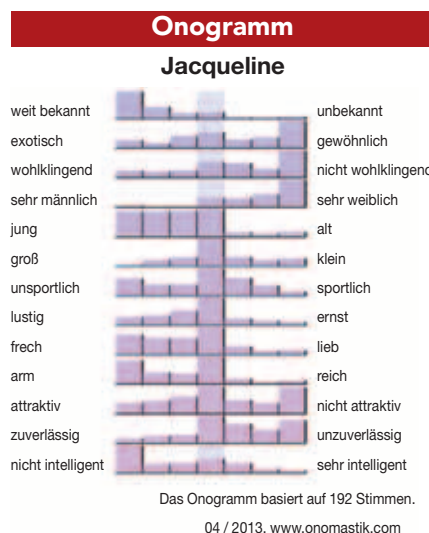
Zu konkret dieser Frage fehlen mir zwar Daten. Was allerdings ganz klar ist: Es gibt regionale Vorlieben für Namen. Jacqueline ist nachweislich in den neuen Bundesländern populär gewesen, kaum in den alten. Bei Luise ist es genau umgekehrt. Peggy nannte man vor allem Kinder im Süden und in der Mitte der ehemaligen DDR. Henning wurden vor allem Kinder in NRW und Schleswig-Holstein genannt, Maximilian war ein typisch bayerischer Name. Diese Aussagen lassen sich auf Basis der Telefondaten von 1998 treffen.

Auch heute gibt es regionale Tendenzen. 2011 war Paul einer der Top 3-Jungennamen in den neuen Ländern und selten unter den Top 3 der alten Länder, bei Maximilian war es genau umgekehrt.

Dass bestimmte Vornamen auch unterschiedlich über die sozialen Schichten verteilt sind, trifft unbestritten auch zu.

## ? Kann ich als Sharmaine Chefärztin werden oder ist ein solcher Vorname ein lebenslanges Stigma?

Klar kann Sie! Vielleicht wird ihr Weg schwieriger, als der von Constanze und Eleonore, aber sie wird lernen, sich durchzusetzen.



### ? Was sagen Vornamen über unsere Zeit und Gesellschaft aus?

Namen sind Spiegel der Gesellschaft. Individualität und Vielfalt findet man deshalb heute auch in unseren Vornamen. Gleichzeitig entwickeln sich Vornamens-trends doch sehr beständig. Ein Blick auf die Top-20 der deutschen Vornamen des letzten Jahres verdeutlicht es: Dort sind keine exotischen Namen zu finden. Vielmehr waren alle Namen bereits vor 30 Jahren beliebt, einzig Noah wurde damals kaum vergeben.

### ? Zum Schluss noch ein Tipp: Wie sollen Eltern ihre Kinder nennen, dass sie möglichst gut durchs Leben kommen?

Allzu ausgefallene Vornamen (etwa Doktor, Pi oder Lenin) sind in Deutschland nicht eintragungsfähig – und das

finde ich in Ordnung. Die rechtlichen Rahmenbedingungen sehen vor, dass Vornamen ihrem Wesen nach tatsächlich Vornamen sein sollen. Nachnamen oder Appellative als Vornamen, damit würde sich das Standesamt schwer tun. Und das Geschlecht soll sich am Vornamen erkennen lassen.

Für etwas mehr Flexibilität aber noch zwei ganz praktische Tipps:

1. Eltern können gern mehr als einen Vornamen vergeben, so dass das Kind später auch auf einen anderen Rufnamen wechseln kann.
2. Eine Vollform halte ich für immer besser als die Kurzform. Gern kann ich mein Kind Jenny rufen, aber wenn auf der Geburtsurkunde Jennifer steht, bin ich nicht auf Jenny festgelegt.

Ansonsten würde ich mir keine großen Gedanken machen. Wesentlich wichtiger, damit die Kinder gut durchs Leben kommen, ist, dass Eltern Zeit für ihre sie haben, sie dabei unterstützen, herauszufinden, wer sie sind und was ihnen liegt, so dass sie ihr volles Potential auszuschöpfen können. Letztlich liegt es an jedem einzelnen Namenträger, den Namen mit Inhalt zu füllen.

*Der Leipziger Namenforscher und Philologe Thomas Liebecke beschäftigt sich mit der Wahrnehmung von Vornamen. Auf der namenkundlichen Plattform [www.onomastik.com](http://www.onomastik.com) betreibt er eine Befragung dazu, deren Ergebnisse als Onogramme öffentlich abrufbar sind.*

ReH

## ● Wenn Schackeline zur U6 kommt

### Unsere Lieblingsnamen im Juni

Angel Desteny Summer, Charly Celeste, Ehrengard, Holly-Elaine, Marie-Elena-Gudrun-Barbara, Paul Brooklyn, Peer-Mathis-Wolf-Reimar, Petrusillius, Rul, Shirin, Tiffany-Laura, Zoe New York.

Red.: ReH



© Philipus - Fotolia.com

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

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine  
Vertretung

einen  
Weiterbildungsassistenten

einen  
Nachfolger

einen  
Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis  
bzw. ein Jobsharingangebot

dann wenden Sie sich bitte an die

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





## Highlights aus Bad Orb ●●●

# Erkrankungen durch Rotaviren und Möglichkeiten der Prophylaxe

Erkrankungen an Gastroenteritis durch Infektion mit Rotaviren gehören zu den häufigsten Problemen des Kindesalters mit erheblicher Morbidität. Das Interesse an der Erkrankung ist wieder größer geworden, weil zwei gut verträgliche und wirksame Schluckimpfungen zur Verfügung stehen.

### Mikrobiologie

Rotaviren sind unbehüllte RNA-Viren mit einer doppelsträngigen RNA, aufgeteilt in elf Segmente ähnlich wie das Influenza-Virus, mit einem Durchmesser von nur 80 nm (Abb. 1). Jedes Segment des Genoms kodiert für ein virales Protein. Das Virus sah im Elektronenmikroskop bei der Erstbeschreibung wie ein Rad mit Speichen aus, was zum Namen Rotavirus führte (Abb. 2). Als sehr kleines unbehülltes Virus ist es gegenüber den übli-

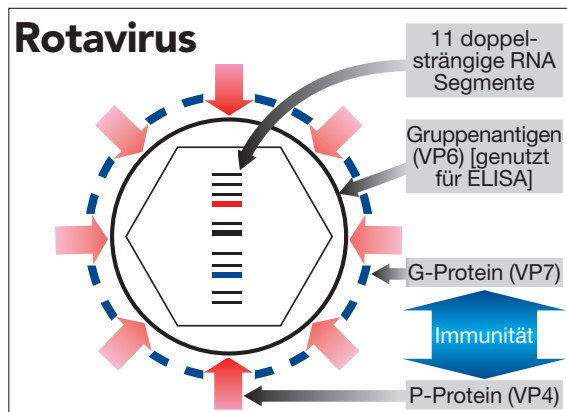


Abb. 1: Schematische Darstellung des Rotavirus mit Genom im Inneren des Virions und den Proteinen des äußeren Teils, die für Immunogenität und Klassifikation verantwortlich sind.

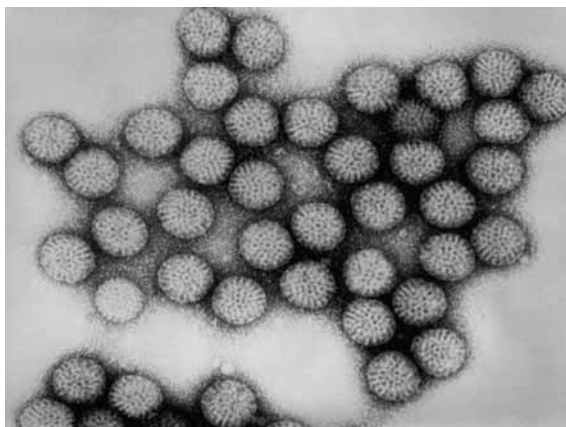


Abb. 2: Elektronenmikroskopisches Bild von Rotaviren, Durchmesser eines Virions 80 nm.

Bild: CDC / Dr. Erskine Palmer

chen Desinfektionsmitteln außerordentlich resistent. Dies und die Tatsache, dass Rotaviren bei Erkrankten in hoher Konzentration im Stuhl ausgeschieden werden, führen dazu, dass Erkrankte sehr infektiös sind und die üblichen Desinfektionsmaßnahmen, die z. B. bei Gastroenteritis auslösenden Bakterien erfolgreich angewandt werden, bei Rotaviren häufig versagen. Daher ist ein wesentlicher Mechanismus der Verbreitung der Rotavirus-Gastroenteritis die nosokomiale Infektion. Mindestens 10 %, in einzelnen Schätzungen bis zu 50 % aller Infektionen werden als nosokomial im Krankenhaus oder in Praxen erworben angesehen.

### Infektiosität

Die hohe Infektiosität führt auch dazu, dass die Rotavirus-Infektion in der frühen Kindheit unvermeidbar ist. Mit 2–3 Jahren haben fast alle Kinder mindestens eine Infektion mit Rotaviren erfahren, die meist erstmals zwischen 6 und 24 Monaten auftritt. Interessant ist, dass eine zweite Infektion mit Rotaviren seltener und meist auch klinisch leichter auftritt. Dies setzt sich fort, sodass eine vierte oder gar fünfte Infektion bei Vorschulkindern klinisch inapparent ist. Dies gilt auch für die weiteren Infektionen. Gipfel dieser klinisch oft inapparenten Infektionen sind der Zeitpunkt der Einschulung, bei jungen Erwachsenen mit 20 bis 30 Jahren, wenn diese ihre eigenen Kinder bekommen, bei Erwachsenen um 50 Jahre, wenn diese Großeltern werden und danach bei den Senioren über 75 Jahre, wenn das Immunsystem schwächer wird und dann allerdings auch wieder symptomatische Rotavirus-Infektionen auftreten können.

### Meldung

Die Rotavirus-Infektion mit Nachweis im Labor ist in Deutschland eine meldepflichtige Erkrankung. Es konnte allerdings gezeigt werden, dass die gemeldeten Fälle die tatsächlich auftretenden Fälle von Rotavirus-bedingter Gastroenteritis etwa um den Faktor 5 unterschätzen. Auch das Auftreten von Epidemien, wozu schon zwei Fälle aus der gleichen Quelle ausreichend sind, ist meldepflichtig.

Das Meldeverhalten von Rotavirus-Erkrankungen ist in Deutschland regional sehr unterschiedlich und allgemein in den neuen Bundesländern besser als in den alten. Die Inzidenz der gemeldeten Fälle variiert von unter 30 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner bis über 200 Fälle



Prof. Dr. med.  
Hans-Iko Huppertz

pro 100.000 Einwohner, obwohl die tatsächliche Inzidenz deutlich höher liegt und vermutlich in Deutschland nur geringe regionale Unterschiede aufweist.

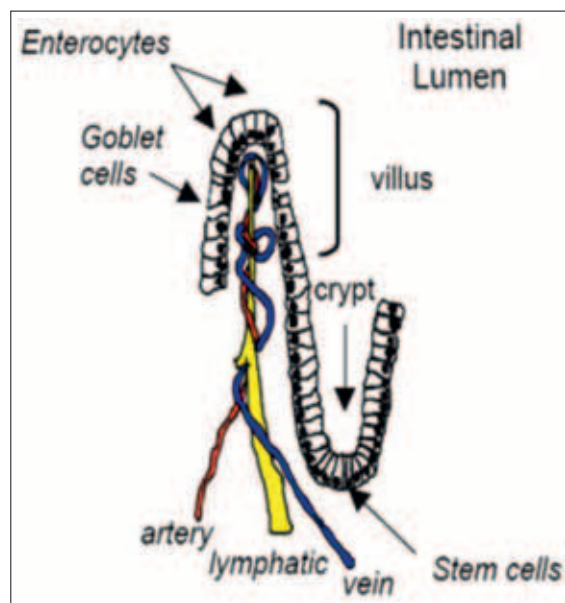
### Morbidität

Die Rotavirus-Infektion verläuft im Allgemeinen schwerer und länger als Gastroenteritiden durch andere Erreger. So waren in einer großen europäischen Studie die ambulanten Fälle nur in 33 % durch Rotaviren verursacht, während das Rotavirus die Ursache bei 56 % der stationären Fälle war. Im Vergleich zur Norovirus-Erkrankung dauert die Erkrankung durch Rotaviren meist länger. Selbst bei ambulant behandelbaren Fällen von Rotavirus-Gastroenteritis ist die Familie im ungewöhnlichen Maße seelisch und in ihrer Funktion beeinträchtigt.

### Pathogenese

Die Abschilferung und Erneuerung des Darmepithels erfolgt innerhalb von 96 Stunden vom Boden einer Krypte durch Migration und Reifung dieser Zellen bis zur Zottenspitze. Während die Kryptenzellen die Reserve darstellen und das Dünndarmsekret herstellen, sind die reifen Enterozyten an der Spitze der Zotten für die Hydrolyse von Disacchariden und die Absorption von Zuckern aus dem Darmlumen zuständig. Rotaviren infizieren und zerstören die reifen Enterozyten, wodurch Hydrolyse und Absorption gestört sind, sodass die Diarrhoe osmotischen Charakter hat (Abb. 3). Gleichzeitig kommt es zu einer verstärkten Sekretion durch Überwiegen unreifer Kryptenzellen, sodass die Diarrhoe auch sekretorisch ist. Die Ursache der Diarrhö durch Rotaviren ist also gemischt sekretorisch-osmotisch.

**Abb. 3:** Schematische Darstellung einer Dünndarmkrypte und -zotte. Vom Boden der Krypte wandern die zunächst unreifen, sezernierenden Enterozyten innerhalb von 96 Stunden zur Zottenspitze, wo sie als reife Enterozyten für Hydrolyse und Absorption zuständig sind.



### Komplikationen

Schwere Komplikationen der Rotavirus-Gastroenteritis sind vor allem die Dehydratation und die Elektrolyt-Imbalance, die weltweit zum Tod von fast 500.000 Kindern pro Jahr führt, überwiegend in Entwicklungslän-



**Abb. 4:** Junges marastisches Kleinkind mit schwerer Dehydratation bei Gastroenteritis. Kussmaul-Atmung bei Azidose. Orale Rehydratation mittels Magensonde bei fehlender Möglichkeit der parenteralen Rehydratation in Rwanda, Zentralafrika.

dern Südamerikas, Afrikas und Südasiens (Abb. 4). Bei einer großen retrospektiven Untersuchung in Deutschland fand sich als schwere und für die Rotavirus-Gastroenteritis spezifische Komplikation die hypertone Dehydratation (Natrium  $> 160$  mmol/l). Diese ist Ausdruck der schweren Dehydratation und einer gefährlichen Elektrolyt-Imbalance, die zu schweren Schäden am zentralen Nervensystem führen kann: Zum einen iatrogen durch eine zu rasche Rehydratation mit einem zu schnellen Ausgleich der Elektrolyte, was zum Hirnödem führen kann; zum anderen allein durch die hohe Tonizität im Hirngewebe. In den frühen Beschreibungen der alten Pädiater ist dieses Krankheitsbild als „Säuglings-Toxikose“ bezeichnet worden: das Rotavirus ist also der Erreger der Säuglings-Toxikose.

### Saisonale Häufung

Die Rotavirus-Gastroenteritis tritt in Deutschland saisonal gehäuft auf mit einem jährlichen Gipfel im März/April und einem weitgehenden Verschwinden im Sommer (Abb. 5). Jährlich läuft die Welle der Rotavirus-Erkrankungen über Europa, beginnend in Spanien und fortschreitend in nord-östlicher Richtung.

### Inzidenz

Genaue Zahlen zur Häufigkeit der Rotavirus-Infektion fehlen. Für Deutschland geht man nach einer Schät-

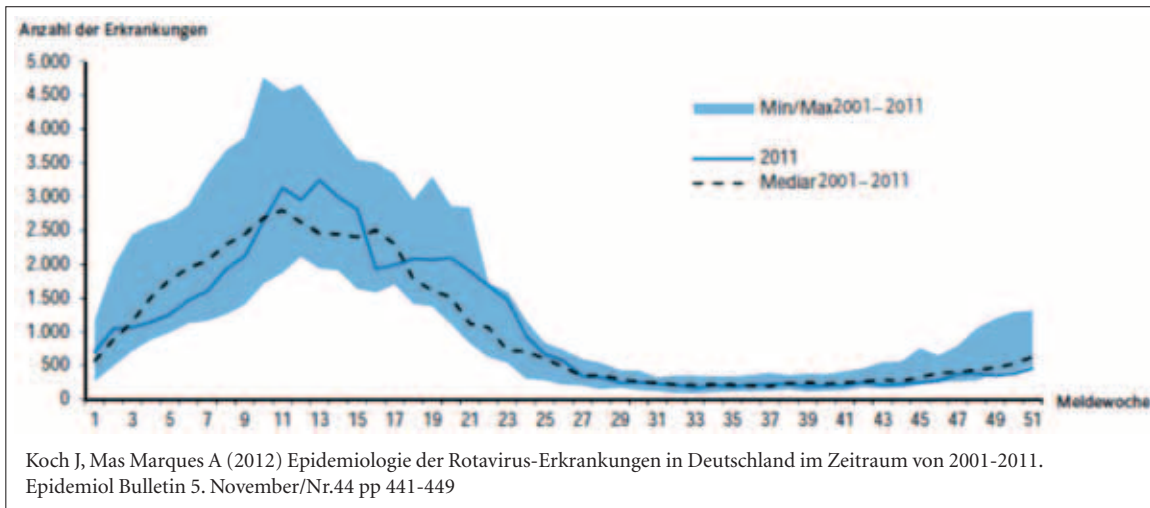


Abb. 5: Meldungen von Rotavirus-nachweisen an das Robert Koch-Institut in Deutschland 2001–2011 in Abhängigkeit von der Meldewoche.

zung auf Basis verschiedener empirischer Untersuchungen und sozioökonomischer Extrapolationen davon aus, dass 10 Todesfälle pro Jahr durch Rotavirus-Infektionen auftreten, dass etwa 24.000 Patienten stationär behandelt werden und dass etwa 150.000 Fälle ambulant versorgt werden. Dazu kommen über 400.000 Durchfallepisoden, die nicht ärztlich versorgt werden müssen.

### Todesfälle

In einer retrospektiven epidemiologischen Untersuchung des Robert-Koch-Institutes fand sich, dass Todesfälle durch Rotaviren vorkommen, sie jedoch ganz überwiegend das höhere Lebensalter betreffen, sodass das mediane Alter der gemeldeten Todesfälle bei 83 Jahren lag. Trotzdem kamen auch Todesfälle bei Säuglingen und Kleinkindern vor, bei denen vor allem der Verlust vieler Jahre potentiellen Lebens dieser sonst völlig gesunden Kinder hervorgehoben wurde. Von den in den Jahren 2004–2011 dem Robert-Koch-Institut gemeldeten 69 Todesfällen an Rotavirus-Erkrankungen entfielen auf die Altersdekade 80–89 Jahre 35 Fälle, während in der Dekade von Geburt bis 9 Jahre 13 Fälle auftraten, davon 9 im ersten Lebensjahr. Insgesamt gibt es von 2002–2011 eine Zunahme des Anteils der über 70-jährigen an den Rotavirus-Erkrankungen.

Zudem gibt es möglicherweise eine Untererfassung von tatsächlich durch Rotavirus-bedingten Todesfällen. So sind Beispiele bekannt, bei denen Kinder unter Chemotherapie ein schweres Krankheitsbild mit Durchfall entwickelten, das im Rahmen der üblichen Versorgung als Sepsis unter Neutropenie beurteilt wurde. Tatsächlich war der Auslöser jedoch eine schwere unbeherrschte Gastroenteritis durch Rotaviren, die letztlich tödlich war, obwohl der Tod als Tod durch Sepsis bei Akuter Lymphatischer Leukämie angegeben wurde. Ein anderes Beispiel ist der Tod durch Hirnödeme im Rahmen einer schweren Gastroenteritis, bei der möglicherweise das auslösende Rotavirus nicht bekannt war oder der Nachweis erst nach Ausstellen des Todesscheines erfolgte. Trotzdem ist klar, dass unter den Bedingungen des gut funktionierenden deutschen Gesundheitssystems mit einer hervorragenden kurativen Versorgung von Kindern durch niederge-

lassene Kinderärzte und Allgemeinärzte und einem immer noch dichten Netz von Kinderkrankenhäusern Todesfälle durch Rotaviren in Deutschland nur extrem selten auftreten.

### Therapie

Die Therapie der akuten Rotavirus-Gastroenteritis besteht in der Rehydratation, zunächst und in der überwiegenden Zahl der Fälle oral. Wenn dies, häufig aus sozialen Gründen, zu Hause nicht möglich ist, kann dies auch stationär erfolgen: Die akute Gastroenteritis ist in den meisten Kinderkrankenhäusern der häufigste Grund zur stationären Aufnahme. Möglichkeiten der Rehydratation sind dann oral unter Anleitung der Mutter, mittels Magensonde oder parenteral. Bei schweren Fällen mit einem Wasserverlust über 10 %, schwerer hypertoner Dehydratation und/oder bei beeinträchtigtem zentralen Nervensystem kann auch eine intensivmedizinische Behandlung notwendig werden. Durch die schwere Dehydratation kann es schwierig sein, eine periphere Vene zu kanülieren, sodass dann eine intraossäre Gabe im Bereich der proximalen Tibia oder eine intraperitoneale Gabe notwendig sind. Eine spezifische antivirale Therapie steht nicht zur Verfügung. Durch die Gabe von Probiotika bei Beginn der Gastroenteritis kann die Gesamtdauer eventuell um einen Tag verkürzt werden. Ob dies klinisch relevant ist, also ob dadurch z. B. die stationäre Aufnahme verhindert werden kann, ist nicht bekannt.

### Prävention

Möglichkeiten der Prävention durch Hygiene sind, wie oben beschrieben, begrenzt. Gestillte Kinder erkranken in den ersten Lebensmonaten seltener oder leichter an der Rotavirus-Infektion. Durch die Gabe von Probiotika in prophylaktischer Intention kann möglicherweise die Rotavirus-Gastroenteritis klinisch gemildert werden. Die einzige effektive Maßnahme zur Prävention der schweren Rotavirus-Gastroenteritis ist nachgewiesenermaßen die Impfung.

1999 wurde ein Rotavirus-Impfstoff kurz nach Zulassung vom amerikanischen Markt genommen, weil sich eine Assoziation mit der Invagination fand: es trat auf



10.000 Impflinge ein zusätzlicher Fall einer Invagination auf. Daraufhin wurden zwei neue Rotavirus-Impfstoffe entwickelt, die diese Assoziation in den Zulassungsstudien nicht aufwiesen und die 2006 in Deutschland zugelassen wurden. In Tabelle 1 sind wesentliche Charakteristika dieser beiden Impfstoffe dargestellt.

Impfstoff	Rotarix®	Rotateq®
Zusammensetzung	Monovalent human attenuiert G1P[8]	Pentavalent bovin-human reassortiert G1 G2 G3 G4 P[8]
Orale Gabe	2 x 1 ml	3 x 2 ml
Zeitfenster	Erste Dosis mit 6-12 Wochen, Abschluss der Serie mit 6 Monaten	
Schutz gegen „schwere“ RV-Gastroenteritis	85-100* % (Vesikari-Skala)	98 % (Clark-Skala)

\*Europäische Studie

**Tabelle 1: Vergleich der beiden zugelassenen Rotavirus-Impfstoffe**

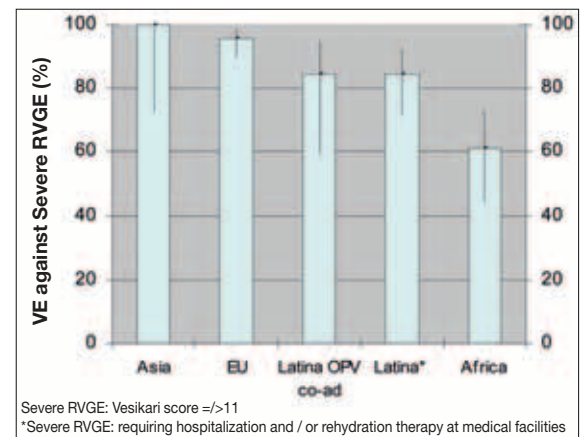
### Zwei Rotavirus-Impfstoffe

Die beiden Impfstoffe basieren auf ganz unterschiedlichen pathophysiologischen Vorstellungen: Bei dem als monovalent human attenuiert bezeichneten Impfstoff handelt es sich um ein in der Zellkultur abgeschwächtes humanes Rotavirus, das von einem Kind mit Rotavirus-Gastroenteritis isoliert wurde und das die Oberflächenproteine G1 und P [8] enthält. Dies ist der häufigste in Europa anzutreffende Stamm. Der andere Impfstoff, als pentavalent bovin-human reassortiert bezeichnet, enthält fünf Viren. Grundeinheit ist ein bovines Rotavirus, das für den Menschen apathogen ist und keine Schutzwirkung zeigt. Je eines der elf RNA-Stücke ist jedoch in jedem der fünf Viren gegen ein human-pathogenes Stück ersetzt worden, vier verschiedene G-Typen und der gleiche, häufigste P-Typ P[8]. Dies ist leicht möglich, weil das Genom segmentiert ist. Einen solchen Austausch nennt man Reassortierung, er kommt auch natürlicherweise vor.

