

bvkJ.

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

Heft 07/14 · 45. (63.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT



Forum:

Die „schöne Hand“? –
Linkshändigkeit



Fortbildung:

Plötzliche, ungewohnte
Bewegungen: Ursache?



Berufsfragen:

Grenzsteinkonzept –
Bei Grenzfällen
problematisch



Magazin:

Tyrannen werden
gemacht

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

bvkj.



Foto: © Robert Kneschke – Fotolia.com

Tyrannen werden gemacht

S. 385



© Sunny studio- Fotolia.com

Inhalt 7/14

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

Forum

- 344 NRW-Landtag verabschiedet zweite Revision des Kinderbildungsgesetzes
- 345 **Linkshändigkeit – Praktische Fragen an und für den Kinder- und Jugendarzt**
Barbara Sattler, Hans Ibel
- 348 **AGGE qualifiziert Ärzte für den Auslandseinsatz**
- 349 **Gesunde Kinderernährung**
- 350 **Bericht vom 117. Deutschen Ärztetag**
Martin Bolay
- 351 **Das Leser-Forum**
- 352 **Deutsches Down-Sportlerfestival**
- 354 **Bits + Bytes**
Bernd Byte
- 355 **Hilferuf aus der Zentralafrikanischen Republik**
- 356 **Rekordbesuch bei GKinD-Fachtagung**
Stephan Eßer

Fortbildung

- 357 **Plötzlich auftretende Bewegungsmuster im Kindesalter und ihre Differenzialdiagnose**
Gerhard Kurlemann, Barbara Fiedler
- 365 **Impressum**
- 366 **Highlights aus Bad Orb: Physiologie des muskuloskelettalen Systems**
Eckhard Schönau, Christina Stark
- 369 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Antonia Reimer
- 371 **Suchtforum**
Matthias Brockstedt
- 372 **Consilium: Kindergartenbesuch von CF-erkrankten Kindern**
Thomas Nüßlein
- 374 **Impfforum**
Ulrich Heininger
- 375 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**

Berufsfragen

- 377 **Das Grenzsteinkonzept der Entwicklung – sind alle Fragen geklärt?**
Hans Michael Straßburg
- 380 **Wahlaufruf**
- 381 **ADHS: Was die Wissenschaft sagt und was die Presse daraus macht**
Kirsten Stollhoff, Klaus Skrodzki
- 317 **Abrechnung von psychosomatischen Leistungen**
Harald Tegtmeier-Metzdorf
- 382 **Beschneidung – in erster Linie ein medizinisches Problem**
Christoph Kupferschmid
- 383 **Wahlergebnis**

Magazin

- 385 **Aktuelle Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen**
Michael Winterhoff
- 388 **Buchtipps**
- 389 **Prof. Dr. Ronald Schmid zum 65. Geburtstag**
Wolfram Hartmann
- 390 **Fortbildungstermine BVKJ**
- 391 **Personalia**
- 393 **Nachrichten der Industrie**
- 399 **Wichtige Adressen des BVKJ**



– siehe Seite 356

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt in voller Ausgabe das Programmheft des 42. Herbst-Seminar-Kongresse, Bad Orb, bei. Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

NRW-Landtag verabschiedet zweite Revision des Kinderbildungsgesetzes – jährlich rund 100 Millionen Euro mehr für mehr Qualität

Der NRW-Landtag hat am 4. Juni eine weitere Reform des Kinderbildungsgesetzes (KiBiz) beschlossen. Damit stellt das Land den Kindertageseinrichtungen jährlich rund 100 Millionen Euro zusätzlich für mehr Qualität zur Verfügung. Seit der ersten KiBiz-Revision fördert das Land die frühkindliche Bildung pro Kitajahr bereits mit 290 Millionen Euro zusätzlich. Mit der erneuten Reform werden nun insgesamt jährlich rund 390 Millionen Euro allein aus Landesmitteln zusätzlich bereitgestellt.

Die zweite Revision des Kinderbildungsgesetzes rückt vor allem mehr Bildungschancen und mehr Bildungsgerechtigkeit in den Mittelpunkt.

„Mit dieser zweiten KiBiz-Revision werden wir weitere Qualitätsverbesserungen in den Kindertageseinrichtungen schaffen, indem wir die pädagogische Arbeit stärken, die Erzieherinnen und Erzieher entlasten, Einrichtungen in bildungsbenachteiligten Sozialräumen stärker fördern und die Sprachförderung verbessern“, erklärte Familienministerin Ute Schäfer bei der Vorstellung der KiBiz-Revision in Düsseldorf.

Schwerpunkte der zweiten KiBiz-Revision im Einzelnen:

1. Verfügungspauschale

Jede Kita soll zukünftig eine Verfügungspauschale erhalten, mit der die Einrichtung personell verstärkt werden kann. Auf diese Weise bleibt den Fachkräften mehr Zeit für ihre pädagogische Arbeit. Insgesamt stellt das Land dafür jährlich rund 55 Millionen Euro zusätzlich zur Verfügung. Der Träger der Einrichtung entscheidet in eigener Verantwortung, ob das Geld zum Beispiel für personelle Unterstützung im Rahmen der Mittagsversorgung oder für mehr Leitungs- und Verfügungszeit eingesetzt wird. Denkbar ist auch eine Verwendung der Pauschale für Vertretungen.

2. plusKITA

Einrichtungen in Stadtteilen mit einem hohen Anteil bildungsbenachteiligter Familien erhalten zusätzliche Mittel für zusätzliches Personal (mindestens 25.000 Euro pro Jahr). Hierfür stellt das Land

jährlich insgesamt rund 45 Millionen Euro zusätzlich zur Verfügung.

3. Sprachförderung

Künftig wird jedes Kind von Anfang an alltagsintegriert und stärkenorientiert sprachlich gefördert. Das setzt eine kontinuierliche Beobachtung und Dokumentation der Sprachentwicklung voraus. Dafür sollen die Fachkräfte die Möglichkeit erhalten, sich zusätzlich zu qualifizieren. Das Land stellt hierfür Mittel in Höhe von fünf Millionen Euro bereit. Delfin 4 wird für Kita-Kinder 2014 zum letzten Mal stattfinden.

Die bisher für die Sprachförderung verausgabten 25 Millionen Euro bleiben vollständig im System.

4. Anmeldeverfahren

Das jetzt vorgelegte Änderungsgesetz legt zum ersten Mal fest, dass Kommunen Eltern innerhalb von sechs Monaten ein Angebot für einen Betreuungsplatz machen müssen. Dieses Gesetz bietet sowohl Eltern als auch Kommunen Planungssicherheit.

Red: ReH

„Jugend trainiert für Olympia“ und „Jugend trainiert für Paralympics“ gehen weiter

Protest hilft manchmal doch: Der BVKJ hatte – wie zahlreiche andere Organisationen auch – gegen die geplanten Streichungen beim Bundesfinale der Schülerwettbewerbe „Jugend trainiert für Olympia“ und „Jugend trainiert für Paralympics“ protestiert. Nun hat der Haushaltsausschuss des Bundestages die Streichungen zurückgenommen.

Damit ist die Zukunft des Bundesfinals von „Jugend trainiert für Olympia“ und „Jugend trainiert für Paralympics“ für die

nächsten Jahre gesichert. Ohne die Finalwettkämpfe in Berlin hätten die Schülerwettbewerbe erheblich an Attraktivität verloren.

Die Wettbewerbe sind enorm wichtig, um im schulischen Rahmen Wettkampferfahrungen zu sammeln und Kinder und Jugendliche schon früh zum lebenslangen Sporttreiben zu motivieren. Zudem nutzen viele Verbände die Veranstaltungen gezielt zur Talentsichtung.

Hintergrund:

Der Haushaltsentwurf der Bundesregierung sah eine Reduzierung des Bundeszuschusses von 700.000 Euro auf 350.000 Euro für 2014 vor, sowie die vollständige Streichung der Mittel ab 2015. Nach der Rücknahme dieser Pläne stellt der Bund nun ab 2015 wieder 700.000 Euro jährlich zur Verfügung. Die Durchführung der Bundesfinals im Jahr 2014 wird durch Mittel der Deutschen Schulsportstiftung sichergestellt.

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.

Linkshändigkeit – Praktische Fragen an und für den Kinder- und Jugendarzt

Die Akzeptanz der Linkshändigkeit ist – im Gegensatz zu angloamerikanischen Ländern - in unserem soziokulturellem Umfeld nach wie vor ein Problem. Die Ursachen und Wurzeln dafür sind vielfältig. Sie reichen weit in der Kulturgeschichte zurück. Aussagen wie „die schöne Hand“ sind auch heute noch oft zu hören. Genau hier ist die Grundlage für das Problem mancher Kinder, die originär linkshändig sind, aber durch vielfältige soziokulturelle Einflüsse und Erziehungsmaßnahmen zu vermeintlichen „Rechtshändern“ werden. Es muss angenommen werden, dass manche feinmotorischen Teilleistungsstörungen oder Konzentrationsprobleme bei Vorschul- und Schulkindern dadurch entstehen, dass die eigentliche Dominanz der Hirnhälfte durch die nicht entsprechende Händigkeit in ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit eingeschränkt wird.

In unserer mehr als zehnjährigen Kooperation mit zertifizierten Linkshänder-Berater/innen konnten wir manche Fälle von „umerzogenen“ Linkshändern dokumentieren, die mit der Diagnose „Teilleistungsstörung“ über Jahre und ohne Erfolg ergotherapeutisch „behandelt“ worden waren und erst durch Rückschulung auf ihre originäre linke Hand ihre graphomotorischen Fähigkeiten optimal nutzen konnten. Da in den standardisierten Fragebögen zu den Vorsorgeuntersuchungen bisher leider keine Rubrik „Händigkeit“ existiert, sollen nachfolgend die FAQs zur Händigkeit und Händigkeitsentwicklung für den täglichen Praxisgebrauch beantwortet werden.

Wie lang dauert es, bis sich die Händigkeit festlegt?

Fachleute gehen davon aus, dass Händigkeit angeboren, also genetisch vorgegeben ist und bereits bei Geburt festliegt, ob das Kind links- oder rechtshändig ist. Bei vielen Kindern wird die Händigkeit bereits sehr früh sichtbar. Frühestens nachdem die frühkindlichen Reflexe, bzw. Reaktionen abgebaut bzw. integriert sind, also spätestens ab Ende des 1. bis in das 2. Lebensjahr hinein. Manche Kinder brauchen auch länger, um ihre Händigkeit deutlich zu manifestieren.

Wann sollte die Händigkeit klar sein?

Etwa ein Jahr vor Schuleintritt sollte die Händigkeit und die spätere Schreibhand festgelegt sein. Denn die Kinder beginnen dann bereits Buchstaben zu erfassen und auf dem Papier zu reproduzieren und das sollte möglichst von Anfang an mit der do-

minanten Hand geschehen. Für den Pädiater bietet es sich an, bei den Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig nach dem Handgebrauch zu fragen. Bei der U7 wäre ein Nachfragen nach der bevorzugten Hand sinnvoll, verbunden mit dem Hinweis, dass manche Kinder bereits in diesem Alter eindeutig links- oder rechtshändig sind und dass die Eltern dem Kind mit wechselndem Handgebrauch noch Zeit lassen, jedoch keinen Einfluss auf den Handgebrauch nehmen sollten.

Bei der U8 sollten Kinder, die immer noch unklar in ihrem Handgebrauch sind, zu spezialisierten Fachleuten überwiesen werden. Bei eindeutiger Linkshändigkeit ist zu diesem Zeitpunkt auf den Erwerb passender Linkshandprodukte hinzuweisen und darauf, dass Anordnungen beim Essen und Hantieren auch der Händigkeit des Kindes entsprechen müssen und gegebenenfalls einleitende Hilfestellungen für eine lockere Schreibhaltung erforderlich sind.

Was empfiehlt man, wenn die Mutter eines 4-jährigen berichtet, dass das Kind noch wechselnden Handgebrauch habe?

Das Kind sollte zu einer zertifizierten Linkshänder-Beraterin mit bewegungstherapeutischem Hintergrundwissen überwiesen werden. Eine Klärung der Händigkeit und eine frühzeitige Förderung außerhalb eines „Therapierahmens“ kann mit Sicherheit Kosten und Aufwand für therapeutische Maßnahmen erheblich reduzieren. Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass Leistungen im Zusammenhang mit der Händigkeit gegenwärtig noch keine Krankenkassenleistungen sind und somit nicht als Heilmittelver-

ordnungen rezeptiert werden können. Jedoch haben Kinder mit noch wechselndem Handgebrauch häufig Störungen, die in den Behandlungsbereich von Bewegungstherapeuten gehören.

Ist es sinnvoll, einen Händigkeits-test in der Arztpraxis zu machen?

Es ist nicht sinnvoll, in der Praxis eine Händigkeitstestung durchzuführen, da diese zeitaufwändig ist und ein Spezialwissen und Erfahrung erfordert. Außerdem sollte bei unklarer Händigkeit dieses Thema möglichst wenig vor dem Kind besprochen werden, da manche Kinder ihr Verhalten dem vermeintlich gewünschten Handgebrauch anzupassen versuchen. Etwas Ähnliches gilt für das Verhalten im Kindergarten: Eigentlich linkshändige Kinder versuchen sich dem Handgebrauch der rechtshändigen Kinder „anzupassen“ und damit ihre originäre Händigkeit zu vernachlässigen. Hier ist die unbedingte Unterstützung und Führung durch geschulte ErzieherInnen zu fordern.

Wo gibt es professionelle Unterstützung zur Testung der Händigkeit? Wo gibt es Hilfen?

Es gibt zertifizierte Linkshänder-BeraterInnen nach der Sattler-Methodik zu Händigkeitsfragen (S-MH®), die eine Zusatzausbildung zu Fragen der Händigkeit absolviert haben. Es gibt auch Kindergruppen zur linkshändigen Schreibvorbereitung für Vorschulkinder. Dort bekommen auch Eltern Hilfestellungen zur Entwicklung anderer Fertigkeiten der Hände (www.lefthander-consulting.org).

Hilfestellungen zur Anleitung bei Linkshändigkeit und auch zur Verbesse-

rung der Hand- und Fingermotorik finden sich in der Veröffentlichung „Schreibvorübungen für Linkshänder mit Jobasa“ oder in „Übungen für Linkshänder - Schreiben und Hantieren mit links“.

Was ist zu Hause und im Kindergarten bei linkshändigen Kindern zu beachten?

Für linkshändige Kinder sind zu Hause und im Kindergarten eine Linkshänderschere und ein Linkshänderspitzer von Anfang an notwendig. Weiter sollten Haushaltsgeräte für Linkshänder vorhanden sein (Kartoffelschäler, Dosenöffner, Brotmesser). Asymmetrische Anordnungen beim Essen (z.B. die Aufteilung von Messer und Gabel, des Löffels und der Platz des Bechers) und Hantieren sind an die Händigkeit des Kindes anzupassen.

Die schräge Blattlage beim Malen und ersten Schreibversuchen sollte rechtzeitig angeboten werden und durch eine Schreib- bzw. Malunterlage für Linkshänder unterstützt werden. Beim Spielzeug ist zu beachten, dass Kurbeln und Türen von beiden Händen gut bedienbar sind.

Wie kann man Eltern aus Kulturkreisen beraten, in denen die Linkshändigkeit verpönt ist?

Bei Eltern, aus Kulturkreisen, in denen die linke Hand als die schmutzige, unreine angesehen wird, ist mit Widerständen zu rechnen. Manchmal hilft eine gute Information über die genetischen Ursachen einer Linkshändigkeit. Manchmal ist aber auch die Vorstellung einer negativen Belastung durch Linkshändigkeit so stark, dass wenig Änderung in der Überzeugung möglich ist. In der Beratungsstelle für Linkshänder in München kann man kurze Texte in elf verschiedenen Sprachen bezie-

hen, die zumindest Verständigungsschwierigkeiten, die manche Eltern beim Kinderarzt haben, etwas reduzieren. Übersetzungen des Flyers „*Rechtshänder oder Linkshänder – Wissenswertes*“ sind zurzeit in folgende Sprachen vorhanden: Albanisch, Dänisch, Englisch, Französisch, Italienisch, Polnisch, Russisch, Serbokroatisch, Spanisch, Türkisch, Vietnamesisch.

Welche Hilfestellung brauchen Kinder zum Schulbeginn?

Linkshändige Kinder brauchen zu Schulbeginn Hilfe bei der Schreib- und Stifthaltung. Dazu gehört, dass die zu erlernenden Buchstaben auch am rechten Zeilenende stehen und das Blatt schräg genug



Er sollte lieber auf der anderen Seite sitzen

nach rechts geneigt wird, um beim Schreiben mit dem Füller nicht mit der Hand oder dem Arm über die Tinte zu wischen. Diese Haltung ist aber bereits in der Kindergartenzeit vorzubereiten. Spezielle Linkshänderfüller und weiche Buntstifte sind notwendig.

Das linkshändige Kind muss links neben dem rechtshändigen Kind am Tisch sitzen, damit sie sich nicht mit den Ellbogen beim Schreiben gegenseitig behindern. Das linkshändige Kind sollte möglichst in Fensternähe sitzen, damit es genügend Licht bekommt, denn seine linke Hand überschattet bei der bei uns üblichen Fensteranordnung in Schulklassen das zu Schreibende.

Wo kann man Geräte/Hilfsmittel für Linkshänder beziehen?

Im gut sortierten Fachhandel gibt es bereits die wichtigsten Produkte für Linkshänder. Im Internet finden sich Laden- und Versandgeschäfte speziell für Linkshänder. Eine regelmäßig aktualisierte Liste findet man unter www.lefthanderconsulting.org/deutsch/laeden.htm

Was können Folgeerscheinungen umgeschulter Linkshändigkeit sein?

Wichtige zerebrale Schaltzentren beim Schreiben und feinmotorischen Hantieren unter intellektueller Anforderung unterliegen nicht der Plastizität des Gehirns, das heißt,

auch ein auf rechts umgeschulter Linkshänder bleibt zerebral ein Linkshänder. Typische „Umschulungs“-Folgen bei einem linkshändigen Kind, können sein: Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, Lese- und Rechtschreibstörungen, feinmotorische Schwierigkeiten, Wortfindungsprobleme und ein übersteigter Leistungseinsatz trotz normaler Intelligenz. Diese

Schwierigkeiten können sich zu emotionalen Problemen entwickeln, wie Unsicherheiten, Minderwertigkeitskomplexe, emotionale Störungen, Depressionen.

Gibt es Beidhänder?

Beidhänder, die mit beiden Händen auf einem hohen feinmotorischen Niveau gleich gut sind, gibt es sehr selten. In der Regel haben angeblich beidhändige Kinder Schwierigkeiten im Bereich der Sensomotorik, z.T. auch im propriozeptiven Bereich. Bei den feinmotorisch sehr geschickten Kindern, die zur uneindeutigen Händigkeit neigen, kann, bei genauerer Beobachtung, oft festgestellt werden, dass eine der beiden

Hände durchaus noch besser auf diesem hohen Niveau agiert. Gerade solche Kinder laufen Gefahr, in die falsche Händigkeit hineinzugeraten durch die Orientierung an emotional positiv wahrgenommenen Vorbildern.

Wie hoch ist der Anteil eigentlicher Linkshänder in der Gesellschaft einzuschätzen?

Die zwischen 10 und 15 Prozent angegebenen Zahlen sind vermutlich zu niedrig angesetzt. Der tatsächliche Linkshänderanteil in der Bevölkerung könnte bei 20 - 30 Prozent, möglicherweise sogar etwas höher, liegen. Dieser Annahme liegt die Tatsache zu Grunde, dass gerade kleine Kinder in den frühen Entwicklungsphasen

vor allem durch Nachahmung lernen. So entstehen unbewusste und nicht erkannte Umschulungsprozesse durch die Übernahme von Verhaltensmustern aus der die Kinder umgebenden Welt der Erwachsenen oder der rechtshändigen Kinder.

Literatur bei den Verfassern
Psychotherapeutin Dr. Barbara Sattler
Erste deutsche Beratungs- und Informationsstelle
für Linkshänder und umgeschulte Linkshänder e.V.
Sendlinger Str. 17, 80331 München
Tel.: 089 / 26 86 14
E-Mail: info@lefthander-consulting.org

Dr. Hans Ibel
Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
Schönbornstr. 15,
97440 Werneck
Tel.: 09722/94720
E-Mail: Hans.Ibel@t-online.de

Red.: Kup

Weniger Abtreibungen im 1. Quartal 2014

Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nahm im ersten Vierteljahr 2014 gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum um 0,6 Prozent ab. Im ersten Quartal 2014 wurden rund 27 900 Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland gemeldet.

Knapp drei Viertel (73 %) der Frauen, die im ersten Quartal 2014 einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, waren zwischen 18 und 34 Jahre alt, 16 Prozent zwischen 35 und 39 Jahre. Rund acht Prozent der Frauen waren 40 Jahre und älter. Die unter 18-Jährigen hatten einen Anteil von vier Prozent. Rund 39 Prozent der Frauen hatten vor dem Schwangerschaftsabbruch noch keine Legebendgeburt.

97 Prozent der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche wurden nach der Beratungsregelung vorgenommen. Medizinische und kriminologische Indikationen waren in drei Prozent der Fälle die Begründung für den Abbruch. Die meisten Schwangerschaftsabbrüche (70 %) wurden mit der Absaugmethode (Vakuumaspiration) durchgeführt, bei 17 Prozent wurde das Mittel Mifegyne® verwendet. Sieben Prozent der Frauen ließen den Eingriff in einem Bundesland vornehmen, in dem sie nicht wohnten.

Quelle: Destatis

Red: ReH

Medizin alleine ist nicht genug – Wer helfen will, muss auch organisieren können



Die „Akademie für Globale Gesundheit und Entwicklung“ (AGGE) qualifiziert Ärzte für den Auslandseinsatz

In den Fortbildungen der AGGE lernen Ärzte gemeinsam mit Pflegefachkräften und Public Health Experten, wie Patienten unter einfachen Bedingungen zu versorgen sind und ein funktionsfähiges Gesundheitssystem aufgebaut werden kann.

In vielen Ländern der Welt ist die medizinische Versorgung trotz aller Fortschritte immer noch unzureichend und für zahlreiche Menschen unerreichbar: Die Straßen machen den Weg ins nächste Krankenhaus mühevoll, es fehlt das Busgeld und die Gesundheitszentren kämpfen, die vielen Patienten zu versorgen. Besonders Mütter und ihre Kinder sind gefährdet. 2012 starben laut Weltgesundheitsorganisation 6,6 Millionen Kinder unter fünf Jahren – über die Hälfte dieser Sterbefälle wären leicht vermeidbar gewesen. Durch mangelhafte Ernährung geschwächt, leiden die Kinder gehäuft an Atemwegsinfekten und Durchfällen, die schnell tödlich verlaufen. Die Mütter denken, sie müssen keine Flüssigkeit mehr geben, da sowieso alles wieder herauskommt. Besonders in ländlichen Regionen ohne ärztliche Versorgung warten die Mütter oft hilflos, ob ihr Kind aus eigener Kraft wieder zu auf die Beine kommt.

Immer wieder setzen sich auch deutsche Ärztinnen und Ärzte ein, um diese Menschen medizinisch zu versorgen. Sie reisen mit Entwicklungshilfeorganisationen wie Ärzte ohne Grenzen, Ärzte der Welt oder den German Doctors zu einem Projekteinsatz. Teils sind dies längere Einsätze von zwei bis drei Jahren, teils auch Kurzeinsätze. Immer häufiger möchten auch erfahrene Ärztinnen und Ärzte im Ruhestand ihre Fähigkeiten einbringen und ihr Wissen an lokale Kräfte weitergeben.

Doch wie einen solchen Einsatz planen und sich gezielt darauf vorbereiten? Die „Akademie für Globale Gesundheit und Entwicklung“ (AGGE) bietet ein breites



Spektrum an Kursen in Tropenmedizin und Public Health an, um medizinische Fachkräfte für einen Auslandseinsatz zu qualifizieren.

Ein Klassiker ist der vierwöchige Kurs „Public Health und Tropenmedizin“ in Tübingen. Neben den typischen Infektionskrankheiten wie Malaria, HIV und Tuberkulose werden u.a. auch Kenntnisse in Geburtshilfe, Parasitologie und angepasster Labortechnologie vermittelt. Wer weniger Zeit hat, kann sich im „Grundlagen-seminar“ in Würzburg in die Tropenmedizin einfinden und ggf. vertiefende Wochenendseminare anschließen, z.B. zu Mütter- und Kindergesundheit (nächster Termin: 18.-20. September 2014 in Tübingen). Für Medizinstudierende gibt es eine Sommerakademie in Würzburg, sowie

Möglichkeit zur Famulatur-Vorbereitung an der Universität in Heidelberg.

Neben den diagnostischen und therapeutischen Ansätzen werden in den Vorbereitungsseminaren auch immer die Rahmenbedingungen thematisiert: Wo ist die Malaria verbreitet und warum? Wie kann sie bekämpft werden? Welche präventiven Möglichkeiten gibt es und was sind Handlungsoptionen für die Regierungen und größere Gesundheitsprogramme?

Die AGGE ist ein Zusammenschluss des Missionsärztlichen Instituts Würzburg, des Instituts für Public Health der Universität Heidelberg und des Deutschen Instituts für Ärztliche Mission e.V. (DifaM) in Tübingen. Mit vereinten Kräften wird das Kursangebot in Zukunft weiter ausgebaut. Denn immer stärker werden von den Ärzten im Einsatz auch organisatorische Fähigkeiten verlangt und Kenntnisse zum Klinikmanagement in ressourcenarmen Kontexten. Auch die Logistik zur Versorgung mit essentiellen Medikamenten muss aufgebaut werden, um die Kinder zu versorgen.

Informationen zur Akademie und den Vorbereitungsmöglichkeiten auf einen Auslandseinsatz über: Silvia Golembiewski (golembiewski@difaem.de).



Infos zum aktuellen Kursangebot:
www.agge-akademie.de

Red: ReH

Kinderkommission des Deutschen Bundestages lädt FKE als Experten für gesunde Kinderernährung ein – dauerhafte Finanzierung aber gefährdet

„Gesunde Ernährung von Anfang an ist wesentlich für die Gesundheitsförderung und Prävention weit verbreiteter Krankheiten des späteren Erwachsenenalters, wie etwa Herzkreislauferkrankungen, Diabetes und Osteoporose“, betont Professor Mathilde Kersting, stellvertretende Leiterin des Forschungsinstituts für Kinderernährung anlässlich einer Expertentagung im Deutschen Bundestag. Die Kinderkommission hatte Kersting eingeladen, um die Arbeit des FKE, seine Forschungsarbeiten und praktischen Empfehlungen, darzustellen. Kein schlechter Zeitpunkt, denn gerade erst ist es durch alle Medien gegangen: Die Ernährung in den Kitas ist alles andere als gesund.

Das FKE entwickelt realitätsnahe präventive Konzepte für die Kinderernährung und erforscht deren Wirksamkeit in der heutigen Lebenswirklichkeit von Kindern und Familien.

Die Chancen der frühen Prävention durch gesunde Ernährung von Anfang an müssten optimal genutzt werden, so Prof. Mathilde Kersting.

Konkret bedeute dies, dass die wissenschaftliche Absicherung der Ernährungsempfehlungen, die so genannte Evidenzbasierung, stetig vorangebracht werden müsse, auch wenn dieses in Anbetracht der komplexen Zusammenhänge von Nährstoffen, Lebensmitteln und Ernährungsmustern mit der Entstehung von Krankheiten generell und erst recht im Kindesalter schwierig sei. „Wichtig für die Eltern ist, dass die Empfehlungen effektiv in die heutige Lebenswirklichkeit von Kindern und Familien transferiert werden, also in Produkte, die Convenience, Gesundheit und Geschmack in bestmöglicher Weise kombinieren, und mit einem attraktiven Marketing an Kinder und Jugendliche gebracht werden“, so Kersting weiter. Zurzeit stehen Babybreie im Zentrum der FKE Forschungsstudien, mit Namen wie DINO, Pingu, Baby Gourmet.

Dabei gehe es um wichtige Fragen, z.B. die Nährstoffversorgung mit Eisen als kriti-

chem Nährstoff in der frühen Kindheit, aber auch um omega-3 Fettsäuren aus Fisch und Rapsöl, die wichtig für die kindliche Entwicklung sind. Wichtig sei auch, welche Rolle Tiefkühl-Beikost als Innovation auf dem Lebensmittelmarkt dabei spielen kann. Der gute Geschmack stehe hier natürlich auch im Fokus.

Das FKE bearbeitet diese aktuellen Fragen in Interventions- und Evaluationsstudien unter Praxisbedingungen, mit aktiver Teilnahme von Eltern, Säuglingen und Kindern, sowie von Kitas, Schulen und Essensanbietern aus Dortmund und Umgebung.

Die Ernährungswirklichkeit von Kindern heute wird schon früh und zunehmend mehr von der Verpflegung in Einrichtungen wie Krippen, Kitas und Schulen bestimmt. In dem FKE Konzept der Optimierten



KiTa-Essen oft ungesund

Mischkost wurde dies von vornherein berücksichtigt: die Mahlzeiten in der Familie und in der Gemeinschaftsverpflegung ergänzen sich in einem Baukastensystem.

Beim Trinken hat das FKE bereits in der „trinkfit Studie“ nachgewiesen, wie Schulen – gerade in sozialen Brennpunkten – gesundes Ernährungsverhalten und auf diesem Wege sogar die Prävention von Übergewicht einfach und wirkungsvoll unterstützen können. Wichtig ist, dass die klassische Verhaltensprävention durch Wissensvermittlung mit der Verhältnisprävention durch erleichterten Zugang zu gesunden Nahrungsprodukten geschickt kombiniert wird.

„Jetzt gehen wir der Frage nach, wie die Schulverpflegung nicht nur gesund sondern auch für die Kinder attraktiv werden kann. Da unsere Erhebungen zeigen, dass gerade ältere Schüler sich vom üblichen warmen Mittagessen in der Mensa abwenden und sich Alternativen, wie Sandwiches und Pizza, zuwenden, beginnen wir jetzt damit, kalte Mahlzeiten der Optimierten Mischkost für die Schul-Cafeteria mit Anreiz-Systemen für die Schüler attraktiv zu machen – und erhalten dazu transdisziplinäre methodische Unterstützung von Neuro-Ökonomen der Universität Bonn“, beschreibt Kersting die aktuellen Vorhaben des FKE.

Für einen effektiven Transfer von Forschungserkenntnissen in die Lebenswirklichkeit sieht das FKE – in Übereinstimmung mit der Kinderkommission – die Einbindung der Hersteller als aussichtsreichen Weg, erst recht wenn es darum geht, schwer zugängliche pädiatrische Risikogruppen zu erreichen. Allerdings stellt sich gerade in dem besonders sensiblen Bereich der Kinderernährung die große Herausforderung, die Möglichkeiten und Grenzen einer transparenten Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Wirtschaft in einem offenen und ehrlichen Diskurs

und mit der Bereitschaft zum Kompromiss festzulegen. „Dazu ist der Flankenschutz durch Gesellschaft und Politik unabdingbar“ sagt Kersting, „gerade für ein Institut mit hoher wissenschaftlicher Reputation wie das FKE, dessen dauerhafte Basisfinanzierung aber gefährdet ist. Zahlreiche Institutionen – darunter die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, Dachverband der kinder- und jugendmedizinischen Gesellschaften – setzen sich für eine ausreichende Weiterfinanzierung des FKE ein, damit dieses weiter seine wichtige Arbeit machen kann.“

Bericht vom 117. Deutschen Ärztetag (DÄT) in Düsseldorf

Die gastgebende Kammer Nordrhein hatte die Landeshauptstadt als Tagungsort ausgesucht. Deren einflussreicher Kammerpräsident, Dr. Rudolf Henke, ist nicht nur Vorsitzender des Marburger Bundes (MB), sondern auch für die CDU Mitglied des Bundestags und stellvertretender Vorsitzender des Gesundheitsausschusses.

