

bvkJ.

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

Heft 09/14 · 45. (63.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT



Forum:

Pro und Contra KiTa



Fortbildung:

Der hypotone Säugling



Berufsfragen:

Jugendmedizin –
lohnt sich das?



Magazin:

Leseferne
Eltern erreichen



www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

bvkj.

Wir kommen lesefernen Eltern näher



Foto: © anekoho - Fotolia.com



Foto: © altanaka - Fotolia.com

Interview mit
Klemens Senger
vom MVZ

S. 506

Inhalt 9/14

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

- 461 **BVKJ mit neuer Homepage**
Regine Hauch
- 462 **Wieviel Mama braucht das Kind?**
Wieviel Krippe verträgt das Kind?
*Ulrich Fegeler,
Stephan Heinrich Nolte*
- 468 **Bits + Bytes**
Bernd Byte
- 469 **Hygiene in der pädiatrischen Praxis**
Gottfried Huss
- 472 Vermischtes
- 473 **Computerspiele- und Internetsucht**

Fortbildung

- 474 **Der hypotone Säugling („floppy infant“-Syndrom) – was hilft zur richtigen Diagnose?**
*Adela Della Marina,
Hans-Jürgen Christen,
Ulrike Schara*
- 484 **Babyschwimmen**
*Karsten Theiß,
Thomas Lob-Corzilius,
Ulrich Jost*
- 489 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Antonia Kienast
- 493 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 496 **Consilium: Lebendimpfung bei Patienten mit Mitochondriopathie**
Hans-Jürgen Laws

Berufsfragen

- 498 **Jugendmedizin – lohnt sich das?**
Uwe Büsching
- 500 **17 000 akute Kindeswohlgefährdungen 2013**
Christoph Kupferschmid
- 500 **Wahlaufruf**
- 501 **Wahlaufrufe**
- 502 **Alte Forderungen neu aufgelegt**
Christoph Kupferschmid
- 503 **Kinderrechte gehören ins Grundgesetz**
Christoph Kupferschmid
- 504 **PädInform – der „kurze“ Dienstweg für Kinder- und Jugendärzte**
Stephan Heinrich Nolte

Magazin

- 506 **Wir kommen lesefernen Eltern näher**
- 508 **Fortbildungstermine des BVKJ**
- 509 **Die Welt der Kinder im Blick der Maler**
Peter Scharfe
- 510 **Buchtipp**
- 511 **Personalie**
- 513 **Nachrichten der Industrie**
- 521 **Wichtige Adressen des BVKJ**

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Ausgabe Beilagen der Firmen WELEDA AG und Pari GmbH bei, sowie Supplements der Firmen Milupa GmbH, AstraZeneca GmbH und Shire Deutschland GmbH.

Als Teibeilagen finden Sie die Programmhefte für die 6. Pädiatrie zum Anfassen in Berlin und die 12. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

BVKJ mit neuer Homepage

Der BVKJ hat ab sofort eine neue Homepage: www.bvkj.de

Bisher war der Berufsverband nur über die kinderaerzte-im-netz-Seite zu finden, nun hat der BVKJ seinen eigenen Auftritt. Übersichtlich und klar aufgebaut finden sich Nutzerinnen und Nutzer auf den ersten Blick zurecht. BVKJ-Mitglieder finden sämtliche Infos zu Veranstaltungen und Kongressen, Eltern werden auf die kinderaerzte-im-netz-Seite gelenkt, MFA haben ebenfalls ihren eigenen Bereich mit sämtlichen nützlichen Infos, die der BVKJ ihnen anbietet. Es gibt ein Pressearchiv mit den Meldungen des BVKJ und natürlich stellt sich auch die Geschäftsstelle mit ihren vielfältigen Dienstleistungen vor.