### Mechanismus des Schutzes

Der Mechanismus des Schutzes vor einer schweren Rotavirus-Infektion ist unbekannt. Während dem ersten Impfstoff die Überlegung zugrunde liegt, dass man an der Rotavirus-Infektion nicht mehr schwer erkrankt, wenn man zwei Infektionen erfahren hat, egal durch welchen Typ, liegt dem anderen Impfstoff die Überlegung zugrunde, dass man mit den häufigsten Oberflächentypen (mehr als 90 %) geimpft hat und so ein potentieller Wildviruserreger mindestens ein Oberflächenprotein mit den Impfstoffviren gemeinsam hat. Der Schutz gegen die schwere Rotavirus-Gastroenteritis erscheint bei beiden Impfstoffen gleich gut. Während der pentavalente Impfstoff einen 98 %igen Schutz entsprechend der Clark-Skala in der Zulassungsstudie zeigte, variierte dies bei dem monovalenten nach der Vesikari-Skala zwischen 85 und 100 %. Beide Skalen versuchen die klinische Schwere der Rotavirus-Erkrankung zu beschreiben, sie sind jedoch nicht gut vergleichbar. Trotzdem geben beide ein gutes Maß der Schwere der Rotavirus-Erkrankung an. Während die Zulassungsstudie des pentavalenten

Impfstoffes überwiegend in Finnland und den USA durchgeführt wurde, wurde die Zulassungsstudie für den monovalenten Impfstoff überwiegend in Südamerika durchgeführt. Es ist bekannt, dass bei einem verstärkten infektiologischen Druck, wie unter ungünstigen hygienischen und sozioökonomischen Bedingungen, die Wirksamkeit beider Impfstoffe absinkt (Abb. 6). Die Wirksamkeit beider Impfstoffe liegt in Europa bei 95 % und in Singapur sogar bei 100 %. Hingegen fällt sie in Lateinamerika auf 85 % ab und in Afrika südlich der Sahara sogar auf nur 60 %. Entsprechend wurde eine Effektivität in der Zulassungsstudie in Südamerika von 85 % bei dem monovalenten Impfstoff erreicht, während eine später durchgeführte europäische Studie nahezu 100 % Effektivität zeigte. In der Konklusion gibt es keinen Anhalt dafür, dass einer dem anderen Impfstoff in seiner Wirksamkeit überlegen sei. In den beiden Zulassungsstudien lagen die Nebenwirkungen des Verums im Bereich der Nebenwirkungen des Placebos.

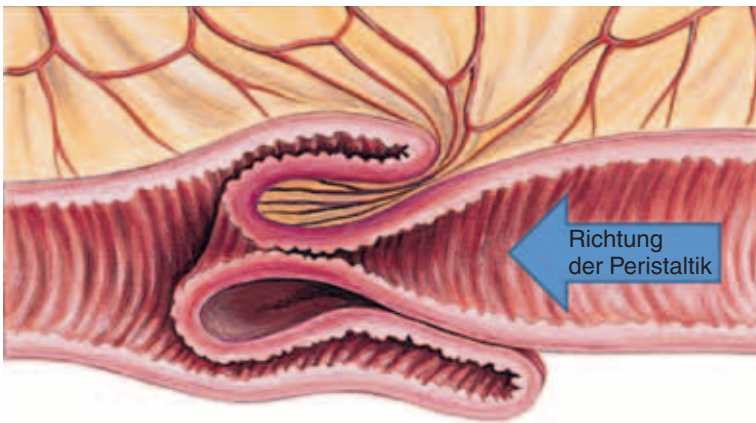


1. Vesikari T et al., 2008 Lancet 370: 1757-63
2. Tregnaghi M et al., 2008, ICID Kuala Lumpur, Malaysia- June 19-22, 2008
3. Ruiz-Palacios GM et al., 2006 NEJM 354(1): 11-22
4. Cunliffe N et al., 2009, ESPID Brussels, Belgium - June 9-13, 2009, Abstract 537 [http://www.kenes.com/esp09/posters/Abstract537.htm]

**Abb. 6: Wirksamkeit eines Rotavirus-Impfstoffes unter verschiedenen sozioökonomischen Bedingungen. Wirksamkeit ist hier als Schutz vor schwerer Rotavirus Gastroenteritis angegeben. Die Untersuchung in Asien erfolgte in Singapur. Untersuchungen in den anderen weniger entwickelten Ländern Südostasiens hätten eher Ergebnisse wie in Lateinamerika oder Afrika ergeben. In diesen Untersuchungen hatte die gleichzeitige Gabe des oralen Poliomyelitis-Impfstoffes (OPV) keinen Einfluss auf die Wirksamkeit (VE). Obwohl der Schutz vor schwerer Rotavirus Gastroenteritis unter schlechten hygienischen Bedingungen deutlich schwächer war, kam es zu einem starken Rückgang der Mortalität durch die Rotavirus Infektion.**

### Applikation der Impfung

Beides sind Schluckimpfstoffe, der eine Impfstoff muss 2 x, der andere 3 x appliziert werden.



**Abb. 7: Schema der Invagination mit Darstellung der Kompromittierung der vaskulären Versorgung des invaginierten Darmteiles.**

Obwohl die Zulassungsdaten hiervon leicht abweichen, empfiehlt es sich, beide Impfstoffe nur im ersten Lebenshalbjahr anzuwenden. Die erste Dosis sollte auf jeden Fall in der Zeit zwischen 6 und 12 Wochen gegeben werden. Die Impfsreihe sollte mit 6 Monaten abgeschlossen sein. Keinesfalls sollten nach diesen Daten Impfsereien begonnen oder komplementiert werden. Entsprechend gibt es keine Nachholimpfungen jenseits des ersten Lebenshalbjahres. Der Grund für die Begrenzung der Applikationszeit ist, dass nach dem ersten Lebenshalbjahr die Rate von Invaginationen natürlicherweise zunimmt und die dann auftretenden Invaginationen dem Impfstoff angelastet werden könnten. Viele der dem 1999 vom Markt genommenen früheren Rotavirus-Impfstoffe angelasteten Invaginationen traten bei Patienten auf, bei denen der Impfstoff nach den ersten 6 Lebensmonaten gegeben worden ist.

### Verunreinigung

Eher zufällig konnte nachgewiesen werden, dass beide Impfstoffe porcine Circoviren (PCV) in geringen Mengen enthielten. Diese sind vermutlich im Rahmen des Herstellungsprozesses in der Zellkultur in den Impfstoff gelangt und replizieren sich danach nicht mehr. Obwohl diese Verunreinigung biologisch keine Gefahr für den Impfling darstellt und die Zulassungsbehörden keine Bedenken gegenüber der Weiterverwendung des Impfstoffes haben, sollen die Viren aus dem Impfstoff entfernt werden.

### Kawasaki-Erkrankung

Wie andere Säuglingsimpfstoffe wurde auch der Rotavirus-Impfstoff mit dem Risiko einer Kawasaki-Erkrankung assoziiert. Die Kawasaki-Erkrankung ist eine fiebrhafte entzündliche Erkrankung unbekannter Ursache, bei der es ohne Behandlung in 20 % der Fälle zur Vasculitis der Koronararterien mit der Gefahr von Infarkt und Tod kommt. Während einzelne Fallbeschreibungen einen Zusammenhang suggerierten, sowohl in den USA als auch in Deutschland, stellten sich diese Einzelfälle im weiteren Verlauf als koinzident heraus, sodass die Zulas-

sungsbehörden weltweit keinen kausalen Zusammenhang sehen. Gleichwohl wird in der Fachinformation auf diese zeitliche Koinzidenz hingewiesen.

### Invagination

Ausführlicher muss das Thema „Invagination“ dargestellt werden (Abb. 7). Die natürliche Rotavirus-Infektion zeigt keine Assoziation mit dem Auftreten einer Invagination, einer typischen Erkrankung des älteren Säuglings und jungen Kleinkindes, deren Inzidenz früher mit unter 1:1.000 beschrieben wurde und die kontinuierlich gesunken ist. Aktuelle Daten für Deutschland zeigen eine Inzidenz von 62 auf 100.000 bei Kindern unter einem Jahr und 19 auf 100.000 in den ersten drei Lebensmonaten (95 % Konfidenzintervall 12,5–30,4). Während in den Zulassungsstudien keine Assoziationen zwischen Invagination und Rotavirus-Impfung gefunden wurden (in beiden Studien wurden je mehr als 30.000 Säuglinge mit dem Verum geimpft), ergaben neuere Daten aus Lateinamerika eine Erhöhung des Risikos um eine Invagination pro 51.000 bis 68.000 Geimpfte. Bei Untersuchungen in Australien ergab sich ein nicht signifikantes Signal für eine höhere Rate für Invaginationen in den ersten sieben Tagen nach der Impfung. Die aktive Surveillance von mehr als 200.000 Kindern in den USA ergab keinen Hinweis auf eine Invagination nach der Impfung. Dort ist die Rotavirus-Impfung seit 2006 allgemein eingeführt. Während bei dem 1999 vom Markt genommenen Impfstoff 60 % aller mit der Impfung assoziierten Fälle von Invagination während der ersten Woche nach der Impfung auftraten, waren dies nur 20 % bei Impfung mit einem der aktuellen Impfstoffe gegen Rotavirus-Infektion. In dieser amerikanischen Studie hatten 95 % der Kinder die erste Dosis mit 6 bis 12 Wochen, also zulassungsgerecht erhalten. Möchte man, so das Center for Disease Control and Prevention (CDC), die mexikanischen Daten auf die USA übertragen, so schätzt das CDC, dass unter der aktuellen Impfung eine zusätzliche Invagination auf 100.000 Impfungen auftreten könnte. Daraus ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

- Eine Invagination nach Rotavirus-Impfung ist möglich, auf entsprechende Zeichen ist zu achten.
- Überträgt man die Daten aus Mexiko und den USA und deren Einschätzung durch die CDC auf Deutschland, so ist nach der Rotavirus-Impfung eine zusätzliche Invagination auf 100.000 Impfungen in den ersten sechs Lebensmonaten zu erwarten, zusätzlich zu den etwa 50 auf 100.000 natürlicherweise auftretenden Invaginationen.
- Die Vorgeschichte einer Invagination ist eine Kontraindikation gegen die Rotavirus-Impfung.
- Die Impfsreihe gegen Rotaviren sollte mit 6 bis 12 Wochen begonnen und im ersten Lebenshalbjahr beendet werden.

### Schwerer kombinierter Immundefekt

Bei Patienten mit schwerem kombiniertem Immundefekt (SCID) kann die Rotavirus-Wildinfektion zu einer langdauernden Gastroenteritis mit Dystrophie füh-

ren. Bei einzelnen dieser Patienten konnte dies auch nach Rotavirus-Impfung durch das Impfvirus ausgelöst werden. Entsprechend gibt es eine Kontraindikation gegen die Durchführung der Rotavirus-Impfung bei SCID. Zum Zeitpunkt der Impfung ist die Erkrankung aber meist noch nicht bekannt. Diese Situation ist verglichen worden mit der in Deutschland nicht mehr empfohlenen Impfung gegen Tuberkulose mit dem BCG-Impfstoff. Während jedoch der BCG-Impfstoff in Deutschland keine schützende Wirkung entfaltet hatte, ist die Wirkung der Rotavirus-Impfung zum Schutz gegen schwere Gastroenteritis weltweit unbestritten. Zudem ist die Nebenwirkung der BCG-Impfung bei Kindern mit SCID durch Mykobakterienausaat schwer und kann tödlich enden. Hingegen ist die mögliche Nebenwirkung einer persistierenden Gastroenteritis bei Kindern mit SCID meist leicht. Während das Auftreten einer generalisierten mykobakteriellen Infektion mit dem BCG-Impfstoff meist als *signum mali ominis* gewertet wurde, wird von einigen Transplantationszentren das Auftreten einer persistierenden Diarrhoe nach Rotavirus-Impfung als wertvoller früher Indikator eines möglichen SCID gesehen, durch den die bis dahin möglicherweise noch nicht auffälligen Kinder frühzeitig erkannt und frühzeitig der definitiven Therapie einer Knochenmarkstransplantation zugeführt werden können. Die Prognose beim SCID ist umso günstiger, je früher die Transplantation durchgeführt werden kann. Mit Angehen des Transplantates verschwindet die chronische Gastroenteritis. Die Konklusion kann also nicht darin bestehen, Parallelen zwischen der BCG-Impfung und der Rotavirus-Impfung zu ziehen, da diese nicht bestehen, sondern eher zu der Forderung führen, dass man bei allen Neugeborenen ein Screening auf SCID und schwere konnatale Antikörpermangelsyndrome einführen sollte.

### Frühgeborene

Auch Frühgeborene können gegen Rotaviren geimpft werden. Wie gewohnt sollen sie nach dem chronologischen Alter geimpft werden, d. h. ab einem Lebensalter von 6 Wochen, unabhängig vom Gestationsalter kann die erste Gabe gegeben werden. Zwar gibt es auch Daten zur Impfung gegen Rotaviren für sehr kleine Frühgeborene, allerdings ist deren veröffentlichte Zahl bisher gering. Die Möglichkeit, Frühgeborene entsprechend dem chronologischen Alter, also unabhängig vom Gestationsalter zu impfen, hat bei sehr kleinen Frühgeborenen die Kehrseite, dass sie noch während ihrer Zeit im Krankenhaus geimpft werden müssen. Da der Impfstoff jedoch als Lebendimpfstoff mit dem Stuhl ausgeschieden wird und eine Übertragung möglich ist, muss man bei Impfung eines Kindes während des stationären Aufenthaltes mit der Weitergabe des Impfvirus an andere Kinder auf der Station rechnen. Hierüber gibt es bisher keine publizierten Erfahrungen. Deshalb kann es sein, dass gerade sehr kleine Frühgeborene nicht geimpft werden, bzw. nicht geimpft werden können, weil sie bei Entlassung bereits zu alt sind, um die erste Dosis noch zu applizieren.

### Stillen

Stillen vermindert die Rate akuter Gastroenteritis durch Rotavirus im Vergleich zu nicht gestillten Säuglingen unter 6 Monaten (Odds ratio 0,33 [0,19–0,55 Konfidenzintervall]). Stillen während der Rotavirus-Impfung vermindert die Immunogenität leicht, was an einer niedrigeren Rate der IgA-Serokonversion und niedrigeren geometrischen mittleren Titern der Antikörper auszumachen ist. Trotzdem bleibt die Schutzrate vor akuter Gastroenteritis offensichtlich gleich. Aus diesen Daten folgt, dass man den Säugling nach der Rotavirus-Schluckimpfung möglicherweise besser mit etwas Tee beruhigt als mit Muttermilch.

### Allgemeine Einführung in anderen Ländern und einzelnen Bundesländern

Die Rotavirus-Impfung ist allgemein für alle Säuglinge empfohlen in vielen Ländern Lateinamerikas, in den USA und Australien sowie in weiteren Ländern wie in Belgien, Österreich und Finnland. Übereinstimmend wird von einem Rückgang der Fälle akuter Gastroenteritis, der Fälle akuter Rotavirus-Gastroenteritis und der Fälle von Hospitalisationen bei Rotavirus-Gastroenteritis berichtet. Der Peak der Fälle vermindert sich und verschiebt sich später ins Jahr, von dem gewöhnlichen Maximum um 1 bis 2 Monate. Dabei ergaben sich auch Hinweise für Herdenprotektion, d. h. nicht geimpfte Kinder profitieren davon, dass in der Umgebung weniger Rotavirus-bedingte Gastroenteritiden auftreten. In Deutschland haben einzelne Bundesländer die Rotavirus-Impfung allgemein eingeführt, zuerst Sachsen seit dem 01.01.2008. Inzwischen ist die Impfung auch in den Ländern Thüringen, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein allgemein eingeführt. Im Gegensatz zu Sachsen, wo die Impfung von den Krankenkassen bezahlt wird, ist dies in den anderen Bundesländern nicht überall der Fall. Vielmehr haben einzelne Krankenkassen, von denen es in Deutschland etwa 350 gibt, unterschiedlich auf die Möglichkeit der Impfung und den Wunsch von Ärzten und/oder Eltern, ihr Kind gegen Rotaviren impfen zu lassen, reagiert. Eventuell müssen die Eltern die Kosten der Impfung komplett selbst übernehmen oder auslegen, eventuell wird nur die abgeschlossene Impfserie bezahlt, z. T. werden die Bemühungen des impfenden Kinderarztes nicht honoriert. Es gibt eine Fülle weiterer Spielarten, sodass man die Situation berechtigterweise als chaotisch bezeichnen kann. In den neuen Bundesländern wird wesentlich mehr geimpft als in den alten Bundesländern. Spitzenreiter ist Mecklenburg-Vorpommern mit fast 80 % Durchimpfungsrate, während in Bremen nur 13 % der Kinder einer Alterskohorte geimpft werden. Dadurch ist es in den impfenden Bundesländern zu einem signifikanten Abfall der Fälle auf 50 % des Ausgangswertes im Vergleich zu den wenig impfenden Bundesländern gekommen.

### Bisherige Empfehlungen

Die Impfkommision der deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) hat bereits 2006





Abb. 8: Wasserspeier am Freiburger Münster

empfohlen, die Rotavirus-Impfung allgemein einzuführen, weil ein Individualnutzen für das einzelne Kind und seine Familie insbesondere in der Infektsaison mit gleichzeitiger Zirkulation anderer Gastroenteritisviren und respiratorischer Viren zu erwarten ist. Eine ähnliche Empfehlung gibt es gemeinsam herausgegeben von der europäischen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie mit der europäischen Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie. Die bisherigen wissenschaftlichen Auseinandersetzungen haben unterschiedliche Standpunkte zur Bedeutung der Rotavirus-Infektion und -Impfung hervorgebracht. Während die meisten bisher allgemein eingeführten Impfungen überwiegend Erkrankungen mit potentiell tödlichem Ausgang oder einem Verlauf mit potentiell schweren Schäden beinhalteten, steht bei der Prophylaxe der Rotavirus-Infektion die hohe Morbidität ganz im Vordergrund. Auch wurde deutlich, dass es keine validen Messinstrumente zur Messung der Lebensqualität eines Säuglings gibt. Umso mehr standen Sicherheitsaspekte des Impfstoffes im Vordergrund des Interesses.

### Empfehlungen der STIKO

Die STIKO hat bereits mehrfach über die Rotavirus-Impfung beraten. In der letzten Stellungnahme 2011 bemerkt sie, dass es eine hohe Krankheitslast durch Rotavirus-Infektionen gebe, und deshalb die Impfung sinnvoll, aber nicht kosteneffektiv sei. Das Robert Koch-Institut hat eine Surveillance aufgebaut, die gut geeignet ist, mögliche Impfeffekte und Typenwandel zu beobachten. Wie dargestellt, decken beide Impfstoffe nur einen begrenzten Teil der zirkulierenden Rotavirus-Typen ab, obwohl sie nach bisherigem Wissen offensichtlich Kreuzprotektionen vermitteln und vor allen bisher untersuchten Stämmen schützen. Falls dies nicht mehr der Fall wäre und möglicherweise neue Rotavirus-Typen auftauchen unter dem Druck der Impfung, könnte dies durch die Surveillance des RKI beobachtet werden. Solche Phänomene sind jedoch in anderen Ländern, in denen die Impfung allgemein eingeführt worden ist, bisher nicht beobachtet worden.

Die nächste Empfehlung der STIKO wird im Juli 2013 erwartet. Je nachdem, wie sich die STIKO entscheiden wird, sind zwei Szenarien möglich.

### Die STIKO spricht keine Empfehlung aus

Die Rotavirus-Impfung wird nicht allgemein eingeführt. Es wird vermutlich zu einer weiteren Zunahme der Krankenkassen kommen, die auf die eine oder andere Art, jede Kasse aber für sich alleine und unterschiedlich, die Durchführung der Rotavirus-Infektion bei den bei ihnen versicherten Kindern finanziell unterstützen. Dies ist mit erheblichem Aufwand für den impfenden Arzt verbunden, der in keiner Weise im Verhältnis zur Vergütung steht, wenn überhaupt eine Vergütung angeboten wird. Zudem ist der Aufwand der Aufklärung bei einer nicht allgemein empfohlenen Impfung natürlich deutlich höher. Aufgrund der Empfehlungen der STIKO muss jedoch über das Vorhandensein der Rotavirus-Impfung aufgeklärt werden, selbst wenn man in Abwesenheit einer allgemeinen Empfehlung anraten möchte, das Kind nicht gegen Rotaviren zu impfen.

### Die STIKO spricht eine allgemeine Empfehlung aus

Sollte die Rotavirus-Impfung im Juli von der STIKO allgemein empfohlen werden, hat der gemeinsame Bundesausschuss drei Monate Zeit, dies zu akzeptieren, zu modifizieren oder abzulehnen. Bei allgemeiner Einführung und guter Akzeptanz dieser Schluckimpfung ist mit einem Rückgang der winterlichen Welle von Gastroenteritis bei Säuglingen und jungen Kleinkindern zu rechnen. Die Rate an Hospitalisationen durch Gastroenteritis, ein wesentlicher Faktor der Belegung von Kinderkliniken im Winter, könnte sich mehr als halbieren. Die zu diesem Zeitpunkt meist vorherrschende Überbelegung von Kinderkliniken, insbesondere durch respiratorische Erkrankungen wie obstruktive Bronchitis und Pneumonie mit und ohne Sauerstoffbedarf, könnte sich bessern. Bei den niedergelassenen Kinder- und Allgemeinärzten ist in der Zeit besonderer Belastung im Winter, insbesondere durch respiratorische Erkrankungen, mit einer Verminderung der Belastung durch Gastroenteritiden zu rechnen. Zudem wird es zu einem deutlichen Rückgang nosokomialer Infektionen sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis der niedergelassenen Ärzte kommen.

Literatur beim Verfasser

**Interessenkonflikt:** Bezahlte Vorträge und Gutachten für GSK und Sanofi-Pasteur MSD.

Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz

Prof.-Hess-Kinderklinik

Sankt-Jürgen-Straße 1

28177 Bremen

Tel.: 0421-4975411

E-Mail: hans-iko.huppertz@med.uni-goettingen.de

Red.: Christen

Trotz intensiver Bemühungen ist es uns nicht gelungen, alle Rechteinhaber der Abbildungen dieses Beitrages ausfindig zu machen. Wir bitten, etwaige Ansprüche an die Redaktion geltend zu machen.

## Highlights aus Bad Orb ●●●

# Thromboembolien im Kindes- und Jugendalter

Thrombosen im Kindesalter sind seltene, aber in der Regel schwerwiegende Erkrankungen. Sie treten bei Kindern in über 80% der Fälle sekundär im Rahmen einer schweren Grunderkrankung auf. Zudem können auch angeborene oder erworbene Thrombophilie-Risikofaktoren eine Rolle spielen. Wichtig ist, dass sich das kindliche Gerinnungssystem von dem Erwachsenen-System unterscheidet. Auch können die Thromboselokalisationen unterschiedlich sein. Die Prävalenz und das Rezidiv-Risiko unterscheiden sich bei den verschiedenen angeborenen und erworbenen Risiko-Faktoren, ebenso wie die Wiederholungswahrscheinlichkeit von symptomatischen Thromboseereignissen innerhalb der Familie der betroffenen Patienten. Abhängig von der zugrundeliegenden genetischen Prädisposition, z.B. dem Vorliegen eines Antithrombin-, Protein C- oder Protein S-Mangels, ist ggf. bei Familienmitgliedern betroffener Patienten ein Screening auf Thrombophilie sinnvoll. Da es aufgrund kleiner Fallzahlen nur wenige Studien gibt, beinhalten die Empfehlungen zur Thromboseprophylaxe überwiegend Grad-2C-Empfehlungen. Die Empfehlungen zur Behandlung venöser Thrombosen im Kindes- und Jugendalter sollten den jeweils aktuell gültigen Leitlinien entnommen werden.

### Inzidenz

Venöse Thromboembolien (VTE) bei Kindern und Jugendlichen sind seltene und in der Regel schwere Erkrankungen, die vor allem innerhalb der letzten 20 Jahre besser erkannt und diagnostiziert wurden. Vornehmlich treten sie als sekundäre Komplikationen u.a. im Rahmen einer Grunderkrankung wie einer Sepsis, Malignomen, kongenitalen Herzerkrankungen, endogenen Testosteronhöhungen oder nach therapeutischen Interventionen wie z.B. nach Anlage eines zentral-venösen Katheters auf [1-7] (Tab. 1).

Verlaufsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit stattgehabter Thrombose des tiefen Venensystems haben ergeben, dass es in ca. 50% der Fälle zu keiner vollständigen Auflösung des Thrombosematerials kommt (Ausnahme: Thrombosen, die mit einem Zentralvenenkatheter bei Kindern mit Malignomen assoziiert sind) und dass man im weiteren Verlauf bei mehr als einem Drittel der betroffenen Kinder ein Postthrombotisches Syndrom beobachten kann [8, 9].

Bei pädiatrischen Patienten haben Thromboseereignisse zwei Häufigkeitsgipfel. Der erste Gipfel liegt bei Neugeborenen und Säuglingen im erstem Lebensjahr, der zweite in der Pubertät [10]. Nach den großen nordamerikanischen und europäischen Registern treten Thrombosen mit einer jährlichen Inzidenz von 0,07 bis 0,14 pro 10.000 Kinder auf, bzw. bei 5,3 pro 10.000 hospitalisierten Kindern [1, 4, 5, 7]. Für Thrombosen in der Neugeborenenperiode wurde in Deutschland die jährliche Inzidenz auf 5,1 pro 100.000 Lebendgeburten in der weißen Bevölkerung geschätzt, für kranke Neugeborene auf der Intensivstation beträgt die jährliche Häufigkeit 24 pro 10.000 [4].