Bei der Eröffnungsveranstaltung fand der neue Gesundheitsminister Herbert Gröhe viele freundliche Worte ohne wirkliche Konkretisierung irgendwelcher Ziele der Gesundheitspolitik. Allerdings ließ er keinen Zweifel daran, dass die Wartezeit für Facharzttermine eine baldige gesetzliche Regelung finden werde. Dies stößt nicht auf Gegenliebe. In zahlreichen Entschlüssen hat sich der DÄT dazu kritisch positioniert. Beklagt wurde unter anderem die Nichteinhaltung vereinbarter Termine durch die Patienten, die in einer Größenordnung von etwa 20 Prozent angegeben wurde, und die Forderung nach Sanktionen wurde laut.

Seit Jahren wird zwischen Bundesärztekammer (BÄK), privaten Krankenversicherern und Beihilfe unter abwartender Haltung des Gesundheitsministeriums über eine neue GoÄ verhandelt. Wegen des zwischen den Verhandlungspartnern vereinbarten Stillschweigens war der Sachstandsbericht von Dr. Theo Windhorst inhaltlich nicht sehr ergiebig. Dies wurde in zahlreichen Wortbeiträgen teils heftig kritisiert. Somit gibt es bislang nur Windhorsts Versprechen, die neue GoÄ werde zukunftsweisend sein und die wirtschaftliche Lage der Praxen stärken.

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) trocknet aus. Insbesondere die unattraktive Vergütung lässt den ärztlichen Personalbestand schwinden - trotz zahlreicher und mehr werdender Aufgaben. Diesem Problem war ein Hauptthema gewidmet und erwartungsgemäß bestand große Einigkeit im Appell an Bund Länder und Kommunen, den ÖGD finanziell und personell besser auszustatten. Diese Forderung ist für uns Pädiater nichts Neues, schon seit Jahren weisen wir auf die Missstände im ÖGD hin und fordern Verbesserungen.

Ein weiteres Hauptthema war der Schmerzbehandlung gewidmet. Auch bei diesem Themabestand großer Konsens die Schmerzmedizin zu stärken, auch in der Pädiatrie.

Ebenso harmonisch verlief die Diskussion zum Thema Prävention, nichts wirklich Neues für uns Pädiater. In zahlreichen Entschlüssen wurde die Berücksichtigung der Ärzteschaft im Präventionsgesetz gefordert.

Wie in jedem Jahr wurde die Debatte zur Telematik im Gesundheitswesen heftig, kontrovers und emotional geführt. Zahlreiche Entschlüsse fordern von der BÄK eine kritische Distanz mit dem obersten Gebot der Datensicherheit für die Patienten und deren Umsetzbarkeit in der Praxis. Da absolute Datensicherheit wohl nicht mehr zu gewährleisten ist, wird von einer diskussionsstarken Gruppe um die „Freie Ärzteschaft“ die Telematik vollständig abgelehnt. Andere Gruppierungen sehen nur den geplanten Patientendaten-Abgleich zwischen Praxis-PC

und Krankenkasse besonders kritisch. In den vergangenen Jahren hat die „Freie Ärzteschaft“ durch ihre kritische Diskussion Finger in viele Wunden der Telematik gelegt und zahlreiche Nachbesserungen erreicht. Das verdient Respekt.

Die Bundesärztekammer (BÄK) muss sparen. Aber wo? Das sonst sehr trockene Thema Finanzen geriet zu einer interessanten Kontroverse. Sind es doch die Landesärztekammern, die durch ihre Beiträge die BÄK finanzieren. Im kommenden Jahr steigt dieser Beitrag um knapp fünf Prozent und das wird nicht das Ende der Fahnenstange sein.

Resumé: Es wurden viele wichtige Themen abgehandelt mit zahlreichen unterstützenswerten Beschlussfassungen. Leider haben diese keine Rechtsverbindlichkeit, denn die Landesärztekammern sind föderal strukturiert. Aber sie haben politisches Gewicht.

Berufspolitisch wird der DÄT unverändert vom MB dominiert, obwohl die niedergelassenen Ärzte in der Mehrzahl sind. Der MB ist straff organisiert und damit schlagkräftig. Dieses kann man von der zersplitterten Gruppe der Niedergelassenen nicht behaupten. Erfreulicherweise gibt es jetzt seitens der KBV Ansätze, durch bessere Vorgesprächen daran was zu ändern. Hoffen wir auf gutes Gelingen.

Dr. Martin Bolay

Delegierter der ÄKWL, Freie Fraktionsgemeinschaft / Pädiatrie gemeinsam

48151 Münster

E-Mail: bolay@muenster.de

Red: ReH

Rehabilitation für Kinder und Jugendliche – Ein weiterer Baustein der medizinischen Versorgung

Flyer der Deutschen Rentenversicherung informiert Ärzte und Therapeuten

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung können für Kinder und Jugendliche mit chronischen Krankheiten stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen, um die Leistungsfähigkeit in Schule und Alltag wiederherzustellen oder zu verbessern, und damit die Lebensqualität und die spätere Erwerbsfähigkeit nachhaltig zu sichern.

Viele Ärzte kennen diese Möglichkeit aber nicht. Deshalb hat die Deutsche Rentenversicherung ein Faltblatt erarbeitet, das Auskunft über die Ziele, das Indikationsspektrum und die wichtigsten Rah-

menbedingungen in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation durch die Rentenversicherung sowie die Möglichkeiten der Anregung und Beantragung von Rehabilitationsleistungen gibt.

Das Faltblatt ist auch in elektronischer Form im Internet unter www.deutscherentenversicherung-bund.de (Fachinfos → Sozialmedizin → Fachinformationen Rehabilitation → Informationen für Ärzte zum Rehabilitationsverfahren → Kinder- und Jugendrehabilitation) abrufbar.

ReH

Das Leser-Forum



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



Scharlach, von Dr. Nicole Töpfner und Prof. Dr. Reinhard Berner
KiJuA (2014), Heft 5, Seite. 223 ff.

Erstaunt habe ich die Therapieempfehlungen zu Scharlach in diesem Überblickartikel zur Kenntnis genommen. In der 6. Neuauflage des DGPI-Handbuchs (Thieme Stuttgart 2013 pp 509-516) wird sehr viel kritischer mit der antibiotischen Behandlung umgegangen - ohne sie aller-

dings infrage zu stellen. Das war in der 5. Auflage (2009) anders: dort hieß es: "Wenn die verkürzte Ansteckungsdauer vernachlässigt werden könnte und wenn der Patient auf die gering verkürzte Leidensdauer verzichtet, könnte bei gesicherter Nachuntersuchung im Einzelfall auch ohne Antibiotika behandelt werden..." Darauf haben wir uns in den letzten Jahren berufen können. Obwohl inzwischen die antibiotische Therapie auf noch tönernerer Füßen steht und sehr kritisch gesehen wird (6. Auflage p. 513), wird eine „Nicht-Behandlung“ in dem Fortbildungsartikel, der zumal ganz ohne Quellen auskommt, gar nicht erwähnt. Man kann sich aber bei der Option „Nichtbehandlung“ durchaus auf das aktuelle DGPI-Handbuch und nicht zuletzt die AWMF S3-Leitlinie „Halsschmerzen“ berufen.

Unseren Alltag prägen die rezidivierenden Streptokokken-Infektionen / Besiedlungen, die meiner Erfahrung nach bei ständiger frühzeitiger antibiotischer Behandlung viel häufiger sind. Wir alle kennen Kinder, die drei, vier, fünfmal nacheinander „auf Scharlach“ antibiotisch behandelt wurden und werden; wenn man diese nun einmal spontan ausheilen und die Kinder allein gesund werden lässt, ist der Spuk vorbei. Das ist eine Erfahrung, die viele Kollegen teilen, aber dazu gibt es keine Empfehlungen und Daten. Die ambulante Pädiatrie ist leider wissenschaftlich unterrepräsentiert. Ob Kinder nach unbehandelter GAS-Angina weniger häufig rezidivieren, als behandelte, könnte leicht randomisiert geprüft werden. Da nach Bekunden des Ko-Autors, Prof. Berner, ihm das Thema Scharlach, A-Streptokokken u. Tonsillopharyngitis sehr am Herzen liegt, sind solche Studien, die man nur gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten machen kann, außerordentlich wichtig. Diese anzuregen soll Sinn dieses Leserbriefes sein.

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

Red: ReH

Antwort auf den Leserbrief von Dr. Stephan Nolte:

Vielen Dank für den Leserbrief von Herrn Kollegen Nolte zu unserem Fortbildungsartikel „Scharlach“. Der vorliegende Artikel sollte sich vor allem auf die kritische Diagnosestellung des „systemischen“ Krankheitsbildes Scharlach in Abgrenzung zur lokal begrenzten Infektion durch Gruppe A-Streptokokken (GAS) fokussieren. Ziel war es daher primär nicht, auf spezielle Therapieaspekte bei Tonsillopharyngitis einzugehen bzw. Handlungsempfehlungen zur pharyngealen GAS-Kolonisierung zu ge-

ben. Bei diagnostiziertem Scharlach, d.h. einer systemisch wirksamen bakteriellen Infektionskrankheit, steht nach unserer Auffassung der Verzicht auf eine antibiotische Therapie nicht zur Diskussion. Die von Herrn Kollegen Nolte angesprochene rezidivierende GAS-Tonsillopharyngitis und die antibiotische Therapie/Nicht-Therapie der akuten Tonsillopharyngitis sind ohne Frage auch sehr wichtige und interessante Themen, waren jedoch nicht Gegenstand unseres Beitrags.

In der S3-Leitlinie zum Thema „Halsschmerzen“ wie auch im entsprechenden Kapitel des DGPI-Handbuchs wird klargestellt, dass ein für die GAS-Tonsillopharyngitis suggestives Krankheitsbild bei Kindern- und Jugendlichen Voraussetzung zur Durchführung eines Rachenabstrichs zum GAS-Nachweis ist. Ein positives GAS-Testergebnis ist wiederum Vorbedingung für eine antibiotische Behandlung. Die Sorge vor der Entstehung von Folgeerkrankungen, dies stellt die Leitlinie klar, ist per se keine Therapieindikation. Ob im Einzelfall eine antibiotische Behandlung stattfindet, liegt in der Entscheidung des behandelnden Arztes. Die Therapieindikation ergibt sich aus der individuellen klinischen Situation und der individuellen Einschätzung des behandelnden Arztes, ob er/sie eine antibiotische Therapie für sinnvoll und für den Patienten nutzbringend erachtet. Eine Verpflichtung zur Therapie ergibt sich durch das Symptom Halsschmerzen und den gleichzeitigen Nachweis von GAS nicht.

Was das Themengebiet der GAS-Rachenkolonisation und den Umgang mit rezidivierenden Streptokokken-Infektionen angeht, so scheint es offensichtlich sehr unterschiedliche Wahrnehmungen und durchaus verschiedene Erfahrungen unter Kinderärzten zu geben. Ob rezidivierende Streptokokken-Infektionen sich durch eine Nicht-Behandlung mit Antibiotika beeinflussen lassen, mag sein, mag aber auch nicht sein; die Meinungen (nicht zuletzt der niedergelassenen Kinderärzte in Deutschland) zu diesem Thema jedenfalls sind sehr kontrovers. Insofern müsste man diese Fragestellung tatsächlich in einer kontrollierten Studie prüfen. Diese Interventionsstudie bräuchte allerdings ein komplexes Design, viele Zentren und eine große Zahl von Patienten. Dies ginge realistischer Weise – bei anzunehmendem geringem Interesse von Industriesponsoren – nur mit Hilfe einer öffentlichen Förderung, die man ggfs. beim BMBF im Rahmen einer neuerlichen Ausschreibung zur Förderung von klinischen Studien beantragen könnte. Es ist durchaus eine sehr gute Anregung, eine Antragstellung zu diesem oder einem ähnlichen Thema anzustreben. Sie wäre wichtig als Beitrag zur Versorgungsforschung bei Kindern in Deutschland. Sie bräuchte die Mitarbeit vieler Kolleginnen und Kollegen in der Praxis; bei dem großen Interesse an diesem Thema, wie auch an dem Beitrag von Herrn Kollegen Nolte erkennbar wird, könnte dies wohl gelingen.

Dr. med. Nicole Toepfner
Prof. Dr. med. Reinhard Berner
E-Mail: nicole.toepfner@uniklinikum-dresden.de
01307 Dresden

Red.: Huppertz

566 Menschen mit Down-Syndrom beim Deutschen Down-Sportlerfestival in Frankfurt

566 Sportler und 2.500 Gäste sind am 16. Mai aus ganz Deutschland zum zwölften Deutschen Down-Sportlerfestival nach Frankfurt am Main gekommen.

Damit ist das Deutsche Down-Sportlerfestival weltweit die größte und wichtigste Sportveranstaltung für Menschen mit Down-Syndrom. Veranstalter ist die Hexal-Initiative „Für eine bessere Zukunft“, die das Festival seit 2003 durchführt.

Für Petra und Bert Loevenich aus Düren und ihre 18-jährige Tochter Sabrina war das Down-Sportlerfestival eine Premiere. „Sabrina ist begeisterte Tischtennis-Spielerin. Seit Wochen trainiert sie für das Festival und hat sogar zwei Stunden Einzelunterricht genommen“, sagte Bert Loevenich. Jetzt sei sie stolz, dass sie an so einem großen Turnier teilnehmen darf.

Die Emotionen haben die Familie Loevenich überwältigt. „Bei dem feierlichen Einmarsch der Teilnehmer hatten wir Tränen in den Augen“, so Petra und Bert Loevenich unisono.

Großer Ansturm auf Workshops

Sportlicher Ehrgeiz wurde beim Sprinten, Werfen oder Springen, beim



Auf die Plätze, fertig, los....

Torwandschießen, Tennis oder Judo gezeigt. Workshops bereicherten das klassische Sportprogramm: Ob Modenschau, Tanz- oder Musical-Workshops, Golf oder der Trommel-Workshop „Drums alive“ – der Ansturm auf diese Angebote war groß.

Erstmals gab es einen Kung Fu-Workshop, bei dem die Sportler nicht nur erste Tricks zur Selbstverteidigung erlernten, sondern auch Bewegungsabläufe und Koordination trainieren konnten.

Prominente Geschwisterpaare bei der Geschwisterolympiade

Groß war das Interesse an der Geschwisterolympiade, die die Novartis Stiftung FamilienBande in diesem Jahr erstmals im Rahmen des Deutschen Down-Sportlerfestivals veranstaltete. 200 Sportler – 100 Geschwisterpaare – traten miteinander bei Basketball und Torwandschießen, Geschicklichkeitsparcours, Dosenwerfen und Staffellauf an. Mit dabei waren die prominenten Geschwisterpaare Peyman

Amin, bekannt aus „Germany’snext Topmodel“, und sein Bruder Omid, der das Down-Syndrom hat, sowie Bobby Brederlow, Schauspieler mit Down-Syndrom, mit seinem Bruder Gerd.

Doch vor allem stand der Spaß im Mittelpunkt. Egal wer wie weit geworfen hat, gesprungen ist oder wer wann durchs Ziel gelaufen ist – dabei sein war alles und bereits ein großer Erfolg.

Red.: ReH

Für Kinder kranker Eltern wird viel zu wenig getan

Rund drei Millionen Kinder in Deutschland leben in Familien, bei denen mindestens ein Elternteil psychisch krank ist. Und trotzdem sind diese speziellen Bedürfnisse dieser Kinder kaum bekannt und erst recht nicht in der Gesetzgebung verankert.

Dieser Versorgungsmisere soll sich jetzt eine eigenständige Sachverständigenkommission annehmen. Das haben Experten vor dem Familienausschuss nach einem Fachgespräch eingefordert. Die Kommission soll die Bedürfnisse von Kindern psychisch kranker Eltern ermitteln und dann Vorschläge für Anpassungen in der Sozialgesetzgebung erarbeiten.

Notwendig sei dies vor allem deshalb, weil das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ enorm komplex sei und die betroffenen drei Millionen Kinder keine homogene Gruppe darstellten, für die einheitliche Hilfsangebote entwickelt werden könnten, erklärte die Pflegewissenschaftlerin Sabine Metzging. Erschwerend komme hinzu, dass psychisch kranke Eltern die Auswirkungen ihrer Erkrankung auf die eigenen Kinder oftmals unterschätzten oder aber nur sehr zögernd mögliche Hilfen in Anspruch nähmen. Die Bedürfnisse der eigenen Kinder

rückten damit in den Hintergrund. Damit erhöhe sich dann auch die Gefahr, dass die Kinder in einer solchen denkbar ungünstigen Familiensituation selbst an einem psychischen Leiden erkranken.

Der Psychologe Albert Lenz von der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfa-



len legte dar, dass es zwar große Fortschritte bei den Hilfen für die betroffenen Kinder gebe. Allerdings sei man von einer flächendeckenden Versorgung als Regelangebot in den Kommunen noch weit entfernt. Die überwiegende Zahl der bestehenden Angebote werde in Form von zumeist zeitlich be-

fristeten Projekten regionaler Träger oder Stiftungen organisiert und finanziert. Das Hauptproblem liege in der unzureichenden Abstimmung der Sozialgesetzgebung.

Das für die Kinder- und Jugendhilfe relevante Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII) sehe zwar einen umfangreichen Katalog von Hilfen vor, ist aber nur unzureichend mit den anderen Sozialgesetzbüchern verzahnt, kritisierte Jutta Decarli, Geschäftsführerin des Bundesverbandes für Erziehungshilfe e.V. Vor allem das im SGB V geregelte System der Gesetzlichen Krankenkassen sei nicht entsprechend auf das SGB VIII abgestimmt. Die Schnittstellen zwischen den Sozialgesetzbüchern müssten daher dringend reformiert werden.

Speziell für die Pädiater stellten auch die datenschutzrechtlichen Regelungen ein großes Problem dar, so die Experten. Darunter leide schon die Kommunikation zwischen Ärzten und Eltern und erst recht die Kooperation mit den Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe.

Raimund Schmid

E-Mail: schmid@main-echo.net

Red: ReH

Bits + Bytes ● ● ●



Risiken und Nebenwirkungen bei Windows XP Aufrüstungen

Wie schon vor einiger Zeit vorhergesagt, beschert die Abkündigung des kostenlosen Windows XP Supports seitens Microsoft den Servicepartnern der Praxissoftwarehäuser inzwischen ein erkleckliches Umsatzplus. Verunsicherte Software-Anwender, besonders wenn deren Anbieter behaupten, ein sicherer Betrieb wäre ab sofort unter Windows XP nicht mehr möglich, wurden am besten möglichst schnell zur Umstellung überredet. Kriti-

scheren Benutzern gegenüber wurde aber auch schon eingeräumt, dass die Software natürlich weiterläuft, schon weil die Vielzahl aller Anwender wegen logistischer Umstände allenfalls im nächsten Halbjahr umgestellt werden können. Wo man nicht alle Aufträge zeitnah abarbeiten konnte, wurden sogar Wartelisten für Praxen eingerichtet.

Und wer hätte nicht Verständnis für die Reaktionen von Anwendern, denen mit-

geteilt wird, ob die nächste Abrechnung noch mit dem alten XP-System funktioniert, könne momentan nicht garantiert werden? Oder jede Haftung bei technischen Problemen werde von nun an abgelehnt.

Als ob Softwarehäuser für Folgekosten ihrer Fehler andernfalls erfolgreicher in Haftung genommen werden könnten... Ein gängiger Schachzug, der zum Beispiel auch bei der flächendeckenden

Installation von Oracle oder Microsoft SQL-Server Datenbanken angewandt wurde.

Die betroffene Anwender wären, wenn sie den Markt nur etwas besser überblicken würden, sicherlich neidisch auf ihre Kollegen, die Softwareprodukte einsetzen, bei denen es egal ist, welche Windows-Version eingesetzt wird, und deren Softwarehäuser mit ihren Entwicklungsabteilung nicht an der Leine von Microsoft hängen. In der Regel sind das aber eher die kleinen bis mittleren Unternehmen und keine Konzerne.

Im Zuge der Umrüstungen lässt sich oft auch ein anderes interessantes Phänomen beobachten: Im Rahmen der Betriebssystem-Updates werden, wohl weil es in den Gesamtkosten untergeht, von Service-Partnern oft gleich weitere Softwarepakete des Softwarehauses verkauft. Am liebsten proprietäre Software, so dass der Kunde noch abhängiger von seinen bisherigen Systemanbietern wird. Oft wird sogar Software mit für EDV Maßstäbe uralter Technik wie ein auf VisualBasic basierendes Archilino Archiv oder mit langsamen, veralteten Access Datenbanken wie das Praxis-

Archiv verkauft, so dass spätere Upgrades und Umrüstungen vorprogrammiert sind. Und diese Upgrades sind für Softwarehäuser und Betreuer dann die Garantie, dass über Jahre weiteres Geld in die Kassen gespült wird. Wer dagegen alle Aufrüstungskosten plus nebenbei oft auch gestiegene Folgekosten zusammenrechnet, kommt nicht selten zu dem Schluss, dass man von den auflaufenden Kosten schon einen kompletten Wechsel zu einer moderneren oder günstigeren Software finanzieren kann.

Dr. Bernd Byte

Red: ReH

HILFERUF AUS DER ZENTRALAFRIKANISCHEN REPUBLIK

Deutscher Mitarbeiter Bericht: „Kinder nur Haut und Knochen“

Mit einem Hilferuf auf www.unicef.de macht UNICEF seit dem 6. Juni auf die Krise aufmerksam, die sich von der Weltöffentlichkeit kaum beachtet in der Zentralafrikanischen Republik abspielt. Einem aktuellen Bericht zufolge befürchtet UNICEF, dass bis Ende des Jahres 28.000 Kinder an Mangelernährung sterben könnten. Zwei Drittel der Schulen sind geschlossen. Schätzungsweise 6.000 Mädchen und Jungen werden als Kindersoldaten missbraucht. Insgesamt sind rund 2,3 Millionen Kinder durch Gewalt, Vertreibung und Hunger in einer Notlage.

„In Zentralafrika passieren fürchterliche Dinge, die Rechte von Kindern werden gerade mit Füßen getreten“, sagte der deutsche UNICEF-Mitarbeiter Daniel Timme während seines Nothilfe-Einsatzes

in der Zentralafrikanischen Republik. „Besonders erschüttert hat mich ein Besuch der einzigen Kinderklinik in der Hauptstadt Bangui, wo wir eine Abteilung für akut mangelernährte Kinder unterstützen.

Ich habe Kinder gesehen, die nur noch Haut und Knochen sind und die einen fragen anschauen.“

Trotz der schwierigen Sicherheitslage haben UNICEF und Partner seit Dezember unter anderem 6.800 mangelernährte Kinder behandelt, 118 Notschulen in Flücht-

„Das ist eine Frage der Menschlichkeit“, so Daniel Timme. „Man kann natürlich sagen: Das ist doch weit weg von uns in Afrika. Aber vielleicht sollte man nicht vergessen, dass es in Deutschland auch mal eine Zeit gab, in der kein Recht und keine Ordnung geherrscht haben, Kinder gelitten haben, und in der internationale Hilfe geleistet wurde. Und heute ist es vielleicht an uns, zu helfen.“

Die Krise in der Zentralafrikanischen Republik hat im März 2013 mit dem Sturz der Regierung durch Seleka-Rebellen begonnen. Als Gegenreaktion haben sich „Anti-Balaka“ genannte bewaffnete Gruppen gebildet. Beiden Seiten wird vorgeworfen, Zivilisten brutal zu ermorden, darunter Kinder. Seit die Gewalt im Dezember 2013 eskaliert ist, haben die Vereinten Nationen die höchste

Notfallstufe für den afrikanischen Staat ausgerufen. Mittlerweile sind fast eine Million Menschen – ein Fünftel der Bevölkerung – auf der Flucht.

Red: ReH



© UNICEF/Laurent Duvillier

lingscamps eingerichtet und 429 unbegleitete Kinder mit Familienangehörigen zusammgeführt. Für die Nothilfe in den nächsten Monaten braucht UNICEF jedoch dringend mehr Spenden.

Rekordbesuch bei GKinD-Fachtagung in Eisenach

Die diesjährige Fachtagung der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) fand unter dem Titel „Kindermedizin zwischen Alltag und Realität – Auswirkungen auf den klinischen Alltag“ statt und lockte über 170 Kinderkrankenschwestern und –pfleger und Pädiater nach Eisenach.

Privatdozent Dr. Frank Jochum, Berlin, stellte zunächst die gewaltigen Erfolge der Kinder- und Jugendmedizin der letzten Jahrzehnte dar: So konnte die Säuglingssterblichkeit von 23 Prozent Anfang des 19. Jahrhunderts auf 0,3 Prozent im Jahre 2013 reduziert werden. Eine aktuelle Studie, die zehn europäische Regionen verglich, räumt Deutschland bei allen untersuchten Kriterien bezüglich Morbidität und Mortalität den Spitzenplatz ein. Umso kritischer beurteilte Jochum die Auswirkungen politischer Eingriffe der deutschen Gesundheitspolitik der letzten Jahre auf die Kinderkliniken, die oft auch mit angeblichen Qualitätsmängeln im Vergleich zu anderen Ländern begründet werden. Jochum plädierte dafür, in Zukunft die Weiterentwicklung der Kliniken anhand von objektivierbaren Qualitätsindikatoren zu betreiben, die allerdings zunächst noch entwickelt werden müssten.

GBA-Beschluss zur Strukturqualität von Frühchenabteilungen - Fristverlängerung nötig

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Herbst 2013 beschlossen, den Pflegegeschüssel bei der Betreuung von intensivtherapiepflichtigen Frühgeborenen ab 2017 auf eine Pflegekraft pro Frühchen zu setzen. Müssen Frühchen auf einer Intensivstation rund um die Uhr überwacht werden, soll ab 2017 eine Pflegekraft höchstens zwei Kinder betreuen. In der Übergangszeit bis 2017 können die Kliniken von diesem Schlüssel abweichen, müssten dies aber gegenüber dem GBA begründen. Birgit Pätzmann-Sieters, Delegierte des Deutschen Pflegerates im Gemeinsamen Bundesausschuss, veranschaulichte die Auswirkungen dieses Be-

schlusses auf die Kinderkliniken: Derzeit gebe es Abteilungen, bei denen eine Kraft bis zu sechs Frühchen betreuen muss. Um die Anforderungen des GBA flächendeckend erfüllen zu können, sei eine Anpassung der Kalkulationen sowie ein massiver Anstieg der Fachweiterbildungen erforderlich. Jochen Scheel, Geschäftsführer der GKinD, zeigte aber auf, dass selbst unter idealen Bedingungen frühestens im Jahre 2024 Pflegepersonal in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen könnte, um den Strukturanforderungen des GBA zu entsprechen. Deshalb forderte er eine entsprechende Fristverlängerung.

Bundesländer in der Pflicht

Dr. Rudolf Henke, stellvertretender Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages, prangerte die



Dr. Rudolf Henke

fehlende Bereitschaft der Bundesländer an, ihren Pflichten zur Finanzierung der Investitionsmaßnahmen in deutschen Krankenhäusern nachzukommen: Bei der Einführung der dualen Finanzierung in den 70er Jahren finanzierten die Länder über ihren Investitionsanteil noch über 20 Prozent der Ausgaben von Krankenhäusern. Heute sind es weniger als vier Prozent.

Deshalb geschrieben z. B.

in Niedersachsen zwei Drittel der Kliniken rote Zahlen. Die in den nächsten Tagen erstmals zusammenkommende Bund-Länder-Kommission müsse dieses Investitionsproblem lösen, um die Finanzierung der Krankenhausbehandlung wieder auf solide Grundlagen zu stellen. Henke versprach, die Sorgen der Kinderkliniken um eine adäquate Personalausstattung der Pflege in die Beratungen des Gesundheitsausschusses einzubringen, das Auditorium nahm dieses Versprechen mit eher mäßiger Begeisterung auf.

Schwierige Aufgabe: Die Arbeit von Ethik-Komitees in Kinderkliniken

In einem eindrucksvollen Vortrag stellte Pfarrer Ulrich Laws, Klinikseelsorger der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln, die anspruchsvolle Arbeit von Ethik-Komitees in pädiatrischen Kliniken dar. Anhand des Falls eines siebzehnjährigen Patienten mit einem inoperablen Tumor legte er dar, mit welcher schwierigen ethischen Problemstellungen Klinikteams sich häufig auseinandersetzen müssen, insbesondere wenn die Wünsche des Patienten und die der Angehörigen nicht übereinstimmen. Als gangbaren Weg für eine ethische Fallbesprechung empfahl Laws die Nimwegener Methode (www.aekno.de/downloads/archiv/2000.05.022.pdf). Die gespannte Aufmerksamkeit der Zuhörer und die angeregte Diskussion zeigten, wie sehr die Aufgabe einer ethisch optimal verantworteten Behandlung und Versorgung von Patienten Kinderkrankenschwestern und Pädiatern am Herzen liegt.

Die nächste Fachtagung der GKinD wird am 27. und 28. Mai 2015 in Würzburg stattfinden.

Stephan Eßer
E-Mail: stephan.esser@uminfo.de

Red: ReH



Plötzlich auftretende Bewegungsmuster im Kindesalter und ihre Differenzialdiagnose

Nicht epileptische paroxysmale Bewegungsstörungen treten häufig – altersabhängig – im Kindesalter auf. Auf den ersten Blick lassen sie sich nicht immer sicher von epileptischen Anfällen zu unterscheiden. Alles, was paroxysmal, plötzlich auftritt, wird in Unkenntnis der Differenzialdiagnose häufig mit epileptischen Anfällen assoziiert, zumal auch das Spektrum epileptischer Anfälle im Kindesalter – wiederum altersabhängig – besonders groß ist. Eine gute Beschreibung durch die Eltern mit gezielten anamnestischen Nachfragen und nach Möglichkeit direkter Beobachtung des Ereignisses sollten die richtige Diagnose mit Abgrenzung aber ermöglichen. Eine videographische Dokumentation kann dabei sehr hilfreich sein! Jedes Handy oder Smartphone verfügt über eine Videofunktion! Natürlich müssen die Eltern so „cool“ sein und in der für sie belastenden Situation einer unklaren paroxysmalen Bewegung diese dann auch noch videographieren.

Unabhängig vom Alter leiden zwischen 0,8 % und 1,0 % der Menschen an Epilepsie. Epileptische Anfälle sind mit einer Inzidenz zwischen 80-100 / 100.000 im Kindesalter eine häufige Erkrankung; Prävalenzstudien im Kindesalter zeigen für eine aktive Epilepsie eine Rate zwischen 3 und 6 / 1000 Kinder.

Bereits intrauterin ist die Differenzialdiagnose zwischen Kindsbewegungen und intrauterinen epileptischen Anfällen zu bedenken, die Diagnose ist fast ausschließlich über die gezielte Anamnese zu stellen: Mütter beschreiben auffällige monotone rhythmische fetale Kindsbewegungen – „wie das Ticken einer Uhr“, die oft lange andauern. Der klassische Anlass, nach intrauterinen epileptischen Anfällen zu fragen, sind angeborene Stoffwechselstörungen, z.B. die pyridoxinabhängige Epilepsie, die gehäuft mit bereits intrauterinen epileptischen Anfällen einhergeht. Besonders ernst zu nehmen sind derartige Beschreibungen, die während wiederholter Schwangerschaften auftreten. Im Falle einer Pyridoxinabhängigkeit lassen sich mögliche intrauterine epileptische Anfälle gezielt mit Pyridoxin über die Mutter unterdrücken, was dann der Beweis einer intrauterin beginnenden Epilepsie wäre.

Wie bei allen Bewegungsstörungen sind auch für die Diagnose eines epileptischen Anfalls die exakte Beobachtung/Beschreibung und der entsprechende EEG-Befund unerlässlich. Diese wird gestellt nach klinischem Befund mit ausführlicher Anamnese und entsprechender Zusatzdiagnostik, z.B. dem EEG-Befund.

Bei einem gemeinsamen Auftreten nicht epileptischer Bewegungsstörungen und epileptischer Anfälle kann die Differenzialdiagnose besonders schwer sein. Insgesamt ist man bei Kindern mit Entwicklungsstörung schnell geneigt, auffällige Bewegungsmuster, die sich dann auch noch repetitiv rhythmisch präsentieren, einer Epilepsie zuzuordnen.

In größeren Kollektiven haben bis zu 20 % der Patienten mit vermuteter Epilepsie keine Epilepsie, sondern eine der zahlreichen paroxysmal auftretenden Bewegungsstörungen.