BVKJ zum Mitnehmen

Ab Oktober kann die BVKJ-Homepage auch unterwegs auf dem Smartphone aufgerufen werden - ohne lästiges Warten, bevor sich die Seite zusammengepuzzelt hat. Einfach Adresse eintippen, kurzer Druck auf die Tasten und schon erscheint die BVKJ-Seite. ReH



Mehr Unterstützung für junge Missbrauchsoffer

Bundesweit erster Vertrag zwischen Krankenkasse und Kinderklinik für eine lückenlose Versorgung bei Kindeswohlgefährdung

Jedes Jahr werden in Deutschland offiziellen Zahlen zufolge fast 4.700 Kinder und Jugendliche misshandelt und rund 15.000 Kinder sexuell missbraucht. Jeden Tag werden allein fast 40 Kinder Opfer sexuellen Missbrauchs. In der Realität sind weit mehr Kinder betroffen, als die Polizeiliche Kriminalstatistik 2013 belegt. Die Langzeitfolgen dieser Traumaerfahrungen reichen von körperlichen Beschwerden über psychische Erkrankungen bis hin zu sozialem Rückzug. Um diesen vorzubeugen, sind frühzeitige und kontinuierliche Hilfen notwendig.

Als erste gesetzliche Krankenkasse hat die BARMER GEK daher einen Vertrag mit der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln geschlossen, der langfristig die optimale Versorgung der Betroffenen ermöglicht. "Mit dieser Vereinbarung wollen wir ein Zeichen setzen, um den jungen Missbrauchsoffern eine umfangreiche und individuelle Zuwendung zu gewährleisten. Und der Gesetzgeber muss handeln, um die beim Kinderschutz bestehende Versorgungs- und Finanzierungslücke zu schließen", sagt Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK.

Vertrag finanziert bislang unvergütete Versorgungselemente

Zum Schutz von Kindern und Jugendlichen müssen Anzeichen von Missbrauch rechtzeitig erkannt und für das Einleiten rechtlicher Schritte dokumentiert werden. Kinder- und Jugendärzte stehen vor der Herausforderung, verdächtige Verletzungen als solche zu identifizieren. Außer speziellem Fachwissen bedarf es dabei vor allem einer gesicherten Finanzierung, die den deutlich erhöhten Zeit- und Leistungsaufwand abdeckt. Viele Maßnahmen gehören bislang nicht zu den regulären Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Für eine optimale Behandlung der Kinder und den Umgang mit dem Erlebten sind diese unvergüteten Leistungen jedoch elementar. "Der Faktor Zeit spielt in der Arbeit der Kinderschutzambulanz eine wesentliche Rolle", sagt Andreas Wachtel, Geschäftsführer der Vestischen Kinder- und Jugendklinik. "Diese Zeit hat bislang aber niemand bezahlt – wir nehmen sie uns, weil wir sehen, wie wichtig es ist, dass sich jemand für diese Kinder stark macht. Bislang finanzierte sich die zusätzliche Arbeit der Kinderschutzambulanz aus Spenden.

dingeldern." Versicherte der Barmer GEK profitieren durch den bundesweit ersten Vertrag von einer finanziell gesicherten Versorgung.

Versorgung durch ein speziell geschultes Team

In der Medizinischen Kinderschutzambulanz der Klinik kümmert sich ein Team aus speziell geschulten Ärzten, Sozialarbeitern und Pflegenden um die Patienten. Über den Vertrag mit der Barmer GEK erhält die Klinik finanzielle Mittel, damit Ärzte in einem auf die besonderen Bedürfnisse der Patienten zugeschnittenen Umfeld Verletzungen rechtssicher diagnostizieren können. Dazu gehört die ausführliche und sensible Untersuchung von Kindern mit beispielsweise Blutergüssen, Verbrennungen, Verbrühungen, frischen oder alten Knochenbrüchen. Dies ist besonders wichtig, um zum einen Anhaltspunkte von Kindeswohlgefährdung oder -missbrauch überhaupt identifizieren zu können. Zum anderen ist im Verdachtsfall eine detaillierte Dokumentation aller Befunde zwingend, um schnell Schutzmaßnahmen zu veranlassen.

Red: ReH

Wieviel Mama braucht das Kind? Wieviel Krippe verträgt das Kind?

Das Betreuungsgeld spaltet nicht nur die Koalition. Auch im BVKJ verteidigen Befürworter und Gegner leidenschaftlich ihre Positionen. Schaffen mehr öffentliche Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsangebote mehr Bildungsgerechtigkeit? Oder impliziert der Begriff "Frühkindliche Bildung" allzu frühe Zumutungen für das Kind - und seine Eltern? Sollen alle Kinder so früh wie möglich in die KiTa, weil einige von ihnen in Familien aufwachsen, in denen sie schlecht aufgehoben sind? Oder tut die KiTa allen Kindern gut? Geht es überhaupt um das Kindeswohl oder darum, die Frauen als Arbeitsmarktreserve zu aktivieren? Darf man sich für oder gegen Kitas aussprechen, wenn viele Patienteneltern eh keine Wahl haben?