<b>Perinatale Erkrankungen</b>	Asphyxie bei der Geburt Atemnotsyndrom Diabetische Fetopathie Neonatale Infektionen Nekrotisierende Enterokolitis Dehydratation Kongenitales nephrotisches Syndrom Polyzythämie Abgang eines fetalen Zwillings
<b>Medizinische Interventionen</b>	Zentrale Zugänge Operationen Transplantation (Niere, Herz, Knochenmark) Immobilisierung Ruhigstellung im Gips (untere Extremität) Extrakorporale Membranoxygenierung
<b>Akute Erkrankungen</b>	Trauma Sepsis Dehydratation Akute rheumatische Erkrankungen Nephrotisches Syndrom Hämolytisch-Urämisches Syndrom / Thrombotisch-Thrombozytopenische Purpura Akute lymphoblastische Leukämie
<b>Chronische Erkrankungen</b>	Maligne Erkrankungen Renale Erkrankungen Kardiale Fehlbildungen Chronische rheumatische Erkrankungen Sichelzellerkrankung M. Crohn, Colitis Ulcerosa
<b>Medikamente</b>	E. coli-Asparaginas Prednison Aktivierte Faktorenkonzentrate Substituierte Gerinnungsfaktoren Heparine Antifibrinolytische Substanzen Orale Kontrazeptiva



Dr. med. univ.  
Verena Limperger  
Prof. Dr. med.  
Ulrike Nowak-Göttl

Institut für Klinische  
Chemie und Laborato-  
riumsmedizin, UK-SH,  
Kiel, Deutschland

Tab. 1: Klinische Risikofaktoren für eine Thromboembolie im Kindesalter

	<b>Prothrombotische Risikofaktoren</b>
<b>Häufig</b>	Faktor V G 1691A Gen Mutation Faktor II G20210A Gen Mutation Erhöhte Konzentration von Apolipoprotein (a) Moderate Hyperhomocysteinämie
<b>Selten</b>	Antithrombin-Mangel Protein C-Mangel Protein S-Mangel
<b>Sehr selten</b>	Dysfibrinogenämie Dys-/Hypoplasminogenämie Homozygote Homozystinurie
<b>Genetische Prädisposition mit möglichem erhöhtem Risiko für Thrombose</b>	Erhöhte Konzentration der Faktoren VIII, IX oder Fibrinogen

**Tab. 2: Angeborene prothrombotische Risikofaktoren**

Neben den erworbenen thromboembolischen Risikofaktoren, hierzu gehört unter anderem der Nachweis von Lupus- oder Antiphospholipid-Antikörpern, sind ein Antithrombin-, Protein C- und Protein S-Mangel, sowie die Faktor V-Mutation (G1691A) und die Prothrombin-Mutation (G20210A) etablierte Risikofaktoren für thromboembolische Ereignisse im Erwachsenenalter [11, 12] (Tab. 2). Im Kindesalter wurde die angeborene Thromboseneigung sowohl für idiopathische venöse Thrombosen als auch für Thrombosen im Rahmen von systemischen Begleiterkrankungen beschrieben [13-17].

Für das erneute Auftreten von venösen Thrombosen im Kindesalter liegen Follow-up-Daten aus einigen wenigen Studien vor [17, 18]. Schätzungsweise liegt das Wiedererkrankungs-Risiko bei ca. 3% bei Neugeborenen und 21% bei Kindern mit einer idiopathischen venösen Thrombose.

### Entwicklungsbedingte Besonderheiten der Hämostase und venöse Thrombosen

Mit zunehmendem Lebensalter reift das Gerinnungssystem. Dieser Reifungsprozess stellt sich in unterschiedlichen Konzentrationen der meisten Gerinnungsfaktoren dar und wird in der englischsprachigen Literatur als „Developmental Hemostasis“ bezeichnet [10]. Diese Lebensalter-abhängigen Veränderungen sind nicht nur auf das Gerinnungssystem beschränkt, sondern finden sich auch in multiplen Proteinsystemen innerhalb des Plasma-Proteoms wieder. Es gibt zahlreiche Proteine, die ihre Konzentration mit zunehmendem Lebensalter verändern, und diese Veränderungen sind nicht nur auf das Kindesalter beschränkt. Studien mit Hundertjährigen zeigen, dass sich diese altersabhängigen Veränderungen im Erwachsenenalter fortsetzen.

Bei Neugeborenen ist das Gerinnungssystem trotz niedriger Gerinnungsfaktoren im Plasma und einer verlängerten partiellen Thromboplastinzeit ein ausgeglichenes System. Es gibt Hinweise, dass Kinder, abgesehen von den o. g. Risiko-Perioden, vor Thrombosen geschützt sind. Patienten z.B. mit einem kongenitalen Antithrombin-, Protein C- oder Protein S-Mangel oder mit einer Resistenz gegen aktiviertes Protein C erleiden bis zum Beginn der Pubertät in der Regel keine Thrombosen [19]. Weiterhin treten venöse Thrombosen bei Kindern sekundär nach erworbenen Risikofaktoren weniger häufig

auf als bei Erwachsenen. So zeigen nur ca. 2% aller Kinder mit einer Nierenerkrankung eine venöse Thrombose, bei Erwachsenen sind es jedoch circa 20%. Zudem finden abdominelle und unfallchirurgische Eingriffe bei Kindern meist ohne systemische Thromboseprophylaxe statt, da sekundäre Thrombosen sehr selten sind. Demnach ist das Thromboserisiko für vergleichbare Risikofaktoren bei Kindern wesentlich niedriger als bei Erwachsenen, was das Vorhandensein protektiver Mechanismen vermuten lässt. In zahlreichen Studien in-vivo und in-vitro konnte gezeigt werden, dass sich die Bestandteile der Hämostase bei Kindern und Erwachsenen unterscheiden. Bei Neugeborenen liegt die Plasmakonzentration der Vitamin-K-abhängigen Gerinnungsfaktoren (II, VII, IX, X) und Kontaktfaktoren (XI, XII, Präkallekrin und Kininogen) bei etwa 50% der Werte von Erwachsenen [10, 19]. Diese Werte steigen in den ersten Lebenswochen schnell an. Die meisten Komponenten der Gerinnungsproteine erreichen Erwachsenenwerte nach circa 6 Monaten. Weiterhin sind die Vitamin-K-abhängigen Inhibitoren Protein C und Protein S in der Neonatal-Periode niedrig. Antithrombin, Heparin-Cofaktor-II und Protein C liegen ebenfalls bei etwa 50% der Erwachsenenwerte, wohingegen der Alpha-2-Makroglobulin-Wert zum Zeitpunkt der Geburt über dem Erwachsenenwert liegt und nach 6 Monaten doppelt so hoch ist. Das Plasma von Neugeborenen besitzt zudem eine reduzierte Kapazität für die Herstellung von Thrombin, welches vor allem von den Prothrombin-Konzentrationen abhängt. Diese physiologische Gegebenheit wird deshalb als weiterer Schutzmechanismus vor Thrombosen im Säuglings- und Kindesalter diskutiert. Obwohl erhöhte Konzentrationen des Tissue Type Plasminogen Aktivators (t-PA) in der Neonatal-Periode vorliegen, sind erniedrigte Plasma-Konzentrationen und eine erniedrigte Aktivität von Plasminogen sowie die erhöhte Konzentration des Tissue Type Plasminogen Activator Inhibitors (PAI) für einen hypofibrinolytischen Status verantwortlich.

### Lokalisation thromboembolischer Ereignisse in der Pädiatrie

Die häufigsten Thrombosen in der Neugeborenenperiode sind paradoxe Embolien durch ein offenes Foramen ovale (Manifestation z.B. als thromboembolischer Schlaganfall [Abb. 1a], Aortenthrombose, Thrombosen der arteriellen Extremitätengefäße) sowie der thrombotische Verschluss der Vena cava, der Sinusvenen und der Nierenvenen beim reifen Neugeborenen (Abb. 1b).

Darüber hinaus wurden Thrombosen in Assoziation mit zentralen Venenkathetern beschrieben sowie Portal- und Mesenterial-Venenthrombosen [1-7]. Die Purpura fulminans, ein lebensbedrohliches Ereignis, das durch eine Mikrothrombosierung der Endstrombahn mit nachfolgenden Einblutungen aufgrund einer Verbrauchskoagulopathie gekennzeichnet ist, tritt z.B. im Rahmen einer Meningokokkensepsis auf. Bei Neugeborenen kann bei einem angeborenen Protein C- oder S-Mangel oder bei einer homozygoten Faktor V-Mutation

**Wichtig für den klinischen Alltag:**  
– Die plasmatischen Gerinnungsfaktoren zeigen altersabhängige Referenzwerte.  
– Die Epidemiologie venöser Thromboembolien unterscheidet sich bei Kindern und Erwachsenen.



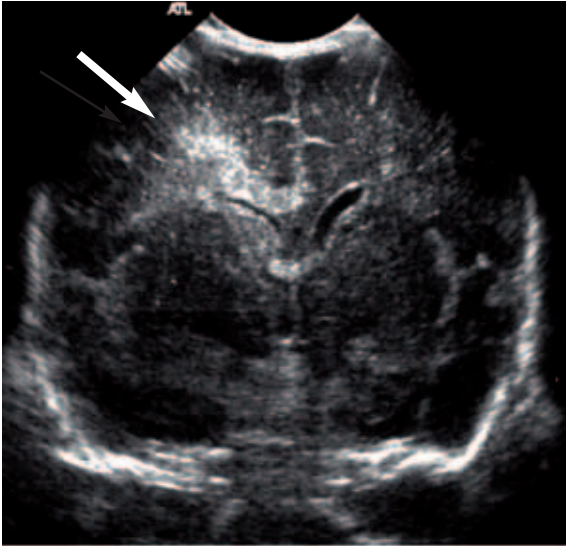


Abb. 1a: Konsekutiver thromboembolischer Mediainfarkt mit periventrikulärer Leukomalazie (Nowak-Göttl)



Abb. 1b: Akute Nierenvenenthrombose der rechten Nieren (Nowak-Göttl)

(Genotyp A1691A) das gleiche Krankheitsbild beobachtet werden (Abb. 2).

### Diagnostik

Die Indikationen zur bildgebenden Diagnostik der VTE und die Prinzipien der Verfahrenswahl unterscheiden sich im Kindesalter im Prinzip nicht von der beim Erwachsenen, wobei im Kindes- und Jugendalter insbesondere Strahlenbelastung und das Ausmaß der Invasivität der Methode besonders zu berücksichtigen sind.

Geeignete und gängige bildgebende Verfahren zur Diagnose einer venösen Thrombose im Kindesalter sind insbesondere die Duplex-Sonographie, aber auch die Venographie, Computer- und Magnetresonanztomographie (MRT). Die Duplex-Sonographie ist bei Verdacht auf eine Thrombose der unteren Extremität oder bei einer Thrombose des oberen venösen Einflusstraktes (V. axillaris, V. subclavia und V. cava superior) die Methode der Wahl. Kann hierdurch keine ausreichende Diagnose gestellt werden und besteht klinisch der dringende Verdacht auf eine Thrombose, so ist die Venographie die nächste durchzuführende Untersuchungsmethode. Bei Verdacht auf thromboembolisch verursachte, zerebral-

ischämische Ereignisse führt die MRT – je nach Verdachtsdiagnose kombiniert mit Angiographie oder Venographie – zur Diagnosesicherung. Im Notfall kann eine Computertomographie (CT) hier auch zur ersten Diagnosesicherung beitragen. Der „Goldstandard“ für die Diagnose einer Lungenembolie ist eine Spiral-CT. Alternativ ist die Diagnose auch mittels Ventilations-/Perfusionsszintigraphie möglich.

Für Thrombosen im Bereich des Abdomens/Vena cava ist je nach Alter des Kindes die Duplex-Sonographie oder eine Gefäßdarstellung mittels MRT oder CT geeignet.

### Bedeutung angeborener Risikofaktoren

Die Prävalenz angeborener Risikofaktoren variiert abhängig von der ethnischen Herkunft und der Anzahl der untersuchten Patienten und Kontrollpersonen.

In drei systematischen Reviews und Meta-Analysen inklusive Beobachtungsstudien bei pädiatrischen Patienten mit tiefer Beinvenenthrombose und zerebralen Verschlüssen (zerebral venöse Thrombosen und Schlaganfälle) hatten mehr als 70% der Patienten wenigstens einen klinischen Risikofaktor [15-17]. Die zusammenge-

**Prospektive Studien sollten „Goldstandard-Methoden“ für die Bildgebung bei Neugeborenen, Säuglingen und Kindern festlegen**

Abb. 2: Purpura fulminans bei homozygotem Protein C-Mangel 4h nach Geburt (Nowak-Göttl)



Risikofaktor	Zerebralvenöse Verschlüsse	Sonstige venöse Thrombosen	Venöse Thrombose: Rezidiv
APLA	6.58	4.87	–
FV G1691A	3.26	3.55	1.35 [nicht signifikant]
FII G20210A	2.43	2.64	2.12
Antithrombin	7.06	9.44	3.01
Protein C	9.31	7.72	2.39
Protein S	3.2	5.77	3.12
Kombinierte Defekte	11.86	9.5	4.46

Abkürzungen: APLA: Antiphospholipid-Antikörper

**Tab. 3: Odds Ratio thrombophiler Risikofaktoren für die Ersterkrankung und Rezidiv von Thrombosen und Schlaganfall im Kindesalter**

fassten Risikoabschätzungen, dargestellt als Odds Ratios (OR) oder Hazard Ratios (HR) zeigten einen statistischen Zusammenhang zwischen der Faktor V G1691A Mutation, Prothrombin G20210A, Antithrombin-, Protein S- und C-Mangel, sowie erhöhten Lipoprotein (a)-Werten, kombinierten angeborenen Risikofaktoren und dem Vorhandensein von Lupusantikoagulanzen, Antiphospholipid-Antikörpern einerseits und der Entstehung von venösen Thromboembolien andererseits.

### Rezidivthrombosen

Bei Rezidiven einer VTE konnte eine statistisch signifikante Assoziation zwischen Protein C-, Protein S-, Antithrombin-Mangel, Faktor II-Variante und kombinierten angeborenen Risikofaktoren gefunden werden [17, 18]. Die zusammengefasste Odds-Ratio (ein angeborener Risikofaktor) für die Entstehung von venösen Thromboembolien bewegte sich zwischen 2.4 bei der heterozygoten Prothrombin G20210A Mutation (zerebrovaskuläre Verschlüsse) und 9.4 bei Kindern mit Antithrombin-Mangel (venöse Thromboembolien: Tab. 3). Die zusammengefasste OR für persistierende Antiphospholipid-Antikörper / Lupus Antikoagulanzen lag bei 6.6 bei Kindern mit zerebrovaskulären Verschlüssen und bei 4.9 für tiefe Venenthrombosen [16, 20]. Die heterozygote Prothrombin G20210A Mutation (Odds-Ratio 2.1), Protein C-Mangel (OR 2.4), Protein S-Mangel (OR 3.1) und Antithrombin-Mangel (OR 3.0) spielten ebenfalls eine signifikante Rolle für das Wiederauftreten venöser Gefäßverschlüsse (Tab. 3). Interessanterweise spielten in allen drei pädiatrischen Meta-Analysen (Beobachtungsstudien) weder das Alter beim Erstereignis der Thrombose, noch Publikationsjahr oder Studienort eine signifikante Rolle auf die erzielten ORs: demzufolge sind die Daten für die gesamte pädiatrische Population gültig, von Neonaten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

### Asymptomatische Familienangehörige

In einer aktuellen deutschen Kohortenstudie wurden 533 erst- und zweitgradige Familienmitglieder von 206 pädiatrischen Thromboembolie-Patienten bezüglich angeborener Risikofaktoren (Antithrombin, Protein C,

Protein S, Faktor V G1691A, Prothrombin G20210A) untersucht und die Inzidenz symptomatischer familiärer Zweitereignisse ermittelt [21]. Das Risiko für venöse Thromboembolien war signifikant höher bei Familienmitgliedern mit angeborenen Risikofaktoren im Vergleich zu Angehörigen ohne Thrombophilie bzw. noch nicht nachgewiesenem genetischen Risiko (OR 7.6, 95% CI: 4.00-14.45];  $P < 0.001$ ). Am höchsten war das familiäre Zweitereignis einer venösen Thromboembolie bei Trägern eines Antithrombin-, Protein C- und Protein S-Mangels (OR 25.7, 95% CI 12.2-54.2];  $P < 0.001$ ). Die jährliche Inzidenz für venöse familiäre Zweitereignisse lagen bei 2.82% (95% CI 1.63-4.80%) bei Familienmitgliedern, die Träger eines Antithrombin-, Protein C- oder Protein S-Mangels waren, 0.42% (0.12-0.53%) bei Trägern der heterozygoten Prothrombin G20210A Mutation, 0,25% (0.12-0,53%) bei der heterozygoten Faktor V Leiden Mutation und 0.10% (0.06-0.17%) bei Familienmitgliedern ohne bisher nachweisbaren angeborenen Risikofaktoren.

### Genom-weite Perspektive pädiatrischer venöser Thromboembolien

Genomweite Assoziation-Studien (GWAS) konnten zahlreiche neue Loci mit mäßigen bis großen Effektgrößen identifizieren, die mit Phänotypen häufiger Erkrankungen assoziiert sind. Im Gegensatz zu Studien mit einem Kandidaten-Gen ist der GWAS-Ansatz unbeeinträchtigt von bereits beschriebenen Ergebnissen, Interaktionen und möglichen Pathomechanismen. Er baut direkt auf den Ergebnissen des HapMap-Projekts ([www.hapmap.org](http://www.hapmap.org)) auf, in dem die häufigsten genetischen Varianten (Single Nucleotide Polymorphismen – SNP) im humanen Genom abgebildet sind. Ein essentieller Bestandteil dieser häufigen Varianten wird in Blöcken vererbt (Haplotypen). Um den Großteil dieser SNP-Varianten innerhalb der Blöcke zu finden, müssen daher nur einige wenige sogenannte „tagging SNPs“ untersucht werden. GWAS kann sowohl in Fall-Kontroll Studien als auch in familienbasierenden Studien eingesetzt werden, um krankheitsassoziierte genetische Varianten zu entdecken (SNP's).

Venöse Thromboembolien sind gute Beispiele für multifaktorielle Erkrankungen, bei denen zahlreiche erblich bedingte und erworbene Risikofaktoren das Gesamtrisiko beeinflussen [22]. Es ist bekannt, dass angeborene Risikofaktoren innerhalb von Familien übertragen werden und einer kleinen Gruppe familiärer Thrombophilieeigenungen können seltene, aber höchst penetrante genetischen Varianten zugeschrieben werden, wie zum Beispiel einem Protein C- oder Protein S-Mangel. Dennoch spielen Lifestyle-Faktoren eine gleichgewichtige Rolle. Die Zuordnung der Interaktion „Lifestyle-Faktoren“ mit genetischen Anlagevarianten wird in naher Zukunft durch diese neuen GWAS-Verfahren möglich sein. Erste Ergebnisse für den „pädiatrischen Schlaganfall“, in einer großen Anzahl der Fälle thromboembolischen Ursprungs, liegen vor [23].

#### Wichtig:

- Pädiatrische Thromboembolien sind multifaktorielle Ereignisse
- Beachte die Grunderkrankungen und thromboembolische Risikofaktoren

### Screening auf angeborene Risikofaktoren

Rezidivraten nach einem ersten VTE Ereignis im Kindesalter werden mit 3% bei Neonaten und 21% bei Kindern mit idiopathischer VTE beschrieben. Es gibt kontroverse Diskussionen darüber, ob Kinder mit Thrombosen und Nachkommen von thrombosegefährdeten Familien von einem Screening auf angeborene Risikofaktoren profitieren [24-27].

Basierend auf Daten von Meta-Analysen und systematischen Übersichtsarbeiten wird empfohlen, die symptomatischen Indexpatienten von spezialisierten Gerinnungszentren auf Thrombophilie-Risikofaktoren untersuchen zu lassen [15, 17, 21], u.a. sollte ein Antithrombin-, Protein C- oder Protein S-Mangel abgeklärt werden. Zusätzlich zur Untersuchung auf angeborene Risikofaktoren sollten pädiatrische Patienten mit Thromboembolien auch auf das Vorhandensein von erworbenen Lupusantikoagulanzen bzw. Antiphospholipid-Antikörpern gescreent werden [16, 21].

Da die Inzidenz an kombinierten angeborenen Risikofaktoren assoziiert mit dem ersten symptomatischen Auftreten von venösen Thromboembolien in der pädiatrischen Population nicht vorhersehbar ist, vor allem, wenn die Familienanamnese diesbezüglich positiv ist, sollten Faktor V G1691A und Prothrombin G20210A in das Screeningprogramm mit aufgenommen werden. So können kombinierte thrombophile Risikofaktoren nicht übersehen werden, ggf. kann die Dauer der Thromboembolieprophylaxe angepasst werden.

Da eine effektive Primärprophylaxe mit Antikoagulanzen in Risikosituation (Immobilisierung >2 Tage, lange Flug-, Zug-, Auto-, Busreisen > 2–3 Stunden, Erkrankungen aus dem rheumatischen oder onkologischen Formenkreis, Hormontherapie oder bei weiblichen Jugendlichen Eintritt einer Schwangerschaft) verfügbar ist, werden Screeningprogramme bei ausgewählten nicht-symptomatischen Geschwistern und anderen erstgradigen Familienmitgliedern aus Hoch-Risiko-Familien (Trägern von Antithrombin-, Protein C- und Protein-S-Mangel) oder in Fällen kombinierter angeborener Risikofaktoren als „sinnvoll“ diskutiert.

### Praktische Empfehlungen

Die Verteilung angeborener Risikofaktoren variiert in verschiedenen Ländern unter Berücksichtigung des ethnischen Hintergrunds und der Anzahl der untersuchten Patienten/ Kontrollgruppen:

- Untersuchung auf Antiphospholipid-Syndrom und Lupus Antikoagulanzen innerhalb der ersten 12 Wochen nach einer venösen Thromboembolie
- Untersuchung jenseits des akuten Stadiums einer Thrombose auf plasmatische, angeborene Risikofaktoren
- Bewertung des venösen Thromboembolierisikos für Auftreten und Wiederauftreten im Vergleich mit Alter- und Geschlecht-gemachten gesunden Kontrollen aus dem gleichen geographischen Einzugsgebiet

### Behandlungsmöglichkeiten

Für Kinder mit thromboembolischen Ereignissen fehlen therapeutische Empfehlungen, die sich auf randomisierte kontrollierte Kinderstudien beziehen [28]. Die Behandlungsempfehlungen sind aus der Erwachsenenmedizin übernommen. Wichtiger als bei älteren Betroffenen mit VTE ist, dass ein längeres Behandlungsintervall mit einer antikoagulatorischen Therapie bei physiologisch aktiven Kindern gegenüber dem dadurch erhöhten (verletzungsabhängigen) Blutungsrisiko abgewogen werden muss. Daten der oben genannten Meta-Analysen helfen behandelnden Kollegen zusammen mit den Eltern und Patienten bei der Entscheidung, in welchen Fällen eine längere Antikoagulation indiziert und gerechtfertigt ist, oder praktischer formuliert, ob pädiatrische Patienten, die zusätzlich eine genetische Veranlagung tragen, bei chronischen Erkrankungen, die in Assoziation mit venösen Thromboembolien stehen, eine längere sekundäre Thromboseprophylaxe in Risikosituationen (z.B. nach Operationen, bei Immobilisierung, Dehydratation etc.) benötigen.

Kinder mit gesicherter venöser Thrombose sollten entsprechend den Empfehlungen kleinerer Kinderstudien und pädiatrischen Leitlinien behandelt werden [28-30]. Unfraktioniertes Heparin (UFH), niedermolekulares Heparin (NMH) und Vitamin-K-Antagonisten sind die am häufigsten benutzten Antikoagulanzen, die neueren Antikoagulanzen, z.B. Argatroban, Bivalirudin oder Fondaparinux werden diskutiert und mehr und mehr in kleinen pädiatrischen klinischen Studien verwendet [29-30]. Erste internationale Studien mit Dabigatran und Rivaroxaban im Kindesalter sind durch die FDA und EMA genehmigt und wurden bereits begonnen.

Nicht zu vernachlässigen ist trotz der niedrigen Evidenz bezüglich Therapieoptionen bei Kindern, dass diese Patienten mit einer frühen venösen Thromboembolie in der Anamnese eine sekundäre Thromboseprophylaxe in Risikosituationen erhalten sollten [31], z.B. bei Anlage zentraler Venenverweilkatheter, Durchfallerkrankungen, akuten und chronischen hämato-onkologischen oder rheumatischen Erkrankungen oder bei länger dauernder Immobilisierung. Da randomisierten Behandlungsstudien zu Dosis und Dauer einer sekundären Thrombose-



prophylaxe fehlen, müssen auch diese Empfehlungen an das individuelle Risiko der Patienten angepasst werden.

### Empfehlungen zur Therapie einer VTE im Kindesalter

Kinder sollten gemäß der jeweils aktualisierten Empfehlungen der Fachgesellschaften behandelt werden [28]. Ein individuelles Scoringsystem, z.B. der Münsteraner Risikoscore (Tab. 4), kann dabei hilfreich sein, um das individuelle VTE- und Rezidiv-Risiko abschätzen zu können:

- Eine Antikoagulation für 3 Monate wird empfohlen, wenn sich der Thrombus aufgelöst hat, der auslösende Faktor beseitigt wurde und wenn keine weiteren Thromboserisiken vorliegen.
- Eine Antikoagulation für 6–12 (oder auch 24) Monate sollte bei Kindern mit fortdauernden Erkrankungen, wie genetischen Risiken, Infektionen oder malignen Erkrankungen durchgeführt werden.
- Bei Kindern mit schwerwiegenden oder multiplen genetischen thromboembolischen Varianten (Protein C-, Protein S- und Antithrombin-Mangel), mit einer spontanen Thrombose ohne prothrombotische Trigger-Faktoren oder mit einer positiven Familienanamnese in Hinblick auf lebensgefährliche thromboembolische Ereignisse sollte eine Langzeit-Antikoagulation mit einem Vitamin-K-Antagonisten individuell diskutiert werden. Wir bitten in diesem Punkt um Beachtung der jeweils gültigen, stetig erweiterten und aktualisierten Leitlinien-Empfehlung der International Society of Thrombosis und Hemostasis (ISTH) und CHEST (American College of Chest Physicians (ACCP) [28].
- Eine sekundäre Antikoagulation z.B. mit NMH sollte in Risikosituation, welche mit einem erhöhten Thromboserisiko einhergehen, verabreicht werden. Risikosituationen sind Immobilisierung >2 Tage, lange Flug-, Zug-, Auto-, Busreisen > 2–3 Stunden, Erkrankungen aus dem rheumatischen oder onkologischen Formenkreis, Hormontherapie oder bei weiblichen Jugendlichen Eintritt einer Schwangerschaft.
- Kinder mit vollendetem Pubertätsstatus > Tanner 2 sollen analog den Behandlungsstrategien bei Erwachsenen mit Thrombosen behandelt werden [31].