Das EEG allein entscheidet nicht über die Diagnose „Epilepsie“, sondern nur die Zusammenschau aus klinischem Bild und EEG-Befund ist diagnostisch richtungweisend. So ist das EEG sehr hilfreich für die Diagnose „Epilepsie“, ein interiktales EEG allein kann aber weder einen epileptischen Anfall – eine Epilepsie – beweisen noch sicher ausschließen. In Routine-EEG-Ableitungen zeigen 3–4 % der Kinder epilepsietypische Potentiale, ohne jemals einen epileptischen Anfall gehabt zu haben.

Wenn an der Diagnose einer Epilepsie Zweifel bestehen, sollte mit dem Beginn einer antiepileptischen Behandlung sehr kritisch und im Zweifelsfall zurückhaltend umgegangen und der weitere Verlauf abgewartet werden. Im Zweifelsfall ist es sinnvoller, weitere Ereignisse abzuwarten und die differenzialdiagnostischen Überlegungen zu erweitern, ergänzt durch wiederholte EEG-Ableitungen, auch als 24 Stunden-Mehrtages-EEG. Eine falsch positive Diagnose „Epilepsie“ mit allen Konsequenzen ist ungünstiger als das Zuwarten bis zum nächsten möglichen epileptischen Anfall. Gerade im Kindesalter sollte das große Spektrum nicht epileptischer, altersabhängiger Bewegungsstörungen in die differenzialdiagnostischen Überlegungen einbezogen werden (Tab. 1)!

Im Folgenden wird die klinische Symptomatik der häufigen nicht epileptischen Bewegungsstörungen für die differenzialdiagnostischen Überlegungen dargestellt.

Affektkrämpfe – breath holding spell attacks

Affektkrämpfe treten typischerweise im Kleinkindesalter auf, bis zu 4 % der Kinder unter fünf Jahren erleiden einen Affektkrampf. Unterschieden wird zwischen der



Univ.-Prof. Dr.
Gerhard Kurlemann
Dr. Barbara Fiedler

Mit veränderter Bewusstseinslage
Synkopen – Vasogen-kardiogen (Herzrhythmusstörungen, supraventrikulär)
Affektkrämpfe – breath holding spell (zyanotisch vs. blass) Atypische Migräne/ „konfusionelle“ Migräne
Narkolepsie/Kataplexie
Bewegungsmuster aus dem Schlaf heraus
Benigne Schlafmyoklonien des Säuglings
Jactatio capitis et corporis nocturna
Pavor nocturnus
Ohne Veränderung der Bewusstseinslage
Ticstörungen
Schauerattacken – Shuddering
Benigner paroxysmaler Schwindel
Selbststimulation
Benigner frühkindlicher Myoklonus
Benigner paroxysmaler Torticollis
Spasmus nutans
Sandifer Syndrom
Benigner paroxysmaler Aufblick
Paroxysmaler benigner Abblick
Kinesiogene Choreoathetose
Hyperekplexie
Transiente Dystonie des Kindesalters
Opsklonus-Myoklonus Syndrom – Kinsbourne Syndrom –
Alternierende Hemiplegie des Kindesalters
Hyperventilationsattacken
Panikattacken
Psychogene nicht epileptische Anfälle
Bewegungsmuster bei emotionalen Situationen
Münchhausen Syndrom by proxi/Münchhausen-Stellvertreter Syndrom

Tab. 1: Differenzialdiagnose paroxysmaler Bewegungsstörungen

häufigen zyanotischen Form (80 %) und dem blassen Affektkrampf (20 %). Der zyanotische Affektkrampf ausgelöst durch unterschiedliche Ereignisse – z.B. Kind bekommt seinen Willen nicht – hat durch die Totraumventilation eine längere Anlaufzeit bis zum Bewusstseinsverlust. In der Endphase der zerebralen Hypoxie, häufig wenn die ansteigende CO₂-Konzentration schon wieder atemantreibend wirkt und die Erholungsphase einleitet, kommt es zum Auftreten kurzer schultergürtelbetonter Myoklonien, die nicht mit epileptischen Zuckungen verwechselt werden dürfen. Im Gegensatz dazu tritt die blasser Synkope – häufig schmerzinduziert – schlagartig auf.

Die Dauer der Symptomatik ist mit einer Minute deutlich kürzer als ein epileptischer Anfall, ein Nach-

schlaf fehlt in der Regel. Als Ausdruck der zerebralen Ischämie finden sich im EEG hochgespannte Theta-Delta-Wellen ohne epileptische Potentiale, auch nicht während der kurzen Myoklonien. Die Langzeitprognose ist gut, die Symptomatik ist in der Regel selbstlimitierend, eine Therapie nicht erforderlich.

Bei Kindern mit Affektkrämpfen sollte ein Eisenmangel systematisch ausgeschlossen werden, ggf. entsprechend durch Eisensubstitution behandelt werden.

In einem Kollektiv von 91 Kindern mit zyanotischen Affektkrämpfen hatten 63 einen Eisenmangel, der durch eine orale Eisensubstitution ausgeglichen wurde. Nach drei Monaten Nachbeobachtung waren die Affektkrämpfe in der Gruppe mit Eisensubstitution im Vergleich zur Gruppe ohne Eisenmangel und ohne Eisensubstitution signifikant rückläufig.

Die mentale Prognose der Affektkrämpfe ist gut. Bei Vertiefung der Anamnese besteht häufig familiäres Auftreten. Tabelle 2 stellt die Symptome der Affektkrämpfe dem epileptischen Anfall gegenüber.

Schlüsselsymptome: längere „Anlaufzeit“, auslösender Affekt, Totraumventilation, Zyanose, Bewusstseinsverlust, schultergürtelbetonte Myoklonien in der Endphase der Totraumventilation – vergleichbar mit Myoklonien bei Synkopen (Tab. 2).

Jactatio capitis et corporis nocturna

Die Jactatio capitis et corporis nocturna ist gekennzeichnet durch rhythmische stereotype schlagende Bewegungen des Kopfes oder Körpers zu Beginn des Schlafes aus dem Schlafstadium I heraus oder während kurzer Arousal-Episoden aus dem Schlafstadium II; auch während des Mittagsschlafes. Häufig sind Kopffrollbewegungen oder Kopfschlagen; beim Kopfschlagen kann es selten auch mal, wenn die Bettbegrenzung nicht abgepolstert ist, sogar zu Kallusbildung der Kalotte kommen. Die Dauer der Jactatio schwankt zwischen 30 Sekunden und 30 Minuten, in > 60 % der Fälle tritt die Jactatio um den 9. Lebensmonat auf und sistiert in der Regel bis zum 5. Lebensjahr.

Schlüsselsymptome: rhythmische Kopf-/Körperbewegungen, gebunden an den Leichtschlaf; egal, um welchen Schlaf es sich handelt. Auch aus dem Mittagsschlaf heraus.

Synkope

Synkopen sind häufige Ereignisse im Kindes- und Jugendalter, wenngleich exakte Inzidenzzahlen fehlen. So wird geschätzt, dass bei etwa 30–50 % der Kinder bis zur Adoleszenz ein synkopales Ereignis auftritt.

Eine Synkope ist ein kurzfristiger, passagerer Bewusstseinsverlust bedingt durch eine vorübergehende zerebrale Perfusionsminderung. Die Abnahme der zerebralen Perfusion auf < 30 ml/100 gr. Hirngewebe/Minute führt zum synkopalen Ereignis mit Verlust des Muskeltonus und spontaner Erholung in horizontaler Lage des Körpers.

Unterschieden werden kardio-vaskuläre und neurokardiogene Synkopen, wobei gerade im Kindesalter die neurokardiogene Synkope (vasovagale Synkope) am

	Zyanotische Affektkrämpfe	Blasse Affektkrämpfe	Tonisch-klonische Anfälle
Familienanamnese	häufig +	häufig +	variabel
Alter	Sgl. – Kleinkind	Sgl. – Kleinkind	jedes Alter
Auslöser	Wut, Ärger, Schmerz	plötzlicher unerwarteter Reiz	Schlafentzug
Symptome	heftiges Weinen, Totraumventilation, Apnoe, Bewusstseinsverlust, Opisthotonus, kurze Klone	alles kürzer	ton.-klon. Zuckungen, Bewusstseinsverlust
EKG	primäre Tachycardie	primäre Bradycardie/Asystolie	Tachycardie
EEG	Normal	Normal	epilepsietypische Potentiale

Tab. 2: Gegenüberstellung Affektkrampf – epileptischer Anfall

	Synkope	epileptischer Anfall
Beginn	Prodomi: Schwitzen, schwarz vor Augen, Schwindel, Palpitationen	plötzlich
Position	Stehen, seltener Sitzen	variabel
Muskelaktivität	überwiegend hypoton	Variabel: tonisch: Tonus erhöht, Klonisch: nicht unterdrückbar
Hautfarbe	blass	variabel
Tonische Phase	kurz	ausgeprägt
Myoklonien	kurz, multifokal	heftig, symmetrisch, rhythmisch
Reorientierung	rasch	variabel – länger
Zungenbiss	3 %	lateral, 30 %
Verletzung	seltener	nicht selten
Einnässen	25 %	25 %

Tab. 3: Symptome Synkope vs. epileptischer Anfall

häufigsten auftritt. Extrem selten kann ein epileptischer Anfall durch eine Synkope getriggert werden.

In Abhängigkeit der klinischen Symptomatik, insbesondere bei Auftreten heftiger multifokaler Myoklonien und Einnässen wird der Verdacht schnell auf einen epileptischen Anfall gelenkt.

Eine gründliche Anamneseerhebung mit Erfassung von Prodomi wie Schwarzwerden vor den Augen durch Minderperfusion der Retina oder veränderter Hörwahrnehmung durch Minderperfusion des Innenohres, Schweißausbruch in Situationen mit langem Stehen in überfüllten, schlecht gelüfteten Räumen führt zur Diagnose Synkope.

Das Auftreten einer Synkope während körperlicher Betätigung sollte immer an ein Long-QT-Syndrom denken lassen.

Tabelle 3 grenzt die Synkope vom epileptischen Anfall ab, in Tabelle 4 sind mögliche Symptome einer Synkope der Häufigkeit nach aufgeführt. Tabelle 5 gibt eine Übersicht über die wichtigsten Abklärungsschritte in Abhängigkeit des klinischen Bildes.

Schlüsselsymptome: Schwarzwerden vor den Augen, Hören wie durch Watte, Schweißausbruch, langes Stehen, schlecht gelüftete Räume

Kataplexie / Narkolepsie

Die Narkolepsie ist im Kindesalter ein seltenes, aber wichtiges Krankheitsbild für die Differenzialdiagnose zu epileptischen Anfällen. In Einzelfällen tritt sie bereits vor dem 4. Lebensjahr auf. In 30 % der Fälle beginnt das Krankheitsbild bereits mit emotional getriggerten kataleptischen Zuständen schon vor dem 15. Lebensjahr. Das Vollbild besteht aus Symptomen wie vermehrter Tagesschläfrigkeit, Kataplexie (emotional getriggert Tonusverlust), hypnagogen Halluzinationen und Schlaf-lähmung. Bei der Schlaf-lähmung handelt es sich um eine Persistenz der muskulären Atonie des REM-Schlafes, die durch körperlichen Kontakt unterbrochen werden kann.

Myoklonien	90 %
Automatismen	80 %
Geöffnete Augen und Bulbusdeviation	75 %
Halluzinationen	40 %
Vokalisation	40 %
Generalisierte Tonuserhöhung	10 %
Einnässen	25 %

Tab. 4: Mögliche Symptome einer Synkope

Tab. 5: Empfehlungen der Society of Cardiology zur Klärung der Ätiologie einer Synkope

Das Ergebnis der Erstbefundung (Anamnese, Untersuchung, orthostatische Blutdruckmessung, EKG) ist diagnostisch für die Synkope in folgenden Situationen:
Vasovagale Synkope: ausgelöst durch Furcht, Schmerz, emotionalen Stress, Blutabnahme mit „Sehen“ des Blutes, langes Stehen mit typischen Prodromi wie Schwarzwerden vor den Augen, Wärmegefühl, Hören wie durch Watte, vermehrte Speichelproduktion, etc.
Situationsgebundene Synkope: während oder unmittelbar nach Miktion, Defäkation, Husten, Schlucken
Orthostatische Synkope: Orthostatische Hypotension mit synkopaler oder präsynkopaler Reaktion
Blutdruckprofil (Schellong-Test): RR-Messung nach 5 Minuten aufrechten Stehens über 3 Minuten: eine Abnahme des systolischen Blutdrucks um 20 mm Hg oder ein Absinken des systolischen Druckes auf < 90 mm HG ist definiert als orthostatische Hypotension unabhängig vom Auftreten klinischer Symptome
Herzrhythmusstörungen:
Brugada-Syndrom
Besondere Formen
– Sinusbradycardie < 40 Schläge/Min. oder repetitive sinuatriale Blockierungen oder Sinuspause > 3 Sek.
– Mobitz II oder III
– alternierender Links- und Rechtsschenkelblock
– paroxysmale supraventrikuläre oder ventrikuläre Tachykardie
– Schrittmacherfehlfunktionen
Im Kindesalter besondere Vorsicht und Aufmerksamkeit bei folgenden Auslösern:
– Synkope nach lauten Geräuschen, extremen emotionalem Stress, Enttäuschung
– Synkope während körperlicher Anstrengung – Beinahe-Ertrinken
– Synkope aus der Ruhe heraus
– familiäre Belastung mit plötzlichem Tod junger Menschen bei Alter < 30 Jahren
Nach Brignole M and The Task Force on Syncope, European Society of Cardiology 2004

Zur Diagnose führt der multiple Schlaflatenztest sowie Nachweis des HLA-Antigens DR2 und Dqw1 (bei 90 % der Betroffenen) mit einer Verminderung von Hypokretin im Liquor (Durchführung einer Lumbalpunktion).

Wenn die Symptome einer Kataplexie bei Kindern mit Behinderung und Splenomegalie auftritt, muss ein Morbus Niemann Pick Typ C ausgeschlossen werden. Ein wichtiger Hinweis auf einen M. Niemann Pick Typ C ist eine vertikale Augenblickparese, die gerade bei dieser Erkrankung – neben anderen Symptomen – gehäuft nachweisbar ist. Eine frühzeitige Erkennung ist wichtig, da diese Form der neuronalen Lipidspeicherkrankheit mit Miglustat behandelbar ist.

Schlüsselsymptome: emotional getriggerteter Tonusverlust, Schlaflähmung; cave: bei vertikaler Blickparese mit Kataplexie an Niemann Pick Typ C denken!

Restless legs-Syndrom

Das Restless legs-Syndrom kann bereits im Kindesalter auftreten, wenngleich der Erkrankungsgipfel eindeutig im Erwachsenenalter liegt. Die Kinder klagen über nächtliche rhythmische Bewegungen der Beine. Wenn sie heftiger sind, können sie durchaus als Symptom eines Frontallappenanfalls verwechselt werden.

Folgende Symptomenkonstellation spricht für ein Restless legs-Syndrom:

- a) deutliche Betonung der Symptome abends und nachts
- b) Bewegungsdrang der Beine begleitet von Missempfindungen (cave: Kleinkinder geben eher Schmerzen an, als dass sie Missempfindungen beschreiben können)
- c) Auftreten in Ruhe und Entspannung – Linderung durch körperliche (beinmuskuläre) Aktivitäten
- d) allgemein motorische Unruhe wie Wälzen und Drehen im Bett mit Massieren der Wade (kann Erleichterung bringen, DD nächtliche Wachstumsschmerzen).

Eine videographische Dokumentation neben der recht typischen Anamnese kann hilfreich sein. Auch hier ist die Untersuchung des Eisenstoffwechsels sinnvoll, da bei Ausgleich eines Eisenmangels die Symptome sistieren können; der Zusammenhang zwischen Eisenmangel und RLS ist noch unklar. Ansonsten kann auch niedrig dosiertes Dopamin bei hohem Leidensdruck hilfreich sein. Eine wichtige Nebenwirkung einer längeren Dopamintherapie ist die Augmentation der Symptome.

Schlüsselsymptome: wie bei Erwachsenen unruhige Beine, betont bei Entspannung, Einschlafen

Benigne Schlafmyoklonien des Säuglings

Bei den benignen Schlafmyoklonien des Säuglings handelt es sich um eine klinische Diagnose. Oft schon in

den ersten Lebenstagen beginnend, im non REM-Schlaf auftretend, sind fokale, multifokale oder generalisierte bilateral synchrone Myoklonien, häufig die oberen Extremitäten betreffend, das führende Symptom. Diese können hochfrequent in Clustern auftreten. Im EEG findet sich kein pathologischer Befund; durch Erwecken lassen sich die Myoklonien sofort unterbrechen. Die Kinder haben kein neurologisches Defizit. Die Myoklonien sistieren in der Regel zwischen dem 3. und 6. Lebensmonat, nur selten persistieren sie bis ins Kleinkindesalter. Die benignen Schlafmyoklonien können wie die autosomal dominanten benignen Neugeborenenanfälle autosomal dominant auftreten; molekulargenetisch konnten Veränderungen im KCNQ2- und KCNQ3-Gen (autosomal dominante Neugeborenenanfälle) nicht nachgewiesen werden.

Schlüsselsymptom: Myoklonien aus dem non REM-Schlaf heraus, unterbrechbar durch Erwecken des Kindes

Benigner frühkindlicher Myoklonus

Der benigne frühkindliche Myoklonus tritt bei gesunden Kindern im ersten Lebensjahr (3.–15. Lebensmonat) auf. Er ist gekennzeichnet durch Beugebewegungen des Halses begleitet von Schüttelbewegungen des Kopfes und der Axialmuskulatur; er tritt nur im Wachen auf, mehrmals am Tag, häufig in Clustern, was immer wieder zu Verwechslungen mit BNS-Anfällen führt. Faziales Grimassieren kann ein Begleitphänomen sein. EMG-Untersuchungen haben tonische Entladungen länger als 200 msec gezeigt, sodass es sich nicht um typische Myoklonien, sondern eher tonische Entladungen handelt und der Terminus Myoklonus nicht ganz korrekt ist. Das Bewusstsein ist immer erhalten, begleitende Augenbewegungsstörungen fehlen. Das EEG ist immer normal. Nur in Ausnahmefällen ist eine EEG-Langzeitableitung zum sicheren Ausschluss einer Epilepsie notwendig. Der Verlauf ist selbstlimitierend, gelegentlich dauert er nur wenige Wochen, immer aber sistiert die Symptomatik bis zum zweiten Geburtstag.

Schlüsselsymptome: selbstlimitierende Myoklonien des Kopfes und der Axialmuskulatur im Wachen.

Pavor nocturnus

Mit einer Inzidenz von 3,5 % treten bei Kindern im Alter zwischen 4 und 12 Jahren nächtliche paroxysmale Angstzustände mit häufig dramatischem Charakter auf, begleitet von angstvollem, inhaltlich durchaus verständlichem Schreien. 1–2 Stunden nach dem Einschlafen „erwachen“ die Kinder plötzlich, sitzen angstvoll im Bett, laufen durchs Zimmer und wehren häufig Zuwendung der Eltern ab; die Augen sind dabei weit geöffnet, die Pupillen können erweitert sein. Es besteht Amnesie für diese Zeit.

Der Pavor nocturnus ist an den non REM-Schlaf (Stadium 3 und 4) im Übergang zum REM-Schlaf gebunden und beeinflusst daher nicht das Träumen. Durch das typische Verhalten der Kinder lässt sich die Diagnose klinisch stellen. Der Verlauf ist immer selbstlimitierend.

Stress als Auslösefaktor wird immer wieder diskutiert, ist aber nicht belegt. Nächtliche Frontallappenanfälle mit stereotyper, häufig hypermotorischer Symptomatik, können einem Pavor nocturnus ähneln; das Auftreten auch tagsüber erlaubt dann die richtige Zuordnung. In der Regel spontan sistierend, selten bis in Erwachsenenalter andauernd.

Schlüsselsymptome: Auftreten in den ersten beiden Stunden nach dem Einschlafen, Agitation und Konfusion, Zurückweisen elterlicher Zuwendung, retrograde Amnesie.

Tic-Störungen

Das klinische Spektrum der Tic-Störungen ist im Kindesalter vielgestaltig. Das Spektrum reicht vom einfachen „nervösen“ Tic bis hin zu komplexen Störungen, die oft klinisch ausgestaltet und nicht immer gleich erkennbar sind. Bizarres Muster, Zunahme bei Beachtung, Abnahme bei Nichtbeachtung, inkonstantes Bewegungsmuster, bei Mädchen rhythmisches Einknicken in den Knien (häufigstes Muster), und die Fähigkeit der Patienten, ihren Tic für kurze Zeit willentlich zu unterdrücken, sind wichtige Symptome, die für eine Tic-Störung sprechen.

Zusatzdiagnostik wie EEG und weitere elektrophysiologische Untersuchungen bleiben immer ohne richtungsweisende Befunde. Viele Tic-Störungen sind ebenfalls selbstlimitierend. Hilfreich kann je nach Leidensdruck, häufig mehr bei den Eltern als beim Kind, Psychotherapie oder in besonders hartnäckigen Fällen eine medikamentöse Behandlung sein.

Schlüsselsymptome: bizarres ungeordnetes Bewegungsmuster, situationsgebunden verstärkt, willentlich unterdrückbar

Schauerattacken- Shuddering attacks

Bei den Schauerattacken tritt eine plötzliche Änderung der Körperhaltung auf – als würde kaltes Wasser über den Körper gegossen – mit Anspannung der Muskulatur von kurzer Dauer und Schüttelbewegungen. Der Kopf ist dabei gebeugt oder zur Seite geneigt, Beine und Arme sind adduziert, wobei die Arme auch gebeugt sein können. Der Beginn ist im Säuglings- und Kleinkindesalter mit variabler Frequenz und kurzer Dauer des Auftretens. Der Verlauf ist immer selbstlimitierend, die EEG-Diagnostik immer unauffällig.

Schlüsselsymptome: paroxysmale Anspannung, Ganzkörper-Schütteln

Benigner paroxysmaler Schwindel

Im Alter zwischen 1 und 3 Jahren plötzlich auftretender Schwindel ohne Aura, von kurzer Dauer bis zu einer Minute. Die Kinder sind blass, ängstlich, drängen sich an die Mutter, um sich festzuhalten oder legen sich auf den Boden, um nicht zu stürzen; häufig tritt begleitend ein Nystagmus auf; Funktionsstörungen des Labyrinths sind beschrieben. Das Bewusstsein ist nicht gestört. Der Verlauf ist selbstlimitierend bis zum Eintritt ins Schulalter, eine Therapie nicht nötig. Ähnlich wie beim paroxysma-

len Torticollis wird eine Beziehung zur Migräne diskutiert. In der Anamnese daher immer nach familiärer Migräne fragen! Wegen des altersbedingten Unvermögens einer Zustandsbeschreibung durch das Kind selbst besteht leicht eine Verwechslung mit komplexen Partialanfällen; der fehlende Bewusstseinsverlust sollte jedoch die richtige Zuordnung ermöglichen. Hier kann ein EEG zur DD hilfreich sein.

Schlüsselsymptome: Schwindel kurzer Dauer mit vegetativen Symptomen, Bewusstsein erhalten

Benigner paroxysmaler Torticollis

Beim benignen paroxysmalen Torticollis besteht wahrscheinlich eine enge Beziehung zum paroxysmalen benignen Schwindel wie auch zur Migräne. Die Manifestation ist im ersten Lebensjahr. Die Schiefhalsattacken dauern von mehreren Minuten über Stunden bis zu Tagen, begleitet von rezidivierendem Erbrechen. Als Zeichen einer Labyrinthbeteiligung können rollende Augenbewegungen auftreten. Der Verlauf ist selbstlimitierend, zum Ausschluss pathologischer intrazerebraler Prozesse ist bei der Erstattacke eine zerebrale Bildgebung notwendig. Familiäre Verläufe können vorkommen. Eine Beziehung zur Migräne wird diskutiert, da viele Kinder im Verlauf ihres Lebens eine Migräne bekommen, daher sollte immer nach familiärer Migräne gefragt werden! Differenzialdiagnostisch sollte beim Erstauftreten auch an ein Sandifer-Syndrom und eine paroxysmale Vertigo, zu dem die Grenzen fließend sind, gedacht werden.

Schlüsselsymptome: Paroxysmaler Schiefhals unterschiedlicher Dauer, Erbrechen, selten begleitende Augenbewegungsstörungen

Sandifer-Syndrom

Beim Sandifer-Syndrom stehen Torsionsbewegungen des Halses und Rumpfes, begleitet von Wippbewegungen des Körpers und Stimmungsveränderungen des Kindes, im Vordergrund. Die Symptomatik tritt häufig an die Nahrungsaufnahme gebunden auf – bis zu 30 Minuten nach dem Essen; Spucken oder Würgen nach dem Essen sollten ebenfalls an ein Sandifer-Syndrom denken lassen. Die abklärende Untersuchung besteht in der Suche nach einem gastroösophagealen Reflux, einer Hiatushernie oder ösophagealen Dysmotilität, da diese überdurchschnittlich häufig begleitend auftritt. Nach operativer Korrektur des Reflux oder der Hernie sistiert die Symptomatik. In vielen Fällen besteht bereits seit der Säuglingszeit ein Erbrechen. Eine häufige Verwechslung der Sandifer-Symptomatik sind tonische epileptische Anfälle, insbesondere bei retardierten Kindern mit Epilepsie, oder dystone Attacken. Eine isolierte Tonuserhöhung konnte nur in 30 % als epileptisches Phänomen gesichert werden.

Schlüsselsymptome: paroxysmale Tonuserhöhung mit Wippen des Körpers, zeitlich an die Nahrungsaufnahme gebunden, kein Bewusstseinsverlust

Plötzliche Änderungen der Augenbewegungen werden sehr häufig einem epileptischen Anfall zugeschrie-

ben. Zwei der wichtigen altersabhängigen paroxysmalen Augenbewegungsstörungen mit selbstlimitierendem Verlauf ohne epileptische Ursache werden im folgenden beschrieben.

Benigner tonischer Aufblick

Er ist gekennzeichnet durch eine paroxysmale Augenaufwärtsbewegung im Kleinkindesalter, die unterschiedlich lange anhalten kann. Beim Versuch des Abwärtsblickes während der Attacke tritt ein Down-Beat-Nystagmus auf; die horizontalen Augenbewegungen sind nicht gestört. Selten tritt begleitend zur Augenbewegungsstörung eine Ataxie auf. Die Störung kann selten familiär auftreten. Der Verlauf ist selbstlimitierend, positive Effekte sind unter einer Therapie mit L-DOPA berichtet.

Das Symptom des tonischen Aufblicks im Kleinkindesalter kann Erstsymptom einer periodischen Ataxie sein, die sich klinisch im weiteren Verlauf des Lebens manifestiert. Diese Diagnose wird ebenfalls auf Grund der spezifischen Anamnese gestellt; molekulargenetisch finden sich Mutationen im CACNA1A-Gen. Therapie der Wahl bei der periodischen Ataxie ist Acetazolamid.

Schlüsselsymptome: paroxysmale Augenaufwärtsbewegung, selbstlimitierend, normale Entwicklung, CACNA1A-Gen.

Benigner tonischer Abblick

Der paroxysmale tonische Abblick tritt bei früh- und reifgeborenen Säuglingen auf im Wachen, in der Regel bei gesunden Säuglingen, selbstlimitierend nach mehreren Wochen bis Monaten und die Entwicklung der Kinder nicht störend. Er kann selbstverständlich auch bei kranken Säuglingen auftreten und erschwert in diesen Fällen sicherlich in Abhängigkeit des zugrunde liegenden Krankheitsbildes die Differenzialdiagnose. Das klinische Bild besteht in sekundendauerndem symmetrischem Abblick, der von einem Vertikalnystagmus begleitet sein kann. Im Intervall sind die Augenbewegungen nicht gestört. Eine gute klinische Untersuchung erlaubt den Ausschluss des „eye popping“-Reflexes bei plötzlicher Dunkelheit, des Sonnenuntergangsphänomens bei Hydrozephalus (Ultraschall des Kopfes) und des „ocular bobbing“ bei pontinen oder Mittelhirnläsionen. Die Pathophysiologie des benignen tonischen Abblicks ist bislang nicht geklärt; wegen des kurzen, selbstlimitierenden Verlaufes wird eine Reifungsverzögerung des visuellen Systems diskutiert.

Schlüsselsymptome: gesunder Säugling, kurzdauernder tonischer Abblick, selbstlimitierend

Spasmus nutans

Der Spasmus nutans besteht aus der Trias Kopfnicken, Torticollis und asymmetrischem okulären Nystagmus; ein monokulärer oder dissoziierter Nystagmus kann ebenfalls auftreten. Das Kopfwackeln ist ein kompensatorischer vestibulookulärer Reflex, der zur Vermeidung visueller Verzerrungen benötigt wird. Nur ausnahmsweise sistieren die Symptome bis ins höhere Alter.

Es sind unterschiedliche retinale und intrazerebrale Veränderungen wie Retinitis oder dienzepale Prozesse berichtet; daher sollten zum sicheren Ausschluss assoziierter Störungen eine ophthalmologische und bildgebende Untersuchung des ZNS durchgeführt werden.

Schlüsselsymptome: Trias aus Kopfnicken, Kopfschiefhaltung und Nystagmus

Selbststimulation

Die kindliche Selbststimulation oder frühkindliche Masturbation des Säuglings oder Kleinkindes ist gekennzeichnet durch paroxysmale stereotype Bewegungsmuster mit rhythmischem Zusammenpressen der Oberschenkel, begleitet von wippenden kopulationsähnlichen Bewegungen des Körpers; bei Mädchen häufiger als bei Jungen. Zusätzlich können vegetative Symptome wie Schwitzen, Gesichtsrötung oder unregelmäßige Atmung auftreten; das Bewusstsein der Kinder ist erhalten, wenngleich die Kinder bewusstseinsgemindert scheinen. Die Kinder stimulieren ihr Genital nie manuell. Häufig tritt die Selbststimulation in Situationen fehlender Beachtung der Kinder auf. Die Kinder lassen sich während der Selbststimulation nur ungern unterbrechen und reagieren häufig unwirsch; sie genießen die Situation der Selbststimulation. Das EEG ist immer normal, der Verlauf selbstlimitierend. Das Wichtigste ist die Beruhigung der Eltern. Selbststimulation tritt natürlich auch bei Kindern mit Epilepsie auf, was dann immer wieder mit epileptischen Anfällen verwechselt werden kann.

Schlüsselsymptome: rhythmisches Zusammenpressen der Oberschenkel, fehlende manuelle Stimulation des Genitals, autonome Begleitphänomene, selbstlimitierend

Paroxysmale Dyskinesie

Paroxysmale kinesiogene Choreoathetose

Kennzeichnend für dieses Krankheitsbild sind kurz dauernde bizarre dystone choreatiforme Bewegungen einzelner oder ganzer Muskelgruppen, gelegentlich mit

ballistischer Komponente, ausgelöst durch abrupte Körperbewegungen. Selten sind emotionale Situationen oder Hyperventilation der Auslöser. Das Bewusstsein während der Attacke ist erhalten; gelegentlich verspüren die Patienten eine kurze Aura; anschließend besteht keine postiktale Beeinträchtigung. Die Attacken dauern kurz, können bis zu 100-mal am Tag auftreten. Das Manifestationsalter schwankt zwischen 5 und 15 Jahren. Das EEG ist ohne epilepsietypische Potentiale. Antiepileptika wie Phenytoin oder Carbamazepin/Oxcarbazepin oder auch Valproat in niedriger Dosis unterdrücken die Symptome; in der dritten bis vierten Lebensdekade sistiert die Bewegungsstörung spontan. Das Krankheitsbild wird autosomal dominant vererbt; bei Beschwerdefreiheit der Eltern muss nach den Symptomen in der Kindheit der Eltern gefragt werden

Schlüsselsymptome: Dystonie, immer bewegungsausgelöst, erhaltenes Bewusstsein, positives Ansprechen auf Carbamazepin oder Phenytoin

Paroxysmale exercise-induzierte Choreoathetose

Im Vordergrund stehen kurze dystone Episoden Minuten nach schwerer körperlicher Belastung, nicht ausgelöst durch plötzliche Bewegungen – nicht kinesiogen! Richtungsweisend ist auch, dass oft der Teil des Körpers, der am schwersten „gearbeitet“ hat, von der Dystonie betroffen ist. Besserung tritt spontan ein. Antiepileptika sind nicht effektiv; Azetazolamid kann versucht werden zur Vermeidung der Attacken.