Wir eröffnen die Debatte...

ReH

Auf die KiTa-Qualität kommt es an



Dr. Ulrich Fegeler

Seit dem 1. August 2013 besteht in Deutschland ein gesetzlich verbrieftes Recht auf einen Krippenplatz bzw. eine Kindertagesbetreuung für Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr. Gleichzeitig wurde durch die schwarz-rote Koalition das so genannte Betreuungsgeld beschlossen, wonach Mütter oder Väter, die ihre Kinder in den ersten drei Lebensjahren zu Hause betreuen, eine Art monatliche Prämie (etwas abwertend „Herdprämie“ genannt) erhalten. Das Deutsche Jugend Institut (DJI) hat nun eine Studie veröffentlicht, wonach das Betreuungsgeld wesentlich von den Familien bzw. Müttern beansprucht wird, die eher bildungsfern und wohl auch anregungsarm gegenüber ihren Kindern sind. Die Studie bestätigt also die Befürchtungen vieler Experten, dass das Mütterbetreuungsgeld sozusagen in die falschen Hände gerät und für die (Zigaretten-, Alkohol- oder Sonstwie-)Bedürfnisse der Eltern in schwierigen sozialen Lebenssituationen ausgegeben wird. An der Studie entzündete sich eine heftige Diskussion innerhalb unserer Berufsgruppe zu zwei Fragen: Zum Einen, ob eine frühe außerfamiliäre Betreuung von Kinder, die sog. U3 Betreuung, zu Bindungsstörungen und damit Störungen der späteren Kindesentwicklung führe, zum anderen, ob das Müttergeld

prinzipiell gerechtfertigt oder nur ein Wahlkampfgeschenk der CSU sei.

Bevor ich mich in das Diskurs-Getümmel stürze, möchte ich unterstellen, dass wir Pädiater alle – insbesondere die, die so vehement mitdiskutiert haben - für das bestmögliche gesunde Aufwachsen der uns anvertrauten Kinder und Jugendlichen unter den bestmöglichen Förderbedingungen und - damit verbunden – mit den bestmöglichen Chancen auf eine gute gesundheitliche und soziale Prognose eintreten, ob sie nun für eine frühe außerfamiliäre Betreuung eintreten oder sie vehement ablehnen.

Wenn ich die Beiträge zur U3-Betreuung durchlese, fällt mir auf, dass der Diskurs stark von der "ideologischen" Grundeinstellung des Diskutanten geführt wird. Die Gegner stellen die Betreuung und Erziehung der Kinder in den ersten drei Lebensjahren zu Hause als quasi unumstößliche Wahrheit dar, unterstützt durch angeblich ebenso unumstößliche Erkenntnisse der Bindungsforschung. Alles andere sei Stress, Versorgungstourismus, bindungsgefährdende familiäre Unruhe, Teufelswerk. Darüber hinaus lese ich in ihren Beiträgen gelegentlich eine unterschwellige Angst heraus, dass mit dem Rechtsanspruch auf eine Tagesbetreuung die Kinder ihren Familien quasi weg-

genommen werden sollten. So kann man soziale Angebote in Drohkulisen uminterpretieren. Andere Diskutanten sagen, dass eine frühe (U3) Betreuung der Kinder durch Kindertageseinrichtungen gelebte Realität sei und international praktiziert werde. Irgendwo in der Mitte ist dann die von vielen geteilte, Familie und soziales Umfeld als gemeinsame Akteure betrachtende Auffassung angesiedelt, dass es nicht allein der Familie, sondern eines ganzen Dorfes bedarf, um ein Kind zu erziehen. Aber: Wer ist das Dorf? Auffällig am Diskurs ist, dass kaum von der Qualität der Betreuung gesprochen wird oder allenfalls im Nebensatz mit fast abfälliger Handbewegung. BODE¹ hat jüngst anhand von Daten der DDR-Krippenbetreuung im Vergleich mit der bundesdeutschen NUBBEK-Studie darstellen können, dass sehr gute Entwicklungsergebnisse der betreuten Kinder abhängig waren von der Beziehung zur Erzieherin, der Dauer des Krippenaufenthaltes und der regelmäßigen Anwesenheit. Einen starken Einfluss sieht BODE durch die Familie gegeben und zwar im positiven Sinne, wenn die Eltern einen höheren Ausbildungsgrad hatten wie auch im negativen Sinne, wenn die Familie mit „ungünstigen Variablen“ ausgestattet war. Auch in der NUBBEK-Studie² konnte herausgearbei-