Risikofaktor	Punkte
Spontane/idiopathische Thrombose	2
Thrombophile Risikofaktoren:	
– Positive Familienanamnese (aber kein Screening)	2
– Einzelner Risikofaktor*	1
– Antithrombin-Mangel	2
– Kombinierte Risikofaktoren*/Antiphospholipid-Syndrom	2
Thromboseausdehnung	
– Unterschenkelvenenthrombose	0
– Beinvenenthrombose	1
– Bein-Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie	2
– Zerebrale Thrombose	3
Rekanalisierung nach 3–6 Monaten:	
– Vollständig	0
– Partiiell	1
– Keine Rekanalisation	2
<b>Risikoscore</b>	<b>Punktzahl</b>
– Niedriges Risiko	≤ 2
– Mittleres Risiko	3–5
– Hohes Risiko	≥ 6
* Thrombophile Risikofaktoren: FV G1691A, Prothrombin G20210A, Lipoprotein(a), Protein-C-, Protein-S-, Antithrombin-Mangel, Antiphospholipid-Syndrom	
<b>Dauer</b>	<b>Risiko Score</b>
Bis 3 Monate	≤ 2
6–12 Monate	3–5
>12 Monate	≥ 6

Tab. 4: Pädiatrischer Münsteraner Risikoscore

Literatur bei den Verfassern

**Interessenkonflikt:** Die Autorinnen erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzanschrift:

Dr. med. univ. Verena Limperger  
Universitätsklinikum Schleswig Holstein  
Campus Kiel  
Institut für klinische Chemie – Gerinnungszentrum  
Arnold-Heller-Str. 3, 24105 Kiel  
Telefon: 0431/597-3225  
E-mail: Verena.Limperger@uksh.de

Red.: Riedel

# Neugeborenen-Akne und Differenzialdiagnose

CONSILIUM  
INFECTORUM

Prof. Dr. med.  
Peter H. Höger

## Frage:

Ich habe in der Praxis ein 4 Wochen altes Neugeborenes mit Neugeborenen-Akne im Gesicht. Aufgrund zweier gelblich gefüllter Pusteln habe ich einen Hautabstrich durchgeführt und erhielt als Befund reichlich *Staphylococcus aureus*.

- Sollte der Säugling antibiotisch behandelt werden oder kann man abwarten und ihn engmaschig beobachten?

Der Zustand ist gut, er hat kein Fieber, ist nicht septisch, trinkt und gedeiht gut. Die Effloreszenzen bestehen laut Mutter seit kurz nach der Geburt und haben sich nicht wesentlich verändert. Blasen sind nicht aufgetreten.

## Antwort:

Die **Neugeborenen-Akne** tritt häufig bei Neugeborenen ab der 3. Lebenswoche auf. Sie ist gekennzeichnet durch folliculäre Papeln und Pusteln vorwiegend im Bereich der Wangen, aus denen sich vereinzelt Komedonen entwickeln können. Das Allgemeinbefinden der Kinder ist nicht beeinträchtigt. Der Neugeborenen-Akne liegt eine androgen-induzierte Talgdrüsenhyperplasie zugrunde, die nach 2–3 Monaten verschwindet. Daher klingt die Erkrankung in dieser Zeit in der Regel spontan ab (1).

Klinische Überlappungen bestehen zur **Neonatalen zephalen Pustulose**, die von manchen Autoren mit der Neonatalen Akne gleichgesetzt wird. Dieser Erkrankung liegt eine Superinfektion der neonatalen Talgdrüsen mit *Malassezia spp.* zugrunde (2). Diese lipophilen Hefen werden von asymptomatisch infizierten Kontaktpersonen (Eltern) postnatal auf die Neugeborenen übertragen, deren stimulierte Talgdrüsen einen idealen Nährboden darstellen. Aufgrund der weiten Verbreitung der genannten Hefen bezweifeln andere Autoren einen kausalen Zusammenhang (3). Auch hier tritt meist eine Spontanheilung nach einigen Wochen ein; in hartnäckigen oder ausgedehnten Fällen kann lokal mit Ketokonazol-Shampoo (Terzolin®) oder Ciclopiroxolamin-Gel (Batrafen®) behandelt werden. Beide Substanzen sind allerdings nicht für das 1. Lebensjahr zugelassen.

Pustelbildung bei einem Neugeborenen kann darüber hinaus weitere Ursachen haben: Eine bereits bei Geburt bzw. im Verlauf der ersten beiden Lebenstage manifeste Pustulose kann auf ein **Erythema toxicum** zurückzuführen sein; dabei sind die Pusteln steril und reich an Eosinophilen, der Allgemeinzustand der Kinder ist nicht beeinträchtigt.

Bei der **kongenitalen kutanen Candidiasis** kommt es nach ante- oder subpartueller Infektion zu einer generalisierten Pustelbildung mit oder ohne Erythrodermie; der Allgemeinzustand der Kinder ist stark eingeschränkt, die Erkrankung potentiell lebensbedrohlich, so dass eine sofortige intensivmedizinische Behandlung indiziert ist.

Eine **bakterielle Pustulose** ist bei Neugeborenen selten. Sie kann gelegentlich als Erstmanifestation eines **Hyper-IgE-Syndroms** beobachtet werden (4).

Andererseits ist der Nachweis von *S. aureus* im Hautabstrich bei einem ansonsten unauffälligen Neugeborenen per se ohne Krankheitsbedeutung; Es kann sich um eine **transitorische Kolonisation**, z. B. nach Kontamination durch einen chronischen *S. aureus*-Träger (Eltern, Geschwister), handeln. Sofern allerdings der Keimnachweis nicht im Hautabstrich, sondern im Pustelinhalt erfolgt, sollte bei Neugeborenen vorsichtshalber eine systemische antibiotische Behandlung zumindest solange erfolgen, bis eine systemische Infektion ausgeschlossen wurde und die Pustelbildung sistiert.

## Literaturangaben:

1. Melnik B. Acne. In: Harper's Textbook of Pediatric Dermatology (Eds.: Irvine A, Hoeger PH, Yan A.), Oxford: Wiley-Blackwell, 3rd ed. 2011, S. 79.14-15
2. Bernier V et al. Skin colonization by *Malassezia* species in neonates: a prospective study and relationship with neonatal cephalic pustulosis. *Arch Dermatol* 2002; 138: 215-8.
3. Ayhan M et al. Colonization of neonate skin by *Malassezia* species: relationship with neonatal cephalic pustulosis. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57: 1012-8
4. Olaiwan A et al. Cutaneous findings in sporadic and familial autosomal dominant hyper-IgE syndrome: a retrospective, single-center study of 21 patients diagnosed using molecular analysis. *J Am Acad Dermatol* 2011; 65:1167-72

Prof. Dr. med. Peter H. Höger  
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift  
Abt. Pädiatrische Dermatologie  
Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg

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.



## Review aus englischsprachigen Zeitschriften

### Eisenmangel als führende extraintestinale Erstmanifestation der Zöliakie: ein nicht so seltener Befund

#### Prevalence and Predictive Factors for Gastrointestinal Pathology in Young Men Evaluated for Iron Deficiency Anemia

Carter D. et al., *Dig Dis Sci.* 58(5): 1299-305, Mai 2013

#### Serodiagnosis of Celiac Disease in Children Referred for Evaluation of Anemia: a Pediatric Hematology Unit's Experience

Bansal D. et al., *Indian J Pathol Microbiol.* 54(4): 756-60, Okt.-Dez. 2011

Die Prävalenz von Störungen des Gastrointestinaltrakts bei jungen Männern mit Eisenmangelanämie ist unbekannt und es gibt keine evidenz-basierten Empfehlungen für die Behandlung. Das Ziel der Studie von Carter ist, die Prävalenz signifikanter Gastrointestinaltraktveränderungen bei jungen israelischen Männern (18–40 J.) mit Eisenmangelanämie festzustellen und eventuelle Prädiktoren ausfindig zu machen. Dazu wurden retrospektiv klinische, endoskopische und histologische Befunde von insgesamt 347 jungen Männern mit Eisenmangelanämie gesammelt und ausgewertet. In 62% der Fälle wurden Pathologien des Gastrointestinaltrakts gefunden: 35% im oberen GIT (30% peptische Erkrankungen, 4% Zöliakie), 34% im unteren GIT (17% Hämorrhoiden, 16% Darmerkrankungen). Es wurden keine malignen Erkrankungen festgestellt. Die Studie ergab, dass gastrointestinale Störungen bei jungen Männern mit Eisenmangelanämie häufig sind, sodass eine ausführliche Untersuchung des Gastrointestinaltrakts bei diesen Patienten, insbesondere bei eisenresistenter Eisenmangelanämie, obligatorisch sein sollte.

Zu einem ähnlichen Schluss kommen auch Bansal et al.. Die Autoren bemängeln den langen Verlauf zwischen ersten Sympto-

men der Patienten und der Diagnosestellung einer Zöliakie. Die meisten Kinder werden zunächst mit Eisen behandelt, wobei die Diagnose „schwer zu behandelnde Anämie“ lautet. In dieser Studie werden 83 Patienten mit Zöliakie, die sich erstmals mit V.a. hämatologische Manifestationen vorstellten, retrospektiv ausgewertet. Im Durchschnitt vergingen bis zur Diagnosestellung  $40.9 \pm 30.6$  Monate. 66% der Kinder bekamen zunächst eine Eisensupplementation ohne erkennbaren Vorteil. 47% bekamen sogar eine Bluttransfusion. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Pädiater und Hämatologen bei „schwer behandelbarer Anämie“ viel öfter an die Diagnose einer extraintestinal manifestierten Zöliakie denken sollten.

### Kommentar

Beide Publikationen zeigen eindrücklich, dass bei der Abklärung einer Eisenmangel-Anämie öfter und eher als bisher die Diagnostik auf Zöliakie einbezogen werden sollte (Transglutaminase-IgA-AK sowie Gesamt-IgA). Eine Ausnahme könnten Kleinkinder im typischen Alter von 6 Monaten bis 3 Jahren sein, die anamnestisch eindeutig zu wenig Fleisch erhalten (meiner Meinung nach unter 2–3 x pro Woche) oder Frühgeborene/Mangelgeburten < 2500 g, die keine Eisenprophylaxe erhielten.

Bei Kinder und Jugendlichen sollte – nach Ausschluss einer vegetarischen Diät – auch an (chronische) Darmerkrankungen gedacht und die Diagnostik entsprechend erweitert werden (z.B. durch die Bestimmung von Calprotectin im Stuhl), bzw. die Patienten zum Kindergastroenterologen zur Endoskopie überwiesen werden. Die Arbeiten haben für die Arbeit des Allgemeinpädiaters eine unmittelbare Relevanz.

Der Autor des Kommentars bekam in den letzten 1,5 Jahren vier Patienten zur Abklärung einer sog. „eisenresistenten“ Eisenmangelanämie zugewiesen, die über längere Zeit mit oraler Eisengabe frustriert behandelt wurden. Im Rahmen der Abklärung konnte eine neu entdeckte Zöliakie festgestellt werden.

Schlussfolgerung: Die Kinder- und Jugendärzte haben eine wichtige Aufgabe für die möglichst frühe Erkennung von Zöliakiepatienten. Ein langer „Leidensweg“ vom Symptom zur Diagnose sollte vermieden werden. Bei der Abklärung der therapieresistenten Eisenmangelanämie sollte unbedingt eine Zöliakie (auch im Rahmen einer Familienabklärung) nach den von der ESPGHAN veröffentlichten Kriterien ausgeschlossen werden.

Ich danke Frau Prof. S. Koletzko, München, für die Überarbeitung. (Stefan Eber, München)

### Humaner Metapneumovirus

#### Burden of Human Metapneumovirus Infection in Young Children

Edwards KM, ZHU Y, Griffin MR et al., *N Eng J Med* 368: 633-43, Februar 2013

Der humane Metapneumovirus (HMPV) spielt bei akuten Atemwegserkrankungen in Säuglingen und Kleinkindern eine Rolle. Um die Bedeutung dieses Virus zu untersuchen, wurden Daten einer prospektiven Studie bei akuten Atemwegserkrankun-



gen in Kindern unter 5 Jahren in drei amerikanischen Bundesstaaten von 2003 bis 2009 ausgewertet, eine HMPV-Infektion wurde mit PCR-Analysen aus Nasen- und Rachenabstrich untersucht. HMPV wurde in 200 von 3.490 hospitalisierten Kindern in dieser Altersgruppe (6%) gefunden und lediglich in 1% bei asymptomatischen Kontrollen, die Ausscheidung erfolgte über ein bis zwei Wochen, die Hauptsaison war November bis Mai. Es zeigte sich, dass eine HMPV-Infektion bei Kindern unter 5 Jahren bei 1 von 1000 Kindern zu einer Hospitalisation führt, ähnlich wie bei Influenzaviren oder Parainfluenzaviren. Im Vergleich dazu lag die Rate der Hospitalisationen bei RSV bei 3:1000, also dreimal so hoch. Bei den ambulanten Vorstellungsraten lag der HMPV-Nachweis ebenfalls niedriger als der RSV-Nachweis und war am höchsten in der Altersgruppe zwischen 6 und 11 Monaten, während bei der Hospitalisation wegen HMPV-Infektion am ehesten die Altersgruppe unter 6 Monaten betroffen war. HMPV verursacht somit überwiegend in der frühen Kindheit schwere Erkrankungen ähnlich dem Influenzavirus, aber ist auch existent im Kleinkindesalter. Von den HMPV-infizierten Kindern, die stationär behandelt werden mussten, wiesen 50% eine Risikosituation auf, z. B. Frühgeburtlichkeit oder Asthma. Bei den ambulanten Patienten lag dieser Prozentsatz deutlich niedriger.

### Kommentar

Das Humane Metapneumovirus ist offensichtlich für junge Kinder genauso bedeutsam wie Influenza- oder Parainfluenza-Viren und kann, im Gegensatz zum RS-Virus, auch bei Kleinkindern noch deutliche Symptome verursachen. Die Risikopopulation (Frühgeburten, Kleinkind-Asthma) haben ein höheres Risiko, schwerer zu erkranken, deswegen wird beim Center for Disease Control and Prevention in USA auch schon über eine Impfung nachgedacht. Ein Nachweis dieses Virus ist augenblicklich nur über die PCR möglich und somit sehr kostspielig. Wahrscheinlich haben etliche RSV-negative Säuglinge in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres mit deutlichen klinischen Symptomen einen Humanen Metapneumovirus als Erreger. Über Spätschäden bzw. Auswirkungen auf die bronchiale Reaktivität gibt es derzeit keine Daten.

(Frank Riedel, Hamburg)

### Melatonin für Schlafstörungen bei retardierten Kindern

#### Melatonin for Sleep Problems in Children with Neurodevelopmental Disorders: Randomised Double Masked Placebo Controlled Trial

*Gringras P, Gamble C, Jones AP, et al. and the MENDS study group, Brit Med J 345, e6664, November 2012*

Kinder mit gravierenden Entwicklungsstörungen leiden häufiger unter chronischen Ein- und Durchschlafstörungen. Diese können zur Tagesmüdigkeit mit Beeinträchtigungen des Lernens und Verhaltens führen und zur multiplen Belastung der gesamten Familie. Trotz begrenzter Evidenz hinsichtlich der spezifischen Wirk-

samkeit wird bei kindlichen Schlafstörungen häufig Melatonin wegen seiner schlafanstoßenden Eigenschaften rezeptiert.

In die englische Studie von Gingras et al. wurden 146 Probanden im Alter von 3–15 Jahren eingeschlossen, bei denen neben einer geistigen Behinderung z.T. zusätzlich Autismus, eine Epilepsie oder genetische bzw. chromosomale Störung vorlag. Als Schlafstörung wurden definiert eine Latenz bis zum Einschlafen von  $> 1$  Stunde oder  $< 6$  Stunden ununterbrochener Schlaf in mindestens 3 von 5 Nächten über mindestens 5 Monate oder beides (Elternurteil). Ausschlusskriterien waren die Einnahme einer Schlafstörungen verursachenden Medikation sowie eine Vorbehandlung mit Melatonin. Alle Eltern potentieller Studienteilnehmer hatten vorab eine standardisierte Verhaltensmodifikation zur Verbesserung des Schlafverhaltens mit ihren Kindern durchgeführt, wobei nur diejenigen in die Studie aufgenommen wurden, deren Problem auch nach der nicht-pharmakologischen Intervention fortbestand.

Nach Randomisierung erhielten die Probanden 45 Minuten vor dem Zubettgehen über die Dauer von 12 Wochen entweder unretardiertes Melatonin oder ein Placebo. Die Dosierung wurde im Studienverlauf in Abhängigkeit von der Entwicklung der Symptomatik in festgelegten Schritten erhöht (0,5, 2, 6, 12 mg). Das Schlafverhalten wurde mittels Schlaftagebuch (Elternurteil) und Akzelerometer (Bestimmung der Schlaf-Wach-Periodik mit einem mobilen Bewegungsmesser) erfasst. Die Zielgrößen waren a) die absolute Schlafdauer, b) die Latenz bis zum Einschlafen und die Schlafeffizienz (Anteil der schlafend im Bett verbrachten Zeit) beim Kind. Daneben wurden Fragebögen zu kindlichen Verhaltensstörungen sowie zur Lebens- und zur Schlafqualität der Eltern eingesetzt.

Melatonin erhöhte die absolute Schlafdauer nur geringfügig (23 min). Es reduzierte jedoch die Einschlaf latenz, die nach Tage-

buchaufzeichnungen und besonders in der actigraphischen Messung signifikant verkürzt wurde ( $-37,5$  vs.  $-45,3$  min), vor allem bei den Probanden mit der längsten Einschlafzeit. Nach Melatonin erwachten die Kinder morgens etwas früher als nach Placebogabe. Assoziationen zwischen den untersuchten Parametern, dem Alter der Kinder und den verschiedenen Komorbiditäten fanden sich nicht. In den Fragebögen bewerteten die Eltern der Verumgruppe die kindliche wie auch die eigenen Schlafqualität signifikant häufiger als verbessert.

### Kommentar

Ein Einsatz von Melatonin zur Schlafinduktion ist grundsätzlich umstritten und noch wenig erforscht. Die wenigen systematischen Reviews zur Datenlage beklagen die Heterogenität der untersuchten Probandengruppen bzw. Methoden und kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen. Der Verdienst der zitierten Arbeit liegt in der Methodik (RCT mit Messung subjektiver und objektiver Werte, länger Interventionszeitraum) und in der klinischen Relevanz der Probandenauswahl. Schlafstörungen bei Kindern mit gravierenden Entwicklungsstörungen, die oft schon tagsüber viele Ressourcen binden, führen Eltern oft an den Rand ihrer Belastbarkeit. Schon eine geringe Verbesserung des Schlafs für alle kann den Alltag erleichtern. Melatonin ist in der BRD bislang für den Einsatz bei Kindern nicht zugelassen und nur off-label zu verordnen. Auch für die Dosierung gibt es keine Leitlinien, wobei Gringras und Kollegen aufzeigen, dass eine Dosisanpassung in einer gewissen Breite sinnvoll und bis 12 mg/d vertretbar sein kann. Weniger als 20% der Probanden wurde die Minimaldosis von 0,5 mg/d verabreicht, weil darunter bereits eine Symptomreduktion eintrat.

(Carola Bindt, Hamburg)

# Welche Diagnose wird gestellt?

Julia Grothaus und Peter Höger

## Anamnese

Der 7-jährige Junge wird wegen heftiger Schmerzen im Bereich der rechten Schulter, insbesondere beim Heben des rechten Armes, vorgestellt. Ein Trauma ist nicht erinnerlich. Seit Geburt besteht bei ihm eine vaskuläre Malformation im Bereich der rechten Hals- und Schulterseite.

## Untersuchungsbefund

Im Bereich der rechten Halsseite mit Übergang auf die rechte Schulter und den oberen supraclaviculären Bereich scharf begrenzte livide Plaque mit ausgeprägter venöser und zum Teil auch kapillärer Gefäßzeichnung (Abb. 1). Eine Druckdolenz bestand nicht. Inhomogene Clavicula-Struktur mit Niveausprung. Wei-



Abb. 1: Vaskulärer Tumor rechte Hals-/Schulter-Region



Abb. 2: Röntgenaufnahme Clavicula rechts: pathologische Fraktur

cher, verschieblicher Lymphknoten über dem Claviculo-Sternalgelenk rechts. Übrige Lymphknoten unauffällig. Blasses Hautkolorit.

Die Röntgenaufnahme der Klavikula rechts (Abb. 2) zeigt eine pathologische Clavicula-Fraktur mit zentral osteolytischem Herd.

## Wie lautet die Diagnose?

## IMPRESSUM

### KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

**Verantw. Redakteure für „Fortbildung“:** Prof. Dr. Hans-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@kkh-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 „Nachrichten aus der Industrie“ sowie die „Industrie- und Tagungsreporte“ 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 12.600

lt. IVW I/2013

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

**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 – **Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel. (0201) 8130-104, Fax (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Druck:** Schmidt-Römhild, 23547 Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 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](http://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.



LA-MED



## Diagnose: Vanishing bone disease (Gorham-Stout-Syndrom)

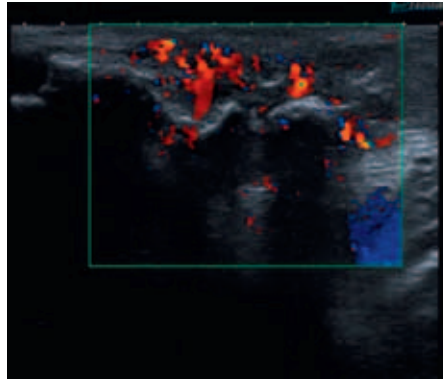
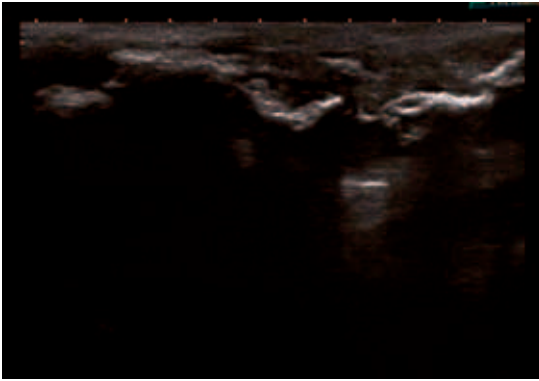


Abb. 3: Sonographie rechte Clavicula mit und ohne Farbdoppler

### Weitere Diagnostik

**Sonographie und Dopplersonographie der Clavicula rechts:** Corticalis der Clavicula irregulär zerklüftet, im Bereich der frischen Fraktur zeigt sich reichlich Kallus. Im knorpeligen Anteil des Kallus deutlich verstärkte Vaskularisation. In der Umgebung Darstellung der vaskulären Malformation in engem Bezug zur Clavicula.

**MRT Schulter/Hals rechts:** Gering großengredient erscheinende vaskuläre Malformation mit Einbeziehung des mittleren Claviculadrittels rechts.

In Zusammenschau des klinischen Befundes/Verlaufes und der erhobenen radiologischen Befunde wurde der Verdacht auf eine „Vanishing bone disease“ (Gorham-Stout-Syndrom) geäußert. Zur Diagnosesicherung erfolgte eine Biopsie. Dabei zeigten sich Anteile einer vaskulären Malformation mit charakteristischen WT1-negativen Endothelien und intravasaler papillärer endothelialer Hyperplasie (einem organisierten Thrombus entsprechend) sowie arrodierter Knochenbälkchen mit siderophagenreichem, stärker vaskularisiertem Rundzellularinfiltrat sowie dilatierten malformativen Gefäßen. Histologisch ließ sich die Verdachtsdiagnose somit bestätigen.

Zweimalig sind bereits Embolisierungen in einer neuroradiologischen Abteilung durchgeführt worden. Dadurch kam es zu einer leichten Auflockerung der Gefäßektasien.

Bei der „Vanishing bone disease“ (Gorham-Stout-Syndrom) handelt es sich um eine seltene Komplikation vaskulärer Fehlbildungen, bei der es durch Ausdehnung der vaskulären Malformation zu einer intraossären Gefäßproliferation und damit zu Osteolysen kommt. Jeder Knochen kann betroffen sein, bevorzugt sind jedoch Maxilla, Schultergürtel, Rippen, Wirbelsäule und Becken. Die Ätiologie und Pathophysiologie dieser Erkrankung sind größtenteils unbekannt (1). Sie tritt vorwiegend im Kindes- und jungen Erwachsenenalter auf (2). Die Diagnose wird häufig verzögert gestellt, da die klinischen Symptome unspezifisch sind, z.B. Knochenschmerzen, Muskelschwäche oder neurologische Auffälligkeiten (2). Typische Komplikationen sind chronische Schmerzen, pathologische Frakturen, in 1/5 der Fälle Ausbildung eines Chylothorax und eine Verbrauchskoagulopathie (1,3).

### Differenzialdiagnosen

Als Differenzialdiagnosen bei Vorliegen von Osteolysen kommen u.a. in Betracht: Osteolysen bei u.a. primär malignen Erkrankun-

gen, ossären Metastasen, Rachitis, Hyperparathyreoidismus und Knochenzysten.

### Diagnostik

Die Diagnose einer „vanishing bone disease“ darf erst nach Entnahme einer Probebiopsie gestellt werden. Hinweise auf diese Erkrankung ergeben sich jedoch bereits in der bildgebenden Diagnostik (je nach Lokalisation und Symptomatik mit Röntgen, MRT, CT, 2).

### Therapie und Prognose

Einen Therapiestandard gibt es bei dieser seltenen Erkrankung nicht. Es wurde sowohl über Erfolge durch Embolisation, Radiotherapie (bei Erwachsenen), der chirurgischen Resektion und der medikamentösen Behandlung (Interferon alpha, Biphosphonate, Androgene, Calciumfluorid, Bevacizumab und Sirolimus) berichtet (3,4).

Der klinische Verlauf der Erkrankung ist unvorhersehbar. In der Literatur sind sowohl ein spontaner Stopp der Erkrankung, als auch eine zügige Regression oder schnelle Progression beschrieben (4). Die Prognose variiert je nach Ausmaß der Erkrankung und den befallenen Körperregionen. Patienten mit Chylothorax haben insgesamt gesehen jedoch eine schlechtere Prognose (3).