Schlüsselsymptome: Dystonie, ausgelöst durch schwere körperliche Belastung

Paroxysmale nicht kinesiogene dystone Choreoathetose

Diese Form der paroxysmalen Dystonie wird provoziert durch Alkohol, Koffein oder auch Stress. Die Dauer der Bewegungsstörung schwankt zwischen Minuten und Stunden und Tagen. Eine Therapie mit Antiepileptika

Merkmal	Paroxysmale nicht kinesiogene dystone Choreoathetose	Paroxysmale kinesiogene Choreoathetose	Paroxysmale exercise-induzierte Choreoathetose
Alter bei Beginn	Säugling – Mitte Erwachsenenalter	Säugling – Mitte Erwachsenenalter	Kleinkind – mittleres Erwachsenenalter
Verhältnis Kind : Erwachsener	1.5 : 1	4 : 1	1 : 4
Auslöser	Erregung, Müdigkeit, Hitze, Alkohol, Kälte, Koffein	plötzliche Bewegungen	längere schwere körperliche Belastung
Attacke – Dauer Häufigkeit	Arme, Beine, Gesicht 2 min.–4 Std. 20 / die–2 / anno	Arme, Beine, Gesicht Sekunden–< 5 Min. 110 / die–1 / Monat	betont Beine 5–30 min. 1 / die–1 / Monat
EEG	normal	normal	normal
Therapie	Benzodiazepine, Valproat	Phenytoin, Carbamazepin, Valproat	Azetazolamid
Genetik	autosomal dominant, Chr. 2q	autosomal dominant	autosomal dominant

Tab. 6: Differenzialdiagnose der paroxysmalen dyston-choreoathetotischen Bewegungsstörungen

wird immer versucht, ist jedoch nicht so stringent effektiv wie bei der kinesioten ausgelösten paroxysmalen Choreoathetose (Tab. 6).

Schlüsselsymptome: Auslöser Genussdrogen wie Alkohol oder Kaffee, sehr variable Dauer

Psychogene nicht epileptische Anfälle (Pseudoepileptische, dissoziative Anfälle)

Bis zu 20 % der Kinder mit einer Epilepsie leiden unter psychogenen nicht epileptischen Anfällen (PNEA); junges Alter ist kein Schutz vor psychogenen Anfällen, sodass auch bei Kindern unter 6 Jahren an diese Diagnose gedacht werden muss. Immer dann, wenn die geschilderten Symptome Zweifel an einem epileptischen Anfall aufkommen lassen und der EEG-Befund unauffällig ist, sollte auch im Kindesalter an die Möglichkeit nicht epileptischer psychogener Anfälle gedacht werden. Im Zweifel sollte immer versucht werden, den Anfall in einer Doppelbild-Videoaufzeichnung zu erfassen und dann zu analysieren. Nur eindeutige EEG-Befunde unter Kenntnis physiologischer Varianten dürfen in die Diagnostik einfließen.

Tabelle 7 zeigt die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale zwischen einem epileptischen und einem nicht epileptischen psychogenen Anfall.

Die Annahme eines nicht epileptischen psychogenen Anfalls kann je nach Länge des Anfalls durch den fehlenden Anstieg des Hormones Prolaktin unterstützt werden. Ein Prolaktinanstieg 20 Minuten nach Anfallsbeginn auf das 2–3fache des Ausgangswertes spricht für einen epileptischen Anfall. Der Ausgangswert sollte, falls er nicht vorliegt, 24 Stunden postiktual bestimmt werden. Die Bestimmung von CK und neuronenspezifischer Enolase als Marker neuronaler Aktivität ist in der Wertung dem postiktualen Prolaktin unterlegen.

Die Diagnose eines nicht epileptischen psychogenen Anfalls ändert das gesamte therapeutische Vorgehen,

und der Patient muss genauso konsequent wie bei einer Epilepsie behandelt werden!

Schlüsselsymptome: dramatischer Charakter, erhaltenes Bewusstsein, Augen häufig geschlossen, länger als epileptischer Anfall

Bewegungsmuster in Situationen freudiger Erregung

Eine sehr häufige Bewegungsstörung, die oft aus weidelnden, drehenden oder flügel-schlagenden Mustern besteht, betont der oberen Extremitäten; eine Beteiligung der fazialen Muskulatur in Form von dystonen Mundöffnungen oder allgemein Verzie-hungen der Gesichtsmuskulatur ist nicht selten. Ausgelöst werden diese Bewegungsmuster durch Situationen besonderer Freude. Das Bewusstsein der Kinder ist niemals gestört. Die Bewegungsstörung ist fast immer selbstlimitierend bis zum Schulbeginn. Eine pathogenetische Erklärung ist nicht bekannt, eine Therapie nicht notwendig.

Schlüsselsymptome: bizarres Muster bei emotionaler Erregung, erhaltenes Bewusstsein

Hyperekplexie

Die Symptome einer Hyperekplexie bestehen in einer überschießenden startle – Antwort auf externe Reize, häufig akustisch – mit begleitender Muskelsteifheit und Verlust der Haltefunktion, die die Patienten dann zu Boden stürzen lassen; das Bewusstsein ist dabei erhalten. Häufigste Fehldiagnose sind tonische oder myoklonisch-astatische epileptische Anfälle. Die Reizantwort habituiert nicht. Beim Neonaten präsentiert sich die Hyperekplexie mit der charakteristischen Trias (i) erhöhter Muskeltonus (Stiff-baby-Syndrom), der sich im Verlaufe des ersten Lebensjahres spontan bessert, (ii) nicht habituierte Startle-Reaktion (ein einfacher klinischer Test besteht in der Auslösung des Glabella-Reflexes) und (iii) schlafgebundenen Myoklonieattacken, die lebensbe-

Beobachtung	PNEA	Epileptisch
situativ	häufig	selten – nie
langsamer Beginn	nicht selten	selten – nie
undulierende Neurologie	häufig	selten
asynchrone Extremitätenbewegung	häufig	selten – nie
Kopfschütteln	häufig	selten
Zungenbiss	selten – Zungenspitze	häufig – seitliche Zunge
Augen	geschlossen	geöffnet
Widerstand gegen passives Augenöffnen	häufig	selten
Schnelle Erholung	häufig	selten
Anfallsdauer	>> 2 Minuten	< 2 Minuten
nächtliches Auftreten	selten	häufiger
Zyanose	selten – nie	häufig
Arc de cercle	bei Kindern selten	nie
Reaktivität bei scheinbarer Bewusstlosigkeit	häufig	selten – nie

Tab. 7: Psychogener nicht epileptischer Anfall (PNEA) versus epileptischer Anfall

drohlich sein können, aber auch nach dem ersten Lebensjahr spontan sistieren. Bei meist autosomal dominantem Erbgang lassen sich über die Startle-Reaktion auch andere Merkmalsträger identifizieren; als Minimalantwort beim Glabella-Reflex lässt sich eine Anspannung der Nackenmuskulatur ertasten. Bei einer Pathologie im Glyzinrezeptor (Chromosom 5q) besteht eine effektive Behandlungsmöglichkeit mit GABA-ergen Substanzen.

Schlüsselsymptome: überschießende nicht habituierte startle-Antwort auf externe Reize; Glabella-Reflex; paroxysmale Muskelsteife mit Haltetonusverlust, erhaltendes Bewusstsein

Münchhausen-by-proxi-Syndrom, Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom

Die Mütter tragen nicht kongruente, unterschiedliche Symptome ihres in der Regel gesunden Kindes vor, für die klinisch kein Korrelat besteht. Sie simulieren eine schwere Erkrankung bei ihrem Kind; häufig spielen dabei Symptome paroxysmaler Bewegungsstörungen eine Rolle. Passen alle Befunde überhaupt nicht zusammen, drängen die Eltern (die Mutter nicht selten aus medizinischen Berufen) auf invasive Diagnostik bei ihrem Kind. Die-

ses wurde oft schon in mehreren Kliniken/Ärzten (Doktorhopping) vorgestellt. Bei derartiger Symptomenkonstellation sollte an ein Münchhausen-by-proxi-Syndrom gedacht werden.

Schlüsselsymptom: Kind gesund, Mutter krank, kein klinischer Befund für das geschilderte Symptom

Alle Bewegungsstörungen sind im Video eindrücklicher. Viele dieser Bewegungsstörungen finden sich bei you tube.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:
Univ.-Prof. Dr. Gerhard Kurlemann
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Bereich Neuropädiatrie
Universitäts-Kinderklinik Münster
Albert-Schweitzer-Campus, Gebäude 1a
48149 Münster
Tel.: 0251/8347762
E-Mail: Gerhard.Kurlemann@ukmuenster.de

Red.: Christen

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Prof.-Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen, Tel. (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian Heinen, Dr. v. Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München, Tel. (089) 5160-7850, E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Lilienconstr. 130, 22149 Hamburg, Tel. (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden,

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

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

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

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

Druckauflage 12.700

lt. IVW 1/2014

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 47 vom 1. Oktober 2013

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

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

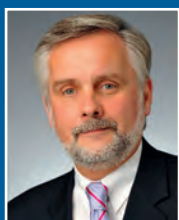
Hinweise zum Urheberrecht: Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

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

Highlights aus Bad Orb ●●●

Physiologie des muskulo-skelettalen Systems

Von der funktionellen Muskel-Knochen-Einheit zu innovativen Reha-Konzepten für Kinder und Jugendliche mit Bewegungsstörungen



Prof. Dr.
Eckhard
Schönau ^{1,2}

Der wichtigste Faktor für die Skelettentwicklung im Kindes- und Jugendalter ist die aktive Nutzung des Skelettsystems durch die Muskulatur. Kinder mit Bewegungsstörungen sind nicht in der Lage adäquate Muskelaktivität durch Bewegung zu erzeugen und entwickeln aufgrund dessen sekundär Skelett-Erkrankungen. Zur Aktivierung der Muskulatur haben sich verschiedene physiotherapeutische Trainingsprogramme bewährt. Eine neuere Möglichkeit zur Unterstützung des physiotherapeutischen Trainings ist der Einsatz der seitenalternierenden Ganzkörpervibration. Diese ist elementarer Bestandteil des innovativen Rehabilitationskonzeptes „Auf die Beine“. Intervalle von kurzen und intensiven stationären Aufenthalten werden kombiniert mit häuslichem Training. Bei 356 Kindern mit einer zerebralen Bewegungsstörung konnte eine positive Entwicklung der Mobilität nach Teilnahme am Konzept „Auf die Beine“ gezeigt werden, die auch sechs Monate nach Beendigung der Maßnahme erhalten blieb.



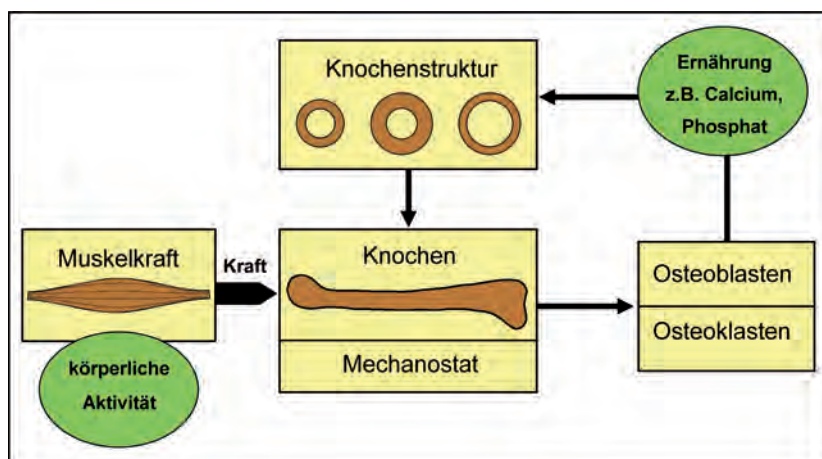
Dr. Christina
Stark ^{1,2}

Funktionelle Muskel-Knochen-Einheit

Zur Beurteilung des muskulo-skelettalen Systems im Kindes- und Jugendalter hat sich in den vergangenen Jahren das Konzept der funktionellen Muskel-Knochen-Einheit zunehmend etabliert. Der wichtigste Faktor für die Skelettentwicklung im Kindes- und Jugendalter ist die aktive Nutzung des Skelettsystems durch die Muskulatur. Vor mehr als 100 Jahren beschrieb der Anatom Julius Wolff in seinem „Gesetz der Transformation der Knochen“ den Zusammenhang zwischen Muskulatur und Skelettentwicklung (1). Dieses Gesetz beinhaltet, dass sich das Knorpelsystem den äußeren Bedingungen bzw. den auf das Skelettsystem einwirkenden Kräften anpasst. Hieraus entwickelte sich unter Einfluss des Orthopäden Harald Frost die „Mechanostat Hypothese“ (2,3). Im Zentrum dieses Modells zur Knochenentwicklung steht die aktive Muskulatur. Durch die von der Muskulatur ausgelösten Knochenverformungen kommt es zur

Aktivierung von Osteoblasten und Osteoklasten und somit zur Anpassung der Knochenfestigkeit. Hohe Kräfte durch starke Muskeln erzeugen einen Knochenaufbau und geringe Kräfte, wie sie z.B. bei Immobilität auftreten, einen Abbau von Knochen und somit eine Reduktion der Knochenfestigkeit. Das Modell des Mechanostaten ist in Abbildung 1 dargestellt und wird durch verschiedene (nicht mechanische) Einflüsse, wie Hormone, Ernährung und Medikamente modifiziert. Die treibende Kraft für die Skelettentwicklung bleibt jedoch die aktive Nutzung der Muskulatur.

Kinder mit Bewegungsstörungen sind aufgrund ihrer primären Erkrankung nicht in der Lage adäquate Muskelaktivität durch Bewegung zu erzeugen und entwickeln aufgrund dessen sekundär Skelett-Erkrankungen. Zur Aktivierung der Muskulatur haben sich verschiedene, physiotherapeutische Trainingsprogramme bewährt. Diese zielen auf eine aktive Nutzung der Muskulatur ab. Unter Berücksichtigung der funktionellen Muskel-Knochen-Einheit führt eine aktivere Muskelnutzung zu einem osteoanabolen Effekt



führt eine aktivere Muskelnutzung zu einem osteoanabolen Effekt

Abbildung 1: Schematische Darstellung des Mechanostaten: Beeinflussung der Knochenarchitektur und der Osteoblasten und Osteoklasten durch Muskulatur (unter Berücksichtigung modifizierender Einflüsse wie Ernährung und Medikamente)

¹ UniReha, Uniklinik Köln

² Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Uniklinik Köln

und somit zu einer Stabilisierung des Skelettsystems und einer Reduktion der sekundären Osteoporose.

Vibrationsunterstützte Physiotherapie

Eine neuere Möglichkeit zur Unterstützung des physiotherapeutischen Trainings ist der Einsatz der seitenalternierenden Ganzkörpervibration mit dem System Galileo® (Novotec Medical, Pforzheim) (Abbildung 2). Die Galileo®-Vibrationsplatte erzeugt eine seitenalternierende Bewegung ähnlich einer Wippe, die den Körper in Schwingungen versetzt. Die eingeleiteten Schwingungen lösen in schneller Folge Reflexe aus, die eine Kontraktion der Muskelgruppen zur Folge haben, und so zu einem Zuwachs an Muskelkraft und Muskelleistung führen (4,5). Durch die seitenalternierenden Wechsel in hoher Frequenz werden Agonisten und Antagonisten stimuliert, ähnlich dem Bewegungsmuster beim Gehen. Die Schwingungen werden durch zwei Kenngrößen Frequenz und Amplitude charakterisiert. Die Frequenz ist beliebig einstellbar (5-30 Hz) und kann somit an die individuelle körperliche Belastbarkeit und Bedürfnisse des Patienten angepasst werden. Niedrige Frequenzen (5 bis 12 Hertz) dienen der Mobilisation, Muskelentspannung und dem Gleichgewicht. Mittlere Frequenzen (12 bis 20 Hertz) trainieren die Koordination der Muskulatur (Kontraktion / Relaxation) und die Dehnung des Muskel- und Sehnenapparats. Hohe Frequenzen (20 bis 30 Hertz) steigern die Muskelleistung und stellen Muskelkraft wieder her. Die Amplitude kann über die Position des Patienten auf der Vibrationsplatte zwischen 0 bis 12mm eingestellt werden. Die Einleitung der Schwingungen in den Körper und somit in die verschiedenen Muskelgruppen kann durch verschiedene Variationen der Körperhaltung erzielt werden. Durch diese reflexgesteuerte Form des Trainings können bei Patienten mit Bewegungsstörungen Muskelkraft und Koordination unabhängig von der willentlichen Ansteuerung verbessert werden. Stehfähige Kinder trainieren auf einem Standgerät und nicht-stehfähige Kinder auf einem Kipptisch, der am Fußende mit einer Vibrationsplatte kombiniert wird (Abbildung 3). Der Winkel der Vertikalisierung kann somit stufenlos eingestellt werden.

In Pilotstudien mit Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen immobilisierenden Erkrankungen konnte ein sicherer Einsatz dieser Methode gezeigt werden. Bei Kindern mit einer Osteogenesis imperfecta konnte eine Zunahme der Muskelkraft nachgewiesen werden (7,8). Auch bei Kindern mit einer muskulären Ursache für Ihre Immobilität wurde das Vibrationstraining untersucht, und es zeigte sich ein sicherer Einsatz bei Kindern mit Muskeldystrophie Duchenne und spinaler Muskelatrophie (9). Auch bei anderen chronischen Erkrankungen, die zu einer reduzierten körperlichen Belastbarkeit führen, wurde die Wirksamkeit und Sicherheit der Ganzkörpervibration untersucht (7,8), und an jungen Erwachsenen mit ei-



Abbildung 2: Vibrationsunterstützte Physiotherapie mit der seitenalternierenden Ganzkörpervibration

ner Cystischen Fibrose wurde eine Zunahme der muskulären Leistungsfähigkeit nachgewiesen (10).

Multimodales Rehabilitationsprogramm für Kinder und Jugendliche mit Bewegungsstörungen

Aus den oben genannten Erkenntnissen entstand das multimodale Rehabilitationskonzept der Regelversorgung „Auf die Beine“ und wurde somit den Patienten zugänglich gemacht. Kurze, intensive, stationäre Phasen werden mit sechs Monaten häuslichem Ganzkörpervibrationstraining kombiniert, welches durch die Eltern durchgeführt wird; somit werden die Eltern zu Co-Therapeuten und können die Therapie zu Hause weiter fortführen. Das Rehabilitationsprogramm ist auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Bewegungsstörungen ausgerichtet und besteht aus einem zweiwöchigen stationären Aufenthalt zu Beginn und einem sechstägigen Aufenthalt nach drei Monaten. Zur Kontrolle und Erfassung der Nachhaltigkeit erfolgen ambulante Untersuchungen sechs Monate nach Beginn und nach zwölf Monaten (Abbildung 4). Während des ersten stationären Aufenthaltes werden die Eltern und



Abbildung 3: Training auf dem Kipptisch kombiniert mit einer Vibrationsplatte am Fußende

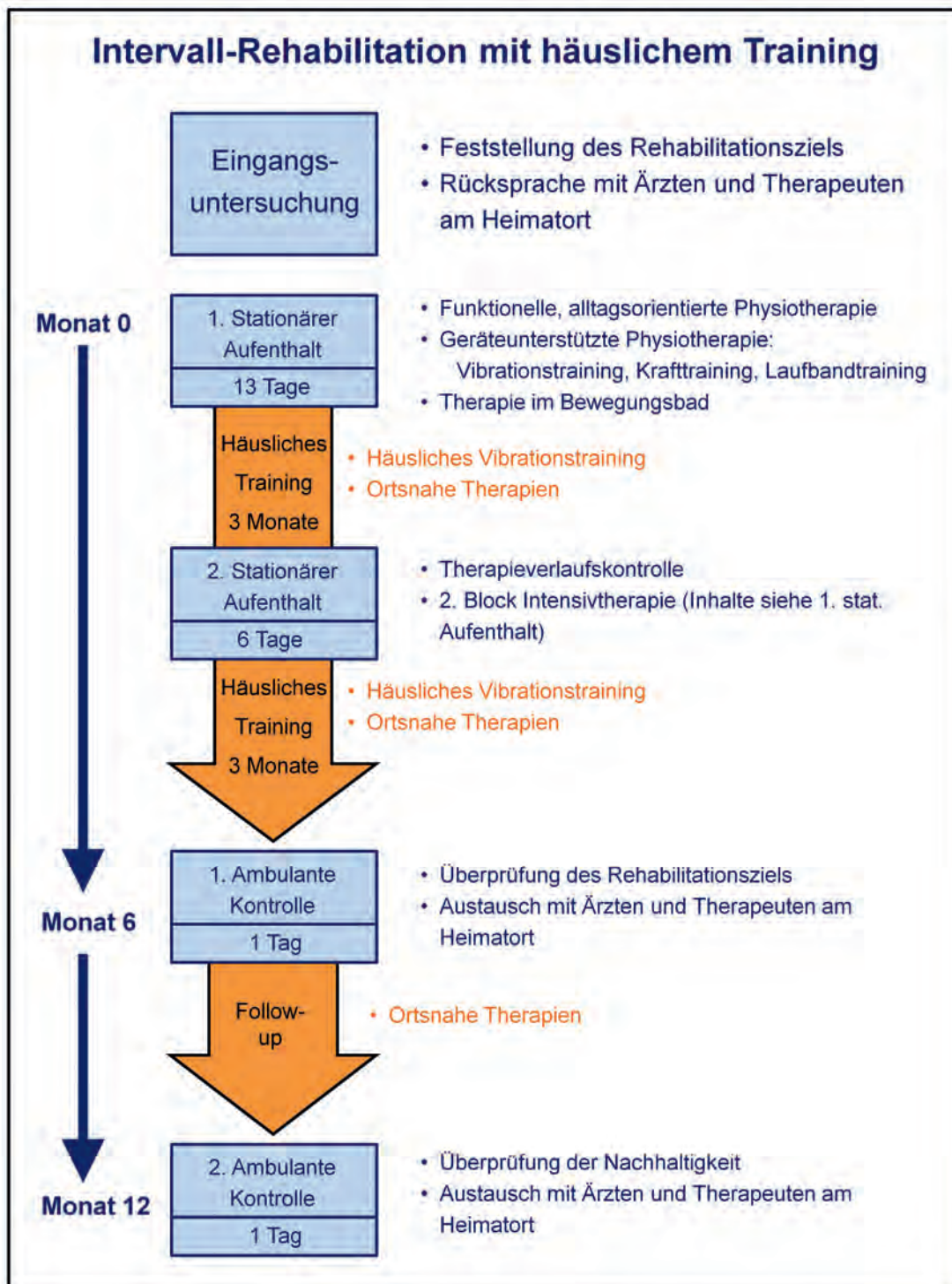


Abbildung 4: Beispiel für den zeitlichen Ablauf einer innovativen Intervall-Rehabilitation mit häuslichem Training

Patienten für ein häusliches sechsmonatiges Ganzkörpervibrationstraining angeleitet. Das Trainingsgerät wird den Familien für sechs Monate zur Verfügung gestellt. Das häusliche Training wird 10-mal pro Woche für 3x3 Minuten durchgeführt und die häuslichen Übungen werden entsprechend der individuellen Zielsetzung ausgewählt.

Während der stationären Trainingsblöcke erhält der Patient vier bis fünf Stunden Physiotherapie täglich mit und ohne Unterstützung von Geräten: Zweimal täglich

wird in jeweils einer Stunde funktionellem Training an der individuellen Zielsetzung des Patienten gearbeitet. Ebenfalls täglich erhalten die Patienten drei Einheiten Ganzkörpervibrationstraining. Zusätzlich zur zweimal täglichen funktionellen Physiotherapie und dem dreimal täglichen Vibrationstraining kommen drei weitere Komponenten wöchentlich zur Steigerung der Intensität hinzu: isoliertes Muskelkrafttraining, Laufbandtherapie oder Gehtraining mit dem Lokomat® und Therapie im Bewegungsbad.

Ergebnisse des multimodalen Rehabilitationsprogramms

Bei 356 Kindern mit einer zerebralen Bewegungsstörung konnte eine positive Entwicklung der Mobilität nach Teilnahme am Konzept „Auf die Beine“ gezeigt werden, die auch nach sechs Monaten nach Beendigung der Maßnahme erhalten blieb (11). Vorangegangene Arbeiten zeigten, dass das Training innerhalb des Konzeptes „Auf die Beine“ durch die verbesserte Mobilität auch einen positiven Effekt auf die gesamte Skelettentwicklung hat (12).

Fazit für die Praxis

Das multimodale Rehabilitationsprogramm „Auf die Beine“ für Kinder und Jugendliche mit Bewegungsstörungen ist translational aus Modellen zur funktionellen Muskel-Knochen-Einheit entstanden und wird weiterhin kontinuierlich wissenschaftlich begleitet und weiterentwickelt. Es konnte eine positive Entwicklung der Mobilität bei Kindern und Jugendlichen mit zerebraler

Bewegungsstörung nach Teilnahme am Konzept „Auf die Beine“ gezeigt werden, die auch sechs Monate nach Beendigung der Maßnahme erhalten blieb.

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Der Autor ist ärztlicher Leiter und Geschäftsführer der UniReha GmbH und die Firma Novotec Medical GmbH unterstützt Studien der klinischen Forschung an der UniReha GmbH.

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Prof. Dr. Eckhard Schönau
Uniklinik Köln
Kerpener Straße 62
50931 Köln
Telefon: 0221 478 84747
Fax: 0221 478 1498464
Email: christina.stark@uk-koeln.de

Red.: Keller

Welche Diagnose wird gestellt?

Antonia Reimer

Anamnese

13-jähriger, bislang gesunder Junge. Seit zwei Monaten zunehmende Rötung, Schwellung und Pustelbildung an der Nase. Bisherige Therapieversuche mit Erythromycin lokal und per os, Neomycin-Salbe, Cefaclor per os ohne wesentlichen Erfolg. Zuletzt unter lokaler Anwendung von Betamethason und Fusidinsäure leichter Rückgang der Rötung. Familienanamnese: Bei der Mutter bestehen ähnliche Hautveränderungen.

Klinisches Bild

Auf der vergrößert imponierenden Nase des Patienten finden sich Pusteln und Papeln auf erythematösem, ödematösem Grund. Ähnliche Effloreszenzen auch an Kinn, Stirn und Nacken.

Augenärztliche Untersuchung unauffällig

Abb. 1: Erythem im Bereich von Nase und Wange, Konglomerate von Papeln und Pusteln mit Krustenbildung



Welche Diagnose wird gestellt?

Papulopustulöse Rosazea

Die Rosazea ist eine chronische Hauterkrankung aus dem Formenkreis der akneiformen Erkrankungen, die vor allem bei hellhäutigen Erwachsenen jenseits des 30. Lebensjahres (Altersgipfel 40.-50. Lebensjahr) auftritt, jedoch auch schon bei Kindern beobachtet wird. Die Prävalenz liegt bei Erwachsenen um 2%¹. Die Prävalenz der kindlichen Rosazea ist nicht bekannt, zumal von einer hohen Dunkelziffer nichtdiagnostizierter Fälle ausgegangen wird. Die genaue Ursache der Erkrankung ist unklar². Pathogenetisch kommt es durch eine veränderte Vasoregulation zur Hyperämie mit Erythembildung, durch Extravasation zu Ödembildung und durch austretende Leukozyten zu subakuten inflammatorischen Reaktionen und langfristig zur Granulombildung. Als Triggerfaktoren gelten heiße Getränke, scharfe Speisen, Alkohol und intensive Sonnenexposition. Rosazea tritt familiär gehäuft auf, sodass eine genetische Komponente anzunehmen ist³.

Die Rosazea wird in 4 Subtypen eingeteilt: 1. Persistierendes Gesichtserythem, 2. Papulopustulöse Rosazea, 3. Phytomatöse Rosazea (wird bei Kindern nicht beobachtet) und 4. Okuläre Rosazea. Ein okulärer Befall ist isoliert oder begleitend bei den anderen Subtypen möglich und stellt – neben der hohen psychosozialen Belastung und reduzierten Lebensqualität – die schwerste Komplikation der Rosazea dar. Dabei finden sich rezidivierende Chalazione, Photophobie und konjunktivale Rötung, langfristig kann es zu Hornhautulzerationen kommen⁴.

Diagnostik

Zur Diagnosestellung einer kindlichen Rosazea wurden folgende Kriterien vorgeschlagen, von denen mindestens zwei erfüllt sein müssen⁴:

- Flushing im Gesicht mit transientem oder bleibendem Erythem
- Teleangiektasien im Gesicht
- Papeln und Pusteln ohne Komedonen
- Verteilung der obengenannten Läsionen auf konvexe Gesichtspartien
- Okuläre Manifestation (1 der folgenden)
 - Rezidivierende Chalazione
 - Konjunktivale Hyperämie
 - Keratitis

Die Diagnose wird primär klinisch gestellt, eine Histologie ist nur selten erforderlich. Zum Ausschluss einer okulären Rosazea sollte eine ophthalmologische Mitbeurteilung erfolgen.

Differenzialdiagnostik

Hier ist im wesentlichen die Acne vulgaris zu nennen, wobei in unserem Fall die für Akne typischen Komedonen fehlten. Teleangiektasien und Flushing werden bei Akne nicht beobachtet. Allerdings können Akne und Rosazea gerade bei Adoleszenten auch gleichzeitig vorkommen. Desweiteren kommen differentialdiagnostisch eine periorale Dermatitis, eine Demodicosis (Erkrankung durch Haarbalgmilben) und das idiopathische faziale aseptische Granulom in Frage.

Therapie

Eine kausale Therapieoption der Rosazea ist bislang nicht bekannt, als First-Line-Therapie werden Tetracykline systemisch verabreicht, wobei der Einsatz aufgrund von Nebenwirkungen und Resistenzentwicklung zeitlich limitiert ist. Bei unserem Patienten



Abb. 2: Nach 5 Wochen Isotretinoin-Einnahme, deutlicher Rückgang von Rötung, Schwellung und Papeln, nur noch einzelne kleine Pusteln an der Nasenspitze.

stellten wir die Therapie auf Doxycyclin systemisch und Metronidazol topisch um. Hierunter trat zunächst eine Besserung ein, nach Absetzen des Doxycyclins nach drei Monaten dann eine neuerliche deutliche Verschlechterung. Aufgrund des ausgeprägten Befundes und des hohen Leidensdruckes begannen wir schließlich eine Therapie mit systemischem Isotretinoin (Aknenormin®), worunter sich nach initialem „Aufblühen“ der Rosazea in der ersten Therapiewoche innerhalb eines Monats bereits ein deutlicher Rückgang von Pusteln und Rötung zeigte (Abb. 2).

Wichtige Nebenwirkungen der Therapie sind Schleimhauttrockenheit, Myalgien und Athralgien, Transaminasenerhöhung und depressive Verstimmungen. Da Isotretinoin teratogen ist, muss bei Mädchen eine sichere („doppelte“) Kontrazeption erfolgen. Aufgrund der erhöhten Photosensibilität ist zudem ein guter Sonnenschutz wichtig. Da die Anwendung von Isotretinoin auf schwere Akne beschränkt ist, muss bei der Rosazea-Therapie über den off-label-Einsatz von Isotretinoin gesondert aufgeklärt werden. Zur Therapiedauer gibt es bislang keine klaren Empfehlungen, ein versuchsweises Ausschleichen wird z.B. nach 6(-10) Monaten vorgeschlagen⁵.