tet werden, dass der familiäre Einfluss auf die kindliche Entwicklung ein Mehrfaches des Einflusses der Einrichtung beträgt. Ein wichtiges Ergebnis der NUBBEK-Studie war auch, dass kein Unterschied des Entwicklungsstandes zwischen familiär bzw. außerfamiliär betreuten Kindern bestand.

Wenn dem so ist, spricht in meinen Augen nichts gegen eine Krippenbetreuung für diejenigen, die sie in Anspruch nehmen wollen. Die Untersuchungen zeigen, dass ein Kind eher profitiert, vorausgesetzt, die Qualität der Krippe ist gut. Und die Gegner brauchen auch keine Angst zu haben, dass ihre Kinder der Familie entwunden werden könnten: der familiäre Einfluss ist viel größer als der Krippeneinfluss. Auch die jüngeren internationalen wissenschaftlichen Veröffentlichungen weisen überwiegend in die Richtung, dass Kinder von einer qualifizierten frühen Betreuung enorm profitieren können, Bindungsstörungen wurden nicht beobachtet. Betont wird aber auch hier die Qualität der Einrichtung.

Meine drei Töchter sind alle vor dem zweiten Geburtstag in Tageseinrichtungen betreut worden, die wir Eltern allerdings mitgestaltet hatten und die, wenn ich es retrograd bewerte, sicher eine gute Betreuungs- und Förderqualität hatten. Meine Kinder haben in meinen Augen extrem profitiert, noch heute bestehen Kontakte zu einigen ihrer früheren Kinderladen-Kinder.

Die zweite Frage der Debatte dreht sich um die Gerechtigkeit gegenüber zu Hause betreuenden Müttern (oder Vätern): wenn einerseits der Staat dafür Geld ausgibt, Familien in ihrer Berufstätigkeit von sowohl Vater und Mutter oder auch nur eines Elternteiles durch eine Tagesbetreuung von Kindern unter drei Jahren zu unterstützen, ist es nur gerecht, wenn Eltern, die sich entscheiden, ihre Kinder in den ersten Lebensjahren selber („in Eigenleistung“) zu Hause zu betreuen, ein gesellschaftlicher Ausgleich gezahlt wird. In dieser Abstraktion erscheint diese Forderung zunächst nachvollziehbar.

Nun ist unser gesellschaftliches Leben aber nicht abstrakt, sondern höchst real. Und zur Wahrnehmung der bundesrepublikanischen Sozialrealität gehört die Erkenntnis, dass die überwiegende Mehrzahl der Mütter, die ihre Kinder in eine U3-Betreuung geben, gar nicht die Wahl hat, sich für die häusliche Betreuung zu entscheiden. Bei einem Durchschnitt von etwa 40 Prozent Alleinerziehenden in Bundesdeutschland – überwiegend Frauen – bleibt die stundenweise Betreuung der Kinder in einer Kindertageseinrichtung unabdingbar. Darüber hinaus haben wir heute andere Formen des familiären Zusammenlebens als noch vor 20 Jahren. Patchwork-Familien, gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften oder Formen wohngemeinschaftlichen Zusammenlebens: Lebensformen einer postmodernen Gesellschaft, die in der Regel auf der Berufstätigkeit der Erziehenden gründen. Die klassische Vorstellung der Familie mit ihren traditionellen Formen der Arbeitsteilung, bei der der Mann schafft und die Frau die Kinder betreut und versorgt, ist eher die Ausnahme als die Regel, zumal in Ballungszentren. Nur: dieses über jetzt zwei Generationen gefügte familiensoziologische Rad der Geschichte drehen wir Kinder- und Jugendärzte nicht zurück. Da können wir die Hände über dem Kopf zusammenschlagen und uns über Stress, Unruhe und vorgezogene Infektionen empören, wir müssen uns mit den Gegebenheiten bescheiden. Es ist völlig abwegig zu glauben, dass Appelle der Kinder- und Jugendärzte nach weniger Stress und mehr Ruhe und Zeit für die Familien ausreichen, die Produktionsbedingungen eines entwickelten hoch differenzierten kapitalistischen Wirtschaftssystems mit den entsprechenden Auswirkungen auf Arbeitsplatzanforderungen und Arbeitszeiten zu verändern. Die gesellschaftlichen Veränderungen haben stattgefunden und mit ihnen u.a. die Wünsche bzw. die Bedürfnislagen der jungen Mütter nach einer Tagesbetreuung ihrer Kinder in einem Alter unter drei Jahren und dies haben wir nicht zu bezweifeln und den Müttern noch ein schlechtes Gewis-