### Literaturangaben

- Pfleger A et al. Gorham-Stout Syndrome in a Male Adolescent - Case Report and Review of the Literature. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2006; 28 : 231-233
- Ceroni D et al. Gorham-Stout Disease of Costo-vertebral Localization: Radiographic, Scintigraphic, Computed Tomography, and Magnetic Resonance Imaging Findings. *Acta Radiol* 2004; 45: 464-8
- Leite I et al. Invasive Lymphatic Malformation (Gorham-Stout) of the Pelvis with Prominent Skin Involvement. *Pediatr Dermatol*. 2013; 30: 374-378
- Heyd R et al. Radiation Therapy for Gorham-Stout Syndrome: Results of a National Patterns-of-Care Study and Literature Review. *Int J Rad Oncol Biol Phys*. 2011; 81: 179-185

Julia Grothaus  
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift  
Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie  
Lilienconstr. 130  
22149 Hamburg

Red.: Höger

# Erfolgreiche Verbandspolitik im ersten Halbjahr 2013

## Prävention: Erfolge in der Politik

Die Bundesregierung hat einen Entwurf eines Präventionsgesetzes vorgelegt, der endlich vorsieht, die Lücke der gesetzlichen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen im Vorschulalter zu schließen. Der Anteil an primärer Prävention bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche wird deutlich ausgebaut. Dies entspricht jahrelangen Forderungen des BVKJ. Sie finden den Gesetzentwurf in **PädInform** unter **BVKJ aktuell**. Ebenso finden Sie dort auch die Stellungnahme des BVKJ, die wir anlässlich der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 15.05. vorgebracht haben.

Es ist ein großer politischer Erfolg, dass die SPD-Bundestagsfraktion in einem Antrag unter der Überschrift: „Kinder- und Jugendgesundheit: Ungleichheiten beseitigen – Versorgungslücken schließen“ wesentliche Forderungen und Vorschläge des BVKJ aufgenommen und in die politische Debatte im Bundestag eingeführt hat. Sie finden auch diesen Antrag in **PädInform** im Ordner **BVKJ aktuell**.

In diesem Papier wird u.a. gefordert:

dass im Haushalt des Bundesministeriums für Gesundheit unter dem Titel „Förderung der Kindergesundheit“ ausreichend Mittel, mindestens auf dem Niveau von 2010, eingestellt werden, so dass die Finanzierung der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen langfristig gesichert ist;

und

a) eine Stärkung der Position der Kinderärztinnen und Kinderärzte als Erstversorger von Kindern und Jugendlichen durch ihre Integration in bestehende Verträge der hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V);

b) eine dem Wandel des Krankheitsspektrums entsprechende Anpassung und Ausweitung von Disease-Managementprogrammen (z. B. auf Entwicklungs- und Verhaltensstörungen). Diese sollen eine bereichsübergreifende Behandlung und vernetzte Zusammenarbeit im Sinne einer integrierten Versorgung flächendeckend sicherstellen und begleitend evaluiert werden. Dafür muss die Bundesregierung Anreize schaffen;

und

g) die Klarstellung, dass alle medizinischen Berufsgruppen, die regelmäßig mit Kindern und Jugendlichen Kontakt haben, in der Pflicht stehen, sich entsprechend den spezifischen pädiatrischen Bedarfen fort- und weiterzubilden. Die Bundesregierung hat darauf gemeinsam mit den Ländern hinzuwirken. Bei der Fort- und Weiterbildung müssen das richtige Erkennen und angemessene

Reagieren bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung stärker berücksichtigt werden;

und weiter wird gefordert:

die Kindergesundheit in den Fokus wissenschaftlicher Forschung zu rücken und die Arzneimittelsicherheit für Kinder und Jugendliche zu stärken. Dazu bedarf es:

a) einer Ausweitung der Versorgungsforschung im Feld der Kinder- und Jugendgesundheit. (Zitiert aus dem Papier der SPD.)

Der BVKJ begrüßt diesen Antrag ausdrücklich und hofft, dass er eine Mehrheit im Deutschen Bundestag findet.

## Prävention:

### Ein gutes Konzept wird Wirklichkeit

Die BVKJ-Service GmbH führt die Verhandlungen mit den Krankenkassen zu den Selektiv-Verträgen. Es ist uns gelungen, bei der Vergütung der U10, U11 und J2 im Selektivvertrag mit der TK eine Anpassung an gestiegene Kosten in den Praxen zu erreichen. Alle drei Untersuchungen werden ab 01.04.2013 statt mit bisher 50 € nun mit **53 €** vergütet. Wir hoffen, dass auch die anderen Kassen, mit denen wir Selektivverträge über diese Untersuchungen haben, den gestiegenen Kosten Rechnung tragen und die Vergütung dieser Untersuchungen anheben.

### Neue Vorsorgen bei der Barmer GEK

Die Barmer GEK bietet ab **01.07.2013** ihren Versicherten das komplette, vom BVKJ entwickelte innovative Vorsorgeprogramm für Kinder und Jugendliche von der U1 bis zur J2 (s. auch meine Hinweise in Heft 5-2013 dieser Zeitschrift) im Rahmen des geänderten Selektivvertrages an. Dies ist ein Meilenstein in der BVKJ-Verbandspolitik der letzten Jahre. Erstmals haben GKV-Versicherte einen Zugang zu innovativen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche. Erstmals wurde das gesamte Vorsorgeprogramm aus der Regelversorgung herausgelöst.

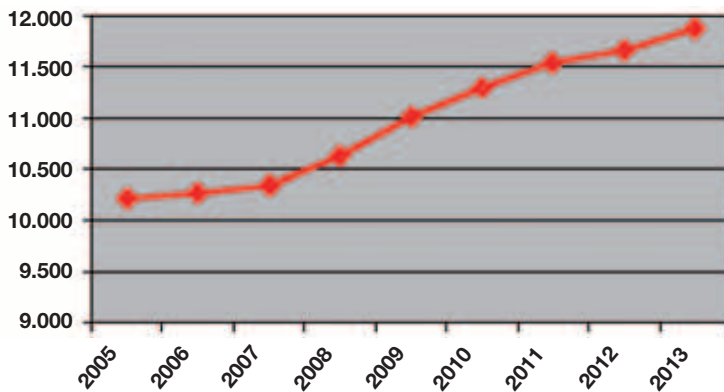
Wir haben in den Verhandlungen lange um die Höhe der Vergütung gerungen, da die Barmer GEK zwar einen höheren Betrag für die Untersuchungen als in der Regelversorgung anbot, aber unter dem Mindestbetrag von 50 € pro Untersuchung bleiben wollte. Unserer Forderung nach 60 € pro Untersuchung hat aber der Vorstand der Kasse nicht zugestimmt. Nach Rücksprache im Vorstand des BVKJ, in der Vertragskommission und mit den Ausschüssen, die diese Untersuchungen entwickelt haben, haben wir eine Vergütung von 50 € für alle Untersuchungen von der U2 bis zur J2 akzeptiert. Die U1 wird mit 15 € vergütet, aber nur sehr selten von Kinder- und Jugendärzten durchgeführt.



Dr. Wolfram  
Hartmann

Die Barmer GEK stellt die neuen Untersuchungshefte ihren Versicherten kostenlos zur Verfügung. Alle Praxen, die in den Barmer GEK-Vertrag eingetragen sind, erhalten dazu ein Erstaustattungspaket. Es entstehen Ihnen also keine Kosten für diese Hefte für die Versicherten der Barmer GEK.

Die Einschreibepauschale in den Vertrag, den die Barmer GEK aus Kostengründen komplett streichen wollte, wurde auf 5 € festgelegt, die Betreuungspauschale entfällt komplett.



Entwicklung der Mitgliederentwicklung des BVKJ

Die Barmer GEK wünscht eine Exklusivität für diese neue Vorsorgeleistung für zwölf Monate. Diesem Wunsch kann die BVKJ-Service GmbH nur dann entsprechen, wenn keine andere bundesweit aufgestellte Kasse von größerer Bedeutung eine höhere Vergütung als 50 € pro Untersuchung anbietet. Ist dies der Fall, gilt die Exklusivität für die Barmer GEK nicht mehr.

Einzelheiten zur Vertragsumsetzung finden Sie wie immer in **PädInform**, in meinem Rundschreiben an alle Praxen und auch bei Ihren Obleuten.

### Der Verband wächst

Die Erfolge des BVKJ in der Politik, in Honorarverhandlungen und vor allem in der Entwicklung guter neuer Konzepte machen den Verband attraktiv. Immer mehr Kolleginnen und Kollegen treten bei, sodass wir stetig wachsen. Das stärkt die Position der Kinder- und Jugendärztinnen und Ärzte in allen Bereichen. Es bestätigt und stimuliert unsere Arbeit.

Dr. Wolfram Hartmann  
Präsident BVKJ

Red.: Kup

## Rote Karte für Spitzelei

„Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ nennt der GKV-Spitzenverband seine neu eingerichteten Spitzelstellen. Angaben zur eigenen Person sind freiwillig, wenn jemand im Internet Korruption, Untreue, Abrechnungsbetrug oder anderes Fehlverhalten von Ärzten und Krankenhäusern anzeigen möchte. Ganz anonym kann jeder sein Mütchen austoben und Rache üben. Den vermeintlichen Sündern soll die rote Karte gezeigt werden.

Jeder gegen jeden, Patienten gegen Ärzte, Kollegen gegen Kollegen, Krankenhäuser gegen Niedergelassene und auch der Patient selbst kann im Fokus stehen. Tatort live, das Internet Formular fragt nach „Angaben zum Tatort und Tatzeit“. Begriffe wie „Unschuldsvermutung“ oder „Verdacht“ kommen gar nicht erst in Betracht.

Der GKV-Spitzenverband treibt nach eigenen Angaben ein bundesweites „Netzwerk gegen Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ voran. Dafür arbeitet er sowohl



© blazic27 - Fotolia.com

Kassen übergreifend als auch mit den kassenärztlichen Vereinigungen und den Trägern der Sozialhilfe zusammen. Bereits jetzt muss man Angst haben, wer am Ende alles auf die Schmuddeldaten in diesem Netz zugreifen kann, deren Wahrheitsge-

halt dort nicht geprüft werden kann. Zum einen wird vermeintliches Fehlverhalten anonym angezeigt und zum anderen ist die Wahrheitsfindung Sache der Justiz.

Viele Kolleginnen und Kollegen empfinden die Spitzelseite des GKV als einen ungeheuren Übergriff. Der Justiziar des BVKJ wird prüfen, ob man die allgemeine und öffentliche Aufforderung zur anonymen Anzeige dulden muss. Schließlich geht es nur darum, eine kleine Minderheit im Gesundheitswesen dingfest zu machen, die sich kriminell verhält. Die rote Karte verdienen jene, die unter anderen alle Ärzte unter Generalverdacht stellen. Eine „rechts- oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung“ kann man gelegentlich auch in Aktivitäten der Krankenkassen vermuten. Nicht zuletzt mit der Finanzierung von osteopathischen Leistungen.

Quelle: <http://www.gkv-spitzenverband.de/>

Christoph Kupferschmid



## Kommentar:

# Die wahren Vorsorge-Muffel

Der Versorgungsatlas, eine Einrichtung des **Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung** (ZI), behauptet, Jugendliche seien Vorsorge-Muffel. Dort, wo Jugendliche persönlich aufgefordert würden, läge jedoch die Teilnahmequote bei über 60 Prozent. „Diese direkte und persönliche Ansprache und damit Wertschätzung scheint bei den jungen Leuten gut anzukommen“, verwies Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**. Also sind Jugendliche nun Vorsorge-Muffel oder werden sie nur nicht sinnvoll informiert?

### Vorsorge klingt uncool

Vorsorge – ein Unwort ersetzt den Begriff: Jugendgesundheitsuntersuchung (J1). „Vorsorge“ klingt bei Jugendlichen wie „Altersvorsorge“, Riesterrente oder Hartz IV. Mit diesem Unwort beginnt die missverständliche, aber angeblich jugendgerechte Information über das, was die J1 eigentlich bewirken soll. Wenn mit persönlicher Ansprache über 60 Prozent teilnehmen, dann bedeutet dies auch, dass über ein Drittel der Jugendlichen nicht teilnimmt, trotz zusätzlichem Einsatz von personellen und finanziellen Ressourcen. Ist dieser Umstand mit dem Wort Vorsorge-Muffel treffend beschrieben? Oder wird hier den Jugendlichen die Schuld zugewiesen, die doch vielmehr bei uns Ärzten und den ärztlichen Körperschaften liegt? Letztere sind die wahrhaftigen „Vorsorge-Muffel“, siehe jahrelange Ablehnung der neuen U's des BVKJ.

Fragen über Fragen. Der Versorgungsatlas bietet öffentlich zugänglich Informationen zur medizinischen Versorgung in Deutschland. Die Analysen der Wissenschaftler des Versorgungsatlases basieren auf den bundesweiten Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. Wissenschaftler analysieren ausschließlich diese Daten, der Ausschuss Jugendmedizin wurde nie gefragt. Ob andere Funktionsträger befragt wurden, ist nicht bekannt. Die Schuld haben die „Vorsorge-Muffel“.

Die Leistungen und die Einstellung des BVKJ und des Ausschusses Jugendmedizin

zur medizinischen (bio-psycho-sozialen) Betreuung Jugendlicher sind sowohl bei vielen anderen Fachgruppen (Soziologie, Pädagogik, Psychologie, etc.) als auch weit über die Grenzen Deutschlands bekannt. 19 Kongresse Jugendmedizin haben dazu auch beigetragen. Es scheint, dass weder die KVn noch die Äkn wirklich verstanden haben, dass eine Jugendgesundheitsuntersuchung eine ärztliche Leistung zur Früherkennung von Krankheiten und Fehlentwicklungen ist.

### J1 braucht Zeit

Dazu braucht es viel Sachverstand des Untersuchenden, und wenn diese Qualität vorhanden ist, dann dauert eine J1 ziemlich lange. Daraus ergeben sich eine Reihe von Konsequenzen, die nicht gerade zur Steigerung der Teilnehmerate beitragen (das Bermudadreieck: geringes Honorar → oberflächliche J1 → geringer Stellenwert bei Jugendlichen). Die gesetzlichen Krankenkassen, die KVn, der GBA, alle tragen seit Jahren dazu bei, dass die J1 zu wenig Akzeptanz bei den Jugendlichen hat. Wenn Gelder der Kommunen, der Gesundheitsämter eingesetzt werden, hat dies nachweisbaren Effekt!

Gründe der Jugendlichen, an dieser Früherkennungsuntersuchung nicht teil zu nehmen, sind keine tradierten Normvorstellungen, sondern einfach typisch für Jugendliche. Hierzu zählen: zu wenig oder keine Erfahrung im Umgang mit Helfersystemen, mit Schweigepflicht, mit den Gefahren durch eigene Erkrankungen. Früherkennung durch Profis, bevor es zu handfesten Schädigungen kommt, ist ganz vielen Jugendlichen fremd. Immer noch bestehen die Vorstellungen von großen Kindern (Kinderarztpraxis) oder kleinen Erwachsenen. Jugendliche erleben beides tagtäglich und erzählen es weiter – diese Muffel!

### Über Social Media Jugendliche erreichen

Der BVKJ und vor allem der Ausschuss Jugendmedizin haben Ideen und konkrete Vorstellungen, wie die Akzeptanz zu stei-

gern ist. Da ist der Zugang zu Jugendlichen über „social media“. Viele Hindernisse sind dabei zu überwinden, viele Gefahren im Vorfeld auszuschalten. Die Idee: „Jugendärzte im Internet“ – verfolgen wir weiter, ein Ergebnis steht aber bereits fest: Bei dem Versuch, wegen der arztrechtlichen Fragen die BÄK und die ÄKWL einzubinden, wurde der BVKJ mangelhaft bis destruktiv unterstützt.

### Recall 2000

Recall 2000 ist ein Projekt zum Nachweis höherer Teilnehmeraten an der J1 durch elektronische Infos (SMS, Mail) an die Jugendlichen und deren Eltern. Die Grundidee ist, dass die Jugendlichen über „deren“ Medium erreicht werden. Während des Projektes ist die Versendung des Recalls für die teilnehmenden Praxen kostenlos und einfach zu handhaben. Allerdings ist der Anfang eines Recallsystems immer mit Arbeit verbunden, die sich erst langfristig lohnt. Sofern Praxen Interesse haben, sich zu beteiligen, können sie sich über die Geschäftsstelle des BVKJ anmelden.

Glauben Sie nicht, „dass viele Jugendliche das Thema Gesundheitsvorsorge nicht so ernst nehmen (Zitat aus der Publikation des ZI; das Wort Gesundheitsvorsorge demonstriert die wissenschaftliche Qualität – Vorsorge vor Gesundheit), auch wenn dies Wissenschaftler des Versorgungsatlases des ZI analysiert haben. Wenn nur 43 Prozent aller Jugendlichen an der Gesundheitsuntersuchung J1 teilnehmen, dann liegt dies weniger an den Jugendlichen oder deren Eltern, sondern überwiegend an den beteiligten ärztlichen Körperschaften und der Gesundheitspolitik.

Dr. Uwe Büsching

Der Autor ist Vorsitzender des Ausschusses Jugendgesundheits im BVKJ

Red: ReH

## Zur neuen Rechtslage bei Beschneidungen des männlichen Kindes

### Zum Hintergrund:

Bereits in einem Beitrag in der Septemerausgabe 2012 des Kinder- und Jugendarztes (Seite 516 ff.) wurde berichtet, dass das Landgericht Köln am 7. Mai 2012 (Az.: 151 Ns 169/11) in einem Berufungsverfahren die Strafbarkeit der Zirkumzision erörtert und diese als eine rechtswidrige Körperverletzung durch den behandelnden Arzt klassifiziert hatte. In dem vorliegenden Fall war der behandelnde Arzt dennoch freigesprochen worden, da er nach § 17 StGB einem sogenannten unvermeidbaren Verbotsirrtum unterlegen sei. Er habe nämlich angenommen, dass die Beschneidung aus religiösen Gründen „rechtmäßig“ gewesen sei. Nunmehr ist zu diesem Thema ein Gesetz ergangen.

### Die gesetzliche Regelung:

Die Bundesregierung hat im November 2012 den „Entwurf eines Gesetzes über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes“ in den Bundestag eingebracht. Das Gesetz ist nach kontroverser Beratung und einem Änderungsvorschlag durch die Bundestagsfraktionen SPD, LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in der ursprünglichen Fassung verabschiedet worden und nach Verkündung im Bundesgesetzblatt am 28. Dezember 2012 in Kraft getreten.

Durch das Gesetz wurde eine Ergänzung der Vorschriften der Personensorge im Bürgerlichen Gesetzbuch vorgenommen. In dem neu eingefügten § 1631d BGB heißt es:

„(1) Die Personensorge umfasst auch das Recht, in eine medizinisch nicht erforderliche Beschneidung des nicht einsichts- und urteilsfähigen männlichen Kindes einzuwilligen, wenn diese nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt werden soll. Dies gilt nicht, wenn durch die Beschneidung auch unter Berücksichtigung ihres Zwecks das Kindeswohl gefährdet wird.

(2) In den ersten sechs Monaten nach der Geburt des Kindes dürfen auch von einer Religionsgemeinschaft dazu vorgesehene Personen Beschneidungen gemäß Absatz 1 durchführen, wenn sie dafür besonders ausgebildet und, ohne Arzt zu sein, für die Durchführung der Beschneidung vergleichbar befähigt sind.“

### Wesentliche Aspekte der Gesetzesbegründung:

Der Gesetzgeber hat betont, dass das Gesetz bewusst nur diejenigen Fälle erfassen soll, welche nach dem Urteil des LG Köln als problematisch angesehen werden müssten. Daher regle das Gesetz nur die medizinisch nicht indizierte Beschneidung von Jungen, die noch nicht einsichts- und urteilsfähig seien. Alle anderen Beschneidungen, insbesondere diejenigen, die medizinisch indiziert

seien, seien bewusst vom Anwendungsbereich der Norm ausgenommen worden.

Zur Begründung des Entwurfes wird u. a. auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts Bezug genommen. Danach müsse das elterliche Erziehungsrecht zum Wohle des Kindes ausgeübt werden und der Staat dürfe die Aufgaben seines Wächteramtes nicht gegen den Willen der Eltern für eine aus seiner Sicht bestmögliche Entwicklung des Kindes ausüben. Bei einer aus Kindeswohlgetragenen Gründen und fachgerecht durchgeführten Beschneidung ohne besondere Risiken für das männliche Kind sei der Staat regelmäßig nicht in seinem Wächteramt berufen. Den Eltern werde damit bei der Ausübung des Sorgerechts ein Vertrauensvorschuss entgegengebracht. Eltern seien aber nicht berechtigt, in die Beschneidung ihres Sohnes einzuwilligen, wenn durch die Beschneidung auch unter Berücksichtigung ihres Zwecks im Einzelfall das Kindeswohl gefährdet sei.

### Kritik:

Die von vielen Seiten angeführte Kritik bezieht sich vor allem darauf, dass die Interessen des Kindes, insbesondere das Recht des Jungen auf körperliche Unversehrtheit, nur rudimentär Eingang in die Gesetzesbegründung gefunden hätten. Die Beschneidung des männlichen Kindes berge der Begründung zufolge kaum Risiken und habe darüber hinaus durchaus einen medizinischen Nutzen. Medizinisch sei dies allerdings zweifelhaft. So sei selbst die fachgerecht durchgeführte Beschneidung des Kindes mit Risiken behaftet. Die in der Gesetzesbegründung zugrunde gelegten Studien seien im Rahmen der Risikobewertung nicht in das richtige Verhältnis gesetzt worden. Zudem berge das Gesetz Regelungslücken. Die gesetzlichen Vorgaben zu den Voraussetzungen der Beschneidung setzten zu spät an. Denn bei Neugeborenen müssten vor dem Eingriff grundsätzlich Blutanomalien oder Immundefekte mit einer speziellen Blutuntersuchung ausgeschlossen werden. Diese Voraussetzung fehle im Gesetz und bedeute daher eine konkrete Gefährdung für die Säuglinge.

Erste Kritik aus der juristischen Fachliteratur (vgl. Hahn, MedR 2013, 215 ff.) bezieht sich darauf, dass § 1631 d Abs. 2 BGB, die Zirkumzision altersabhängig von der Approbation löse. Grundsätzlich sei die Ausübung von Heilkunde nur Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten bzw. Personen mit einer Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz (HPG) erlaubt. Der Beschneider einer Religionsgemeinschaft, dem § 1631 d Abs. 2 BGB die Durchführung einer Zirkumzision gestattet, gehöre aber regelmäßig keiner dieser Gruppen an. Hahn kommt in seinem Beitrag zu dem Ergebnis, dass es sich bei der Zirkumzision um einen Eingriff handele, der alle Voraussetzungen einer grundsätzlich unter den Erlaub-



Dr. Juliane  
Netzer-Nawrocki

nisvorbehalt des § 1 Abs. 1 HPG fallenden Maßnahme erfülle. Durch § 1631 d Abs. 2 BGB werde nun eine für die Durchführung einer Beschneidung weitere Personengruppe geschaffen, die berechtigt sei, die auf diesen Teilbereich begrenzte Heilkunde selbständig auszuüben. Ein solches Vorgehen sei dem Gesetzgeber zwar grundsätzlich möglich. Jedoch sieht *Hahn* die Regelung in zweierlei Hinsicht als nicht geglückt an.

Auch wenn die Differenzierung zwischen medizinisch indizierter und nicht indizierter Zirkumzision von ihrer Zielsetzung her nachvollziehbar sei, stelle sie einerseits einen Bruch in der Systematik des Heilberufsrechts dar. Denn die Beschneidung sei u. a. aufgrund der mit dem Eingriff verbundenen Gefahren und dem Erfordernis spezieller Fachkenntnisse als erlaubnispflichtige Maßnahme einzuordnen. Risiken bei der Vornahme einer Zirkumzision seien aber unabhängig von der medizinischen Indikation bei jedem Eingriff gleichermaßen vorhanden. Auch werde in beiden Fällen die entsprechende Fachkunde benötigt. Die Erlaubnis für den Beschneider einer Religionsgemeinschaft, eine Zirkumzision durchführen zu dürfen, sei aber dem Wortlaut nach auf die Fälle der medizinisch nicht indizierten Fälle beschränkt. Eine Begründung für diese Differenzierung sei nicht ersichtlich und daher systematisch nicht haltbar.

Andererseits überzeuge auch die Differenzierung nach dem Kindesalter nicht. Hierfür fehle im Gesetzesentwurf ebenfalls jegliche Begründung. Selbst wenn sich der Entwurf von der unzutreffenden Annahme eines geringen bis überhaupt nicht vorhandenen Schmerzempfindens bzw. -gedächtnisses bei Neugeborenen distanzieren, berge diese Regelung Probleme. Denn es sei zu bedenken, dass mit einem Verzicht auf die ärztliche Qualifikation oder zumindest vorab erfolgte Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten im Rahmen der Erlaubniserteilung nach § 1 Abs. 1 HPG i.V. mit § 2 Abs. 1 lit. i HeilPraktGDV eine erhöhte Gesundheitsgefährdung des jüngeren Kindes billigend in Kauf genommen werde. Dies stelle sich vor allem im Hinblick auf die grundrechtliche Gewährleistung des Art. 1 Abs. 1 S. 1 GG (Garantie der Menschenwürde) als problematisch oder sogar gänzlich unzulässig dar. Zumindest sei erforderlich, dass bei einer solchen Differenzierung ein sachlicher Grund vorliege.

*Hahn* plädiert daher im Ergebnis dafür, trotz der Legalisierung der Zirkumzision durch § 1631 d BGB an der Erforderlichkeit einer präventiven Leistungskontrolle festzuhalten. Es spreche nichts dagegen, sich an der Erlaubniserteilung des HPG zu orientieren und diese zur Voraussetzung für die rechtmäßige Durchführung von Beschneidungen durch „Nichtärzte“ zu machen. Dies hätte den Vorteil, dass den zuständigen Gesundheitsbehörden zumindest die Möglichkeit bliebe, wie im übrigen Heilberufsrecht, bei eklatanten Verstößen – beispielsweise im Hygienebereich – die Erlaubnis wieder zu entziehen.