Literatur

1. Tan, J. & Berg, M. Rosacea: current state of epidemiology. *J Am Acad Dermatol* 2013; 69, S27-S35
2. Steinhoff, M., Schaubert, J. & Leyden, J. J. New insights into rosacea pathophysiology: a review of recent findings. *J Am Acad Dermatol* 2013; 69, S15-S26
3. Plewig, G., Landthaler, M., Burgdorf, W., Hertl, M., Ruzicka, Th. (Hrsg.). *Braun-Falco's Dermatologie, Venerologie und Allergologie*, 6. Aufl. 2012.
4. Chamailard, M. et al. Cutaneous and ocular signs of childhood rosacea. *Arch Dermatol* 2008; 144, 167-171
5. Nickle, S. B., Peterson, N. & Peterson, M. Updated Physician's Guide to the Off-label Uses of Oral Isotretinoin. *J Clin Aesthet Dermatol* 2014; 7, 22-34

Dr. Antonia Reimer
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift,
Abt. Pädiatrische Dermatologie
Liliencronstraße 130, 22149 Hamburg

Red.: Höger

Steckbrief zu: Schnüffelstoffe

Chemische Bezeichnung: Butan oder Propan (Campinggas, Feuerzeugbenzin, Spraydosen, Kältemittel); seltener auch aliphatische und aromatische Kohlenwasserstoffe (Klebstoffe, Abbeizer, Verdüner, Spezialreiniger, Fahrradfläckzeug) oder flüchtige Brennstoffe wie Autobenzin oder Waschbenzin;

Dosierung(en): Einatmen oder Rückatmen mit Plastiktüte bis rauschartige Empfindungen auftreten; Wirkeintritt sofort, Wirkdauer 1 bis 30 Minuten, durch wiederholtes Schnüffeln kann die Wirkung über Stunden verlängert werden;

Einnahmeform: inhalieren; bei direktem Hautkontakt können Kälte- oder Verbrennungsschäden auftreten;

Interaktionen: erhöhte Sensibilität gegenüber körpereigenen (Stress) oder als Medikament zugeführten Katecholaminen können alle Formen lebensbedrohlicher Herzrhythmusstörungen auslösen;

Straßenpreis(e): Gaskartuschen, Lösemittel oder Benzine für wenige Euro pro Sitzung;

Erwünschte Wirkung(en): Euphorie, Enthemmung, Rauschzustände bis zur Nar-kose, Halluzinationen;

Unerwünschte Wirkung(en): bronchiale Reizung mit Husten und Luftnot bis hin zum Lungenödem; Übelkeit und Erbrechen, u. U. mit Aspiration von Erbrochenem; Kreislaufkollaps infolge Herzrhythmusstörungen (Kammerflimmern); zerebrale Krampfanfälle oder Koma; Lähmungser-scheinungen bis hin zur Hemi-parese; metabolische Azidose;

Nachweismethoden: die verwendeten Gase (v.a. Butan und Propan) sind akut wenig toxisch und sehr flüchtig, im Vordergrund steht der Sauerstoffmangel durch Verdrängung, in seltenen Fällen bei Verbrennung ist auch Kohlenmonoxid zu messen, bei Amyl-, butylnitrit ist an Methämoglobinämie zu denken;

Therapieoptionen akut: Freihalten der Atemwege und Sauerstoffgabe über Maske oder als Beatmung stehen oberst; körperliche Ruhigstellung und mindestens 24 Stun-



Suchtforum

den Kreislaufüberwachung sind obligat; Gabe von Katecholaminen sollte vermieden werden, Azidoseausgleich;

Therapieoptionen chronisch: Schnüffelsucht kann schon sehr früh bei 9 – 10-Jährigen beginnen, bevorzugt aus sozialen Randgruppen mit schlechter therapeutischer Erreichbarkeit;

Langzeitfolgen: periorales Ekzem, psychische Abhängigkeit und Zwang zur Dosissteigerung nach 3 bis 6 Monaten

mit schlechter Rehabilitationsprognose; chronische Leber- und Nierenfunktionsstörungen und vor allem ein hirnor-ganisches Psychosyndrom mit degenerativen ZNS – Schäden, Optikusatrophy, Kleinhirnde-generation oder Polyneuritis.

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

Red.: Heinen

Kindergartenbesuch von CF-erkrankten Kindern

Frage:

Eine Erzieherin fragte mich, was das Kindergartenpersonal beachten/zusätzlich machen muss, wenn ein CF-Kind ihren Kindergarten besucht.

Gibt es aus medizinischer Sicht Empfehlungen für das Personal von Kindertagesstätten und Schulen – zum Beispiel hinsichtlich

- hygienischer Gesichtspunkte,
- der besonderen Ernährung,
- der Beteiligung an sportlichen Aktivitäten (vor allem am Schwimmen)?

Antwort:

Aus Studien abgeleitete Empfehlungen für das Personal von Kindertagesstätten und Schulen, in denen Kinder mit Mukoviszidose betreut werden, gibt es nicht. Der hier formulierte Vorschlag ist daher geprägt von vermeintlich logischen Ableitungen, individuellen Erfahrungen und der persönlichen Einschätzung des Ratgebers.

Hygienische Gesichtspunkte

Der Frage liegt mit großer Wahrscheinlichkeit die Angst zugrunde, dass sich das von Mukoviszidose betroffene Kleinkind in Feuchtbereichen der Einrichtung wie Toiletten und Duschen mit Feuchtkeimen, speziell *Pseudomonas aeruginosa*, infizieren könnte.

Es gibt keinen wissenschaftlichen Beleg dafür, dass dieses Risiko in einer öffentlichen Einrichtung wie einer Kindertagesstätte oder Schule in besonderem Maße bestünde. Gefragt werden sollte lediglich danach, ob es ein weiteres Kind mit Mukoviszidose oder einer anderen Atemwegserkrankung mit Sekretproblem in der Einrichtung gibt. Der Austausch von Bakterien unter betroffenen Patienten ist nämlich durchaus möglich.

Die Ängste vor Keimen wird man wahrscheinlich nicht durch Argumente ausräumen können. Hilfreich ist oft der Hinweis darauf, wie wichtig für die allgemeine Entwicklung und die Lebensqualität des Kleinkindes der reguläre Kontakt mit Gleichaltrigen in der öffentlichen Einrichtung ist.

Besondere Ernährung

Eine Empfehlung für Kinder mit Mukoviszidose besteht darin, sich hochkalorisch, das heißt vor allem fettreich, zu ernähren. Dies gilt natürlich grundsätzlich auch im Kindergarten. Wenn die Einrichtung eine besondere Ernährung nicht gewährleisten kann, sollte dies aber nicht vom Kindergartenbesuch oder gemeinsam eingenomme-

nen Mahlzeiten abhalten. Normalität im Alltag sollte auch hier Vorrang haben vor starrer Umsetzung von Regeln.

Begleitend zu den Mahlzeiten müssen fast alle Kinder mit Mukoviszidose Pankreasenzyme in Kapselform einnehmen. Die Dosierung richtet sich nach dem Fettgehalt der Nahrung und unterscheidet sich auch noch von Kind zu Kind. Die Eltern sollten, unterstützt von der betreuenden CF-Einrichtung, das Personal schulen und eine vom Arzt angefertigte Anordnung zur Verabreichung von Medikamenten vorlegen. Dazu gibt es allgemein gültige, publizierte Anleitungen.

- "Medikamentengabe in Schulen", herausgegeben vom Spitzenverband der DGUV

- "Medikamentengabe in Kindertageseinrichtungen und der Kindertagespflege", herausgegeben LWL und LVR

Beteiligung an sportlichen Aktivitäten

Kinder mit Mukoviszidose können, dürfen und sollen sich sogar uneingeschränkt an den sportlichen Aktivitäten in Kindergarten und Schule beteiligen, natürlich unter Beachtung der individuellen Leistungsgrenzen. Es hat sich sogar herausgestellt, dass sich gerade Sport günstig auf die Prognose der Erkrankung auswirkt. Dies gilt auch für die Beteiligung am Schwimmen, auch unter Berücksichtigung der hygienischen Aspekte. Als kritisch angesehen werden lediglich Whirlpools in medizinischen Einrichtungen, die auch für Kinder ohne Mukoviszidose ein potentielles Erregerreservoir beispielsweise für Hautinfektionen darstellen.

Übergeordnet hilfreich für die Fragestellung sind zwei Faltblätter, die der Mukoviszidose e. V. herausgegeben hat:

- „Kindergarten- und Schulbesuch von Kindern mit Mukoviszidose“

- „Merkblatt Kindergarten/Kindertagesstätte und Schule“

Beide sind über das Internet verfügbar und können den Mitarbeiterinnen der Einrichtung zur Vorbereitung ausgehändigt werden

(<http://muko.info/leben-mit-cf/leben-mit-mukoviszidose/kindergarten-und-schulzeit.html>).

Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Nüßlein
Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Gemeinschaftsklinikum Koblenz-Mayen
Kemperhof Koblenz
Koblenzerstr. 115-155
56073 Koblenz

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

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



Impfforum

Influenza-Lebendimpfstoff bei Kindern jünger als zwei Jahre

Der Lebendimpfstoff gegen Influenza (LAIV, welcher kälteadaptierte, attenuierte Influenzaviren enthält) ist in Europa durch die European Medicines Agency, EMA, unter dem Namen Fluenz® im Alter von „24 Monaten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr“ zugelassen (was dem 18. Geburtstag entspricht, man könnte auch sagen „im Alter von 2 bis 17 Jahren“). Die STIKO empfiehlt diese Influenza-Impfung aufgrund ihrer Vorteile (siehe Epidem. Bulletin 36/37, 2013) bevorzugt für Kinder im Alter von 2 bis 6 Jahren. Ein aktueller systematischer Review aus der „Knowledge and Evaluation Research Unit“ (eine interessante Abteilungsbezeichnung wie ich meine) an der Mayo Clinic in Rochester, USA, beschäftigt sich mit der Datenlage zu LAIV bei Kindern im Alter <2 Jahren (*Pediatr Infect Dis J* 2014;33:e106–e115). Die Autoren hinterfragen dabei kritisch die Studie, welche ein erhöhtes Risiko für obstruktive Atemwege („wheezing“) und Hospitalisationen jeglicher Art bei LAIV geimpften Säuglingen im Alter von 6–11 Monaten im Vergleich zu gleichaltrigen Säuglingen zeigte, die einen konventionellen, inaktivierten Influenza-Impfstoff erhielten (*N Engl J Med* 2007;356:685–696). Sie rechtfertigen ihre Metaanalyse mit den unklaren Gründen für die fehlende Zulassung des LAIV im Alter von <2 Jahren. Sie verneinen Interessenkonflikte und die beschriebene Methodik der Metaanalyse entspricht dem heu-

tigen Standard mit detaillierter Beschreibung des Vorgehens (für analytisch Interessierte allein schon deshalb lesenswert). Sie fanden 7 randomisierte, kontrollierte und 2 Beobachtungsstudien mit 6281 Kindern im Alter von 1,5 bis 24 Monaten in den randomisierten Studien und fast 500.000 Kindern <2 Jahre in den beiden Post-Marketing Beobachtungsstudien. Eine Studie zeigte Wirksamkeit gegen mikrobiologisch bestätigte Influenza im Vergleich zu Placebo, eine andere einen nicht-signifikanten Trend zu besserer Wirksamkeit von LAIV im Vergleich zu inaktivierter Influenza-Impfung (relatives Risiko 0,76, 95% Vertrauensbereich 0,45–1,3). Die Sicherheit von LAIV war gut, aber absolute Sicherheit gibt es ja bekanntlich nicht. Somit schlussfolgern die Autoren vorsichtig: „It is clear that more evidence is needed to recommend LAIV in children <2 years of age with high confidence.“ Sie sehen aber LAIV auch bei Kindern jünger als 2 Jahre als Option unter bestimmten Umständen an, z.B. Lieferengpass beim konventionellen Impfstoff. Solange keine Zulassung dafür besteht, bleibt der Einsatz des Impfstoffes vor dem 2. Geburtstag aber „off-label“ mit allen Konsequenzen.

Promedmail

Kennen Sie promedmail (www.promedmail.org)? Auf dieser Website der *International Society for Infectious Diseases* können Sie sich sehr schnell ei-

nen Überblick über aktuelle Ausbrüche von Infektionskrankheiten weltweit verschaffen. Dies mag insbesondere in der Reiseimpfberatung für Ihre Patienten wichtig sein. Wenn Sie immer aktuell informiert sein möchten, können Sie sogar tägliche Nachrichten per E-Mail abonnieren. Dieser hervorragende Service ist kostenlos, die Herausgeber freuen sich aber über Ihre Spenden.

Masern (und MMR)-Impfempfehlung für Erwachsene

Obwohl dies ein pädiatrisches Impfforum ist, so interessieren wir uns doch auch für Impfungen bei Erwachsenen. Insbesondere, wenn es sich um Impfungen wie z.B. die gegen Masern handelt, welche nicht nur direkten, sondern auch indirekten Schutz vermitteln, von dem auch Kinder (vor allem Säuglinge, solange sie noch nicht über einen eigenen Impfschutz verfügen) profitieren. Den indirekten Impfschutz bezeichnet man auch als Kollektivschutz oder Herdenprotektion. Der fälschlicherweise oft synonym verwendete Terminus *Herdenimmunität* meint hingegen etwas anderes: Herdenimmunität kann sich ausbilden, wenn nicht geimpfte Personen mit dem Impferreger durch Kontakt zu geimpften Personen infiziert werden und somit quasi „mitgeimpft“ werden. Dies funktioniert nur bei Lebendimpfungen und auch nur dann, wenn der Impferreger von den Geimpften ausgeschieden wird. Besonders erfolgreich in dieser Hinsicht ist bzw. war die orale Poliomyelitis-Impfung. Theoretisch möglich wäre Herdenimmunität auch bei der Rotavirus-Impfung, jedoch ist hier die Ausscheidung der Impfviren quantitativ wohl zu gering. Zurück zu den Erwachsenen und der Masern-Impfempfehlung in Deutschland. Seit 2010 gilt diese als Standardimpfung generell auch für Erwachsene (*Epidem Bull* 32/2010): „Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt eine Erweiterung der Standardimpfung gegen Masern auf jüngere Erwachsene. Zusätzlich zur zweimaligen Impfung von Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr empfiehlt die STIKO allen nach 1970

geborenen Personen ≥ 18 Jahre eine einmalige Impfung gegen Masern, wenn sie bisher nicht gegen Masern geimpft sind, nur einmal in der Kindheit geimpft wurden oder der Impfstatus gegen Masern unklar ist. Zur Impfung soll vorzugsweise ein Kombinationsimpfstoff gegen Masern, Mumps, Röteln (MMR) verwendet werden.“ Ich habe diese Nachholimpfempfehlung wortwörtlich zitiert, um einen Lapsus meinerseits aus dem letzten Impfforum (Kinder- und Jugendarzt, April 2014, Seite 178) zu korrigieren. Dort hatte ich genau dies gefordert und übersehen, dass es längst empfohlen ist. Tabelle 1 der STIKO-Empfehlungen symbolisiert dies mit dem schönen „S“ wie „Standardimpfung“, wohingegen in Tabelle 2 die gleiche Empfehlung als berufliche Indikation („im Gesundheitsdienst oder bei der Betreuung von Immundefizienten bzw. –supprimierten oder in Gemeinschaftseinrichtungen“), als Indikationsimpfung („im Rahmen eines Ausbruchs“) sowie, sogar ohne Jahrgangsspezifizierung, als Postexpositionsprophylaxe (bei „Kontakt zu Masernkranken; möglichst innerhalb von 3 Tagen nach Exposition.“) genannt wird. Sozusagen doppelt gemoppelt.

Die in meinem Beitrag erwähnten hohen Masern-Krankheitszahlen in Deutschland lassen aber befürchten, dass die Standard-Impfempfehlung zur Schliessung der Masern-Immunitätslücken bei Erwachsenen nicht genügend bekannt oder akzeptiert ist. Eine konstruktive Kritik an der bestehenden MMR-Impfempfehlung sei deshalb erlaubt: was mir wirklich gefallen würde wäre die Erweiterung der auf Masern begrenzten Standardimpfempfehlung für Erwachsene auch auf Röteln und Mumps, zumal in Realität ohnehin in aller Regel ein MMR-Kombinationsimpfstoff verwendet wird, und zudem kurz und pragmatisch zu formulieren: *Alle nach 1970 geborenen Personen ≥ 18 Jahre sollen 2 dokumentierte Impfungen gegen Masern, Mumps, und Röteln haben.* Mehr zu Röteln dann im nächsten Impfforum.

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

Red.: Huppertz



Behandlung von Nabelkoliken mit probiotischem *Lactobacillus reuteri*

Treating Infant Colic with the Probiotic *Lactobacillus reuteri*: Double Blind, Placebo Controlled Randomised Trial

Sung V, Hiscock H, Tang M L K, et al., *BMJ* 348: g2107, April 2014

Die Autorengruppe untersuchte in Melbourne 167 gestillte oder Säuglingsmilch-ernährte Säuglinge im Alter von <3 Monaten, die nach den modifizierten Wessel Kriterien für Schreien oder Unruhe >3 Stunden täglich durch Schreien und/oder Unruhe auffielen. Die Säuglinge wurden überwiegend anlässlich einer Vorstellung in der Notfall-Sprechstunde des Royal Hospital in Melbourne rekrutiert.

Sie wurden randomisiert zur Gabe von Probiotika (85) oder von Placebo (82). Für einen Monat erhielt die Probiotika-Gruppe 1 x täglich eine ölige Präparation mit zehn hoch acht Kolonie bildenden *L.reuteri*, die Placebo-Gruppe eine ölige Maltodextrin-Präparation.

Primäres Ziel der Studie war die Veränderung der täglichen Schrei- und Unruhe-Zeit (dokumentiert im Baby Day Diary) nach 1 Monat probiotischer Behandlung. Sekundäre Ziele waren die Dauer und Zahl der Schrei- und Unruhe-Perioden, die Schlaf-Dauer der Säuglinge zum Zeitpunkt 7, 14, 21 Tagen, sowie 1 und 6 Monate; die mentale Gesundheit der Mutter (nach der Edinburgh Skala für postnatale Depressionen); das Funktionieren der Familie (pädiatrische Qualität der Lebensumstände), die angepassten Eltern-Qualitäts-Lebensjahre(Einschätzung der Lebensqualität) mit 1 und 6 Monaten. Die Funktion des Säuglings (pädiatrische Lebens-Qualität) mit 6 Monaten, die Darmflora des Säuglings (mikrobielle Vielfalt, Kolonisierung mit *E.coli*) und Calprotectin-Spiegel mit 1 Monat.

In der Intention-to-treat- Analyse wurden beide Gruppen mittels eines Regressions Modells verglichen.

167 Säuglinge wurden von August 2011 bis August 2012 randomisiert.

127 (76 %) Säuglinge wurden bezüglich des primären Studienziels analysiert. Eine Untergruppe wurde bezüglich der mikrobiellen Vielfalt, der *E.coli*-Kolonisierung und der Calprotectin-Spiegel analysiert. Die mittlere tägliche Schrei- und Unruhezeit verkürzte sich in beiden Gruppen stetig. Nach 1 Monat schrien (oder waren unruhig) die Säuglinge der probiotisch behandelte Gruppe im Mittel 49 Minuten länger als die Placebo-Gruppe (95 % Konfidenz-Intervall 8-90 Minuten, $P=0.02$). Dies war vornehmlich auf vermehrte Unruhe-Zeiten zurückzuführen, besonders bei Säuglingsmilch-ernährten Säuglingen. Insgesamt waren die Ergebnisse der sekundären Ziele beider Gruppen vergleichbar. Es wurden keine studienbedingten unerwünschten Erscheinungen beobachtet.

Die Autoren folgern aus ihrer Studie, dass die Ergebnisse sich von früheren Studien mit kleineren Zahlen ausgewählter Populationen unterscheiden. Sie unterstützen nicht die generelle Empfehlung einer probiotischen Behandlung von Nabelkoliken..



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Kommentar

Die in verschiedenen vorausgehenden randomisierten Studien favorisierte Behandlung der Nabelkoliken mit Probiotika konnte in der vorliegenden aufwendig konzipierten Studie nicht bestätigt werden. Kritisch anzumerken ist, dass auch in dieser Studie von ursprünglich 521 erfassten Säuglingen nur 167 randomisiert und 127 schliesslich ausgewertet wurden. Auch sind derartige Studien, die (trotz Verwendung des „Well validated Baby Day Diary“) auf den Eintragungen der Eltern basieren, störungsanfällig. Kritiker können weiter anmerken, dass eine hohe spontane Besserungs- bzw. Heilungstendenz die Regel ist (worauf auch die Autoren dieser Studie hinweisen) und dass die jeweiligen Studien sich immer nur auf eine probiotische Präparation und Dosierung beziehen können und Studien mit veränderten Präparationen und Dosierungen nicht vergleichbar sind. Die Schlussfolgerung sollte sein, dass der Aufwand für weitere umfangreiche Studien mit Probiotika bei Nabelkoliken nicht gerechtfertigt ist.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Langfristige Wirkung von Gewalt-Videospielen auf aggressives Verhalten

Mediators and Moderators of Long-Term Effects of Violent Video Games on Aggressive Behaviour

DA Gentile, D Li, A Khoo, S Prot, CA Anderson, *JAMA Pediatrics*, 168: 450-457, Mai 2014

Metaanalytisch konnte gezeigt werden, dass Gewalt-Videospiele über Alters-, Geschlechts- und Kulturgrenzen hinweg kurzfristig Auswirkungen i.S. vermehrter aggressiver Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen bei den Konsumenten haben (Anderson, Shibuya et al. 2010). Es gab bislang dazu jedoch kaum Längsschnittstudien an Kindern und Jugendlichen. Gentile et al. befragten Probanden vom Grundschulalter bis in die Adoleszenz in drei Erhebungswellen über 3 Jahre zu ihrem GVS-Konsum,

spezifischen Einstellungen und aggressiven Verhaltensweisen. Die Autoren formulierten die Hypothese, dass habituelles Gewalt-Videospiel (GVS) im Verlauf zu vermehrtem aggressivem Verhalten führt und dieser Effekt durch kognitive und affektive Veränderungen angestoßen wird, die auf die GVS-Exposition zurückzuführen sind. Alter, Geschlecht, basale Aggressivität zu Beginn der Untersuchung sowie die elterliche Medienkontrolle wurden als Moderatoren der Effekte angenommen.

Methodik: 3034 Probanden (73% männlich, 8-17 Jahre) wurden in 12 Schulen in Singapur rekrutiert und zu drei Zeitpunkten untersucht mit standardisierten Instrumenten zu ihrem Videospieldverhalten (Frequenz, Inhalt, Vorlieben); zu körperlich aggressivem Verhalten; zu entsprechenden normativen Annahmen, aggressiven Fantasien und feindseligen Attribuierungen (aggressive Kognitionen); zum generellen Empathievermögen und zur elterlichen Kontrolle hinsichtlich des Medienkonsums. Die Längsschnittanalysen erfolgten mit latenten Wachstumskurvenmodellen.

Ergebnisse: Die Annahme eines Langzeiteffekts von GVS auf aggressives Verhalten wurde bestätigt: Sowohl das Ausmaß des Konsums zur ersten Erhebung als auch Veränderungen im Verlauf erwiesen sich als prädiktiv für den Grad körperlicher Aggressionen zum dritten Erhebungszeitpunkt, dieses auch nach Kontrolle von Alter und Geschlecht. Für diesen Effekt konnten aggressive Kognitionen als Mediatorvariablen identifiziert werden, was bedeutet, dass GVS langfristig vor allem über eine Zunahme ag-

gressiver Fantasien und einen Bias bei der Zuschreibung von Absichten in uneindeutigen, dabei potentiell provokativen Situationen (feindseliger Attribuierungen) zu aggressivem Verhalten führte. Für jüngere Kinder war durch GVS-Exposition eine etwas stärkere Zunahme aggressiver Kognitionen zu verzeichnen als für Jugendliche. Das generelle Empathievermögen der Probanden hatte keinen abschwächenden Einfluss auf das Ergebnis. Anders als erwartet, wurden die Effekte zudem weder durch das vorangehende Aggressionsniveau noch durch Art und Umfang der elterlichen Supervision des Medienkonsums mitbestimmt.

Kommentar: Sehr viele Kinder und Jugendliche –in den USA mehr als 90% - spielen Videospiele, die ganz überwiegend Gewalt darstellen und diese meist als spaßig oder zumindest gerechtfertigt anbieten. Die zitierte Studie zeigt einmal mehr, dass der Konsum von Gewalt-Videospielen aggressives Verhalten begünstigt und sich gleichgerichtet sowohl auf Jungen und Mädchen mit niedrigem wie auch mit hohem basalem Aggressionsniveau auswirkt. Dieses Ergebnis widerspricht der populären Ansicht, dass vor allem ohnehin gewaltbereite, männliche Individuen durch entsprechende Spiele gefährdet sind. Es bestätigt jedoch basale Annahmen der sozialen Lerntheorie zum aggressiven Verhalten, die besagen, dass wiederholte gewalttätige Aktivitäten Veränderungen von Kognitionen induziert, die dauerhaft die Aggressionsschwelle senken. Solche Erkenntnisse verlangen nach einer breiten Diskussion, auch unter Kinder- und Jugendärzten.

(Carola Bindt, Hamburg)

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.,
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. (02 21) 68 90 90, Tfx. 02 21 / 68 32 04
E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Das Grenzsteinkonzept der Entwicklung - sind alle Fragen geklärt?

Das von Michaelis, Nennstiel-Ratzel u.a. aktuell publizierte Grenzsteinkonzept zur kindlichen Entwicklung in den ersten Lebensjahren ist für die Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen in den kinder- und jugendärztlichen Praxen von großem Wert, vor allem im zweiten und dritten Lebensjahr. Dennoch wird darauf hingewiesen, dass die darin aufgestellten Items nur zum Teil klar definiert und validiert sind. Um nicht zu viele Kinder als entwicklungsuffällig zu bezeichnen, wird vorgeschlagen, dass vor allem in Grenzfällen entweder von den Eltern oder dem Personal der betreuenden Kindertagesstätte eine kontinuierliche Dokumentation der Entwicklung an Hand klar definierter alltagsrelevanter Tätigkeiten und Funktionen vorgenommen wird.

Validierte und teilvalidierte Grenzsteine der Entwicklung versus kontinuierliche Entwicklungsdokumentation

R. Michaelis et al. haben 2013 den Beitrag „Validierte und teilvalidierte Grenzsteine der Entwicklung – ein Entwicklungsscreening für die ersten sechs Lebensjahre“ in der Monatsschrift für Kinderheilkunde publiziert und konstatiert, dass sich mit diesem Konzept Kinder, die in ihrer Entwicklung bedroht sind, sicher identifizieren lassen.

Einige Monate zuvor hatte U. Nennstiel-Ratzel in der Kinderärztlichen Praxis einen Artikel mit dem Titel „Elternfragebögen zu Grenzsteinen der kindlichen Entwicklung im Alter von 1-6 Jahren“ veröffentlicht. Hierbei wurden 1290 von Eltern ausgefüllte Fragebögen verwendet.

In der Zeitschrift Frühe Bildung hat der Autor dieses Beitrags 2014 zusammen mit Mitarbeitern einen 1986 in Ungarn nach dem Konzept der ungarischen Kinderärztin Emmi Pikler publizierten Dokumentationsbogen der Entwicklung an deutschen Kindern im zweiten und dritten Lebensjahr reevaluiert. Dabei wurden Entwicklungsdaten von 99 Kindern zwischen 13 und 36 Monaten, die in deutschen Kindertagesstätten betreut wurden, für die Bereiche Motorik, Sprache, Spielverhalten und Verhalten bei der Nahrungsaufnahme durch die Erzieherinnen erhoben. Diese wurden mit den in Ungarn bei 8178 Kindern festgestellten Entwicklungsschritten verglichen.

Bedeutung der Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten im zweiten und dritten Lebensjahr

Seit den Arbeiten von Arno Gesell ist die Beurteilung der Entwicklung gerade in den ersten Lebensjahren immer wieder Anlass für Diskussionen gewesen. Mit Recht weist Michaelis darauf hin, dass das früher propagierte Meilensteinkonzept, bei dem der von 50 Prozent einer

Normpopulation erreichte Entwicklungsstand als Kriterium herangezogen wird, für die Beurteilung von Kindern mit grenzwertigen Entwicklungsauffälligkeiten völlig ungeeignet ist. Nach seiner Definition wird von Grenzsteinen der Entwicklung dann gesprochen, wenn das entsprechende Kriterium von 90-95 Prozent des Normalkollektivs erreicht wird.

Vor allem seit den Arbeiten von R. Largo und Mitarbeitern wissen wir, dass es eine erhebliche Variabilität beim Erreichen der einzelnen Entwicklungsschritte gibt, die von der primären Veranlagung und biologisch begründeten Entwicklungsstörungen, aber auch von kulturspezifischen Einflussfaktoren abhängig sind. Beispiele hierfür sind das Sitzen und das Stehen, aus einem Glas trinken, das Malen, das Betrachten eines Bilderbuches oder das Fahrrad fahren und die Anleitung zur aktiven Selbstständigkeit gegenüber einem passiven Helfen lassen.

Entwicklungstests sind so konzipiert, dass die einzelnen Aufgaben (Items) durch einen Untersucher überprüft werden sollten. **Fragebögen** können hingegen von Eltern, Tagesmüttern oder dem Personal einer Kindertagesstätte ausgefüllt werden.

Das **Entwicklungsscreening** nach dem Grenzsteinkonzept in der jetzt publizierten Version ist speziell für die Termine der Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U8 beim Kinder- und Jugendarzt gedacht und stellt eine Mischung von Beobachtungen des Spontanverhaltens, kurzen Testsituationen und Fragen an die Eltern dar.

Ein **Dokumentationsbogen** zur Entwicklung sollte von einer das Kind kontinuierlich betreuenden Person alle vier Wochen im ersten und zweiten Lebensjahr bis alle drei Monate im dritten Lebensjahr ausgefüllt werden, um so einen Überblick über die kontinuierlichen Entwicklungsfortschritte in verschiedenen Bereichen zu erhalten.

Nachfolgend werden die von Michaelis publizierten Grenzsteine der Entwicklung für 12, 24 und 36 Monate mit der Entwicklungsdokumentation nach Pikler und Falk (Loczy-Bogen) verglichen und kritisch diskutiert (10).



Prof. Dr. med.
Hans Michael
Straßburg



Lippischer Grenzstein im Silberbachtal

© Martina Berg – Fotolia.com

Grenzsteine der Entwicklung im Alter von 12 Monaten (U6)

Zwischen den von Nennstiel-Ratzel (N.-R.) verwendeten Fragebögen und dem Grenzsteinbögen von Michaelis (M.) gibt es an mehreren Stellen z.T. missverständliche Unterschiede in der Formulierung, auf die im Weiteren aber nicht mehr eingegangen wird.

Bei der Körpermotorik wird freies Sitzen mit geradem Rücken und sicherer Gleichgewichtskontrolle ohne Abstützen mit den Händen erfragt, außerdem, ob das Stehen oder Gehen einiger Schritte mit Festhalten gut gelingt. Wie das Kind in diese Position gekommen ist, spielt keine Rolle.

Nach dem Pikler-Konzept erfolgt keine vergleichbare Abfrage: dort wird nur nach den aktiv vom Kind selbst erreichten Positionen gefragt, also nicht, ob das Kind alleine sitzt, wenn es z.B. passiv hingesetzt wird, sondern „ob es sich selbstständig aufsetzen kann“. Die 97. Perzentile wird mit 16 Monaten angesetzt. Ebenso wird gefragt, ob sich das Kind, wenn es sich festhält, selbstständig aufstehen kann (97 P ebenfalls = 16 Monate) und ob es erste selbstständige Schritte unternehmen kann (97 P = 17 Monate).

Ob sich das Kind „auf allen Vieren“ fortbewegen kann, wird nur bei N.-R. mit 12 Monaten erfragt. Bei Pikler ist die 97 P-Grenze beim Krabbeln auf Händen und Knien 16 Monate.

M. fragt nach dem gezielten Greifen kleiner Gegenstände mit unvollständigem Pinzettengriff, Pikler, ob im Spiel zwei Gegenstände zusammengeschlagen werden (97 P = 11 Monate) oder ob zwei Gegenstände ineinander gesteckt werden (97 P = 14 Monate).

Bei der Sprach- und Sprechentwicklung wird die Sil-

benverdoppelung gleich angegeben. M. erfragt zusätzlich, ob „Mama“ und/oder „Papa“ korrekt und gezielt verwendet werden.