Personalschlüssel: seit jeher ein Problem in KiTas.

© akg-images

sen zu bereiten. Fazit: für viele Mütter ist die U3-Betreuung ihrer Kinder eine existentielle Notwendigkeit.

Hinzu kommt ein weiterer Aspekt, der mir in dieser Debatte wichtig erscheint. Wir erleben zunehmend Familien, die ihren erzieherisch-fördernden Aufgaben, ja teilweise noch nicht einmal ihren Betreuungsverpflichtungen nachkommen. Wir klagen (zu recht) über die Zunahme der frühkindlichen sprachlichen und kognitiven Entwicklungsdefizite und Verhaltensauffälligkeiten, weil wir mit der Erwartungshaltung konfrontiert werden, solche Kinder mithilfe unseres Verordnungsblocks zu redengewandten, geistig angeregten und sozial handelnden Kindern umbiegen zu können. Jeder/e weiß, dass wir mit dieser Aufgabe überfordert sind, weil sie nicht im Gesundheitssystem lösbar ist: Trotz unserer mittlerweile Rekordhöhe erreichten Heilmittelverordnungen verlassen jährlich 50-60.000 Kinder und Jugendliche die

Schule ohne Abschluss. Einem Großteil dieser Kinder und Jugendlichen, die ohne Chance auf einen Ausbildungsplatz auf der Straße stehen und – wie es in der Wissenschaft heißt – eine ungünstige Sozialprognose haben, hätte man durch eine sinnvolle frühe Förderung helfen können: eine frühe, sozialkompensatorische Förderung in qualifizierten, außerfamiliären Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, die es aber als standardisiertes, strukturiertes und bundeseinheitliches Angebot nicht gibt, von einzelnen hoch engagierten Initiativen abgesehen. Stattdessen müssen wir uns herumschlagen mit Kindertageseinrichtungen (Krippen wie KiTas), die – wie die NUBBEK-Studie gezeigt hat – im Mittel eine beschämende, im unteren Drittel der Qualitätsskala angesiedelte Förderqualität haben. Wenn wir aber die Talente eines großen Teils unserer Kinder nicht weiter verschleudern wollen, müssen wir auf ihre überforderten Familien zugehen und ihnen mit strukturierten Hilfen aller gesellschaftlichen Hilfesysteme bei der frühen Förderung ihrer oder besser: unser aller Kinder helfen. Solche Konzepte gibt

es, sie kosten aber Geld, sehr viel Geld sogar.

Um welche Gerechtigkeit geht es also: Die Gerechtigkeit für die Mütter oder die Gerechtigkeit für die Kinder? Hier sage ich klar: es geht um die Chancengerechtigkeit der Kinder. Sie ist wichtiger als eine Anerkennungsprämie für Mütter, die ihre Kinder in den ersten Lebensjahren zu Hause betreuen wollen – und wohl auch dazu finanziell in der Lage sind. Denn das Müttergeld ersetzt kein Einkommen. Wenn aber das Müttergeld nicht mehr ist als eine teure (Wahlkampf)Geste, sollten es besser dort ausgegeben werden, wo es wirklich gebraucht wird: bei der Neustrukturierung und Qualifizierung unserer Kindertageseinrichtungen.