### Auswirkungen auf die Praxis:

Wie bereits von vielen Seiten erwartet, schafft das Gesetz über die Beschneidung von männlichen Kindern

mehr Unklarheiten, als dass diese hätten beseitigt werden können.

Auch wenn der behandelnde Arzt bei der nicht indizierten, gleichwohl ansonsten lege artis durchgeführten Beschneidung wohl kein strafrechtliches Verfahren mehr fürchten muss, bleibt eine Vielzahl von Konfliktfällen, da ihm aufgrund der offenen Formulierung der gesetzlichen Regelung auch keine klare Linie vorgegeben wird. So stellt sich insbesondere die Frage, wie der Arzt mit Fällen umzugehen hat, in denen er eine Gefährdung des Kindeswohles im Einzelfall befürchtet. In der Gesetzesbegründung wird dieses Problem überhaupt nicht aufgegriffen. Ist der Arzt verpflichtet, dies den zuständigen Stellen (z. B. Jugendamt zur Wahrung des Kindeswohls) zu melden? Hier dürfte in Anlehnung an die Ausführungen in der Ausgabe 9/2012 wohl Folgendes gelten:

Jede Überlegung des Arztes, eine mögliche Kindeswohlgefährdung zu melden, kollidiert grundsätzlich mit seiner ärztlichen Schweigepflicht. Deren Verletzung ist nach § 203 StGB strafbar. Der Arzt kann Straffreiheit erlangen durch den sogenannten rechtfertigenden Notstand. Dieser rechtfertigt die Schweigepflichtverletzung des Arztes dann, wenn das Interesse an der Abwehr drohender Gefahren für Leib, Leben oder Gesundheit das Geheimhaltungsinteresse überwiegt. Wenn also die Eltern mit ihrem Sohn zum Arzt kommen und sich aus den Umständen ergibt, dass in absehbarer Zeit eine Beschneidung bei dem Jungen vorgenommen werden soll, die eine Gefährdung des Kindeswohls darstellen würde, dürfte der Arzt zwar weder gesetzlich noch vertraglich verpflichtet sein, dies zu melden. Allerdings hat er die Möglichkeit, sich in derartigen Fällen an das Jugendamt zu wenden.

### Fazit:

Wie können Ärzte also mit dieser neuen gesetzlichen Regelung umgehen? Sie sollten bei einem Wunsch der Kindeseltern nach einer Beschneidung ihres Sohnes zunächst die umfassende Beratung der Eltern über die Risiken einer Beschneidung in den Mittelpunkt stellen. Auch wenn das Gesetz auf den ersten Blick dem Arzt das Risiko einer strafrechtlichen Verfolgung nimmt, entbindet es ihn nicht von seiner Verantwortung, die Eltern im Interesse des Kindes umfassend über die Risiken zu informieren.

Es bleibt abzuwarten, wie sich die vielfältigen Diskussionen um dieses Thema weiter entwickeln. Viele halten das vorliegende Gesetz aufgrund der auch hier aufgezeigten Mängel sogar für verfassungswidrig. Die Grundrechte des Kindes, insbesondere das Recht auf körperliche Unversehrtheit, seien nicht ausreichend beachtet worden. Bisher scheint das Gesetz aber noch nicht dem Bundesverfassungsgericht zur Prüfung vorgelegt worden zu sein.

Dr. Juliane Netzer-Nawrocki

Rechtsanwältin

Möller & Partner · Kanzlei für Medizinrecht

Die Kanzlei arbeitet als Justiziarin für den BVKJ

Red: ReH



Interview mit Diana Golze, MdB

## Der Bewusstseinsprozess zur Beschneidungsfrage muss in der Bevölkerung weiter entwickelt werden



Diana Golze ist eine der Abgeordneten, die am 12. Dezember 2012 gegen das „Gesetz zum Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes“, das so genannte „Beschneidungsgesetz“, gestimmt haben. Die diplomierte Sozialpädagogin ist seit 2005 für die Linke im Deutschen Bundestag. Familie Golze hat zwei Kinder im Vorschul- und Schulalter. Die Abgeordnete fährt während der Sitzungswochen jeden Tag mit dem Zug nach Berlin und ist am Abend wieder zuhause. So kann sie neben ihrer parlamentarischen Arbeit noch intensiven Kontakt mit ihrer Familie haben. Sie ist froh, dass sie ein gut funktionierendes und unterstützendes familiäres Netzwerk hat. Diana Golze ist Mitglied der Kinderkommission des Deutschen Bundestages.

**? Es ist so still die worden in der großen Politik zum Thema „rituelle Beschneidung“. Heißt das, dass der politische Frieden eingekehrt ist?**

Ich weiß nicht, ob das politischer Frieden ist? Die Handlungsmöglichkeiten sind im Moment eingeschränkt, weil es eine so große Mehrheit für dieses Gesetz gab. Den etwa 100 Abgeordneten, die eine andere politische Lösung wollten, stehen keine parlamentarischen Wege mehr offen. Für eine Organklage vor dem Bundesverfassungsgericht bräuchte man 25% der Abgeordneten. Jetzt muss der Bewusstseinsprozess in der Gesellschaft weiter entwickelt werden. Beispielsweise müssen sich Betroffene zusammenfinden. Ich finde es sehr berührend, wie sich einzelne Betroffene geäußert haben.

**? Manche meinen, dass mit der jetzigen Regelung den jüdischen und den islamischen Glaubensgemeinschaften die notwendige Zeit gegeben werde, um ihre Beschneidungspraxis zu revidieren. Wie sehen Sie das?**

Religionen müssen sich auch damit auseinandersetzen, dass sich die Zeiten verändern. Ich spüre aber im Moment keinen Rückenwind von den betroffenen Glaubensgemeinschaften. Wenn die Religionsgemeinschaften selbst die Beschneidungen kritisch sehen und hinterfragen würden, wäre es einfacher.

**? Ist das neue Beschneidungsgesetz Ausdruck der besonderen Verantwortung von Deutschen gegenüber den Juden?**

Es ist in der Debatte nie allein vom jüdischen Glauben gesprochen worden. Immer ging es um die Freiheit der Religion allgemein. Bei mir spielt das keine Rolle. Mir geht es darum, dass Kinder selbst entscheiden können. Im Bundestag hatten diejenigen Abgeordneten die Mehrheit, die das Grundrecht auf Religion höher gesehen haben, als das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit der Kinder.

**? In der deutschen Öffentlichkeit und von jüdischen Verbänden wurden die Gegner einer medizinisch nicht indizierten Beschneidung immer wieder als Antisemiten bezeichnet. Fühlen Sie sich als Antisemitin?**

Auf keinen Fall! Ich habe großen Respekt vor Menschen, die für ihren Glauben durch die Hölle gegangen sind. Wir haben als Deutsche so viel Schuld gegenüber dem jüdischen Volk auf uns geladen. Das können wir in unserer Geschichte nie wieder gut machen. Ich würde mir nie vorwerfen lassen, Antisemitin zu sein.

Aber mir reicht es nicht, auf eine Jahrtausende alte Tradition zu verweisen. Das ist für mich kein Grund, Kindern so etwas anzutun. Die Religionen müssen begründen, warum bestimmte Dinge in einer modernen Gesellschaft so bleiben sollen, wie sie immer waren. Stephan Kramer, der Generalsekretär des Zentralrats der Juden in Deutschland, hat vor der Bundestagsentscheidung gesagt: „Wir müssen auch begründen, wie wir rechtfertigen, dass die körperliche Züchtigung eines Kindes – zu Recht – verboten ist, aber ihm ein Stück

von der Vorhaut abzuschneiden soll in Ordnung sein.“

**? Sie sind eine ausgewiesene Befürworterin, Kinderrechte ins Grundgesetz aufzunehmen. Sehen Sie Parallelen zur Beschneidungsdebatte?**

Das hat sehr viel miteinander zu tun, weil es um Haltung den Kindern gegenüber geht. Es geht darum, ob ich Kinder als eigenständige Bevölkerungsgruppe sehe mit eigenständigen Rechten und Ansprüchen – auch auf Schutz, oder ob ich sage, das sind Menschen, über deren Köpfe hinweg ich als Erwachsener entscheiden darf. Wenn ich sage, Kinder sind Menschen, und Menschenrechte stehen im Grundgesetz, deshalb muss ich sie nicht näher ausführen, dann führt das genau zu solchen Entscheidungen, wie Kinderrechte zu beschneiden.

Auch in anderen Bereichen, beispielsweise bei Hartz 4, haben Kinder keine eigenen Rechte. Sie werden nur als Teil einer Bedarfsgemeinschaft begriffen, als Anhängsel der Erwachsenen-Gemeinschaft.

**? Die neue Rechtslage gibt dem Elternwillen viel Raum. Eltern können ihre Jungen jetzt auch aus ästhetischen oder erzieherischen Gründen beschneiden lassen. Konnte die Bundestagsmehrheit das wollen?**

Dieses Argument ist in der Bundestagsdebatte genannt worden, aber es hat die Mehrheit nicht angefochten. Sie meinte es sei das Recht der Eltern zu entscheiden, und die Gründe hierfür waren ihnen vielleicht nicht so wichtig. Dieses Argument

hat den Druck nicht überwogen, zu sagen, wir dürfen in religiöse Entscheidungen nicht eingreifen, wir dürfen als Deutsche die Beschneidung nicht verbieten.

**?** Was würden Sie die Kinder- und Jugendärztinnen und -Ärzten heute raten, wenn Eltern kommen und

**sagen: „Wir wollen unseren Jungen beschneiden lassen“?**

Die Kinder- und Jugendärzte, zumindest ihre Verbände, haben sich ja sehr klar positioniert. Sie sagen, sie würden von Beschneidungen abraten – aus ethischen, aber auch aus medizinischen Gründen. Es gibt viele, die eine frühe Beschneidung bei

jüdischen Kindern ablehnen, die nicht von Ärzten vorgenommen werden muss und ohne ausreichende Betäubung erfolgen kann.

*Das Interview führte Dr. Christoph Kupferschmid*

Ch.Kupferschmid@t-online.de

## ● Pädindex

# KINDER-UND JUGENDARZT

## im Internet

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

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

Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

## Der Honorarausschuss informiert

# Laborreform seit dem 1. April 2013

Am 1. 4. 2013 ist eine Änderung beim Wirtschaftlichkeitsbonus Labor in Kraft getreten, die nicht unerhebliche Auswirkungen auf dessen Höhe haben kann.

### Umstellung vom Arztfall zum Behandlungsfall

Bisher wurde das Laborbudget für jeden Arztfall der Praxis gerechnet. Zu den Arztfällen zählten auch die Fälle mit Ausnahmeindikation s.u. Für die Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl (Laborbudget) für allgemeine Laborleistungen wurde hierzu bei den Kinder- und Jugendärzten die Arztfallzahl mit 15 Punkten multipliziert. Seit 1.4.2013 werden für das Laborbudget nur noch die Behandlungsfälle einer Praxis herangezogen. Die Fälle mit Ausnahmeindikation werden hierbei nicht mitgezählt.

Für den Bereich der speziellen Laborleistungen (Kap. 32.3) wurde das Laborbudget aus der Multiplikation der Arztfallzahl mit 45 Punkten berechnet. Jetzt werden auch hier die Behandlungsfälle, ebenfalls abzüglich der Fälle mit Ausnahmeindikation, als Berechnungsgrundlage verwendet.

Fälle mit Ausnahmekennziffern bleiben bei der Berechnung der abgerechneten Laborleistungen unberücksichtigt, werden aber auch nicht bei der Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl oder bei der Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus herangezogen.

### Pädiatrisch wichtige Ausnahmekennziffern

Erkrankungen o. Verdacht auf Erkrankungen mit gesetzlicher Meldepflicht	32006
Anfallsleiden unter antiepileptischer Therapie	32008
Allergische Erkrankungen bis 6. Lebensjahr	32009
Genetisch bedingte Erkrankungen	32010
Therapiepflichtige hämolytische Anämie etc.	32011
Prä-op Labor	32016
Angeborene Stoffwechsel- u./o. endokrinologische Erkrankungen bis zum 18. LJ	32017
Manifester Diabetes mellitus	32022
Rheumatoide Arthritis unter immunsuppressiver oder immunmodulierender Langzeit-Basistherapie	32023

Kinder- und Jugendärzte setzten in der Vergangenheit diese Ausnahmekennziffer bei 2,4% aller Fälle an (Allgemeinärzte und hausärztliche Internisten bei 22,5%).

Die GOP 32001 für die wirtschaftliche Erbringung u./o. Veranlassung von Laborleistungen wurde für alle Arztfälle der Praxis gerechnet, indem die Arztfälle mit 17 Punkten multipliziert wurden. Durch die Änderung werden jetzt nur noch die Behandlungsfälle der Praxis für die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus verwendet. Von diesen werden die Fälle mit Ausnahmeindikation abgezogen.

Erbringt oder veranlasst eine Praxis mehr Laborleistungen als in der praxisbezogenen Grenzpunktzahl (Laborbudget) vorgegeben, dann wird die übersteigende Summe vom Wirtschaftlichkeitsbonus abgezogen. Im Höchstfall kann der ganze Bonus aufgebraucht werden.

### Gemeinschaftspraxen aufgepasst!

In der Einzelpraxis mit durchschnittlichem Aufkommen an Ausnahmekennziffern hat die Reform nur geringe Auswirkungen. In Gemeinschaftspraxen gibt es jedoch mehr Arztfälle als Behandlungsfälle. Dort kann die Neuberechnung relevanter werden. Auch in Praxen, in denen viele Fälle mit Ausnahmekennziffern gekennzeichnet werden. Bereits bei durchschnittlicher Konstellation (2000 Behandlungsfälle, 2500 Arztfälle, 2,4% Ausnahmekennziffer) kommt es zu einem Verlust von ca. 300 € pro Quartal.

Man sollte sich überlegen, ob Fälle, bei denen nur wenige, billige Laboruntersuchungen anfallen, trotz Ausnahmekennzifferindikation überhaupt mit der Kennziffer abgerechnet werden sollen. Es könnte sinnvoller sein, auf die Ausnahmekennziffer zu verzichten und dafür ein höheres Laborbudget und einen höheren Wirtschaftlichkeitsbonus zu bekommen.

Insbesondere sollten nur Fälle, in denen auch Laboruntersuchungen anfallen, mit einer Ausnahmekennziffer gekennzeichnet werden. Man muss also prüfen, ob das Arzteinformationssystem automatisch bei bestimmten Indikationen die Ausnahmekennziffer vorschlägt und diese dann eingetragen wird, auch wenn keine Laboruntersuchungen in dem Fall anfallen.

Laboruntersuchungen werden im Vorwegabzug bezahlt und belasten das Budget aller Ärzte. Daher kann nur immer wieder gefordert werden, nur sinnvolle und wirtschaftliche Untersuchungen zu veranlassen.



Dr. Roland Ulmer

Dr. Roland Ulmer  
Honorarausschuss  
91207 Lauf  
E-Mail: dr.roland.ulmer@kinderaerzte-lauf.de

Red.: Kup



# Zukunft mit Kindern

© Daniele Pietrobelli – Fotolia.com

## Serie: Wie geht es der Familie?

Die Diskussionen um das Ehegattensplitting in den letzten Wochen haben die Familienpolitik wieder in das Zentrum der öffentlichen Debatte gebracht. Viele dieser Diskussionen leiden darunter, dass sie sich auf die Wirkung solcher Maßnahmen auf die Ehepartner konzentrieren, während die Kinder dabei praktisch keine Rolle spielen. Eine Familienpolitik, die am Wohl des Kindes orientiert ist, wird jedoch nicht allein die ökonomische Situation von Familien zu berücksichtigen haben, sondern sicherstellen müssen, dass die Kinder in einer Lebensumwelt aufwachsen, die auch Rücksicht auf die spezifischen Bedürfnisse und Entwicklungsperspektiven der Kinder nimmt. Eine solche Politik wird auch bedenken müssen, wie die Eltern, die beide beruflich eingebunden sind, auch neben ihrer Arbeit hinreichend Zeit haben, um die Entwicklung ihrer Kinder positiv zu beeinflussen.

Eine Familienpolitik, die das Wohlbefinden des Kindes zum Maßstab setzen will, muss daher ihre finanziellen Möglichkeiten zugleich auf die Sicherung der materiellen

Existenzbedingungen der Kinder ausrichten, die Infrastruktur für Kinder in Nachbarschaft und Gemeinde so entwickeln, dass sich die Kinder hier angemessen entfalten und entwickeln können, und sie muss auch Zeitkonzepte zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf entwickeln, die den kindlichen Entwicklungsbedürfnissen entsprechen.

### Kinder in Europa: „armutsgefährdet“

In den meisten europäischen Ländern sind gerade Kinder „armutsgefährdet“: Europaweit liegt die relative Armut von Kindern nach der EU-Definition (60 Prozent des Pro-Kopf-Medianeinkommens) ohne staatliche Transferleistungen zwischen 30 und 40 Prozent, in Schweden, Frankreich, Deutschland und Großbritannien ebenso wie in Italien und Spanien. Der entscheidende Unterschied zwischen den einzelnen Ländern liegt darin, wie zielgenau und effektiv die staatlichen Leistungen an Familien gegeben werden, um das Armutsrisiko zu mindern. In Schweden wird das Armutsrisiko

durch staatliche Transferleistungen auf acht bis neun Prozent reduziert und in Deutschland auf 14 bis 15 Prozent. Dieses relativ hohe Armutsrisiko, das die staatlichen Transferleistungen vermindern, hängt damit zusammen, dass in ganz Europa junge Familien in der Regel über ein sehr geringes Einkommen verfügen, so dass meist zwei Einkommen erforderlich sind, um mit einem Kind über die Armutsschwelle hinaus zu kommen. Die Frage, was andere Länder effektiver machen, um die Kinderarmut zu reduzieren, ist so zu beantworten, dass in diesen Ländern viel stärker als bei uns die finanziellen Leistungen für Familien und Kinder auf die Kinder selbst konzentriert und gleichzeitig die zeitlichen Bedürfnisse von Kindern, vor allem wenn sie sehr klein sind, berücksichtigt werden. Das einkommensabhängige Elterngeld, das wesentlich dem finnischen Modell folgt, ist ein Beispiel für eine Maßnahme, die wir von anderen Ländern übernommen haben. Wir werden aber die Armutsrisiken von Kindern erst dann so stark senken können wie Finnland, Dänemark oder Schweden, wenn



Prof. Dr.  
Hans Bertram

sich auch die weiteren finanziellen Leistungen für Familien und Kinder an den Bedürfnissen der Kinder orientieren, etwa über eine Kindergrundsicherung oder ein Familien-Splitting oder auch andere Konzepte. Bei der Weiterentwicklung der Familienpolitik geht es nicht darum, in diesem Bereich mehr Geld einzusetzen, sondern vielmehr darum, von anderen Ländern zu lernen und den Mitteleinsatz direkt an den Bedürfnissen der Kinder auszurichten.



© Monkey Business – Fotolia.com

### Gemeinsam nur am Wochenende

Der Ausbau der Betreuungsplätze für die unter dreijährigen Kinder ist in den letzten Jahren zwar nicht so zügig verlaufen wie geplant, doch haben die Städte, die Länder und der Bund im europäischen Vergleich hier in sehr kurzer Zeit eine beachtliche Infrastruktur für Kinder aufgebaut, die vor zehn Jahren noch niemand erwartet hätte. Auch in Westdeutschland bieten inzwischen manche Kommunen für mehr als ein Drittel aller unter Dreijährigen Betreuungsplätze an. Auch ist davon auszugehen, dass etwa Hamburg und weitere Bundesländer die selbst gesetzten Ziele, für ein Drittel der Kinder Plätze anzubieten, vermutlich in den nächsten zwei bis drei Jahren erreichen.

### Debatte über pädagogische Ziele

Trotz dieser Erfolge und der großen Anstrengungen insbesondere der Städte stellt sich aber die Frage, ob die Konzentration auf den Ausbau der Betreuungsinfrastruktur für Kinder unter drei Jahren eine hinreichende Antwort an die Herausforderungen für Kinder und Eltern in der modernen Gesellschaft darstellt. Dabei geht es nicht nur darum, dass die Entwicklung der Schule zu einem Ganztagsangebot mindestens ebensolche Anstrengungen erfordert wie für die unter Dreijährigen. Vielmehr fehlt uns gegenwärtig eine Debatte über die pädagogischen Ziele des Ausbaus im Zusammenhang mit der Gefahr, dass die Kinder zunehmend in einem speziellen Kontext für Kinder aufwachsen und sie damit aus der Welt der Erwachsenen mehr oder minder herausgenommen sind und sich dadurch ihre Möglichkeiten verringern, sich selbstständig in die Welt der Erwachsenen zu integrieren. Die öffentlichen Debatten um den Ausbau sind im wesentlichen auf die Förderung der kognitiven Leistungsfähigkeit aller Kinder und die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf konzentriert. Aus der Sicht der Kinder selbst könnte es aber sein, dass für ihre Entwicklung in der zunehmend vielfältigen Gesellschaft mit Kindern aus unterschiedlichen Kulturen nicht allein die Förderung der intellektuellen Leistungsfähigkeit im Vordergrund steht, sondern die Integration der Kinder verschiedener Kulturen in die Gesellschaft. Solche sozialen Aspekte setzen aber eine andere Vorstellung von den kindlichen Entwicklungsbedürfnissen voraus als die jetzt dominante Perspektive der Optimierung der intellektuellen Kompetenzen. Kinderkrippe, Kindergarten und Schule als Orte der gesellschaftlichen Integration haben nach innen die Aufgabe, die soziale Kompetenz als Fähigkeit von Kindern zu fördern, mit anderen Kindern aus verschiedenen Kulturen umzugehen. Nach außen müssen sie sich der Frage stellen, wie sie die ihnen anvertrauten Kinder mit ihrer Lebensumwelt so vertraut machen, dass die Kinder ihre Umwelt außerhalb der Institutionen auch verstehen und sich in ihnen zurechtfinden.

### Individuelle Lösungen für Eltern und Kinder

Wir wissen, dass sich Kinder in ihrer Entwicklung kaum normieren lassen, weil die einzelnen Entwick-

lungsverläufe von Kindern das Ergebnis unterschiedlicher Potenziale und Möglichkeiten des Kindes und der Anregung durch die Umwelt sind. Eltern wissen dies aus ihrer alltäglichen Erfahrung im Umgang mit den eigenen Kindern, und Kinderärzte sehen dies in ihrer alltäglichen Praxis. Diese unterschiedlichen Entwicklungsperspektiven von Kindern bedeuten auch, dass Eltern höchst unterschiedlich mit den Bedürfnissen ihrer Kinder umgehen müssen. Entsprechend haben sie auch unterschiedliche zeitliche Verpflichtungen gegenüber ihren Kindern je nach Alter und individueller Lage, weil nur durch solche unterschiedlichen Reaktionen eine optimale Förderung der kindlichen individuellen Entwicklung möglich ist. Deswegen ist die Zeit für Kinder ein ganz zentrales Element in jeder Form von Familienpolitik. Hier kann die Familienpolitik allerdings nur begrenzt wirksam werden, weil sie letztlich nur rechtliche Rahmenbedingungen schaffen kann, die im Alltag von den Eltern mit ihren Betrieben dann im einzelnen auszuhandeln sind.

Hier ist in der öffentlichen Debatte gegenwärtig eine fatale Entwicklung zu beobachten. Durch die Schaffung des einkommensabhängigen Elterngeldes und den zunehmenden Ausbau der Betreuungsangebote für die unter dreijährigen Kinder scheint sich eine normative Vorstellung zu entwickeln, dass alle Mütter und Väter nach dem Ende des einkommensabhängigen Elterngeldes wieder möglichst vollzeitnah arbeiten, weil die entsprechende Betreuungsinfrastruktur ja hierfür ausgebaut wurde. Besonders beliebt sind hier ökonomische Musterrechnungen zu dem Gewinn einer Gesellschaft, wenn sich möglichst alle Mütter und Väter an diese normativen Vorstellungen halten. Glücklicherweise tun dies die meisten Mütter und Väter aber nicht, sondern reagieren im Umgang mit ihren Kindern und ihren zeitlichen Vorstellungen hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf viel stärker in Bezug auf die Bedürfnisse ihrer Kinder als die aktuelle öffentliche Debatte.

In diesem Zusammenhang ist es auch interessant darauf hinzuweisen, dass im PISA-Musterland Finnland trotz bestehender Infrastruktur nur etwa 25 Prozent der unter Dreijährigen in einer Krippe betreut werden. Offensichtlich beeinflussen auch andere kulturelle Muster und Lebensentwürfe solche Entscheidungen. In diesem Kontext brauchen wir in Deutschland eine Debatte, wie sich eigentlich die unterschiedlichen Entwicklungsbedürfnisse von Kindern, die individuellen Lebensvorstellungen von Müttern und Vätern und die beruflichen Möglichkeiten so aufeinander beziehen lassen, dass weder die zeitlichen Bedürfnisse der Kinder noch die angemessene Teilhabe von Müttern und Vätern an der beruflichen Entwicklung auf der Strecke bleiben. Das ist auch deswegen eine besondere Herausforderung, weil in dem Alter, in dem Mütter heute ihre Kinder bekommen (30 bis 35 Jahre), auch die entscheidenden beruflichen Weichenstellungen für Karrieren vollzogen werden.