Die Entwicklung von sozialer und emotionaler Kompetenz, der Ich-Entwicklung und der Entwicklung der Selbstständigkeit, wird bei M. und im Pikler-Konzept unterschiedlich bewertet. So fehlt in letzterem das Kriterium „Unterscheidung von fremden und bekannten Personen“, das „Zeigen auf Gegenstände“, das „Tolerieren von Trennungen“ und das

„Betrachten in einem Spiegel“.

Nach N.-R. wird das Winken zum Abschied nur von 88,9 Prozent der Eltern beobachtet. Pikler beurteilt u.a. noch das regelrechte Füttern mit dem Löffel (97 P = 13 Monate). M. bewertet das selbstständige Trinken aus einer Tasse oder einem Becher als Grenzstein für 12 Monate, 97 P bei Pikler liegt hier bei 17 Monaten.

Weitere Items bei Pikler sind das Plantschen beim Baden mit den Händen und das Verstehen von Worten während der Pflege.

Grenzsteine der Entwicklung im Alter von 24 Monaten (U7)

Dies ist für die Beurteilung der Entwicklung aber auch für die Frage der Einleitung weiterer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen ein wichtiges und gleichzeitig schwieriges Alter.

Bei M. und N.-R. werden bei der Körpermotorik vor allem nach dem „sicheren Rennen“ und nach dem Aufheben von Gegenständen aus dem Stand vom Boden gefragt. 97 P für das Item „geht sicher“ ist bei Pikler der 21. Monat.

Bei der Hand-Finger-Motorik wird bei M. erfragt, ob der Malstift gehalten wird und „eingewickelte Bonbons/kleinere Gegenstände ausgewickelt werden können“. Pikler dokumentiert u.a. „isst selbstständig mit dem Löffel“ (97 P = 24 Monate), „fängt an sich zu waschen“ (97 P = 24 Monate), „zieht einige Kleidungsstücke aus“ (97 P = 27 Monate) und „baut mit mehr als zwei Klötzen“ (97 P = 27 Monate).

Während bei N.-R. 10 richtige Worte außer „Mama“ und „Papa“ von 92,9 Prozent erreicht wurden, erfragt M. mindestens 20 richtige Worte sowie Zweiwortsätze wie

„Mama komm“. Pikler dokumentiert hier „ist mit Worten zu leiten“ (97 P = 24 Monate), „gebraucht Worte“ (97 P = 24 Monate), „gebraucht Zweiwortsätze“ (97 P = 27 Monate).

Bei der sozialen Kompetenz erfragt M. den „aktiven und kommunikativen Austausch mit anderen Kindern“, bei Pikler ist 97 P für das alleinige Rollenspiel bei 27 Monaten.

Michaelis erfragt bei der Ich-Entwicklung: „Lehnt Hilfen gelegentlich vehement ab, obwohl es beabsichtigte Tätigkeiten noch nicht meistern kann, möchte selbst probieren.“

Das Erkennen im Spiegel wird nur bei M. als Grenzstein verwendet. Sowohl bei ihm als auch bei Pikler ist das Essen mit einem Löffel mit 24 Monaten ein gemeinsamer Grenzstein.

Grenzsteine der Entwicklung im Alter von 36 Monaten (U7a).

M. fragt nach beidbeinigem Abhüpfen von einer unteren Treppenstufe, nach dem Rennen „mit deutlichem Armschwung und dem Umsteuern von Hindernissen“. Nach Pikler sind das Treppensteigen im Nachstellschritt mit 27 Monaten und das Treppensteigen mit Schrittwechsel mit 33 Monaten von jeweils 97 Prozent erreicht, letzte-res gilt bei N.-R. als Grenzstein mit 36 Monaten.

Bei der Hand-Finger-Motorik fragt M. nach dem Umblättern von „dünnen Buch- oder Zeitschriftenseiten“ und dem sicheren Benutzen des „Dreifinger-Spitzgriffs“, während für Pikler das Putzen der Zähne, das Anziehen von Schuhen, das Aufknöpfen und das Anziehen einiger Kleidungsstücke ein Kriterium der Hand-Finger-Motorik ist.

Bei der Sprach- und Sprechentwicklung nennt M. Drei- bis Fünf-wortsätze in der „Kombination von Nomina, Hilfsverben, Präpositionen und Adjektiven sowie das Fehlen von Aussprachefehlern“ als Grenzsteinkriterium. Pikler hat P 97 beim Gebrauch von zusammengesetzten Sätzen mit 30 Monaten und das fließende und verständliche Sprechen mit 36 Monaten.

Während Malen und Kritzeln bei M. ein Grenzsteinkriterium ist, hat N.-R. dies nur in 34,3 Prozent im Alter von 36 Monaten feststellen können.

M. verlangt das konzentrierte, anhaltende Spielen für mindestens 30 Minuten mit Puppen, Autos, Bausteinen, Lego, Playmobil u.ä. als Grenzstein, N.-R. hat hierzu kein vergleichbares Item erfragt. Das gemeinsame Spielen mit anderen Kindern über mindestens 10-20 Minuten mit sprachlicher Kommunikation und Austausch von Gegenständen wird von M. angegeben, N.-R. gibt hierfür 10-15 Minuten an. Bei Pikler ist die P 97 für das „Anregen eines Rollenspiels“ mit anderen Kindern bei 33 Monaten.

Diskussion

Die Definition und Evaluation von Grenzsteinen der Entwicklung von Kindern in den ersten Lebensjahren ist für die Praxis von sehr hohem Wert, allerdings auch von vielen zivilisations- und kulturspezifischen Einflüssen

abhängig. Während von M. überwiegend auf Grund von eigenen Erfahrungen, theoretischen Konzepten und Angaben aus der Literatur die jetzigen Grenzsteine festgelegt wurden, hat N.-R. durch Elternfragebögen an einem größeren Kollektiv einen ähnlichen, allerdings nicht deckungsgleichen Katalog überprüft.

Nachfolgend sollen einige ergänzende und kritische Anmerkungen zu dem bisher vorliegenden Grenzstein-konzept vorgetragen werden, ohne dies grundsätzlich in Frage stellen zu wollen.

Dies beginnt bei der Definition eines Grenzsteins: Soll hier die 90., die 95. oder die 97. Perzentile verwendet werden? Dies ist gerade für die praktische Umsetzung von erheblicher Bedeutung, wobei ja nicht nur das Erreichen eines Entwicklungsgrenzsteins bewertet werden sollte, sondern auch die Qualität seiner Ausführung. Während in den Fragebögen von N.-R. die Formulierungen für möglichst viele Eltern verständlich sind, können viele der von M. verwendeten Formulierungen nur von Fachpersonal, in der Regel dem Kinder- und Jugendarzt, verstanden und umgesetzt werden, vor allem die Beurteilung der Sprachentwicklung. Die von ihm verwendeten Entwicklungskriterien stammen aus verschiedenen Erhebungen mit unterschiedlichen Erfassungskriterien, überwiegend in Form von Querschnittsstudien. So wurden 120 Items aus Literaturangaben festgelegt und 32 Items überwiegend zur theory of mind sind noch überhaupt nicht validiert.

Motorische und sprachliche Entwicklung

Im Alter von 12 Monaten wird bei M. das freie Sitzen mit geradem Rücken und sicherer Gleichgewichtskontrolle ohne Abstützen mit den Händen sowie das Stehen und erste Schritte gehen mit Festhalten erfragt. Dabei ist unklar, ob das Kind passiv in diese Positionen gebracht wird oder ob es sie selbstständig erreichen kann. Hierauf legt Pikler besonders großen Wert. Eines ihrer Grundprinzipien lautet „bringe nie ein Kind in eine Position, die es nicht selbstständig erreichen kann“.

Die Entwicklung der Hand-Finger-Motorik wird bei M. am Beispiel definierter Tätigkeiten erfasst - ist es aber wirklich sinnvoll, das Auswickeln eines Bonbons in diesem Alter zu erfragen? Pikler beurteilt hier Alltags-tätigkeiten wie das Benutzen eines Löffels, das Bauen, das Ausziehen oder das Waschen.

Leider gibt es zwischen dem Fragenkatalog von N.-R. und den Grenzsteinen von M. bei der Sprach- und Sprechentwicklung an mehreren Stellen Unterschiede: Ist das gezielte Aussprechen von „Mama“ und/oder „Papa“ wirklich wichtig, sind 10 oder 20 richtig gesprochene Worte mit 24 Monaten entscheidend und müssen wirklich „Nomina, Hilfsverben, Präpositionen und Adjektive“ im Alter von 36 Monaten unterschieden werden?

Psycho-soziale und emotionale Entwicklung

Soll sich ein Kind zehn Minuten (N.-R.) oder 15-20 Minuten (M.) im Alter von 24 Monaten alleine beschäftigen können? Ist das Beruhigen bei „täglichen Ärgernissen“ innerhalb von drei bis fünf Minuten ein gutes Kri-

terium? Sollte sich ein Kind mit 36 Monaten mindestens 30 Minuten (M.) alleine mit verschiedenen Gegenständen beschäftigen können?

Bei der Normierung der Fragebögen durch N.-R. haben die Eltern signifikant häufiger Mittlere Reife und Abitur. Von daher muss angenommen werden, dass die jetzige Zusammenstellung der Grenzstein-Items eine Selektion von Kindern darstellt, deren Eltern eine überdurchschnittlich bessere Ausbildung und ein höheres Interesse an der Erfassung der Entwicklung ihrer Kinder haben. Von daher sind die Kriterien „Malen“ und „mindestens 30-minütiges Spielen mit Gegenständen“ als Grenzstein mit 36 Monaten sehr fraglich. Die Entwicklungs-Items des Pikler/Loczy-Bogens sind nicht nach dem Grenzsteinkonzept entwickelt worden, sondern nach Beobachtungen im Alltag.

Die von M. vorgestellten Grenzsteine der Entwicklung sind für den Kinder- und Jugendarzt im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen sicher ein wertvolles Instrument, das allerdings nicht überbewertet werden darf. Doch muss die Frage erlaubt sein, welche Konsequenzen sich ergeben, wenn einzelne Grenzsteinkriterien nicht erreicht werden.

Deshalb ist unser Vorschlag, vor allem in Grenzfällen entweder durch die Eltern oder die betreuenden Erzieher/innen in einer Kindertagesstätte die weitere Entwicklung des Kindes innerhalb weniger Monate zu dokumentieren. Hierfür ist der Pikler/Loczy-Bogen geeignet,

zumal die hierin verwendeten Entwicklungskriterien einem praktikablen Konzept der Entwicklungsförderung entsprechen. Ansonsten muss befürchtet werden, dass zu viele Kinder im zweiten und dritten Lebensjahr als entwicklungsauffällig angesehen werden, was neben unter Umständen belastenden Tests und weiteren Untersuchungen oft zu fraglichen Verordnungsempfehlungen von Heilmitteln führen kann. Es ist weiter zu wünschen, dass im Rahmen eines multizentrischen Projektes an einer repräsentativen Kohorte in einer wissenschaftlichen Längsschnittstudie die relevanten Kriterien für die Entwicklung von Kindern in den ersten Lebensjahren in Deutschland erfasst werden.

Michaelis Grenzsteine:

www.dx.doi.org/10.1007/s00112-012-2751-0

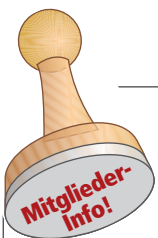
Pikler/Loczy-Bogen: www.entwicklungsdokumentation.de/

Ein ausführlicherer Artikel mit Literaturangaben steht in PädIn-Form, weitere Literatur auch beim Verfasser.

Der Autor bestätigt, dass bei ihm keine Interessenskonflikte mit kommerziellen Institutionen vorliegen.

Prof. Dr. Hans Michael Straßburg
Ehemals Universitäts-Kinderklinik Würzburg
E-Mail: Strassburg_H@ukw.de

Red.: Kup



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Sachsen-Anhalt

Termingerecht findet vom 11.08. bis 01.09.2014 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seines Stellvertreters, der Delegierten, der Ersatzdelegierten sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum 01.09.2014 abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Holger Handel, Halberstadt
Landesverbandsvorsitzender

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

Die Justitiare des BVKJ e.V., die **Kanzlei Dr. Möller und Partner**, stehen an **jedem 3. Donnerstag** eines Monats von **17.00 bis 19.00 Uhr** unter der Telefonnummer

0211 / 758 488-14

für telefonische Beratungen zur Verfügung.



ADHS: Was die Wissenschaft sagt und was die Presse daraus macht

Anfang Mai erfuhren die Leser der Frankfurter Allgemeine, **die medikamentöse ADHS-Behandlung werde oft abgebrochen wegen der Nebenwirkungen Kopfschmerzen und Appetitmangel. Bis zu 78 Prozent der Patienten würden an Nebenwirkungen leiden. Und wer es noch nicht wusste, dem wurde die Teufelsdroge auch visuell in Form einer Ritalin-Schachtel vorgestellt.** Im kleingedruckten Text schreibt die Autorin, acht bis 25 Prozent der Patienten würden überwiegend in den ersten Monaten die Behandlung abbrechen wegen der Nebenwirkungen Bauch- und Kopfschmerzen, Appetitmangel und Einschlafstörungen. Die Autorin vermutet, dass bei Langzeituntersuchungen, die es leider nicht gäbe, über die Nebenwirkungen noch mehr Bedenkliches ans Licht käme. Dem unvoreingenommenen Leser wird spätestens jetzt klar, hier wartet eine tickende Zeitbombe, unsere Kinder werden nicht nur ruhig gestellt, nein, sie werden auch noch mit schmerzhaften und vielleicht ja dauerhaften Nebenwirkungen belastet.

Da die zitierten Schlagzeilen so gar nicht unserer über zwanzigjährigen Erfahrung mit der Verordnung von Stimulantien bei Kindern mit ADHS entsprach, haben wir uns die Mühe gemacht, die Quelle zu bestellen: die Metaanalyse der Autoren Clavenna und Bonati im Arch Dis Child online, veröffentlicht im April 2014: safetyofmedicinesusedfor ADHD in children.

Die Autoren gingen der Frage nach, wieviele und welche Nebenwirkungen beim Einsatz der Medikamente Atomoxetin, retardiertes Methylphenidat und Amphetaminsulfat bei Kindern mit ADHS beobachtet werden, zu welchem Zeitpunkt sie auftreten und ob sie zum Abbruch führen. Sie fanden in der Literatur sechs auswertbare prospektive Studien, die ihren Anforderungen genügten. Dauer der Studien betrug ein bis drei Jahre: vier bis 18 Wochen verblindete Phase, dann bis zu drei Jahren die geöffnete Extensionsphase.

Retardiertes Methylphenidat (Concerta): In der verblindeten Phase betrug

die Abbruchrate wegen vermutlichen Nebenwirkungen der Therapie ein Prozent, die Nebenwirkungsrate lag bei 42 Prozent. In der geöffneten Phase stieg die Abbruchphase auf sieben Prozent im ersten Jahr und auf acht Prozent im zweiten Jahr, die Nebenwirkungsrate auf 85 bis 89 Prozent.

Atomoxetin: In der verblindeten Phase betrug die Abbruchrate der Therapie wegen vermutlicher Nebenwirkungen vier Prozent, die Nebenwirkungsrate 4 bis 20 Prozent. In der geöffneten Phase stieg die Abbruchphase auf neun Prozent, die Nebenwirkungsrate wird nicht angegeben.

Amphetaminsulfat: In der verblindeten Phase betrug die Abbruchrate wegen vermutlicher Nebenwirkungen der Therapie zwei Prozent, die Nebenwirkungsrate betrug sieben Prozent. In der geöffneten Phase stieg die Abbruchphase auf 15 Prozent, die Nebenwirkungsrate auf 92 Prozent.

Die Autoren schreiben in ihrer Zusammenfassung: In der verblindeten Kurzzeitphase werden die Medikamente gut vertragen und führen nur zu leichten Nebenwirkungen. Die meisten Nebenwirkungen treten im ersten Jahr nach Beginn der medikamentösen Therapie auf und sind von leichtem bis gemäßigten Schweregrad. Es handelt sich bei den Nebenwirkungen überwiegend um Appetitmangel, Kopf- und Bauchschmerzen.

Das liest sich ganz anders als die von der Laienpresse gezogenen Schlüsse, weniger spektakulär dafür mehr unserer Praxiserfahrung entsprechend.

Wie kommt es zu der deutlichen Zunahme der Nebenwirkungsrate nach Öffnung der Studie? Hier kann nur spekuliert werden:

- Wurden die Dosen verändert?
- Hat sich die klinische Betreuung verändert?
- Liegt hier ein externer negativer Einfluss vor?

Es fehlen leider Angaben zum tageszeitlichen Auftreten der Nebenwirkungen

– Handelt es sich hier um Effekte bei Nachlassen der Wirkung?

– Beschwerden bedingt durch verminderte Nahrungsaufnahme?

– Bei Concerta um eine leichte Überdosierung am frühen Nachmittag?

Eins ist jedenfalls sicher: nach der Lektüre des Artikels der Frankfurter Allgemeinen werden wir es wieder mit einem Nocebo-Effekt zu tun haben: Kopf- und Bauchschmerzen und vor allem Einschlafschwierigkeiten treten schnell auf, wenn jeder darüber redet.

Es wäre wünschenswert,

- wenn sich die Laienpresse endlich einmal fragt, warum die Krankenkassen nicht bereit sind, zur Sicherung einer qualitativ guten ADHS-Diagnostik und –Therapie die multidisziplinär ausgearbeiteten KBV-Verträge mit den Leistungsträgern abzuschließen.
- wenn sie sich endlich einmal fragen würde, warum die Patienten und ihre Eltern Angst haben, sich als ADHS-Betroffene zu erkennen zu geben und Kopf- und Bauchschmerzen als Grund angeben, die wirksame medikamentöse Therapie abzubrechen, nur um nicht mehr als „Drogi“ von den anderen ausgeschlossen zu werden.

Die Autoren schließen an Hand der von ihnen durchgeführten Metaanalyse, dass die Medikation sicher ist und gut toleriert wird. Die Nebenwirkungen sind schwach bis moderat. Trotz dieser positiven und beruhigenden Ergebnisse erstaune die hohe Abbruchrate wegen Nebenwirkungen von zehn bis 25 Prozent. Uns hingegen erstaunt die hohe Abbruchrate nicht: das Lesen des Waschzettels sowie die unqualifizierten Berichte im Fernsehen sowie in der Laienpresse verunsichern immer wieder Eltern und auch den Patienten selbst und führen zu Abbrüchen trotz guter Wirkung

Dr. Kirsten Stollhoff und Dr. Klaus Skrodzki
Vorstand der AG ADHS im BVKJ

Red: ReH

Beschneidung – in erster Linie ein medizinisches Problem

Nach dem „Kölner Urteil“ am 7. Mai 2012 fand in Deutschland eine breite Debatte über die Zulässigkeit der rituellen Beschneidung von minderjährigen Knaben statt. Diese mündete im Dezember 2012 politisch zunächst in das „Beschneidungsgesetz“. Darin wird den Eltern mit einigen Einschränkungen die Einwilligung in eine rituelle Beschneidung gestattet. Alle pädiatrischen Verbände in Deutschland vertreten im Gegensatz zur Mehrheit des Deutschen Bundestages die Meinung, dass Eltern kein Recht haben sollen, an Stelle des Unmündigen in einen medizinisch nicht notwendigen Eingriff einzuwilligen. Es ist sicher richtig, hier auch die rituellen Beschneidungen im Fokus zu haben. Weit größer ist jedoch in Deutschland das Problem im medizinischen Sektor selbst. Die Anzahl der medizinisch nicht notwendigen Beschneidungen ist dort weit größer als im religiösen Sektor.

Wie häufig werden Jungen in Deutschland beschnitten?

Die einzigen belastbare Daten zur Häufigkeit von Beschneidungen bei Jungen in Deutschland erhalten wir von der KIGGS-Studie 2007. Damals waren etwa 11% aller Jungen in Deutschland von 0-17 Jahren beschnitten (Tab. 1). Nach dem sechsten Geburtstag nimmt die Beschneidungshäufigkeit nur noch wenig zu. Ein größerer Anteil von Beschnittenen in den mittleren Altersgruppen im Vergleich zu den 14-17 Jahre alten deutet an, dass die Gesamtzahl der Beschneidungen eher im Steigen ist. Dies würde mit der Zunahme von Beschneidungen übereinstimmen, die in den letzten Jahren von der AOK und von der

kassenärztlichen Bundesvereinigung beobachtet worden sind.

Erwartungsgemäß sind türkische Jungen häufiger beschnitten als Jungen ohne Migrationshintergrund. Möglicher Weise ist der Anteil von 27,5% Beschnittenen unter den türkischen Jungen zu niedrig erhoben, da es sich um eine Befragung handelte, und manche türkische Eltern die Beschneidung nicht als Operation im medizinischen Sinne betrachtet haben könnten.

Die Religion ist das kleinere Problem

2007 lebten in Deutschland etwa 7 Mio Jungen unter 18 Jahren. Davon waren

nach KIGGS-Daten etwa 760.000 beschnitten. Bei einem Ausländeranteil von etwa 11% der Bevölkerung hatten etwa 6,2 Millionen der Jungen keinen Migrationshintergrund. Von diesen waren 9,9% oder 640.000 beschnitten. Bei etwa 2% dieser Jungen muss man nach neueren internationalen Zahlen mit der tatsächlichen medizinischen Notwendigkeit einer Beschneidung rechnen, das sind 124.000 Beschneidungen. Das heißt, dass es 2007 über eine halbe Million männliche Kinder und Jugendliche in Deutschland ohne Migrationshintergrund gab, bei denen eine Beschneidung ohne religiösen und ohne medizinischen Grund vorgenommen worden ist. Pro Jahrgang sind dies im Durchschnitt etwa 28.000 medizinisch grundlose Beschneidungen außerhalb des rituell-religiösen Sektors. Man kann diese Zahl mit 150-300€ multiplizieren um den Marktwert dieser Eingriffe im Gesundheitswesen bei uns von 4,2-8,4 Millionen Euro jährlich zu ermitteln.

Der Anteil der Migranten an den Beschnittenen betrug 2007 12,5%. Die 510.000 türkischen Jungen hatten einen Anteil von 7,3% an der Bevölkerung der untersuchten Altersgruppen und waren für die rituelle Beschneidung die relevante Gruppe. Bei einer Beschneidungshäufigkeit von 27,5% lebten 2007 in Deutschland 140.000 beschnittene türkische Jungen. Bei etwa 10.000 von diesen kann man einen medizinischen Grund für die Beschneidung unterstellen. Es waren also beinahe vier Mal so viele Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund im medizinischen Bereich und ohne harte In-

Alter	% beschnitten	95% KI	Anzahl beschnitten
0-2 Jahre	1,6	0,9-2,8	16900
3-6 Jahre	10,1	8,6-11,2	142500
7-10 Jahre	14,7	12,8-16,7	207500
11-13 Jahre	13,3	11,4-15,4	140800
14-17 Jahre	11,6	10,0-13,4	163800
gesamt	10,9	10,0-11,8	670000
Migration	15,3	13,0-17,9	86500
türkisch	27,5	22,8-32,7	50500
Ohne Migration	9,9	9,9-10,8	583500

Tab.1: Beschneidungshäufigkeit und Anzahl von beschnittenen Jungen (nach KIGGS 2007). 95%KI = 95% Konfidenzintervall.

dikation beschnitten wie türkischen Jungen aus religiösen und traditionellen Motiven. Selbst bei einer Untererfassung der rituellen Beschneidungen überwiegen die Beschneidungen ohne triftige medizinische Indikation die rituellen Beschneidungen noch deutlich.

Erhebliche Belastung durch Komplikationen

Das genaue Risiko von Beschneidungen ist nach der Ansicht der American Academy of Pediatrics unekannt. In der Anhörung zum Beschneidungsgesetz gab das jüdische Krankenhaus in Berlin an, eine Komplikation unter 5.000 Beschneidungen behandelt zu haben. Das sind 0,2 Promille. International wurde in der Wissenschaft bis 2013 der Wert von 2% aus einer Übersicht von Singh-Grewal und Mitarbeitern im Jahre 2005 wenig bestritten. Belastbare Daten sind 2013 aus einer kinderchirurgischen Fachabteilung in Dänemark publiziert worden. Die Autoren kommen auf eine Komplikationsrate von 5,1%. Nach einer Umfrage des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte in Deutschland berichteten 458 Praxen von insgesamt 1858 Komplikationen bei Beschneidungen innerhalb von 34 Monaten, also 650 Komplikationen pro Jahr. Insgesamt gibt es über 5000 Kinder- und Jugendarztpraxen in Deutschland. Hochgerechnet ließe diese unstrukturierte und spontane Erhebung etwa 6500 Komplikationen jährlich erwarten (15%).

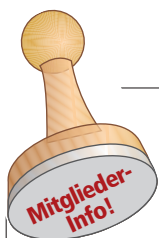
	Jüdisches Krankenhaus	Singh-Grewal	Thorup	BVKJ
Komplikationen	0,002%	2,00%	5,10%	15,00%
gesamt	13	12800	32640	117000
Pro Jahr	0,8	711	1800	6500

Tab. 2: Beschneidungskomplikationen bei Jungen von 0-17 Jahren nach KIGGS Daten unter verschiedenen Modellannahmen.

Wenn wir die gut ermittelten Daten von Thorup aus Dänemark auf die Situation in Deutschland bei der KIGGS-Studie 2004 übertragen, dann hat es bei den 640.000 Beschnittenen 32.000 Komplikationen gegeben oder pro Jahrgang knapp 2000. Dramatisch ist eine andere Zahl. Durch die vermutlich unnötigen Beschneidungen im medizinischen Bereich sind bei den 0-17 Jahre alten Jungen 2004 etwa 25.000 vermutlich unnötige Komplikationen verursacht worden, das sind pro Jahrgang knapp 1400. Demgegenüber müssten wir durch die rituellen Beschneidungen der türkischen Jungen weniger als 400 Komplikationen im Jahr erwarten (Tab. 2). Unser medizinisches Problem in Deutschland sind nicht im erster Linie die Beschneidungen nach dem islamischen Ritus. Beschneidungen von 100 jüdischen Kindern jährlich fallen zahlenmäßig überhaupt nicht ins Gewicht, deswegen ist der

immer wieder lauthals erhobene Antisemitismus – Vorwurf völlig unerheblich. Unser Problem ist, dass die Forschung und die Lehre in der Medizin sich bislang viel zu wenig um die Vorhaut von kleinen Jungen und um Beschneidung gekümmert hat. Unser Problem ist die riesige Zahl von unnötigen Beschneidungen im medizinischen Bereich. Wenn wir diese Zahl auch nur in die Nähe der tatsächlichen, der harten Indikationen heruntergefahren haben, dann werden wir, was unser Engagement gegen die rituellen Beschneidungen angeht, erst glaubwürdig. Die vorliegenden Zahlen zeigen, wie notwendig es ist, die veraltete AWMF-Leitlinie zur „Phimose und Paraphimose“ zu aktualisieren.

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



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

ERGEBNIS Wahl im Landesverband Thüringen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. für die Legislaturperiode 2014–2018

Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter

Dr. Andreas Lemmer, Erfurt

Stellv. Landesverbandsvorsitzender und 2. Delegierter

Dr. Wolfgang Karmrodt, Mühlhausen

Schatzmeisterin

Dipl.-Med. Veronika Bier, Erfurt

1. Ersatzdelegierter

Dr. Ronald Bastian, Zeulenroda

2. Ersatzdelegierte

Dipl.-Med. Brigitta Dahlmann, Erfurt

Aktuelle Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen im Bereich ihrer emotionalen und sozialen Psyche – Fixierung im frühkindlichen Narzissmus Ursache und Auswege

© Sunny studio- Fotolia.com

Immer mehr Kinder haben bereits im Kindergartenalter Probleme in ihrer Motorik, Sprache oder im Sozialverhalten. Immer mehr Schüler verfügen nicht über eine angemessene Lern- und Leistungsbereitschaft oder/und haben deutliche Defizite in ihrer sozialen Kompetenz. Beim Übergang in den Beruf fehlen jedem zweiten Heranwachsenden so genannte Soft Skills wie z.B. Arbeitshaltung, Sinn für Pünktlichkeit, Erkennen von Strukturen und Abläufen, Fähigkeit zu Priorisieren. Außerdem können sie nicht angemessen über das erlernte Grundwissen in Mathematik und Deutsch verfügen. Wir erleben eine deutliche Zunahme an Verordnungen von Ergo-, Psychotherapie und Logopädie sowie Analeptika und anderen Psychopharmaka. Worin liegen die Ursachen dieser zunehmenden Fehlentwicklung?

Als tiefenpsychologisch orientierter Kinderpsychiater gilt für mich die Hypothese: Verhaltensauffälligkeiten von Kindern sind überwiegend begründet im Verhalten der Eltern und müssen auf dem Hintergrund des Familiensystems oder der Gesellschaft gesehen werden.

Grundsätzlich begegnen mir in der Praxis nur engagierte Eltern, die alles für ihr Kind tun. Die Kinder sind trotz guter Erziehung in ihrem Verhalten gravierend auffällig. Es ist daher meine Aufgabe, zu analysieren, warum die Eltern ihrem Kind gegenüber -unbewusst- blockiert sind. Die Ursachen liegen heute überwiegend in gesellschaftlichen Veränderungen, die immer mehr Erwachsene psychisch nicht zu verkraften scheinen. Daher ist auch verständlich, dass heute immer mehr Kinder betroffen sind.

Diagnostische Einschätzung

Ausschlaggebend für die diagnostische Beurteilung des Kindes ist die genaue Beobachtung in unterschiedli-

chen Situation, wie im Erstinterview, im Spiel, bei der körperlichen und neurologischen Untersuchung sowie in Testsituationen (z.B. IQ-Test). Entscheidend ist nicht das reine Testergebnis, sondern das Verhalten des Kindes in der Testsituation; wie es auf mich wirkt oder was es auch an Emotionen in mir auslöst (Übertragung). Ich habe versucht, Standardsituationen zu schaffen, gleiche Abläufe und Vorgehensweisen, z.B. ein gleiches Erstinterview in Wortwahl und Reihenfolge.

Da die Kinder und Jugendlichen, die heute zu mir kommen, sich in ihrem Verhalten im Vergleich zu vor ca 15 Jahren gravierend verändert haben, müssen heute andere Störungsbilder als Ursache vorliegen.

Erstkontakt

Wenn ich die Eltern früher im Warteraum begrüßt habe, hat ein kleines Kind sein Spiel unterbrochen und sich neben die Eltern gestellt, mit fünf Jahren angemessen zu den Eltern begrüßt, ist nach Aufforderung pro-



© C. Bertelsmann

Michael
Winterhoff

blemlos mitgekommen und hat den gewiesenen Weg und anschließend den angebotenen Stuhl eingenommen. In der Interviewsituation haben die Kinder abgewartet, waren zurückhaltend, blühten dann zunehmend auf. Sie waren kindlich schwingungs- und begeisterungsfähig, sehr bemüht, mir meine Fragen zu beantworten, der Grund zu mir zu kommen, war ihnen bewusst.

Heute reagieren viele Kinder auf mein Betreten des Warteraums und mein Begrüßen der Eltern nicht. Sie spielen am Boden weiter oder sind vertieft in ein Heft.