Gegenwärtig neigen wir in der Debatte dazu davon auszugehen, dieses Problem dadurch zu lösen, dass durch eine gute Betreuungsinfrastruktur die Teilhabe der Mütter und Väter an der beruflichen Entwicklung hinreichend gesichert wer-

den kann. Diese Annahme ist aber empirisch falsch, wie die meisten europäischen Länder zeigen, weil diejenigen, die sich für die Fürsorge für Kinder entscheiden, dafür in fast allen europäischen Ländern berufliche Nachteile in Kauf nehmen müssen. Wir brauchen ganz dringend eine Debatte darüber, ob denn die Berufswelt wirklich so organisiert sein muss, dass entscheidende Weichenstellungen nur zwischen dem 30. und 35. Lebensjahr sinnvoll sind. Wir brauchen eine Kultur des Wiedereinstiegs, der zweiten Chance und der Möglichkeit, auch noch mit 40 Jahren ein Studium aufzunehmen, um dann möglicherweise weitere 25 Jahre bis zum 70. Lebensjahr qualifiziert arbeiten zu können. Solange wir keine Diskussion über die Neuorganisation der Berufswelt und der Berufsverläufe führen, werden Eltern, und hier vor allem die qualifizierten, immer benachteiligt sein, weil die Fürsorge für ihre Kinder ihnen die Möglichkeit nimmt, sich gerade in der Lebensphase voll dem Beruf zu widmen, in der die entscheidenden Weichen gestellt werden.

Interessanterweise wird eine solche Debatte gerade nicht geführt, obwohl es angesichts der zunehmenden Lebenserwartungen vermutlich auch unter einer berufsbiografischen Perspektive viel plausibler ist,

Lebensläufe und Lebensplanungen zu ermöglichen, die in verschiedenen Lebensphasen unterschiedliche Aufgaben in einem geordneten Nacheinander ermöglichen, ohne dafür gravierende Nachteile in Kauf nehmen zu müssen.

Eine Familienpolitik, die sich am Wohlbefinden von Kindern orientiert, wird also die finanziellen Leistungen für Kinder an den materiellen Existenzbedingungen des Kindes und nicht der Eltern orientieren, sie wird den Ausbau der Betreuungsinfrastruktur fördern, aber sich intensiv mit der Frage auseinandersetzen, wie Integration und Teilhabe von Kindern in diese Gesellschaft und an dieser Gesellschaft möglich sind, und sie wird ihre Zeitpolitik darauf ausrichten, dass die verschiedenen Bedürfnisse der Fürsorge für Kinder durch eine Vielfalt unterschiedlicher Berufsverläufe in der Gesellschaft möglich werden und zugleich auch gesellschaftlich akzeptiert werden.

Prof. Dr. Hans Bertram  
Humboldt-Universität zu Berlin  
Institut für Sozialwissenschaften  
Lehrstuhl für Mikrosoziologie  
Unter den Linden 6  
10099 Berlin  
mikrosoziologie@sowi.hu-berlin.de

Der Autor ist Inhaber des Lehrstuhls für Mikrosoziologie an der Humboldt-Universität zu Berlin.  
Red: ReH



## Sonstige Tagungen und Seminare

### Juni 2013

21.–22. Juni 2013, Passau  
 Pass' auf –  
 Passauer Forum für Kinder- und Familiengesundheit  
 Neugeborenenengesundheit, qua vadis?  
 Info: www.pass-auf.eu

### Juli 2013

13.–14. Juli 2013, Wangen  
 Aufbaumodul Neurodermitistrainer  
 Info: www.aabw.de

### September 2013

5.–7. September 2013, Basel  
 16. Basler Symposium für Kinderorthopädie  
 Info: www.baslerkinderorthopaedie.oeg

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

### 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

26.–27. Oktober 2013, Wangen  
 Aufbaumodul Asthmatrainer  
 Info: www.aabw.de

### November 2013

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

### 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

### November 2014

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

## Praxistafel

# Fortbildungstermine



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

## Juni 2013

19.–21. Juni 2013

### Fortbildung für Leitende Ärztinnen und Ärzte

des bvkJ e.V., in Osnabrück

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

## Juli 2013

6. Juli 2013

### „Pädiatrie am Bächle“

der Landesverbände Baden-Württemberg, in Freiburg

Auskunft: Dr. med. Barbara Lütticke, Elsa-Brandström-Str. 4, 79111 Freiburg, Tel. 0761/43771, Fax: 0761/472154 ①

27. Juli 2013

### Patientenorientierte ärztliche Selbsterfahrung

des bvkJ e.V. in Stuttgart

(für Teilnehmer des Grundkurses „Psychosomatische Grundversorgung“)

Auskunft: Dr. med. Gudrun Jacobi, Tel. 0711/290350, E-Mail: info@dr.gudrun-jacobi.de

## August 2013

31. August 2013

### Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkJ e.V., in Dresden

Auskunft: Dr. med. K. Hofmann, PF 948, 09009 Chemnitz, Tel. 0371/33324130, Fax 0371/33324102 ①

31. August – 1. September 2013

### Pädiatrie zum Anfassen

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

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

## September 2013

7. September 2013

### 16. Seminartagung des LV Hessen

des bvkJ e.V., in Bad Nauheim

Auskunft: Dr. Ralf Moebus, Bad Homburg, Tel. 06172/26021, Fax 06172/21778 ①

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

## 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

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

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

# BVKJ-Medienpreis in Berlin verliehen

Zum fünften Mal wurde am 15. Mai in Berlin der BVKJ-Medienpreis feierlich verliehen.

In der Kategorie TV wurde in diesem Jahr der Beitrag „Kindheit im Knast“ von Juliane Hielscher ausgezeichnet.

Der Beitrag wurde am 4. Oktober 2012 im ZDF-Info Kanal ausgestrahlt.

Den Hörfunk-Preis erhielt Dorothea Brummerloh für ihre Sendung „Wer einmal aus dem Blechnapf frisst – Über Kinderarmut in Deutschland“, die im Deutschlandfunk am 16. März 2012 ausgestrahlt wurde.

Den Preis in der Kategorie Print erhielt der Berliner Journalist Andreas Wenderoth für seine Reportage „Du darfst daheim bleiben – Du nicht“ über die schwere Entscheidung, die ein Jugendamt treffen muss. Die Geschichte erschien am 3. August 2012 im Magazin der Süddeutschen Zeitung.

Die Dotierung der Beiträge betrug jeweils 5000 €.

Die Preisverleihung fand in der Vertretung des Landes Sachsen-Anhalt beim Bund in Berlin vor rund 100 geladenen Gästen aus dem BVKJ, den Medien und der Politik statt.

Rund 50 Journalistinnen und Journalisten hatten sich in diesem Jahr um den BVKJ-Medienpreis beworben, die meisten von den großen Tageszeitungen und öffentlich-rechtlichen Sendern – entsprechend schwer war die Arbeit der Jury: BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann, die Rundfunkjournalistin Regine Hauch, Dr. Ulrich Fegeler, BVKJ-Pressesprecher, Dr. Gunhild Kilian-Kornell, ebenfalls langjährige BVKJ-Pressesprecherin, die Printjournalistin Thorkit Treichel von der Berliner Zeitung und der langjährige BVKJ-Begleiter, Verleger und Medienpreis-Sponsor Norbert Beleke.

„Deutschland ist ein ungerechtes Land geworden. Fast acht Millionen Menschen in Deutschland arbeiten für Niedriglöhne. Etwa zwölf Millionen leben an oder unter der Armutsgrenze. 25 Prozent der Beschäftigten in Deutschland haben sogenannte „prekäre“ Jobs: Leiharbeit, Zeitarbeit, Werkverträge, Praktika. Jeder zweite neu zu besetzende Arbeitsplatz ist befristet.

Man könnte immer weiter solche Statistiken vortragen, manche enthält der Be-



**Die drei Preisträger (Juliane Hielscher, Andreas Wenderoth, Dorothea Brummerloh) eingearhmt von BVKJ-Präsident und Jury-Mitglied Dr. Wolfram Hartmann und Sponsor und Jury-Mitglied Norbert Beleke**

richt, andere haben Sozialwissenschaftler zusammengetragen. Wir sehen das in unseren Praxen jeden Tag: Eltern, die an der Armutsgrenze leben, die allein gelassen völlig überfordert sind und die ihre Fähigkeit verlieren, ihre Kinder ausreichend zu fördern und gesund aufwachsen zu lassen. Aber die Mehrheit der Menschen in diesem Lande zuckt nur gleichgültig mit den Schultern. Das Schicksal dieser Kinder ist den meisten egal,“ so BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann in seiner Begrüßungsrede, „Wir brauchen daher die Medien, damit sie unser Bewusstsein für diesen Missstand wachhalten und uns erinnern, dass wir Verantwortung für die vergessenen Kinder tragen und sie fördern müssen.“

Dass die bundesrepublikanische Gesellschaft sich selbst schadet, wenn sie ungeachtet vom elterlichen Bildungshintergrund ihre nachwachsende Generation nicht optimal fördert, betonte Pressesprecher Dr. Ulrich Fegeler: „Wir können uns künftig bei immer weniger Kindern kein

Kind mehr leisten, welches keinen Schulabschluss mehr schafft oder der Gesellschaft den Rücken kehrt. Wir wissen, dass frühe Förderung hier das wirksamste Gegenmittel ist. Wir müssen also alles daran setzen, unsere entsprechenden Institutionen nicht nur quantitativ, sondern qualitativ so auszubauen, dass Kinder eine gute Ausbildungschance und damit gute Sozialprognose erhalten. Hier muss ständig nachgebohrt werden und das können die Medien am besten. Nicht nur wir, die Kinder brauchen Sie.“

Nach der offiziellen Preisverleihung wurde gefeiert. Dies und auch die anspruchsvolle Dotierung des Medienpreises ermöglichten der Sponsor, Verleger Norbert Beleke und eine Spende der Pfizer Pharma GmbH.

ReH



## Buchtipps

Frank Dammasch / Martin Teising  
(Hrsg.)

### Das modernisierte Kind

Brandes & Apsel, 2013,  
216 Seiten, € 19,90, ISBN  
978-3-860999028

Dieses gut lesbare Buch beschäftigt sich mit Möglichkeiten und Grenzen der kindlichen Entwicklung in der „globalisierten Moderne“. Die Autoren werfen einen Blick auf die Auswirkungen von sozialen Beschleunigungsprozessen,

von heutigen Bildungs- und Betreuungskonzepten und von den neuen Medien auf die mentale und psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.

### Schutzraum Kindheit wird preisgegeben

Die Herausgeber relativieren die verbreitete Sichtweise, gesellschaftliche Veränderungen und Modernisierungsprozesse erstmal pessimistisch zu sehen. Sie betonen aber, dass die Idealisierung von Flexibilität, Innovation und Beschleunigung sowie das Primat kurzfristiger kapitalistischer Verwertungsinteressen einer einfühlsamen und nachhaltigkeitsorientierten Haltung in der Erziehung entgegen stehen. Sie befürchten, dass der historisch mühsam errungene „Schutzraum Kindheit“ der bürgerlichen Gesellschaft den Zumutungen des modernisierten Erwachsenenlebens preisgegeben wird

**Frank Dammasch** ist analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut. Er zeichnet den Weg von der strengen Moral im Kaiserreich in die „vaterlose Gesellschaft“ nach. Diese Führerlosigkeit mache heute eine permanente Identitätsarbeit notwendig. Der unbeschränkte Möglichkeitsraum überfordere die Selbstbegrenzungsfähigkeit. „Das Kind soll eigentlich schon erwachsen sein, bevor es auf die Welt gekommen ist“ Dammasch resümiert: „Die beschleunigte Bildungseuphorie und die Selbständigkeitsbetonung der Moderne, (...) sind mit den Bedürfnissen und dem eigenen Rhythmus gesunder kindlicher Entwicklung auf Dauer nicht in Übereinstimmung zu bringen“.

**Vera King**, Professorin für Entwicklungs- und Sozialisationsforschung in Hamburg, beschreibt in ihrem Beitrag dass die Merkmale der Moderne auch vor dem Kinderalltag nicht haltmachen. Dieser müsse genau geplant, koordiniert und gleichzeitig flexibel, situativ und ereignisabhängig gestaltet werden. Woher sich Zeit nehmen für Muße, Beziehung, Gespräch und emotionalen Austausch. Das Dringliche schein gegenüber dem Wichtigen an Bedeutung zu gewinnen.

### Die Schere öffnet sich

**Rolf Göppel**, Heidelberg, weist nach, dass entgegen der landläufigen Meinung wahrscheinlich doch keine größeren emotionalen Defizite und psychosoziale Störungen als früher zu beobachten sind. Der Umgang damit habe sich jedoch gewandelt. Wenn sich auch die Bedingungen des Aufwachsens deutlich verändert haben, ging es Kindern und Jugendlichen noch nie so gut wie heute. Allerdings öffne sich die Schere zwischen Gewinnern und Verlierern weit. Eine kleine Gruppe benachteiligter Kinder mit biographischen und psychosozialen Risikofaktoren befinde sich dauerhaft in einer hochprekären Lebenssituation.

Über das Spiel in der virtuellen Welt sinnt **Prof. Michael Günter**, Tübingen, nach. Dem Spiel, nicht nur in der Spieltherapie, schreibt er eine wichtige Rolle zur Affektregulation zu. Warum dann Bedenken gegen virtuelle Spiele und Bildwelten? Die Gefahr liege im Eskapismus, in der Abdichtung gegen die Realität. Die Bildwelten träten oft an die Stelle von Sprachwelten, sie seien ständig verfügbar. Das selbstwirksame Erleben bei Computerspielen biete neue Identifikationen und werde in unvorhersehbarer Weise die psychische Strukturen der heranwachsenden Generation verändern.

Den meisten sozialpolitischen Sprengstoff enthält der Artikel der Analytikerin **Ann Kathrin Scheerer**. Sie hält die kollektive Krippenbetreuung für eine gesellschaftliche Lebenslüge. Krippensubvention erkläre elterlichen Verzichtleistung aus Liebe für unnötig. Um die frühen Trennungserfahrungen formieren sich die wichtigsten psychischen

Abwehr- und Anpassungsmechanismen, die lebenslang erhalten bleiben und die Persönlichkeit im Kern prägen. Besorgniserregend sei vor allem die Nebensächlichkeit, mit der die Frage der frühen forcierten Trennung von Mutter und Kind bagatellisiert werde. Das Krippenangebot sei eine verführerische Propaganda. „Wir müssen aufpassen, dass wir nicht Gefahr laufen, in unseren gut gemeinten Sozialeinrichtungen gerade die Schäden herbeizuführen, die wir verhüten möchten“.

### Early life stress

**Rainer Böhm**, Leiter des SPZ Bethel, fasst die messbaren Stresslevel bei früher Fremdbetreuung zusammen. Die Cortisolspiegel von vielen Kindern entsprächen selbst in qualitativ befriedigenden Einrichtungen denen von Managern. Am empfindlichsten reagierten die Kinder im zweiten Lebensjahr. Weil „early life stress“ als bedeutsamste Hypothek für die lebenslange Gesundheit gilt, sollte dieser außerhalb und innerhalb der Familie konsequent minimiert werden.

Viele Kinder kämpfen für einen verlorenen Ort, von dem sie nicht sicher wissen, ob er überhaupt existiere berichtet **Ellen Lang-Langner**, Frankfurt, über ein „Krippenkind“ mit unsicherer Bindungserfahrung. Die Kinderanalytikerin **Iris Nikulka**, Frankfurt, widmet sich dem omnipräsenten Thema der Pornographie und deren Bedeutung für die weibliche Sexualität. Die klassische Hysterie erfahre heute ein comeback; der Körper werde benutzt, um seelisches Leid darzustellen. Alles sei möglich, Piercing, Intimirasur, Tattoos. Körperoptimierung habe auch kosmetisch und chirurgisch Hochkonjunktur.

Kindheit in den Polen zwischen Anpassung und Widerstand wird, autobiographisch geprägt, von **Gertrud Hartmann**, Berlin, thematisiert. An welche Welt soll man Kinder anpassen, wenn diese sich so rasant ändert, dass auch wir kaum mithalten können? Wo kann man in sich ruhen, sind wir nicht ständig auf der Flucht vor uns selbst, im Sinne eines „ADHS“?

Der Pädagoge und Analytiker **Jochen Rau** beschäftigt sich mit der

Handy-Abhängigkeit so vieler Kinder und Jugendlicher. Das Mobiltelefon habe einen großen Einfluss auf die Problem- und Krisenverarbeitung bei Jugendlichen: es gehe um das Aushalten von Alleinsein und Langeweile. Das Handy nähre die trügerische Illusion, dass sich negative Gefühle zum Verschwinden bringen lassen. Am Ende stellt sich die Frage nach dem Vorbild der Eltern.

Dem Rezensenten fiel es wegen der Bedeutung und des Spektrums der Beiträge schwer, sich kurz zu fassen, spricht ihm doch vieles aus der Seele. Wir können in den Praxen nicht die „infektanfälligen“ Krippenkinder behandeln, Ergotherapie und Medikamente verordnen und durch Krankenschreibung den Eltern die Präsenz bei ihrem Kind zu ermöglichen. Wenn wir zu Betreuungsangeboten gefragt werden, sollten wir ehrlich antworten, das vorhandene Wissen nutzen und nicht dem Utilitarismus frönen. Der am besten schon pränatale Hinweis auf Bindung und Beziehung, seine ständige Verdeutlichung und unsere Vorbildfunktion können dazu beitragen. Das Buch kann dazu dienen, hierfür die Augen zu öffnen.

Dr. Stephan Heinrich Nolte,  
35039 Marburg  
E-Mail: shnol@t-online.de

Red.: Kup

Burkhard Rodeck,  
Klaus-Peter Zimmer (Hrsg.)

### Pädiatrische Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung



Springer Verlag, Heidelberg, 2. Auflage 2013, 872 S., 367 farbige Abb., 156 Tab., € 169,95, ISBN 978-3-642-24709-5

Die erste Auflage dieses Buches erschien 2008. Zu diesem Zeitpunkt war es das erste deutschsprachige Buch der Kindergastroenterologie.

Herausgeber sind Priv.-Doz. Dr. Burkhard Rodeck und Prof. Dr. Klaus Peter Zimmer, beides äußerst erfahrene und aktive Kindergastroenterologen, denen die Weitergabe von Wissen und qualifizierte Ausbildung von Ärzten in der Kindergastroenterologie bedeutend ist.

Die nun vorliegende zweite Auflage des Buches umfasst rund 870 Seiten – 190 Seiten mehr als die Erste. In den insgesamt 8 Sektionen des Buches kommen als Autoren die jeweiligen aktuellen Spezialisten der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie, für die speziellen Subdisziplinen zu Wort.

Die 8 Sektionen umfassen:

1. **Untersuchungsmethoden**, darin nicht nur klinische Befunde, sondern auch bildgebende Verfahren, Funktions- und Laboruntersuchungen.
2. Die **Gastroenterologie** gliedert sich in Embryologie und Physiologie, Leitsymptome und Differenzialdiagnostik, sowie die verschiedenen Formen der gastrointestinalen Erkrankung, ob Motilität, Fehlbildung, Allergie oder Entzündung.
3. Im Bereich der **Hepatologie** Embryologie und Physiologie, Leitsymptome und Differenzialdiagnostik, nachfolgend Darstellung der Cholestase des Neugeborenen, von Stoffwechselerkrankungen, versch. Hepatitisformen bis hin zum Lebersversagen und Lebertransplantation
4. **Pankreaserkrankungen:** Embryologie und Physiologie, Pankreatitiden, Pankreasinsuffizienz sowie CF.
5. **Ernährung:** von Nährstoffbedarf über altersentsprechende – auch enterale sowie parenterale – Ernährung bis hin zur alternativen Ernährung wird alles beleuchtet. Ernährung bei speziellen Erkrankungen oder Ernährungsstörungen, interdisziplinäre Kindergastroenterologie und -hepatologie, Normwerte, Laboruntersuchungen, Dosierungen.

6. Das **gastroenterologische Konsil** für Frühgeborene, behinderte Kinder, rheumatologische Erkrankungen, psychosomatische Erkrankungen u.a.m.

7. **Qualitätssicherung** in der Kindergastroenterologie und Endoskopie, bei CED, bei parenteraler Ernährung und nach Lebertransplantation.

8. **Anhang:** Normwerte und Medikamente in der Pädiatrischen Gastroenterologie.

Das Buch ist gegenüber der ersten Auflage aktualisiert, vom Layout überarbeitet und ansprechender gestaltet. Insbesondere wurde auch das Sachverzeichnis überarbeitet und ermöglicht gegenüber der ersten Auflage einen besseren Zugang zu den gesuchten Begriffen.

Im neuen Kapitel 7 werden die wichtigsten Komplexbehandlungen in der Kindergastroenterologie und Standards der Qualitätssicherung festgehalten, diese ist sicher nicht für alle interessant, dokumentiert aber, wie ausgebildet werden sollte, welche Strukturen notwendig sind, um dieses Gebiet im Sinne der Kindergesundheit qualifiziert zu vertreten.

Zusammengefasst: galt bereits die erste Auflage dieses Buches als Standardwerk der Kindergastroenterologie im deutschsprachigen Raum, so wird die aktualisierte Auflage diesem Anspruch voll gerecht.

Dieses Buch kann jedem empfohlen werden, der sich mit wichtigen und umfassenden kindergastroenterologischen Fragestellungen beschäftigt, ob Pädiater, Gastroenterologe, Kindergastroenterologe oder auch Ökotrophologe, es bietet die Möglichkeit sich rasch, qualifiziert, aktuell und praxisnah über die wichtigsten Fakten und Therapiemöglichkeiten zu den verschiedenen Fragestellungen zu informieren.

Dr. Gunter Burmester  
Altonaer Kinderkrankenhaus  
Bleickenallee 38  
22763 Hamburg

Red.: Riedel



## Geburtstage im Juli 2013

### 65. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. med. habil. Peter *Clemens*, Schwerin, am 02.07.  
 Herrn Dr. med. Klaus *Kühn*, Saarbrücken, am 03.07.  
 Frau Dr. med. Elke *Eilers*, Oldenburg, am 06.07.  
 Herrn Dr. med. Ralf *Kownatzki*, Duisburg, am 07.07.  
 Frau Dr. med. Elke *Becker*, Lörrach, am 09.07.  
 Herrn Dr. med. Axel *Scherzberg*, Stade, am 09.07.  
 Herrn Dr. med. Fritz *Zeier*, Wiesloch, am 10.07.  
 Frau Dipl.-Med. Christine *Schmidt*, Dresden, am 12.07.  
 Herrn Wolfgang *Brandt*, Lutherstadt Eisleben, am 14.07.  
 Herrn Dr. med. Moritz *Liebe*, München, am 14.07.  
 Herrn Dr. med. Walter *Otto*, Fulda, am 15.07.  
 Herrn Dr. med. Johannes *Bonanati*, Aalen, am 16.07.  
 Frau Dr. med. Irmgard *Tichmann-Schumann*, Wörthsee, am 16.07.  
 Herrn Dr. med. Peter *Niggemann*, Gütersloh, am 19.07.  
 Frau Dr. med. Helene *Entner*, Herrenberg, am 21.07.  
 Herrn Dr. med. Heinz *Keinhorst*, Bochum, am 23.07.  
 Frau Ursula *Teichler*, Hamburg, am 23.07.  
 Herrn Dr. med. Gerhard *Keller*, Alsdorf, am 26.07.  
 Herrn Dr. med. Christoph *Wittermann*, Weilheim, am 27.07.  
 Herrn Dr. med. Wolfgang *Krahne*, Köln, am 30.07.  
 Frau Editha *Halfmann*, Hamburg, am 31.07.

### 70. Geburtstag

Herrn Dr. med. Kristof *Loewe*, Mannheim, am 12.07.  
 Herrn Prof. Dr. med. Michael *Albani*, Bad Zwischenahn, am 14.07.  
 Frau Dr. med. Brigitte *Lorenz-Meyer*, Friedrichshafen, am 14.07.  
 Herrn Dr. med. Friedrich-K. *Peters*, Voerde, am 15.07.

Frau Dr. med. Wilburg *Streitberger*, Heide, am 15.07.  
 Frau Dr. med. Adelheid *Neufang*, Eningen, am 18.07.  
 Herrn Dr. med. Heinz *Sauer*, Karlsruhe, am 19.07.  
 Herrn Dr. med. Gerhard *Engler*, Hagen, am 20.07.  
 Frau Dr. med. Jana *Siegl*, Markt Schwaben, am 20.07.  
 Herrn Dr. med. Gerold *Stiepani*, Ravensburg, am 20.07.  
 Frau Dr. med. Barbara *Stolzenberg*, Dessau, am 23.07.  
 Frau Dr. med. Eveline *Buchholz*, Güstrow, am 25.07.  
 Herrn Dr. med. Winfried *Oelkers*, Hamburg, am 25.07.  
 Frau Dr. med. Helga *Roscher*, Weimar, am 29.07.  
 Frau Ute *Lehmann*, Jeßnitz, am 30.07.

### 75. Geburtstag

Herrn Dr. med. Alex *Walter*, Braunschweig, am 03.07.  
 Herrn Dr. med. Sirus *Moradof*, Maintal, am 05.07.  
 Frau Dr. med. Berthild *Schäper*, Bonn, am 05.07.  
 Frau Dr. med. Karin *Hahn-Müther*, Ratzeburg, am 08.07.  
 Herrn Dr. med. Christian *Münchenberg*, Achern, am 09.07.  
 Herrn Dr. med. Volker *Noll*, Weissach, am 14.07.  
 Frau Dr. med. Helene *Schreiber*, Erfurt, am 17.07.  
 Frau Dr. med. Gertrud *Giffels*, Sankt Augustin, am 24.07.  
 Frau Dr. med. Mathilde *Vortisch*, Berlin, am 29.07.  
 Frau Dr. med. Ines *Menning*, Berlin, am 30.07.

### 81. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela *Schmitz*, Düsseldorf, am 26.07.  
 Herrn Dr. med. Werner *Schultze*, Berlin, am 31.07.

### 82. Geburtstag

Herrn Dr. med. Adolf *Apel*, Heilbad Heiligenstadt, am 03.07.  
 Frau Ingeborg *Wessollek*, Bad Lippspringe, am 08.07.  
 Herrn Prof. Dr. med. Helmut *Helwig*, Freiburg, am 21.07.  
 Herrn Dr. med. Dirck *Heye*, Siegen, am 25.07.

### 83. Geburtstag

Frau Dr. med. Brigitte *Geschöll-Bauer*, Freiburg, am 21.07.  
 Frau Dr. med. Erika *Bernhardt*, Essen, am 25.07.  
 Frau Dr. med. Annemarie *Brenner*, Herten, am 30.07.

### 84. Geburtstag

Herrn Dr. med. Wolf *Schenck*, Freiburg, am 21.07.  
 Herrn OMR Dr. med. Friedrich-Ludwig *Schlesinger*, Berlin, am 21.07.

### 85. Geburtstag

Herrn Dr. med. Albrecht *Neumann*, Leverkusen, am 08.07.  
 Herrn Prof. Dr. med. Hans-Martin *Weinmann*, Straßlach-Dingharting, am 17.07.

### 87. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. Michael *Hertl*, Mönchengladbach, am 05.07.  
 Herrn Dr. med. Max-Theodor *Schweighart*, München, am 11.07.  
 Frau Dr. med. Hannelore *Witte*, Hannover, am 15.07.

### 89. Geburtstag

Frau Dr. med. Hedwig *Kiefer*, München, am 13.07.

### 90. Geburtstag

Frau Dr. med. Rudgild *Haschke*, Passau, am 06.07.

### 91. Geburtstag

Herrn Dr. med. Peter *Stöhr*, Aachen, am 19.07.

### 92. Geburtstag

Frau Dr. med. Erika *Wiedey*, Schwerte, am 02.07.

Frau Dr. med. Ingeborg *Wittke*, Berlin, am 03.07.

Herrn Doz. Dr. med. habil. Hans *Mannkopf*, Detmold, am 10.07.

### 93. Geburtstag

Herrn Dr. med. Rolf *Steinhilber*, Augsburg, am 10.07.

### 94. Geburtstag

Frau Dr. med. Erika *Maneke*, Hannover, am 16.07.

### 97. Geburtstag

Frau Dr. med. Annemarie *Gebhard*, Hamburg, am 24.07.



## Als neue Mitglieder begrüßen wir



### Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Susanne *Brandl*  
Frau Dr. med. Nurcan *Incekara*  
Frau Dr. med. Sarah *Kayser*  
Herrn Dr. med. Markus *Krüger*  
Herrn Dominic *Lenz*  
Frau Katrin *Springer*



### Landesverband Bayern

Frau Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Mona *Castrop*  
Herrn PD Dr. med. Bernward *Hinkes*  
Frau Birgit *Treiber*



### Landesverband Berlin

Frau Katharina *Scholman*  
Frau Helen *Ulbricht*



### Landesverband Hessen

Frau Anastasia *Anagnostou*  
Frau Dr. med. Stefanie *Diehl*  
Frau Stephanie *Domay*



### Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Frau Dr. med. Maren *Anderson*  
Herrn Dr. med. Stephan *Hoppe*  
Frau Franziska *Schmidt-Wankel*



### Landesverband Niedersachsen

Herrn Dr. med.  
Olaf *Neumann*



### Landesverband Nordrhein

Frau Dr. med. Isabel Maria  
*Babilas*  
Herrn Dr. med. Genn *Kameda*  
Herrn Dr. med. Werner *Schimana*  
Frau Kathrin *Wagener*



### Landesverband Sachsen

Herrn Dr. med. Jörg *Ahlers*  
Frau Dr. med. Stefanie *Trost*



### Landesverband Sachsen-Anhalt

Herrn Michael *Wilms*



### Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Martina *Bucher*



### Landesverband Thüringen

Frau Dr. med. Sabine *Dornaus*  
Frau Josephine *Fügener*

### Inhaltsangabe Heft 06/13

*Aus Wissenschaft und Forschung*  
Acinetobacter baumannii: Ein Problem-  
erreger auf neonatologischen Intensiv-  
stationen

*Portrait*  
Mary Breckinridge

*Ernährung*  
Schlau essen

*Ethik*  
Ethische Probleme bei der Planung von  
Therapiestudien

*Chronisch kranke Kinder*  
Chronische Erkrankungen im Kindesalter

*Aus Wissenschaft und Forschung*  
Neonatologische Intensivstationen:  
Bauliche Struktur beeinflusst Patienten-  
versorgung und Mitarbeiterzufriedenheit

*Aus Wissenschaft und Forschung*  
Den Keimen keine Chance geben



*Ferner:* Hinweise, Chronische  
Krankheiten, Prävention, Neues aus  
dem Net, Berufsverband, Aus Wis-  
senschaft und Forschung, Ernäh-  
rung, Erfahrungsberichte, Bücher-  
hinweise, Terminkalender und  
Stellenmarkt

## VORSCHAU

Für das Juli-Heft 2013 sind u.a.  
vorgesehen:

*Aus Wissenschaft und Forschung*  
Zentraler Venenkatheter: Infektionsrisiko  
bei pädiatrischen Patienten

*Ambulante Pflege*  
Ambulante Kinderintensivpflege

*Psychologie*  
Psychosoziale Probleme bei Jugend-  
lichen und jungen Erwachsenen mit  
Zystischer Fibrose nach einer Lungen-  
transplantation

*Klinische Fortbildung*  
Nützliche Urinuntersuchung

*Klinische Fortbildung*  
Anscheinend lebensbedrohliche  
Ereignisse im Säuglingsalter

*Portrait*  
Elisabeth von Thüringen

„kinderkrankenschwester“ ist das Organ des Fachausschusses Kinderkrankenpflege der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. und kann zum Jahresabonnementspreis von € 29,50 oder zum Einzelpreis von € 2,95 (inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten Inland € 4,50), Schülerabonnement € 29,00 inkl. MwSt. und Versandkosten beim Verlag Schmidt-Römhild, Mengstraße 16, 23552 Lübeck, bestellt werden.

**Nach Einführung der Routine-Impfung mit dem Pneumokokken-Konjugatimpfstoff bei Kindern unter zwei Jahren in Deutschland:**

# Otitis Media über zwei Millionen Mal seltener diagnostiziert

Seit Juli 2006 wird ein konjugierter Impfstoff gegen Pneumokokken von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut STIKO als Standardimpfung für alle Kinder unter zwei Jahren empfohlen. Aktuelle Daten zufolge ist seither sowohl die Zahl invasiver Pneumokokken-Erkrankungen<sup>1,2</sup> durch die im Impfstoff enthaltenen Serotypen als auch die Häufigkeit nicht-invasiver Pneumokokken-Infektionen<sup>3,4</sup> zurückgegangen. So wurde beispielsweise bei Kindern zwischen 0 und 10 Jahren im Zeitraum von 2007 bis 2011 in Deutschland hochgerechnet über zwei Millionen mal seltener die Diagnose „eitrig oder nicht-eitrig Mittelohrentzündung“ gestellt.

Die Routine-Impfung von Kindern mit Pneumokokken-Konjugatimpfstoffen (PCV) begann in Deutschland nach der entsprechenden Impfempfehlung der STIKO zunächst mit PCV7\*. 2009 erfolgte die Zulassung und Einführung von PCV10\*\* und PCV13\*\*\*. Studiendaten zufolge wurde die Rate invasiver durch im Impfstoff enthaltener Serotypen ausgelösten Erkrankungen bei Kindern unter zwei Jahren deutlich gesenkt.<sup>1</sup> Ebenfalls abgenommen hat nach Einführung der generellen Impfempfehlung die Häufigkeit nicht-invasiver, häufig auf Pneumokokken zurückzuführender Erkrankungen. So wurden beispielsweise bei Kindern bis zehn Jahren signifikant seltener akute Mittelohrentzündungen diagnostiziert.<sup>3</sup>

## Effekte der höher-valenten Impfstoffe bereits erkennbar

Die Ergebnisse im Einzelnen: Insgesamt wurden in Deutschland im Zeitraum von 2007 bis 2011 hochgerechnet 2.009.285 weniger Fälle einer eitrig oder nicht-eitrig Otitis media bei Kindern zwischen 0 und 10 Jahren registriert. Ein Rückgang ließ sich sowohl in der Kohorte der potentiell geimpften Kinder (0 bis 4 Jahre) nachweisen, als auch bei den 5 bis 10-Jährigen, so dass Herdeneffekte für die Reduktion in dieser Altersgruppe als Ursache in Betracht kommen. Der ab 2011 beobachtete weitere Rückgang der Otitis media-Diagnosen wird als Hinweis auf erste Effekte der höher-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoffe gewertet.<sup>3</sup>

Ferner wurde ein deutlicher und signifikanter Rückgang der Pneumonie-Episoden bei Kindern in Deutschland nach Einführung der generellen Impfung mit PCV7 beobachtet. Besonders deutlich zeigte sich

dieser Rückgang bei der häufig durch Pneumokokken verursachten Lobärpneumonie (Entzündung eines Lungenlappens). Nach 2008 kam es zu einem Wiederanstieg der Pneumonieraten. Im Vergleich zur Baseline wurde indes auch 2011 noch eine Abnahme beobachtet. Hier bleibt abzuwarten, ob es durch den weitergehenden Einsatz von PCV 10 und PCV13 zu einer weiteren Reduktion der Pneumoniefälle kommen wird.<sup>4</sup>

## Statistisch signifikante Abnahme invasiver Pneumokokken-Erkrankungen

*Streptococcus pneumoniae* gehört in Deutschland bei jungen Kindern und älteren Erwachsenen zu den häufigsten Erregern von Pneumonie, Sepsis und Meningitis. Aktuelle Daten zufolge sind bei Kindern unter zwei Jahren nach der generellen Impfempfehlung invasive Pneumokokken-Erkrankungen (IPE) durch die in PCV7 enthaltenen Serotypen nahezu verschwunden.<sup>2</sup> Ferner wurden IPE-Fälle durch die in den höher valenten Impfstoffen enthaltenen Serotypen 1, 3, 6A, 7F und 19A deutlich seltener. Die durch den Serotyp 19A ausgelösten Fälle nahmen sogar um 70% ab.<sup>1</sup>

Die Bedeutung einer effizienten Impfung gegen Pneumokokken spiegelt sich auch in dem Anstieg der Inzidenz parapneumonischer Ergüsse und Empyeme (PPE) im Kindes- und Jugendalter wider, der in verschiedenen Ländern beobachtet wurde. Eine prospektive Surveillancestudie soll u.a. klären, wie der Impfstatus und die Serotypenverteilung bei Kindern mit positivem Pneumokokkennachweis im Vergleich zu Kindern mit anderem Erregernachweis ist.<sup>5</sup>

## Auf einen Blick

Sieben Jahre nach Einführung der generellen Impfempfehlung für Pneumokokken-Konjugatimpfstoffe bei Kindern unter zwei Jahren lässt sich resümieren: Die Rate invasiver Pneumokokken-Erkrankungen durch in PCV 7, PCV 10 bzw. PCV13 enthaltene Serotypen ist deutlich zurückgegangen. Darüber hinaus werden nicht-invasive Erkrankungen, wie insbesondere die häufig durch Pneumokokken ausgelöste Otitis media, messbar seltener diagnostiziert.

### Quellen:

- 1 Van der Linden et al., Effekte nach 3 Jahren höher-valenter Pneumokokken-Konjugatimpfung bei Kindern in Deutschland, Abstract 21. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, Würzburg, April 2013
  - 2 Van der Linden et al., Four years of universal pneumococcal conjugate infant vaccination in Germany: Impact on incidence of invasive pneumococcal disease and serotype distribution in children, *Vaccine* 30 (2012) 5880-5885
  - 3 Diehl M. et al., Effekte der Pneumokokken-Konjugatimpfstoffe auf die Epidemiologie der Otitis Media bei Kindern in Deutschland von 2007 bis 2011, Poster, 21. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, Würzburg, April 2013
  - 4 Diehl M. et al., Effekte der Pneumokokken-Konjugatimpfstoffe auf die Epidemiologie der Pneumonie bei Kindern in Deutschland von 2007 bis 2011, Poster, 21. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, Würzburg, April 2013
  - 5 Keller S et al., Pleuraempyeme im Kindesalter in Deutschland – 68 Fälle durch Pneumokokken verursachter Pleuraempyeme, Abstract 21. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, Würzburg, April 2013
- \* Pneumokokkenpolysaccharid Serotypen 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F und 23F jeweils konjugiert an CRM197-Trägerprotein
- \*\* Pneumokokkenpolysaccharid Serotypen 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 23F (konjugiert an Protein D-Trägerprotein), 18C (konjugiert an Tetanustoxoid-Trägerprotein) und 19F (konjugiert an Diphtherietoxoid-Trägerprotein)
- \*\*\* Pneumokokkenpolysaccharid Serotypen 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F jeweils konjugiert an CRM197-Trägerprotein.

Nach Informationen von Pfizer Deutschland GmbH, Berlin

# Einfach und sicher: Der neue sofort gebrauchsfertige Sechsfach-Impfstoff

Der kürzlich von der europäischen Zulassungsbehörde EMA (European Medicines Agency) zugelassene Sechsfach-Impfstoff Hexyon soll für die Grundimmunisierung bzw. Auffrischimpfung gegen Diphtherie (D), Tetanus (T), Pertussis (aP), Poliomyelitis (IPV) und Hepatitis B (Hep B) sowie durch *Haemophilus influenzae* Typ B (Hib) verursachte invasive Krankheiten bei Säuglingen und Kleinkindern zum Einsatz kommen (1). Das Impfmanagement in der täglichen Kinder- und Jugendarztpraxis wird durch eine gebrauchsfertige Injektionssuspension in einer Fertigspritze nun erheblich erleichtert: Da die Hib-Komponente bereits gelöst ist, entfällt das Anmischen, der Impfstoff ist sofort gebrauchsfertig. Mögliche Fehlerquellen wie das Risiko für Kontamination (2), Medikationsfehler (3) oder Verletzungen können somit vermieden werden.

Prof. Dr. med. Markus A. Rose, Frankfurt am Main, führte auf einer Fachpressekonferenz von Sanofi Pasteur MSD in Frankfurt nochmals die Wichtigkeit hoher Durchimpfungsraten vor Augen: „Wir benötigen eine gewisse kritische Masse an Durchimpfungsraten – wenn Sie nur jedes 20. Kind impfen, ist dieses Kind geschützt, nicht mehr, nicht weniger. Aber es gibt Kinder die nicht geimpft werden – sei es weil Eltern oder Hausärzte es ablehnen, sei es da das Kind aufgrund eines schweren angeborenen Immundefektes nicht geimpft werden darf. Erst wenn wir bei Masern eine Durchimpfungsrate von deutlich mehr als 90 Prozent erreichen, bei Keuchhusten, Mumps und Röteln 85 Prozent einer Geburtskohorte geimpft sind, erst dann ist das Risiko, dass wir uns gegenseitig anstecken, nicht mehr so groß.“

Jedes Kind müsse demnach regelhaft die Sechsfachimpfung bekommen – denn: „jeder Impfdurchbruch ist einer zuviel!“ Kombinationsimpfstoffe sind laut Rose zum Erreichen dieser Ziele sehr wichtig. Laut Cochrane-Analysen der WHO vermindern Sechsfachimpfungen Arztkonsultationen, führen zu weniger schmerzhaften Injektionen, damit zu einer verstärkten Compliance und zu einer verbesserten Prävention.

## Hexyon: Hohe Immunogenität aller Antigene

Die Studiendaten zeigen für alle in Hexyon enthaltenen Antigene (DTaP-IPV-HB-Hib) eine hohe Immunogenität (3), fasste Rose die Daten der Zulassungsstudien zusammen. Insgesamt wurden in 12 Studien weltweit mehr als 11.500 Dosen des Sechsfach-Impfstoffs verimpft. 3.424 gesunde Säuglinge und Kleinkinder erhielten mindestens drei Dosen des hexavalenten Impfstoffs bei der Grundimmunisierung bzw. 1.511 Kinder mindestens eine Dosis bei der Auffrischimpfung. Hexyon

## Der neue, sofort gebrauchsfertige Sechsfach-Impfstoff Hexyon

**Zeitersparnis:**  
Kein Anmischen erforderlich

**Einfache Anwendung:**  
Alle sechs Antigene (DTaP-IPV-HB-Hib) in einer Fertigspritze

**Flexibel:<sup>2</sup>**  
Zeitgleiche Gabe mit Impfstoffen gegen Pneumokokken, Rotaviren und MMR

**Sichere Anwendung:<sup>1</sup>**  
Vermeiden von Fehlerquellen durch wenige Anwendungsschritte

**Einfache Auffrischimpfung:<sup>2</sup>**  
Auch zur Auffrischimpfung einsetzbar, wenn zuvor mit einem anderen Sechsfach-Impfstoff bzw. einem Fünffach-Impfstoff und einem monovalenten Hepatitis B-Impfstoff geimpft wurde

**Service:**  
Klebeetiketten für Impfpass

Quellen:  
<sup>1</sup> Schmid DA et al. Development and introduction of a ready-to-use pediatric pentavalent vaccine to meet and sustain the needs of developing countries – Quinaxem®: The first 5 years. *Vaccine* 2012; 30: 6241–6248.  
<sup>2</sup> Fachinformation Hexyon, Stand April 2013.

© Sanofi Pasteur MSD GmbH, DE0168

zeigte hier eine vergleichbare Immunantwort wie der zur Kontrolle eingesetzte Sechsfach-Impfstoff (4). In der von P. López und Kollegen durchgeführten Zulassungsstudie wurden 1.376 Kleinkinder im Alter von zwei, vier und sechs Monaten entweder mit Hexyon (n=1.030) oder einem hexavalenten Vergleichsimpfstoff (n=338) geimpft (4). Zeitgleich erhielten beide Gruppen eine Impfung gegen Pneumokokken und wurden im Alter von zwei sowie vier Monaten gegen Rotaviren geimpft. Bereits bei Geburt wurde allen Kindern eine Hepatitis B-Impfung verabreicht. Einen Monat nach Gabe der letzten Impfdosis zeigte sich beim Sechsfach-Impfstoff Hexyon eine mit dem hexavalenten Kontrollimpfstoff vergleichbare, hohe Immunantwort gegenüber allen sechs Antigenen mit hohen Serokonversions- bzw. Seroprotektionsraten. Das in Hexyon enthaltene Hepatitis B-Antigen ist hinsichtlich der Immunogenität mit dem hexavalenten Kontrollimpfstoff vergleichbar.

Der neue Sechsfach-Impfstoff liegt in der Fertigspritze bereits als Injektionssuspension vor und ist somit sofort gebrauchsfertig. Ein Anmischen ist nicht mehr erforderlich. Damit ist der Impfstoff mit nur wenigen Anwendungsschritten pro Impfvorgang einsatzbereit – und daher einfach und sicher anzuwenden, denn mögliche Fehlerquellen können vermieden werden.

### Literatur:

- 1 Fachinformation Hexyon, Stand April 2013.
- 2 Schmid DA et al. Development and introduction of a ready-to-use pediatric pentavalent vaccine to meet and sustain the needs of developing countries – Quinaxem®: The first 5 years. *Vaccine* 2012; 30: 6241–6248.
- 3 Lopez P et al. 15th ICID, Bangkok, Thailand, 13.-16. Juni 2012.
- 4 McCormack PL. *Pediatr Drugs* 2013; 15: 59–70.

### Quelle:

Fachpressekonferenz „Deutschland hat die Wahl: Hexyon – der neue gebrauchsfertige, pädiatrische Sechsfach-Impfstoff in der Fertigspritze“. Frankfurt, 7.5.2013, mit freundlicher Unterstützung von Sanofi Pasteur MSD GmbH.

Autor: Gabi Fischer v. Weikersthal





Konsequente Basispflege von Anfang an

# Neue Hautpflegeserie stärkt defekte Hautbarriere bei Atopischer Dermatitis

Die Barrierefunktion der Haut ist bei vielen Patienten mit atopischer Dermatitis gestört, häufig aufgrund eines erblichen Filaggrinmangels sowie verminderter Ceramidanteile. Studien belegen nun, dass eine neue Pflegeserie die Hautbarriere stärken und die Symptome lindern kann, indem sie die Haut mit fehlenden Filaggrin-Spaltprodukten und Ceramiden versorgt.

Die Atopische Dermatitis (AD oder Neurodermitis) manifestiert sich in der Regel als erste der atopischen Erkrankungen. „Die meisten Patienten zeigen einen Krankheitsbeginn in den ersten zwei Lebensjahren“, berichtete Prof. Stephan Weidinger, Universitätsklinikum Kiel auf einem Symposium von Galderma im Rahmen der diesjährigen DDG-Tagung in Dresden.

Bis vor wenigen Jahren ging man davon aus, dass es sich bei der AD um eine primär immunologische Erkrankung handelt. „Heute weiß man, dass neben den immunologischen Besonderheiten primäre Störungen der Hautbarriere eine dominante Rolle bei der AD spielen. Das Filaggrin nimmt dabei eine zentrale Position ein, da es eine ganze Reihe wichtiger Prozesse vereint, die bei der Neurodermitis gestört sind“, erklärte der Dermatologe.

## Fehlende Bausteine ersetzen

Bei jedem vierten Neurodermitis-Patienten finden sich Mutationen im Gen des Profilaggrins. Der daraus resultierende Mangel an Filaggrin führt sowohl zu einer gestörten inside-outside Barriere als auch zu einer gestörten outside-inside Barriere. „Neben den Mutationen kann das neurodermitis-typische Zytokinmilieu zu einem sekundären Mangel an Filaggrin führen. Die atopische Immunantwort trägt also nochmals zu einem Hautbarrieredefekt bei“, verdeutlichte Weidinger.

Ein geringerer Filaggrinanteil führt außerdem dazu, dass weniger Filaggrin-Spaltprodukte gebildet werden, die als 'natural moisturizing factors' (NMF) bekannt sind und aufgrund ihrer hygrokopischen und wasserbindenden Eigenschaften wesentlich zur Hautphysiologie beitragen. Wie Prof. Proksch, Universitätsklinikum



Kiel, darlegte, geht die AD immer auch mit Lipidabnormalitäten einher. Insbesondere fehlen häufig die für eine Barrierefunktion wichtigen Ceramide.

Speziell für die neurodermitische Haut wurde eine neue Pflegeserie (Cetaphil® Restoraderm) entwickelt, welche die Haut mit den fehlenden Bausteinen versorgen soll. Pflege- und Waschlotion enthalten verschiedene Filaggrin-Spaltprodukte sowie eine Ceramid-Vorstufe (Hydroxypalmitoylsphinganin), aus der die Haut die häufig fehlenden Ceramide<sup>1,3</sup> bilden kann.

## Verbesserte Barrierefunktion in Studien

Mehrere Studien dokumentieren den positiven Effekt der Hautpflegeserie auf die Barrierefunktion. So zeigte eine intraindividuelle Vergleichsstudie bei 20 erwachsenen Teilnehmern mit atopischem Ekzem und Xerose, dass sich der transepidermale Wasserverlust deutlich verringerte, verglichen mit unbehandelter Haut. Gleichzeitig beobachtete man eine deutlich erhöhte Hydratation im Bereich des Stratum corneum sowie gestiegene NMF-Werte.

Eine weitere Studie an Kindern und Erwachsenen konnte die positiven Ergebnisse von Cetaphil® Restoraderm im direkten Vergleich mit anderen Pflegeprodukten bestätigen.<sup>2</sup> „In vier verschiedenen Untersuchungen erwies sich die neue Pfl-

geserie als wirkungsvoll. So kam es nach einer einmaligen Applikation zu einer signifikant besseren Hydratation der Haut; nach einer Irritation wurde die Funktion der Hautbarriere schneller wieder hergestellt und auch der Schweregrad des Ekzems reduzierte sich rascher und nachhaltiger, wenn die Patienten zusätzlich zu topischem Steroid die neue Pflegeserie anwandten. Auf die Zufriedenheit der Patienten wirkte sich positiv aus, dass nach vierwöchiger Anwendung Juckreiz und Brennen signifikant nachließen. Auch die Lebensqualität verbesserte sich deutlich.

## Basispflege als Neurodermitis-Prävention

Lässt sich mit einer konsequenten Basispflege die Neurodermitis verhindern? Diese Frage erläuterte Weidinger anhand einer Pilotstudie mit 20 Hochrisiko-Kindern. Mindestens ein Elternteil oder ein Geschwister hatte ein atopisches Ekzem, ein weiteres Elternteil oder Geschwister litt unter Asthma oder einer allergischen Rhinitis. „Das geschätzte Risiko der Neugeborenen lag daher bei 30 bis 50 %“, erklärte der Dermatologe. Von Tag eins bis sieben nach der Geburt wurden die Kinder einmal täglich mit Cetaphil Creme am ganzen Körper behandelt.

Als spannend bezeichnete Weidinger die sekundären Endpunkte, welche die kumulative Inzidenz und den Zeitpunkt der Manifestation des atopischen Ekzems sowie die Hautbarrierefunktion untersuchten. „Mit drei von 20 Kindern entwickelten nur 15 % eine Neurodermitis, bei erwarteten 30 bis 50 %. Auch das mittlere Manifestationsalter war mit 11 Monaten relativ spät. Daher gibt diese kleine Studie einen ersten Hinweis darauf, dass eine frühzeitige, konsequente Basispflege einen präventiven Effekt auf die Neurodermitis haben könnte“, schlussfolgerte Weidinger.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

### Literatur:

- 1 Simpson E et al., J Dermatol Treat (2013) 24(2):122-5
- 2 Simpson E, Dutronc MD, J Drugs Dermatol (2011) 10:744-49
- 3 Simpson E et al., Br J Dermatol (2010) 63(4):587-93

Symposium „Das atopische Ekzem: Die Bedeutung von Filaggrin und Ceramid“, 1. Mai 2012, Dresden.

**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](http://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:**

Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-14

christel.schierbaum@uminfo.de

**Büroleiterin:**

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

**Bereich Mitgliederservice/ Zentrale**

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

bvkj.buero@uminfo.de

**Bereich Fortbildung/Veranstaltungen**

Tel.: 0221/68909-15/16,

Tfx.: 0221/68909-78

bvkj.kongress@uminfo.de

**BVKJ Service GmbH**

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag – Donnerstag  
von 8.00–18.00 Uhr,  
Freitag von 8.00–14.00 Uhr

**Geschäftsführer: Herr Klaus Lüft**

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Tfx.: 0221/6890929

**Ansprechpartnerinnen:**

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-27

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28

E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

**Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“**

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

E-Mail: Christen@HKA.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Frank Riedel

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

Dr. med. Christoph Kupferschmid

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

**Sonstige Links**

Kinderärzte im Netz

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

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

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

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

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

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

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