In groben Zügen: Entwicklungsalter und Wahrnehmung/Erkenntnisse

Geburt: außerhalb von mir existiert noch eine Welt (u.a. Unterscheiden von angenehm – unangenehm)

Krabbelalter: u.a. Entdeckung des Raumes, räumliche Wahrnehmung

10-16 Monate: Unterscheidung Mensch – Gegenstand

20 Monate: Unterscheidung fremde – gewohnte Umgebung

2,5 bis 3 Jahre: Erkenntnis ich bin ein Mensch – du bist ein Mensch (Erkennen von Vater/Mutter/Erzieherin, Orientierung auch an der emotionalen Reaktion der Bezugs-personen z.B. "Hast du gut gemacht" oder "Gefällt mir nicht") (**Kindergartenreife**)

5 Jahre: tiefe Beziehungsfähigkeit, z.B. das Kind führt Aufträge für die Eltern aus, weiß was richtig, was falsch ist, erkennt Abläufe und Regeln

6 Jahre: u.a. Interesse am Erlernen von Kulturtechnik "ich will Lesen, Schreiben, Rechnen", Erkennen von Strukturen, Regeln und Abläufen in der Schule: ich verhalte mich im Unterricht anders als in der Pause, z.B. bleibe auf meinem Stuhl sitzen, folge dem Unterricht. Ich erkenne den Lehrer in seiner Funktion, z.B. führe Aufträge aus, mache viele Dinge, auch wenn sie mir keine Lust verschaffen für den Lehrer, z.B. Üben, Hausaufgaben (**Schulreife**)

Eine angemessene Begrüßung des Kindes ist oft nicht möglich. Meiner Bitte mitzukommen, kommen sie nicht gleich nach, sie spielen erst einmal weiter oder räumen umständlich auf. Viele gehen auf dem Weg in meinen Raum betont langsam und finden den gewiesenen Weg nur nach mehrmaligen Hinweisen. Im Erstgespräch geben sich die meisten Kinder nicht mehr altersgemäß – sie wirken entweder wesentlich älter, so wie kleine Erwachsene, oder wesentlich jünger und z.T. so, als seien sie



©Robert Kneschke –Fotolia.com

überfordert, meine Fragen zu beantworten. Sie sind nicht schwingungsfähig und wissen nicht den Grund ihrer Vorstellung bei mir, obwohl es von außen betrachtet offensichtliche Gründe gibt. Grundsätzlich müssen Aufträge wie z.B. bei der aktiven neurologischen Untersuchung doppelt und dreifach gegeben werden.

Die Eltern haben sich völlig verändert in der Einschätzung ihres Kindes:

früher hat eine Mutter ihr Kind klar beschrieben und eingeschätzt: "Der gehorcht nicht, konzentriert sich nicht, stört den Unterricht, lügt..."

Heute stimmt der Vorstellungsgrund mit dem Verhalten des Kindes nicht überein, so soll z.B. ein offensichtlich respektloses Kind eine Angststörung haben, oder "die Schule schickt uns, wir haben mit unserem Kind kein Problem."

Theorie: Entwicklung der emotionalen und sozialen Psyche aus tiefenpsychologischer Sicht

Im letzten Jahrhundert hat man viele Kinder über Jahrzehnte in ihrem Verhalten beobachtet. Ergebnis: Kinder verhalten sich unabhängig von ihren Anlagen und ihrer Herkunft in einem bestimmten Alter gleich. Daraus haben namhafte Psychoanalytiker Entwicklungsmodelle erstellt, wie sich der wichtigste Anteil unserer Psyche, nämlich die emotionale und soziale, bildet und entwickelt. Daraus ergibt sich der Grundsatz:

Aus dem Entwicklungsalter resultiert die Wahrnehmung der Außenwelt und entsprechend das Verhalten des Kindes. Somit ist für das Verhalten des Kindes die Frage des Entwicklungsalters maßgeblich und nicht die Frage der Erziehung.

Diese Erkenntnis wäre heute entscheidend, um die Problematiken vieler Kinder zu verstehen.

Zwei Fälle mögen dies veranschaulichen: Markus, 17 Jahre, bestens erzogen, freundlich, charmant, offen im Kontakt, ein guter Oberstufenschüler. Sobald seine Mutter ihn fordert oder seine Wünsche nicht erfüllt, beschimpft und droht er.

Vorstellungsgrund: Markus ist an einem Sonntagvormittag zusammen mit seinem elf Jährigen Bruder in einen Baumarkt eingestiegen. Weil der Motor seines Carts kaputt war, wollte er eine Kettensäge klauen, da sich der Motor als Ersatz eignet. Gerade als die Beiden den Zaun durchbrochen hatten, kam die Polizei. Markus war völlig erstaunt. Als er 14 Tage später vor mir saß, berichtete er den Vorfall. Er zeigte keine Reue, verfügte über kein Unrechtsbewusstsein. Er konnte nicht sehen, dass er seinen Bruder in Schwierigkeiten gebracht hat, es fehlte eine angemessene Empathie. Er konnte auch nicht erkennen, dass der Aufwand in keinem Verhältnis zum Ergebnis stand, dass das Unterfangen wegen der Alarmanlagen aussichtslos war oder dass er hätte gesehen werden können und jemand die Polizei verständigt. Er war bei guter Intelligenz auch nicht in der Lage zu verstehen, was er bei mir sollte.

Sascha, 15 Jahre, gut erzogen, geht seit 3 Monaten nicht in die Schule. Die Eltern, vernünftige Leute, sind

voller Sorge und wünschen sich von mir, herauszufinden, was in der Schule vorgefallen ist und über eine Therapie zu erreichen, dass Sascha wieder in die Schule geht. Ich frage Sascha nach seinem Tagesablauf. Er gibt an, gegen 17.00 aufzustehen, dann chattet er die Nacht durch und wenn seine Eltern am nächsten Tag arbeiten gehen, legt er sich ins Bett und schläft. Die Eltern, befragt, warum sie ihm den PC nicht wegnehmen, antworten, dies ginge nicht, da er ihn sich selbst verdient habe.

Diagnostische Einschätzung von Markus und Sascha

Fixierung in der frühkindlich narzisstischen Phase (10 – 16 Monate)

Symptome

Sascha und Markus leben in der Vorstellung: "Ich bin alleine auf der Welt und kann alle steuern und bestimmen". Aus dem kleinkindlichen Entwicklungsstand resultiert ein fehlendes Unrechtsbewusstsein; beide Jungen sind nicht in der Lage, Konfliktzusammenhänge zu erkennen und aus Konflikten zu lernen; sie erkennen Strukturen und Abläufe nicht angemessen; leben nur im Moment und zeigen ihre Begabung vor allem im Lustbereich; verfügen daher nicht über eine altersangemessene Lern- und Leistungsbereitschaft. Grundsätzlich muss man ihnen Aufträge doppelt und dreifach geben. Es handelt sich hierbei nicht um eine Verweigerung, sondern um die Bestätigung ihres Weltbildes: "Du bist zu steuern wie ein Gegenstand".

Ursache

So wie Markus und Saschas Eltern geht es immer mehr Erwachsenen. Sie verkraften die gesellschaftlichen Veränderungen und den technischen Fortschritt seit Mitte der 90er zunehmend nicht mehr. Ihnen fehlt Orientierung, Anerkennung und Sicherheit. Die rasante Veränderung vom analogen ins digitale Zeitalter überfordert sie. Viele Erwachsene geraten auch durch die tägliche Konfrontation mit Krisen- und Katastrophennachrichten aus aller Welt in einen Katastrophenmodus, stehen permanent unter Druck, ruhen nicht mehr in sich, und können nicht über ihre Intuition verfügen. Da die Gesellschaft nicht positiv zukunftsweisend ist, geraten Eltern in eine Symbiose mit ihren Kindern.

Eltern sind in Gefahr, über ihr Kind unbewusst zu kompensieren. Es ist zu folgenden Verschiebungen der Beziehungsebene gekommen:

Kind als Partner

Die Erwachsenen stellen sich vor, über Reden und Begreiflichmachen könne man erziehen. Schon kleine Kinder sollen den Erwachsenen orientieren, Entscheidungen treffen, sie sollen sich offen und frei entwickeln, möglichst viel selbst bestimmen, auch inzwischen in vielen Kindergärten und Schulen. Der Erwachsene gibt dem Kind nicht mehr die für seine emotionale und soziale Entwicklung notwendige Orientierung, Halt und Sicherheit.

Projektion

Der Erwachsene will vom Kind um jeden Preis geliebt werden, somit kommt es zur Machtumkehr: der Erwachsene wird bedürftig und das Kind soll die Bedürfnisse erfüllen

Symbiose

Das Kind ist unbewusst zu einem Teil des Erwachsenen geworden, somit ist das Glück des Kindes das der Eltern. Diese Eltern fühlen, denken und handeln für ihr Kind. Sie lassen sich unbewusst vom Kind steuern. Eine Unterscheidung Mensch/Gegenstand ist für das Kind nicht möglich.

Folgen/Therapie

Die emotionale und soziale Psyche bildet sich nur über eine enge, gute und sichere Beziehung zu den Bezugspersonen (Eltern, Großeltern, Erziehern und Lehrern), allerdings müssen diese in sich ruhen, über ihre Intuition verfügen und das Kind als Kind erleben.

Als erstes muss der Erwachsene seine unbewusste Kompensation sehen und die Beziehungsebene zum Kind korrigieren.

Außerdem muss der Zustand des Katastrophenalarms bewusst gemacht und behoben werden, damit der Erwachsene wieder in sich ruht und über seine Intuition verfügen kann.

Da viele Eltern ihre Beziehungsstörung nicht sehen können und immer mehr Kinder auf der Stufe von Kleinkindern stehen bleiben, muss die Verantwortung für die Entwicklung der emotionalen und sozialen Psyche von der Gesellschaft getragen werden - eine neue Aufgabe für Kindergarten und Schule. **Erst Entwicklung, dann Bildung! Ansonsten geht die Bildung an den Kindern vorbei.**

Da die Psyche sich nur am Gegenüber bildet, sind offene Konzepte im Kindergarten und für diese Kinder auch in der Grundschule völlig fehl am Platz. Je weniger die Bezugspersonen sich im direkten Kontakt mit dem Kind befinden, desto weniger Chancen hat das Kind auf eine Entwicklung seiner Psyche.

Daher: je jünger Kinder sind, desto personenzentrierter und nicht lernzentrierter muss der Unterricht sein. Gleiche Bezugspersonen, gleiche Reaktionen, gleiche Abläufe, viel Anleitung und Begleitung sind wichtig. Ebenso ganzheitliches Denken und nicht die isolierte Sicht auf Erziehen und Lernen.

Wir brauchen dringend ein Vorschuljahr mit kleinen Gruppen zur Förderung der emotionalen und sozialen



Entwicklung aller Kinder. Sobald der Entwicklungsstand sechs Jahre erreicht ist, wären die Kinder "schulreif", wären u.a. lernwillig und wissbegierig, also bildungsfähig.

Der Autor arbeitet als Kinder- und Jugendpsychiater in Bonn. Er ist Autor mehrerer Bestseller. Sein aktuelles Buch: „SOS Kinderseele - was die emotionale und soziale

Entwicklung unserer Kinder gefährdet- und was wir dagegen tun können“.

Dr. med. Michael Winterhoff

E-Mail: michael.winterhoff@t-online.de

Red: ReH

Buchtipps

Herbert Renz-Polster /
Gerald Hüther

Wie Kinder heute wachsen

**Natur als Entwicklungsraum.
Ein neuer Blick auf das kindliche
Lernen, Denken und Fühlen**



Verlagsgruppe BELTZ, 264
Seiten, € 17,95, ISBN 978-3-
407-85953-2

Nicht in die Fußstapfen, sondern darüber hinaus treten

Der Kinder- und Jugendarzt, Publizist und vor allem erfahrene Vater Herbert Renz-Polster hat sich zusammen mit dem bekannten Hirnforscher Gerald Hüther an ein neues Werk gemacht, welches den durch seine Publikationen vorgezeichneten Weg konsequent weitergeht: die Bedürfnisse für das Großwerden von Kindern entwicklungsbiologisch zu erklären und zurückzufinden zu den Wurzeln, aus denen die kindliche Entwicklung schöpft. Dabei hat er den roten Faden entwickelt, während Hüther am Ende eines Kapitels „ein Fenster öffnet, durch welches der Leser weiter in die Tiefe – auch unseres Gehirnes – blicken kann“. Natur ist so wichtig wie die Nahrung und angestammter Entwicklungsraum der Kindheit, hier erleben Kinder die vier unverzichtbaren Fundamente: Unmittelbarkeit, Freiheit, Widerständigkeit, Verbundenheit. Diese Quellen finden sich in der Natur, wo Kinder Freiheit erleben, Widerstände überwinden, einander auf Augenhöhe begegnen und dabei zu sich selbst finden. Hier können sie wirksam sein und sich selbst organisieren. Entwicklung orientiert sich auch, aber nicht nur an Vorbildern: Die sozialen Kernkompetenzen können nicht allein vermittelt, sondern müssen erfahren werden. So betritt jedes Kind Neuland. Große Entde-

ckungen und Erfindungen wurden meist von jungen, oft sehr jungen Menschen gemacht, und die Impulsgeber waren nicht immer Erwachsene. So ist es beim Großwerden auch bei den kleinen Entdeckungen und Erfindungen des Alltags. Die Kleinen lernen von und mit den Großen und umgekehrt – auch ein Plaidoyer für altersgemischte Gruppen. Lernend und Lehrend, geführt und führend gleichzeitig. Das Spiel im Freien ist Erleben von Freiheit – als „Gegengift gegen die schleichende Enteignung der Kindheit“. Spiel ist Hingabe, Versenkung, „flow“, als Gefühl von Befreiung und Glück.

Raus mit Euch heißt es im Kapitel „Natur und Gesundheit“: Wir Pädiater machen Vorsorgen, Impfungen, und vergessen dabei die ganz große „Gesamt-Impfung“, nicht nur gegen Krankheiten, auch gegen ADHS: Bewegung, Sonne, Licht und Wind. Waldkindergartenkinder sind gesünder. Was dem entgegensteht: die zunehmende Domestizierung der Kinder. Der Lebensraum „Draußen“ ist in dramatischem Ausmaß verloren gegangen – auch um Kinder schützen zu wollen, etwa was die Straße als Erlebnisraum betrifft.

Unter dem Motto, dass die Kindheit so wertvoll geworden ist, dass wir sie unmöglich den Kindern überlassen können, steht das vierte Kapitel: Warum sollen unsere Kinder so werden wie wir, was haben wir als Vorbilder zu bieten, wo wir doch selbst nicht glücklich mit unserem Leben sind? Dennoch bereiten wir die Kinder auf genau dieses Lebensmodell vor. Wir müssen da raus, und die Botschaft der Autoren lautet: Raus! Und was kann da ein besseres Übungsfeld sein als die Natur, das angestammte Lern- und Übungsfeld der Kinder.

Im Kapitel „Das große Drinnen“ stimmen die Autoren nicht in das allgemeine Lamento der Verteufelung der neuen Medien ein, sondern

differenzieren. Wenn für kleine Kinder auch ein uneingeschränktes „Nein“ formuliert wird, können größere Kinder durchaus Gewinn ziehen, sogar Beziehungen pflegen, die ihnen sonst verwehrt sind, und auch mal ihre Überlegenheit den Erwachsenen gegenüber demonstrieren. „Medien sind Scheinriesen, leben Kinder in einer beziehungsvollen Welt, schrumpft deren Macht gewaltig“.

Ist Natur gefährlich? Eltern haben Angst, sie wollen ihre Kinder beschützen. Aber der Schutz vor der Welt, vor der Natur, muss erfahren, erarbeitet werden, und das geht nun einmal nicht ohne Blessuren ab: „Wo nichts passieren kann, passiert auch nichts“. Wir können Kindern nur Selbstvertrauen geben, wenn wir selbst Vertrauen in sie haben, etwa bei der selbständigen Bewältigung des Schulwegs. Im siebten Kapitel werden die denkbaren Wege in die Natur beschrieben, gefolgt von einer Nachdenkerei über Achtsamkeit. Dieses heute oft überstrapazierte Wort bekommt im Umgang mit der Natur Sinnerfüllung: braucht es doch Geduld, Staunen und Behutsamkeit, um sie zu entdecken: „Überall dort, wo es Leben gibt, das nichts anderes als leben will, in der freien, nicht für bestimmte Zwecke benutzten und zurechtgestutzten Natur“. Nur ist diese Natur bedroht und wir entziehen uns selbst die Lebensgrundlagen. Wenn wir Kinder verändern möchten, müssen wir uns zuerst mal selbst verändern. Und so schließt das mit einem umfangreichen Literaturverzeichnis und Belegen ausgestattete Buch folgerichtig mit: Raus mit uns – die Kinder laden uns dazu ein.

Dr. Stephan Heinrich Nolte
Kinder- und Jugendarzt
Alter Kirchhainer Weg 5
D-35039 Marburg/Lahn
+49 6421 162266
shnol@t-online.de

Red.: ReH

Prof. Dr. Ronald Schmid zum 65. Geburtstag

Am 22. Juli vollendet der Vizepräsident des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V.) sein 65. Lebensjahr, aber von Ruhestand kann keine Rede sein.

Ronald Schmid wurde am 22. Juli 1949 in Heidelberg geboren und legte dort 1968 seine Reifeprüfung am Bunsen-Gymnasium ab. Er studierte zunächst ein Jahr lang Mathematik in Heidelberg. Dann aber besann er sich, trat in die Fußstapfen seines Vaters, Prof. Franz Schmid, eines Mitbegründers des BVKJ, und studierte Medizin in Hohenheim und Heidelberg, wo er 1974 seine Ärztliche Prüfung ablegte. 1975 promovierte er dort zum Dr. med.

Seine Medizinalassistentenzeit verbrachte er bis 1976 in Heidelberg und Eberbach. Nach der ärztlichen Approbation begann er seine Assistenzarztzeit zunächst an der chirurgischen Klinik des Kreiskrankenhauses Eberbach. Erst später folgte er dem Ruf seines Vaters als Assistenzarzt an die Kinderklinik in Aschaffenburg, wo er 1981 seine Weiterbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde abschloss. Drei weitere Monate arbeitete er noch als Oberarzt bei seinem Vater in Aschaffenburg und wechselte dann als wissenschaftlicher Angestellter an die Universitätskinderklinik in München.

Bereits mit 35 Jahren wurde er 1984 Chefarzt der Kinderklinik am Kreiskrankenhaus Alt-/Neuötting und erhielt 1988 die Lehrbefähigung für Pädiatrie und Sozialpädiatrie. Seit 1991 ist Ronald Schmid Vorsitzender und ärztlicher Leiter des Sozialpädiatrischen Zentrums Inn-Salzach am Kreiskrankenhaus Alt-/Neuötting. Diese Einrichtung hat er im Laufe der Jahre zu einem weit über die regionalen Grenzen hinaus bekannten und geachteten Versorgungs-, Weiterbildungs- und Fortbildungszentrum ausgebaut. Der große Erfolg der Kinder- und Jugendmedizin und der Sozialpädiatrie in dieser bayerischen Region ist eng mit seinem Namen verbunden und hat ihm neben der großen Anerkennung in der Region die Anerkennung vieler Lehrstuhlinhaber in ganz Deutschland ge-



Prof. Dr. Ronald Schmid

bracht. In Altötting ist er seit vielen Jahren fest verankert und gehört zweifellos zu den Honoratioren. Im Gesundheitswesen führt dort kein Weg an ihm vorbei.

Seit 1998 ist Ronald Schmid außerplanmäßiger Professor für Kinder- und Jugendmedizin der LMU München. Zusammen mit dem Altöttinger Arbeitskreis hat er in den Jahren 1997 bis 2001 das in Deutschland und darüber hinaus viel beachtete „Altöttinger Papier“ zu den Grundlagen und Zielvorgaben für die Arbeit in Sozialpädiatrischen Zentren erarbeitet. Sein Schwerpunkt liegt auf der Neuropädiatrie und der Entwicklungspädiatrie.

Viele Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte haben bei ihm die Entwicklungsdiagnostik gelernt. Er war bei zahlreichen Fortbildungsveranstaltungen unseres Verbandes der „Mann mit dem Koffer“.

Der BVKJ war ihm durch seinen Vater bestens bekannt, es gab keinerlei Berührungängste. Daher war es ganz logisch, dass er 2007 als Vertreter der klinischen Kinder- und Jugendmedizin zum Vizepräsident des BVKJ gewählt wurde. In diesem Amt hat er wesentliche Impulse für die Interessenvertretung der Klinikärzte und besonders der Weiterbildungsassistenten gesetzt, den Assistentenkongress des BVKJ zu einem allseits geachteten Weiterbildungsangebot ausgebaut und zusätzliche Ange-

bote für leitende Ärztinnen und Ärzte von Kinderkliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendliche geschaffen. Hierbei konnte er von der Vorarbeit seines Vorgängers, Prof. Dr. H.-J. Nentwich, profitieren.

Mit seinen umfangreichen Kenntnissen in der Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie und der Entwicklung von Kindern arbeitet er seit 2009 an der Erstellung neuer Vorsorgeinhalte für Kinder und Jugendliche in der AG Früherkennungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auf Bundesebene mit und war Sachverständiger für die Pädiatrie bei der KBV.

Lieber Ronald, nach Deinem Ausscheiden als Chefarzt der Klinik für Kinder und Jugendliche im Kreiskrankenhaus Alt-/Neuötting hast Du Dich 2012 noch in eigener Praxis niedergelassen und gestaltest weiter die Geschicke des ZKJ in Altötting. Dein umfangreiches Fachwissen wird noch vielen Kolleginnen und Kollegen von großem Nutzen sein, dafür sind wir Dir alle zu großem Dank verpflichtet. Möge Dein Einsatz von Nachhaltigkeit gekennzeichnet sein, denn es gibt heute nur noch wenige von Deinem Schlag und Deinem Engagement.

Ich habe sehr gern mit Dir zusammengearbeitet, trotz all Deiner Belastung warst Du stets ein ruhender Pol mit viel Empathie in vielen Funktionen im BVKJ. Gönn Dir und Deiner lieben Katharina noch viele schöne Erlebnisse auf größeren und kleineren Reisen. Vergiss die Erholung nicht und nimm Dir die Zeit für Deine beiden Enkel. Zeit, die Du aufgrund Deiner vielfältigen Belastungen und Deines großen Engagements für die Kinder Anderer für Deine eigenen drei Kinder nicht immer gehabt hast.

Alles Gute und noch viele schöne Jahre wünsche ich Dir

Wolfram

Dr. Wolfram Hartmann

Präsident BVKJ

Fortbildungstermine



August 2014

20. August 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.
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)

September 2014

3. September 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.
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)

6.–7. September 2014

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

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

17. September 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.
des bvkj e.V., in Verden

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

20. September 2014

Jahrestagung des LV Sachsen

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

Oktober 2014

11.–15. Oktober 2014

42. Herbst-Seminar-Kongress „Infektiologie“

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

13.–18. Oktober 2014

Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen in Bad Orb

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-26, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de)

22. Oktober 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.
des bvkj e.V., in Herdecke

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-26/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de)

November 2014

1. November 2014

Jahrestagung des LV Niedersachsen
des bvkj e.V., in Verden

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

5. November 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.
des bvkj e.V., in Nürtingen/Stuttgart

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und

Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-26/16, Fax: 0221/68909-78

(bvkj.kongress@uminfo.de)

7.–9. November 2014 (Teil 1) und

23.–25. Januar 2015 (Teil 2)

Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen in Freiburg

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-26, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de)

8. November 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.
des bvkj e.V., in Kiel

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-26/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de)

12. November 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.
des bvkj e.V., in München-Unterhaching

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-26/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de)

15.–16. November 2014

12. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Bayern, in Bamberg
Tag-Leiter: Prof. Dr. C. P. Bauer, Gaißach/München

Auskunft: Dr. Martin Lang, Bahnhofstr. 4, 86150 Augsburg, Tel. 0821/3433583, Fax 0821/38399 ③

22. November 2014

6. Pädiatrie zum Anfassen

des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, LV Berlin

Auskunft: Dr. B. Ruppert, Oraniendamm 6-10, 13469 Berlin, Tel.: 030/40397255/Fax: 030/40397254 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. 09321-3907300, Fax 09321-3907399, info@interface-congress.de



Geburtstage im August 2014

65. Geburtstag

Frau Danuta Maria *Guja*,
Waltrop, am 03.08.
Frau Dr. med. Carmen *Schubert*,
Stuttgart, am 05.08.
Herr Dr. med. Jochen *Menzel*,
Buchholz, am 07.08.
Herr Dr. med. Peter *Albrecht*,
Ballenstedt, am 08.08.
Frau Dr. med. Dagmar *Schütte*,
Braunschweig, am 09.08.
Herr Dr. med. Josef *Salaske*,
Nottuln, am 12.08.
Frau Renate *Giese*,
Halle, am 18.08.
Frau Bärbel *Laxa-Zimmermann*,
Bremen, am 18.08.
Herr Dr. med. Olaf *Körber*,
Neuhardenberg, am 19.08.
Frau Dr. med. Elisabeth *Knolle*,
Fernwald-Steinbach, am 20.08.
Herr Dr. med. Michael *Vomstein*,
Schwäbisch Hall, am 21.08.
Herr Dr. med. Hartmut *Pollmann*,
Münster, am 24.08.
Frau Renate *Grützner*,
Wremen, am 26.08.
Herr Dr. med. Alexander *von Stülpnagel*,
Krefeld, am 26.08.
Frau Dr. med. Ursula *Hartung*, Würz-
burg, am 27.08.
Herr Dr. med. Jürgen *J. M. Enenkel*,
Heusenstamm, am 27.08.
Frau Doris *Klüter-Reckmann*,
Bottrop, am 28.08.
Frau Dr. med. Sylvia *Güther-Schmidt*,
Spremburg, am 29.08.
Frau Dr. med. Dominique *Bienert*,
München, am 31.08.

70. Geburtstag

Herr Dr. med. Jörg *Till*,
Gera, am 01.08.
Frau Dr. med. Marita *Gehrke*,
Hattersheim, am 01.08.
Frau Dr. med. Ursel *Lindlbauer-Eisenach*,
München, am 02.08.
Herr Dr. med. Suleiman *Kassir*,
Berlin, am 04.08.
Frau Dr. med. Christiane *Wolsing*,
Hannover, am 16.08.
Frau Dr. med. Karin *Schambach*,
Jena, am 22.08.
Frau Dr. med. Elke *Leonhardt*,
Berlin, am 28.08.

Herr Dr. med. Wolfgang *Peuckert*,
Freiburg, am 29.08.
Herr Jürgen *Ansorge*,
Kiel, am 31.08.

75. Geburtstag

Herr Dr. med. Hans Peter *Boden*,
Essen, am 02.08.
Herr Prof. Dr. med. Hans Georg *Schlack*,
Bonn, am 11.08.
Herr Prof. Dr. med. Stefan *Wässer*,
Geesthacht, am 13.08.
Herr SR Dr. med. Klaus *Hübner*,
Reichenbach, am 15.08.
Herr Dr. med. Rolf *Jütte*,
Berlin, am 23.08.
Herr Dr. med. Sami *Habash*,
Cham, am 24.08.
Frau Dr. med. Barbara *Ohlsen*,
Halle, am 25.08.
Frau Dr. med. Ursula *John-Grafe*,
Steinbach, am 26.08.
Frau Dr. med. Karin *Rolshoven*,
Kaarst, am 27.08.

80. Geburtstag

Herr Dr. med. Jaroslav *Cermak*,
Prag, am 01.08.
Herr Dr. med. Klaus *Schönfelder*,
Berlin, am 04.08.
Frau Dr. med. Elisabeth *Happe*,
Rheine, am 07.08.
Herr Prof. Dr. med. Helmut *Bartels*,
Würzburg, am 10.08.
Herr Dr. med. Raul *Chavez*,
Alfter, am 11.08.
Frau Dr. med. Eva *Gliesche*,
Berlin, am 18.08.
Frau Dr. med. Parwindocht *Atai*,
Pulheim, am 26.08.

81. Geburtstag

Herr Dr. med. Manfred *Schwerdtfeger*,
Flein, am 05.08.
Herr Dr. med. Hans *Hofmann*,
Dohna, am 13.08.
Frau Dr. med. Käthe *Deutsch*,
Schöneiche, am 19.08.

82. Geburtstag

Herr Dr. med. Sigmar *Seimer*,
Hamburg, am 30.08.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Gabriele *Maus*,
Gießen, am 05.08.
Frau Dr. med. Gerlinde *Otto*,
Dessau, am 12.08.
Herr Schapur *Aliani*,
Saarburg, am 16.08.

84. Geburtstag

Herr Dr. med. Hans Georg *Esche*,
Pinneberg, am 24.08.

85. Geburtstag

Herr Dr. med. Harald *Zoefffel*,
Würzburg, am 05.08.

86. Geburtstag

Herr Ltd.Med.Dir.a.D. Dr. Hans Wolf-
gang *Schmidt*,
Zorneding, am 13.08.

87. Geburtstag

Herr Dr. med. Ahmad *Nikpour*,
Essen, am 18.08.
Herr Dr. med. Meinolf *Bartscher*,
Schwalbach, am 27.08.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Dorothee *Doldinger*,
Freiburg, am 27.08.

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Inge *Tropf*,
Tiefenthal, am 28.08.

91. Geburtstag

Frau Dr. med. Renate *Scheier*,
Wermelskirchen, am 01.08.

93. Geburtstag

Frau Dr. med. Liselotte *Reichenbach*,
Rosenheim, am 07.08.
Frau Dr. med. Gerda *Bitterolf*,
München, am 10.08.
Frau Dr. med. Ruth *Kirchesch*,
Mannheim, am 14.08.

94. Geburtstag

Herr Dr. med. Armin *Unterberg*,
Moers, am 02.08.
Herr Med.Dir.Dr. med. Horst *Chomse*,
Soest, am 03.08.
Herr Dr. med. Fridhard *Sander*,
Merzig, am 10.08.
Herr Dr. med. Hubert *Schulte*,
Essen, am 31.08.

100. Geburtstag

Herr Dr. med. Hans-Hermann *Dorsch*,
Duisburg, am 25.08.

101. Geburtstag

Frau Dr. med. Lotte *Baertz*,
Münster, am 15.08.

102. Geburtstag

Herr Dr. med. Gerhard *Pampel*,
Waiblingen, am 01.08.

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Otfried *Anhegger*,
Aglasterhausen
Herrn Dr. med. Jens *Niklas*,
Dinslaken

Als neue Mitglieder begrüßen wir



Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Kerstin *Herberth*
Frau Dr. med. Helga *Löffler*
Frau Deborah *Prakash*



Landesverband Nordrhein

Frau Dr. med. Christel *Kräck*



Landesverband Thüringen

Frau Dagmar *Hornung*



Landesverband Hessen

Frau Anne-Kristin *Bouchée*
Frau Dr. med. Gundula *Süme-*
nicht-Böhm



Landesverband Rheinland-Pfalz

Frau Dr. med. Britta *Schmitz*



Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Dr. med. Ira Demnig
v. Weger-Uhle
Frau Claudia *Höfele*
Herrn Dr. med. Ulf *Walaschewski*



Landesverband Niedersachsen

Frau Sofia *Saifi*



Landesverband Sachsen

Frau Jennifer *Pacholke*

Anspruch und Wirklichkeit: Grippe-Impfung in der täglichen Kinderarzt-Praxis

Derzeit gibt es in Deutschland keine generelle Empfehlung der Ständigen Impfkommission für die saisonale Grippeimpfung bei Kindern und Jugendlichen. Auf einer von AstraZeneca unterstützten Podiumsdiskussion in Wiesbaden anlässlich des diesjährigen DGIM diskutierten namhafte Experten die Frage, ob Deutschland nicht auch reif sei für eine generelle Grippe-Impfung aller Kinder – wie sie in anderen Ländern schon üblich ist.

Die WHO befürwortet in ihrem Positionspapier von November 2012, neben den Risikogruppen bei Erwachsenen auch alle Kinder im Alter von 6 Monaten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr zu impfen¹. Die SIKO (Sächsische Impfkommission), stets Vorreiter in Deutschland, empfiehlt schon seit dem 1. Januar 2010 die Influenzaimpfung für alle Kinder (ab vollendetem 6. Lebensmonat), Jugendlichen und Erwachsenen als Standardimpfung². Im Jahr 2012 beschloss Großbritannien die Ausweitung der Impfpflicht gegen Influenza auf alle Kinder im Alter von 2 bis 17 Jahren³, das amerikanische „Advisory Committee on Immunization Practices“ folgte im Januar 2013 mit einer jährlichen Routineimpfung aller Personen ab dem Alter von 6 Monaten⁴.

Kinder sind das Feuer der Influenza

Professor Dr. med. Peter Wutzler, Jena, sieht eine hohe Dringlichkeit für die Implementierung der generellen Grippeimpfung auch hierzulande:

„Weltweit erkranken jedes Jahr 20 bis 35 Prozent aller Kinder an einer Influenza. Gründe hierfür sind das noch nicht voll entwickelte Immunsystem – aber auch die hohe Ansteckungsgefahr durch die vielen Kontakte mit anderen Kindern in Kindergärten und Schulen. Von dort wird das Virus in die Familien getragen und kann sich weiter verbreiten. Kinder sind sozusagen das Feuer der Influenza!“ Die Grippe ist auch für Kinder ohne Vorerkrankungen mit einer hohen Krankheitslast verbunden. Laut letzten Daten des Robert-Koch-Institutes aus 2012 waren die Hälfte aller Kinder mit schweren, intensivstationspflichtigen Influenzaerkrankungen primär gesund, gehörten keiner Risikogruppe an. Und dennoch ist die Grippeimpfung in Deutschland laut Ständiger Impfkommission STIKO nur für Kinder „die infolge eines Grundleidens eine erhöhte

gesundheitliche Gefährdung durch eine Influenza-Infektion aufweisen“ empfohlen – und damit erstattet.

Die Notwendigkeit einer Grippe-Schutzimpfung wird oft unterschätzt

Der Kinder- und Jugendarzt benötigt viel Zeit, um den Eltern die Wichtigkeit einer Grippe-Schutzimpfung zu erklären – denn noch viel zu oft wird die Influenza mit banalen Erkältungen verwechselt, die hohe Krankheitslast einer kindlichen Grippe unterschätzt, berichtete Dr. Franziska Schaaff, Eckental-Eschenau, aus ihrer täglichen Praxis.

Es gibt zudem unter den für Kinder geeigneten Grippe-Impfstoffen große Unterschiede, vor allem was die Wirksamkeit, speziell in den unterschiedlichen Altersgruppen, anbelangt.

„Dies macht eigentlich eine individuelle Auswahl der Impfstoffe erforderlich – doch seit 2012 gibt es in vielen Bundesländern auch für Grippe-Impfstoffe Exklusiv-Verträge. Diese müssen vom Arzt eingesetzt werden. Empfiehlt der Arzt für das Kind einen anderen Impfstoff, muss dieser dann von den Eltern meist privat bezahlt werden, im Rahmen individueller Gesundheitsleistungen. „Dies führte zu einer starken Verunsicherung der Eltern, verbunden mit einem deutlich spürbaren Rückgang an Impfungen“, so die Kinder- und Jugendärztin aus eigener Erfahrung.

„Wenn dann darüber hinaus die politischen Rahmenbedingungen nicht stimmen, ist eine effektive Impfprävention hier nicht möglich. Eine Grippe-Schutz-Empfehlung für alle Kinder wäre hier der richtige Schritt, damit sowohl die zielgruppen-gerechte Impfstoffauswahl durch den impfenden Arzt gewährleistet sein kann wie auch die zugesicherte Erstattung für diesen Impfstoff“, so die Forderung in Wiesbaden.

Grippe verursacht hohe indirekte Kosten

Zwischen 1 Millionen und 3 Millionen Berufstätige im Alter von 15 bis 59 Jahre fallen jährlich durch Influenza-assoziierte Fehltag aus – die Belastung des Gesundheitssystems durch Grippe ist immens⁵. Wenn man einen einzigen Behandlungstag im Krankenhaus mit 500 €⁶ berechnet, ergibt sich bereits eine jährliche Kostenlast von zwei bis 16 Millionen Euro, je nach Schwere der Grippesaison³. „Laut einer Untersuchung aus Deutschland⁷ ist das Verhältnis direkte zu indirekte Kosten eins zu neun“, so Prof. Dr. Oliver Schöffski, MPH, Leiter des Lehrstuhls für Gesundheitsmanagement der Universität Erlangen-Nürnberg.

Fazit: Deutschland braucht eine STIKO-Empfehlung auf nationaler Ebene

Nur eine eindeutige national gültige Empfehlung der STIKO und anschließende Aufnahme in die Schutzimpfungs-Richtlinie kann die administrative Belastung für den impfenden Arzt deutlich senken – und damit die wichtigste Voraussetzung dafür schaffen, damit in Deutschland die Grippe-Impfquoten künftig steigen – da waren sich die Referenten einig.

Literatur:

- 1 WHO: Weekly epid. report, No. 47, 2012, 87, 461–476: <http://www.who.int/wer>
- 2 http://www.slaek.de/de/03/36impfen/pdf/E1_2014.pdf
- 3 https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/239268/Green_Book_Chapter_19_v5_2_final.pdf
- 4 MMWR 2013; 62 (No. RR-7):1-43
- 5 A. Streng et al.: BMC Infect Dis 2011; 11: 233
- 6 <https://www.statistik.rlp.de>
- 7 T. Szucs, Med. Klinik, 2001, 96: 63-70

Quelle:

Podiumsdiskussion „Perspektiven der Influenza-Schutzimpfung für Kinder in Deutschland“, 27.04.2014, Wiesbaden mit freundlicher Unterstützung von AstraZeneca

Autor:

G. Fischer von Weikersthal

„Brain-Power“ für helle Köpfe

Nährstoff-Kombination zur Unterstützung einer normalen kognitiven Entwicklung von Kindern

Für Wachstum und die kognitive Entwicklung benötigen Kinder und Jugendliche eine Vielzahl an Mikronährstoffen, verschiedene Studien belegen ihren positiven Effekt. Für die Unterstützung einer normalen kognitiven Entwicklung von Kindern steht nun Orthomol junior Omega plus® mit Omega-3-Fettsäuren, Eisen, Zink, B-Vitaminen, Vitamin C, E sowie Magnesium zur Verfügung.

Von essenzieller Bedeutung für die kognitive Entwicklung von Kindern sind die langkettigen mehrfach ungesättigten Fettsäuren, besonders die Omega-3-Fettsäuren – wie Eicosapentaensäure (EPA) und Docosahexaensäure (DHA). Da der menschliche Organismus nicht in der Lage ist, diese selbst herzustellen, müssen sie über die Nahrung zugeführt werden. Ihre besondere Rolle erklärt sich durch ihre vielfältigen physiologischen Funktionen im Gehirn und im Nervensystem: Unter anderem modulieren sie als integraler Bestandteil die neuronale Membranarchitektur und haben damit einen entscheidenden Einfluss auf die Funktion des Neurotransmittersystems.¹ So konnte gezeigt werden, dass ein steigender DHA-Anteil in Nervenzellmembranen eine Erhöhung der Membranfluidität bewirkt, was sich wiederum positiv auf die Nervenreizweiterleitung auswirken kann.¹ Omega-3-Fettsäuren beeinflussen damit also die Aufmerksamkeit und Konzentration, da sie direkt an der Synthese, Freisetzung und Wiederaufnahme von Neurotransmittern beteiligt sein können.²

Einfluss von Omega-3-Fettsäuren auf neurologische Störungen bei Kindern

Aufgrund ihrer vielfältigen Funktionen im Gehirn und im Nervensystem kann eine unzureichende Versorgung an Omega-3-Fettsäuren auch mit neurologischen und psychiatrischen Störungen und einer Reihe von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Erwachsenen assoziiert sein. Unter den kindlichen Störungen ist vor allem das Aufmerksam-

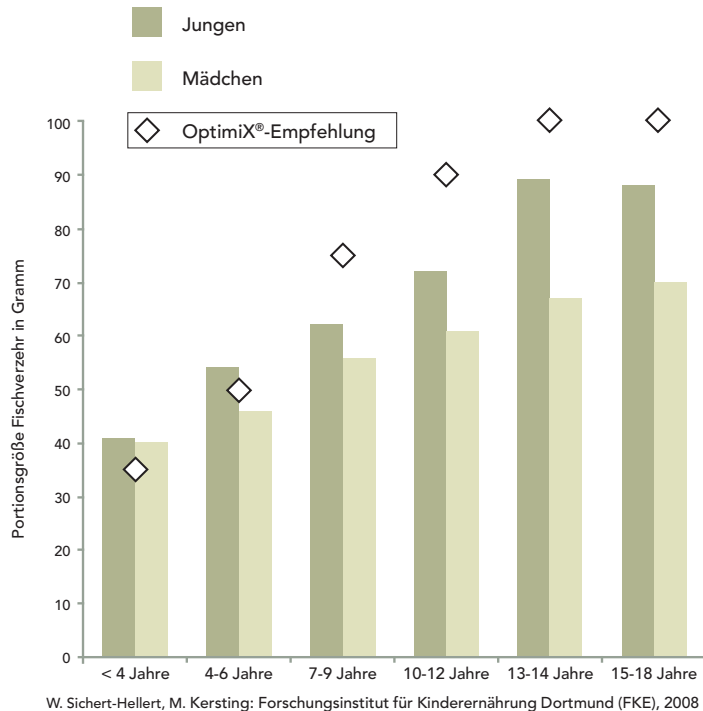
keits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) zu nennen.¹ Verschiedene Beobachtungsstudien konnten in diesem Zusammenhang zeigen, dass der Gehalt von Omega-3-Fettsäuren im Blut von Kindern mit ADHS-Symptomen erheblich geringer ist als bei gesunden Kindern.¹ Diese Ergebnisse führten zu verschiedenen Interventionsstudien, in denen EPA und/oder DHA zugeführt wurden. Es stellte sich dabei heraus, dass eine bestimmte Kombination an langkettigen

Omega-3- sowie Omega-6-Fettsäuren einen positiven Effekt auf das Verhalten, das Lernen und das Gemüt der Kinder mit ADHS hatte.¹

Fischverzehr bei Kindern und Jugendlichen – meist unzureichend

Ein guter Lieferant für langkettige, mehrfach ungesättigte Omega-3-Fettsäuren ist fetter Seefisch. Für Kinder und Jugendliche wird daher eine Wochenpor-

Fischverzehr: Portionsgrößen im Vergleich mit Empfehlungen



Mittlere Portionsgrößen von Fisch (g/Woche) bei Kindern und Jugendlichen der DONALD-Studie und Empfehlungen der optimierten Mischkost optimiX®

Abb. 1: Wöchentlicher Fischverzehr von Kindern und Jugendlichen

tion von 35 - 100 g empfohlen. Die DONALD-Studie untersuchte den tatsächlichen durchschnittlichen Fischkonsum bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu den empfohlenen Mengen.³ Für die Studie wurden Ernährungsprotokolle von 7.152 Kindern und Jugendlichen im Alter von 2 - 18 Jahren aus dem Zeitraum 1985 - 2005 ausgewertet. In nur 38 Prozent der Protokolle war überhaupt Fischverzehr vermerkt. Davon wiederum war die Hälfte Magerfisch. Fischarten, die reich an Omega-3-Fettsäuren sind, wie zum Beispiel Hering, wurden nur in etwa 8 Prozent der Ernährungsprotokolle gefunden. Wie die Abbildung zeigt, liegen auch die Portionsgrößen bei Mädchen und Jungen unter den Empfehlungen (Abbildung 1).

Die Bedeutung von Eisen für die kognitive Entwicklung

Eine weitere wichtige Komponente für die kognitive Entwicklung bei Kindern ist Eisen. Das untermauert auch ein wissenschaftliches Gutachten der European Food Safety Authority (EFSA), das mit einer Sammlung von Reviews, Berichten und Studien den Zusammenhang zwischen kognitiven Einschränkungen und Eisenmangel belegt.⁴ Der hohe Stellenwert, den Eisen in der kindlichen Entwicklung einnimmt, erklärt sich aus seiner Rolle beim Energiemetabolismus der Neuronen und Gliazellen sowie bei der Neurotransmitterproduktion, der Synaptogenese und der Myelinisierung. Ein Eisenmangel kann langfristig negative Folgen auf die Gehirnentwicklung und die kognitive Leistungsfähigkeit haben.⁵

Zink-Supplementierung steigert kognitive Leistung

Zink ist ebenfalls essenziell für den Organismus und spielt eine Schlüsselrolle in der kognitiven Entwicklung. Das Spurenelement, das ebenso wie Vitamin C und Vitamin E zum Schutz der Zellen vor oxidativem Stress beiträgt, kann nicht im Körper gespeichert und muss daher regelmäßig zugeführt werden. Mit einer entsprechenden Supplementierung kann aber die kognitive Leistung gesteigert werden, wie folgende Studie zeigte.⁶ 36 Schulkinder im Alter von 6 - 9 Jahren wurden vor und nach einer Zink-Supplementierung von täglich 5 mg über einen Zeitraum von 3 Monaten mit Hilfe der Wechsler-

Intelligenz-Skala für Kinder (WISC-III) untersucht. Der Ausgangswert der Zinkkonzentration stieg in der gesamten Gruppe signifikant nach der Supplementierung ($p < 0,0001$) an, ohne Unterschiede bei den Geschlechtern. Die Tests erfolgten vor und nach der Supplementierung und zeigten Verbesserungen in verschiedenen Untertests, so zum Beispiel beim Sprachverständnis ($p = 0,009$) und der Verarbeitungsgeschwindigkeit ($p = 0,0001$).

Einfluss von Mikronährstoff-Kombinationen ist belegt

Eine Vielzahl von Studien belegt ebenfalls, dass Mikronährstoff-Kombinationen wichtig für die kognitiven Fähigkeiten und das Verhalten von Kindern sind. So auch eine randomisierte placebo-kontrollierte Doppelblindstudie mit 396 Kindern in Australien und 384 Kindern in Indonesien. Biochemische Untersuchungen erfolgten zu Beginn und nach 12 Monaten. Die kognitiven Leistungen der Kinder wurden zu Beginn, nach 6 und nach 12 Monaten gemessen. Die Kinder im Alter von 6 - 10 Jahren erhielten randomisiert für einen Zeitraum von 12 Monaten täglich entweder ein Getränk mit einer Mikronährstoff-Kombination aus Eisen, Zink, Folat und den Vitaminen A, B₆, B₁₂ und C, oder mit den Omega-3-Fettsäuren Docosahexaensäure (DHA) und Eicosapentaensäure (EPA), oder mit DHA, EPA und der Mikronährstoff-Kombination oder ein Placebo. Nach 12 Monaten war die Mikronährstoff-Konzentration sowohl bei den australischen als auch bei den indonesischen Kindern signifikant gestiegen. Gleiches gilt für die Konzentration an Omega-3-Fettsäuren. In der Mikronährstoff-Gruppe konnte eine signifikante Steigerung bei den Testergebnissen zur Sprachfähigkeit und Gedächtnisleistung gezeigt werden und zwar gleichermaßen bei Kindern aus Australien und aus Indonesien.⁷ So konnte die kognitive Leistung bei Kindern aus einem Industriestaat mit einer prinzipiell guten Versorgung an Mikronährstoffen ebenso verbessert werden, wie bei Kindern aus einem weniger entwickelten Land.

Orthomol junior Omega plus® bietet eine bedarfsgerechte Kombination

Insgesamt zeigen die Studien deutlich, dass viele Faktoren bei der kogni-

tiven Entwicklung von Kindern und Jugendlichen eine wichtige Rolle spielen. Orthomol junior Omega plus® enthält – für die Unterstützung einer normalen kognitiven Entwicklung von Kindern – daher auch Omega-3-Fettsäuren, Eisen, Zink, B-Vitamine, Vitamin C, E sowie Magnesium. Die bedarfsgerecht dosierte Nährstoff-Kombination gibt es für den täglichen Verzehr als Toffee mit leckerem Fruchtgeschmack (Abbildung 2).

Zusammensetzung

1 Tagesportion zu je 3 Toffees (15 g)

Vitamine

Vitamin E	10 mg alpha-TE*
Vitamin C	50 mg
Vitamin B ₁ (Thiamin)	0,6 mg
Vitamin B ₂ (Riboflavin)	0,7 mg
Niacin	6 mg NE**
Vitamin B ₆	3 mg
Folsäure	100 µg
Vitamin B ₁₂	1 µg
Biotin	15 µg
Pantothensäure	4 mg

Mineralstoffe bzw. Spurenelemente

Magnesium	110 mg
Eisen	2,3 mg
Zink	10 mg

Essenzielle Fettsäuren

Omega-3-Fettsäuren, davon	380 mg
Docosahexaensäure (DHA)	300 mg
Eicosapentaensäure (EPA)	50 mg
Borretschöl, davon	165 mg
Gamma-Linolensäure (GLA)	15 mg

* alpha-TE = Alpha-Tocopheroläquivalente

** NE = Niacinäquivalente

Abb. 2: Orthomol junior Omega plus® enthält wichtige Nährstoffe zur Unterstützung einer normalen kognitiven Entwicklung von Kindern.

Quellen:

- Schuchardt JB, et al. Pharma Rundsch 2009;(5):40-3.
- Huss M. Pharma Rundsch 2011;(1):30-3.
- Sichert-Hellert W, et al. Ernähr Umsch 2008;25(8):461.
- EFSA J 2009;7(11):1360.
- Brunner-Agten S, et al. Schweiz Z Ernährungsmed 2012;10(2):28-35.
- De Moura JE, et al. Biol Trace Elem Res 2013;155(1):23-8.
- Osendarp SJ, et al. for the NEMO Study Group. Am J Clin Nutr 2007;86(4):1082-93.

Mit freundlicher Unterstützung von
Orthomol pharmazeutische Vertriebs GmbH,
Langenfeld

Humaner bivalenter Papillomvirus-Impfstoff:

Bei Mädchen von 9 bis 14 Jahren jetzt Impfung mit nur 2 Dosen möglich

Der bivalente HPV-Impfstoff von GSK (Cervarix®) hat die Zulassung für das 2-Dosen-Impfschema für Mädchen zwischen neun und 14 Jahren erhalten. Mit dem reduzierten 2-Dosen-Impfschema in dieser Altersgruppe könnten bereits früh höhere Durchimpfungsraten gegen HPV 16 und 18 resultieren. Gerade die U11 oder J1 eignen sich hervorragend für die von der STIKO ab 12 empfohlene Impfung.

Weltweit ist Gebärmutterhalskrebs die dritthäufigste Krebsart bei Frauen. Im Durchschnitt stirbt weltweit alle zwei Minuten eine Frau daran – die Gesamtzahl der Todesfälle liegt bei rund 275.000 pro Jahr.¹ In Deutschland entwickeln, je nach Schätzungen, zwischen 5.000 und 7.000 Frauen jedes Jahr ein Zervixkarzinom – 1.700 bis 2.000 sterben daran.²

Nahezu alle Fälle von Gebärmutterhalskrebs werden durch Humane Papillomviren (HPV) verursacht, die durch sexuelle Kontakte übertragen werden.³ Von den mehr als 100 bekannten HPV-Typen können mehr als 15 Gebärmutterhalskrebs auslösen.⁴ Die HPV-Typen 16 und 18 sind die beiden Virustypen, die am häufigsten Krebs auslösen – sie sind weltweit für 70 Prozent aller Zervixkarzinome verantwortlich.⁵

Erstmalig 2-Dosen-Impfschema für HPV-Impfstoff zugelassen

„Der humane Papillomvirus (HPV)-16/18-Impfstoff Cervarix® mit dem Adjuvanssystem AS04 hat auch in den neuen Studien eine starke und anhaltende Wirksamkeit gegen onkogene HPV-Infektionen und intraepitheliale

zervikale Neoplasien (CIN2+/CIN3+) gezeigt“, fasste Prof. Dr. Tino F. Schwarz, Würzburg, die Zulassungsdaten für das 2-Dosen-Schema zusammen. Bisher war es notwendig, dass Mädchen und Frauen drei Impfdosen erhielten, um die Impfung abzuschließen.

Die Immunogenität und Sicherheit eines 2-Dosen-Impfschemas für Cervarix® (Tab.1) wurde bei zwei klinischen Studien (HPV-048 und HPV-070) überprüft, in die mehr als 2.388 Mädchen und Frauen eingeschlossen waren.^{6,7} Die Daten aus diesen Studien zeigten durchgehend, dass zwei Dosen Cervarix® bei 9 bis 14 Jahre alten Mädchen vergleichbar sind mit drei Dosen bei 15 bis 25 Jahre alten Mädchen und Frauen hinsichtlich einer durch den Impfstoff hervorgerufenen starken und nachhaltigen Immunantwort.^{6,7}

Möglichst frühzeitig impfen – U11 und J1 bieten sich an

„Der ideale Zeitpunkt für eine HPV-Impfung liegt bei den 9-14-jährigen Mädchen, also im Rahmen der U11 oder J1-Vorsorgeuntersuchung beim Kinder- und Jugendarzt, weil hier meist noch eine HPV-naive Situation vorliegt“, appellier-

te Prof. Dr. Christian Dannecker, München, auf dem Pressegespräch. Wenn der Arzt selbst von der HPV-Impfung überzeugt sei, dann würden die Eltern bzw. die junge Patientin selbst die Impfung durchaus befürworten – so die Erfahrung aus der Praxis. Durch die von der STIKO empfohlene, sichere und effektive HPV-Impfung ist eine Primärprävention des Zervixkarzinoms und seiner Vorstufen möglich. Voraussetzung für die Entwicklung eines Zervixkarzinoms und seiner Vorstufen ist eine persistierende HPV-Infektion des Gebärmutterhalses. Der Entwicklungsprozess von der HPV-Infektion bis hin zum Krebs dauert in der Regel viele Jahre bis Jahrzehnte, so dass oftmals Zeit für eine Früherkennung der Vorstufen bleibt.

Allerdings besteht dann Handlungsbedarf: Die detektierten Krebsvorstufen werden meist mittels einer Konisation behandelt: Dabei wird der durch die Krebsvorstufe betroffene Teil des Gebärmutterhalses operativ entfernt. „Problematisch ist jedoch, dass dieser Eingriff für nachfolgende Schwangerschaften mit einem erhöhten Risiko für Frühgeburten verbunden ist – und dies in einem Alter, in dem die Erfüllung des Kinderwunsches

Alter zum Zeitpunkt der ersten Dosis	Impfschema	Flexibles Impfschema wenn erforderlich
9 bis 14 Jahre	2 Dosen (je 0,5 ml) im Monat 0 und 6	Zweite Dosis im Abstand von 5 bis 7 Monaten nach der ersten Dosis*
15 Jahre und älter	3 Dosen (je 0,5 ml) im Monat 0, 1 und 6	Zweite Dosis im Abstand von 1 bis 2,5 Monaten nach der ersten Dosis Dritte Dosis im Abstand von 5 bis 12 Monaten nach der ersten Dosis

* Wenn im 2-Dosenschema bei Mädchen im Alter von 9 bis 14 Jahren die zweite Impfdosis früher als 5 Monate nach der ersten Dosis verabreicht wird, sollte immer eine dritte Dosis gegeben werden.

noch nicht abgeschlossen ist: Die meisten Betroffenen sind erst 30 bis 32 Jahre alt⁶. Mit einer HPV-Impfung könne dem in vielen Fällen effektiv vorgebeugt werden. Dies müsse man den Eltern und jungen Mädchen auch – auf eine verständliche Art – so kommunizieren. „Das 2-Dosen-Impfschema erleichtert die HPV-Impfung und ist außerdem kostengünstiger“, so Dannecker in München. Die Referenzen gaben zum Schluss ihrer Hoffnung Ausdruck, dass die STIKO auf Basis der neuen Studienergebnisse das Alter für den

Beginn der ersten empfohlenen Impfung von derzeit 12 auf 9 Jahre absenkt.

Literatur:

- 1 GLOBOCAN 2008. <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/cervix.asp> [Last accessed: December 2013]
- 2 Impfbrief Dezember 2011, Ausgabe 56; RKI-Daten, Deutsches Krebsregister, Stand 2013
- 3 F. X. Bosch et al.: Journal of the National Cancer Institute Monographs. 2003; 3-13
- 4 N. Muñoz et al.: N Engl J Med 2003; 348: 518-527
- 5 S. de Sanjose et al.: The Lancet Oncology. 2010. 11:1048-1056
- 6 T. Puthanakit et al.: EUROGIN 2013. [http://www.eurogin.com/2013/images/pdf/EUROGIN-](http://www.eurogin.com/2013/images/pdf/EUROGIN-2013-Abstracts-Part-2.pdf)

2013-Abstracts-Part-2.pdf [Last accessed: November 2013]; und: Non-inferiority of HPV-16/18 AS04 adjuvanted vaccine administered as 2-dose schedules in girls (9-14 years) versus 3 doses in women (15-24 years): A randomized trial. Poster (ESPID, Dublin, 6.-10. Mai 2014)

- 7 B. Romanowski et al.: Human Vaccines & Immunotherapeutics 10:5, 1-11, 2014

Pressegespräch:

GlaxoSmithKline „HPV-Impfung bei Mädchen: Jetzt auch im 2-Dosen-Schema möglich“, München, 23.05.2014

Autor:

Gabi Fischer v. Weikersthal

Rotavirus-Impfung ab sofort Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenkassen

Die Kostenübernahme für die Standardimpfung gegen durch Rotaviren (RV) verursachte Gastroenteritiden ist in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen übernommen worden. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Berlin entschieden.¹ Damit setzt der G-BA die Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut um, die seit August 2013 die RV-Schluckimpfung von Säuglingen empfiehlt.² Für die aktive Immunisierung gegen RV-bedingte Gastroenteritiden stehen in Deutschland zwei Impfstoffe zur Verfügung, so zum Beispiel der Schluckimpfstoff RotaTeq®.³

Mit der Veröffentlichung des Beschlusses in der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) des G-BA ist die Kostenübernahme der RV-Impfung für alle gesetzlichen Krankenkassen verpflichtend. In den meisten KV-Regionen wurde die RV-Impfung in die regionale Impfvereinbarung übernommen und die Abrechnung der Rotavirus-Impfung erfolgt pro Impfdosis.

Die RV-Schluckimpfung zum Beispiel mit RotaTeq®

Zur Zeit stehen zwei Impfstoffe gegen Rotavirus-Infektionen zur Verfügung. Davon verfügt RotaTeq® über eine bewährte Wirksamkeit gegen die fünf häufigsten RV-Serotypen (G1, G2, G3, G4 und G9P8), die für etwa 98 Prozent der RV-bedingten Gastroenteritiden in Europa und Deutschland verantwortlich sind.^{4,6} Die vollständige Immunisierung mit dem Schluckimpfstoff besteht aus drei Dosen: Die erste Dosis kann ab Voll-

endung der 6. Lebenswoche verabreicht werden, jedoch nicht später als vor Vollendung der 12. Lebenswoche. Die Gabe der dritten und letzten Dosis ist bis zur Vollendung der 32. Lebenswoche möglich. Zwischen den einzelnen Dosen sollte ein Abstand von mindestens vier Wochen eingehalten werden. Die STIKO empfiehlt, die Impfserie frühzeitig – spätestens bis zum Alter von 12 Wochen – zu beginnen und bei Verwendung von RotaTeq® vorzugsweise bis zum Alter von 20 - 22 Wochen abzuschließen.² Die Impfserie muss für RotaTeq® bis zum Alter von 32 Wochen abgeschlossen sein.² In Einzelfällen kann es im Praxisalltag vorkommen, dass Impfungen später verabreicht werden als von der STIKO empfohlen. Kann die RV-Impfung nicht rechtzeitig verabreicht werden und verschiebt sich der Impftermin zur achten Woche hin, bietet es sich an, mehrere Impfungen zeitgleich zu verabreichen. So kann sich mit Vollendung des zweiten Lebensmonats ein durchlaufendes, pra-

xisorientiertes Impfschema anbieten. Die zeitgleiche Gabe von RotaTeq® zusammen mit dem Sechsfach-Impfstoff Hexyon® jeweils im Alter von zwei, drei und vier Monaten wäre hier ein Vorschlag.^{3,7} RotaTeq® ist gut verträglich.^{3,8}

Literatur:

- 1 Schutzimpfungs-Richtlinie: Umsetzung der STIKO-Empfehlung zur Impfung gegen Rotavirus. Beschlussdatum: 01.10.2013. Inkrafttreten: 20.12.2013.
- 2 Robert Koch-Institut. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut / Stand: August 2013. Epidemiologisches Bulletin 2013;34: 313-333.
- 3 Fachinformation RotaTeq®, Stand Februar 2013.
- 4 Vesikari T et al. Safety and efficacy of a pentavalent human-bovine (WC3) reassortant rotavirus vaccine. N Engl J Med. 2006;354:23-33.
- 5 Van Damme P et al. Distribution of rotavirus genotypes in Europe, 2004-2005: the REVEAL Study. J Infect Dis. 2007;195 (Suppl 1): 17-25.
- 6 Mas Marques A et al. Group A rotavirus genotypes in Germany during 2005/2006. Arch Virol. 2007;152:1743-1749.
- 7 Fachinformation Hexyon®, Stand April 2013.
- 8 Dennehy P. Rotavirus vaccines: an overview Clin Microbiol Rev. 2008;21:198-208.

Nach Informationen von
Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen

Experteninterview mit Dr. Mühlischlegel

Hexyon® in der pädiatrischen Praxis: „Einfach Kanüle aufsetzen – fertig!“

Vor rund einem Jahr wurde Hexyon (DTaP-IPV-HB-Hib) zur Grundimmunisierung von Säuglingen und Kleinkindern zugelassen. Seitdem nutzt Dr. Michael Mühlischlegel den Sechsfach-Impfstoff in seiner Gemeinschaftspraxis. Im Interview berichtet er, wie der Impfstoffwechsel den Praxisalltag und das Qualitätsmanagement verbessert hat.

Warum haben Sie zu Hexyon gewechselt?

Voraussetzung für die Umstellung war natürlich, dass die Studienergebnisse die hohe Immunogenität aller Antigene belegen. Zudem ist Hexyon gut verträglich und im Sicherheitsprofil mit dem hexavalenten Kontrollimpfstoff vergleichbar.¹

Aber das Tüpfelchen auf dem i ist die Fertigspritze. So muss der Impfstoff nicht mehr angemischt oder weiter vorbereitet werden. Gerade an stressigen Tagen zählt jeder Handgriff der MFAs. Dann ist ein Impfstoff mit einfacher und sicherer Handhabung sehr hilfreich: Einfach Kanüle aufsetzen – fertig! Weniger Vorbereitungsschritte bedeuten auch eine geringere Kontaminations- und Verletzungsgefahr. Kurzum: Wir verbessern auf diese Weise unser Qualitätsmanagement.

Setzen Sie Hexyon parallel mit anderen Impfstoffen ein?

Gemäß der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) verimpfen wir einen Sechsfach-Impfstoff parallel mit anderen Impfstoffen, z. B. gegen MMR, Rotaviren oder Pneumokokken.² Das hat für die Eltern den Vorteil, dass sie nicht für jede einzelne Impfung zu unterschiedlichen Terminen kommen müssen. Für uns bedeutet die Koadministration beschleunigte Praxisabläufe.

Und wie organisieren Sie diese?

Die Termine sind klar getaktet. Als Beispiel: Wenn ein Kind zur U3 Vorsorgeuntersuchung kommt – zwischen der vierten und sechsten Woche – bekommen die Eltern Informationsmaterial und einen Impfplan: Wir legen den ers-

ten Impftermin zum vollendeten zweiten Lebensmonat fest. Dabei setzen wir den Sechsfach-Impfstoff Hexyon ein und impfen parallel gegen Rotaviren und Pneumokokken. Die zweite Hexyon-Dosis folgt vier Wochen später bei der U4 und die dritte nach weiteren vier Wochen. So ist die Grundimmunisierung nach ca. zwei Monaten abgeschlossen.

Ist Ihr Praxisteam mit der Umstellung zufrieden?

Ja! Nicht nur wir Ärzte, auch unsere Mitarbeiterinnen spüren, dass die Umstellung die Praxisabläufe vereinfacht hat. Bei durchschnittlich sechs bis zehn geimpften Kindern pro Tag ist diese Prozessoptimierung bei uns direkt bemerkbar.

Ergänzend bilden sich unsere MFAs regelmäßig fort, wie etwa beim Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, beim Fortbildungskongress „Praxisfieber live“ oder in der Weiterbildung zur Impfassistentin. Denn: Die Qualität einer Praxis hängt nicht nur vom Arzt oder der Ärztin ab, sondern vom ganzen Team. Es nützt mir nichts, wenn ich einen guten Ruf habe, aber mein Team den täglichen Anforderungen nicht gewachsen ist. Wir sind dankbar für motivierte, engagierte Mitarbeiter und können einfach sagen: „Wenn's läuft, dann läuft's!“

Quellen:

- 1 McCormack PL. DTaP-IPV-Hep B-Hib Vaccine (Hexaxim®): A Review of its Use in Primary and Booster Vaccination. *Pediatr Drugs* 2013;15:59-70.
- 2 Sanofi Pasteur MSD. Fachinformation Hexyon®. Stand: März 2014.

DE02164

Nach Informationen von
Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen



Dr. Michael Mühlischlegel
aus Lauffen am Neckar