Fazit:

Eine U3-Betreuung ist keine Gefahr für Familie und Kind, sondern in dieser Gesellschaft ein notwendiges soziales Angebot. Entscheidend für gute und sehr gute Ergebnisse ist ihre Qualität. Wir Kinder- und Jugendärzte sollten deshalb unsere Aufgabe darin sehen, auf das schnelle Erreichen der besten Versorgungsqualität zu dringen.

Die Gerechtigkeitsdebatte beim Müttergeld sollte die Kinder in den Fokus stellen, vor allem Kinder aus sozial schwierigen Verhältnissen. Die Gerechtigkeit sollte als Chancengerechtigkeit für diese Kinder verstanden werden. Das Müttergeld sollte deshalb besser in den quantitativen und vor allem qualitativen Ausbau von Familienzentren mit Kindertageseinrichtungen gegeben werden. Hier haben Kinder aus schwierigen Verhältnissen die besten Chancen, sozialkompensatorisch gefördert zu werden.

Literatur:

¹Bode, H. (2013) Kinderkrippen in der DDR - Was können wir heute davon lernen? Monatsschr Kinderheilkd 2013 161:886–890; DOI 10.1007/s00112-013-3007-3

²Tietze, W., Becker-Stoll, F., Bensel, J., Eckhardt, A. G., Haug-Schnabel, G., Kalicki, B., Keller, H., Leyendecker, B. (Hrsg.). (2012): NUBBEK – Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit. Forschungsbericht. Weimar/Berlin: verlag das netz.

Dr. Ulrich Fegeler
13595 Berlin
E-Mail: ulbricht.fegeler@t-online.de

Red: ReH



Dr. Stephan
Heinrich Nolte

KiTa: An den Bedürfnissen der Kinder und Familien vorbei

„Vielleicht bin ich so geworden, wie ich bin, weil meine Eltern mich nicht in eine Krippe geschickt haben.“

Das habe ihr Vater, der Pastor, nicht geduldet, sagte Angela Merkel, unsere Bundeskanzlerin, auf die Frage, warum sie immer so gut gelaunt sei. Ihr Frohsinn sei offenbar angeboren, und ihr nicht einmal in der Kindheit ausgetrieben worden.

Die heutige Politik will es anders: Frauen sollen dem Arbeitsmarkt zur Verfügung gestellt, die Kinder währenddessen wegverwaltet werden, manchmal verbrämt mit einem Bildungsanspruch. Die Politik lügt schlichtweg, wenn sie behauptet, mit 800.000 Krippenplätzen sei das Pro-

blem erledigt. Hat sie auch die mindestens acht Millionen zusätzlichen Kinderarztbesuche eingerechnet, die uns die Praxen mit Lappalien füllen, die krankheits- und erschöpfungsbedingten Arbeitsausfälle durch doch nicht wirklich dem Arbeitsmarkt zugeführten Müttern und manchmal auch Vätern? Die Auswirkungen auf die Kindergesundheit allgemein sind verheerend: zwar sind es nur „vorweggenommene“ Infekte, die früher erst im ersten Kindergartenwinter auftraten, aber sie treffen auf eine sensible Zeit und erhöhen den Druck, unter den die jungen Familien heute stehen. Eine junge Familie, das ist heute Krisenmanagement als Dauerzustand. Von einer

ruhigen, gelassenen Kindheit mit dem wertvollsten, was wir unseren Kindern mitgeben können, unserer Zeit, kann nicht mehr die Rede sein. Ich bin immer wieder erschüttert, wie mitgenommen Eltern in diesem Spannungsfeld zwischen Arbeit und Familie sowie den Ansprüchen der Freizeitgesellschaft heute sind.

Ende der 70er Jahre studierte ich klinische Semester in Paris und hatte und habe aus dieser Zeit viele französische Freunde. Sie hatten Kinder, genau wie wir, aber es war damals dort schon selbstverständlich, sie in die Crèche zu geben. Wie habe ich später diese Familien bedauert, die im Laufschritt morgens zur Crèche, dann zur Arbeit hasteten, dann im Spätnach-



Jedem Kind seinen eigenen Platz, auch in der KiTa.

© FedeCandoniPhoto – Fotolia.com

mittag wieder zurück, das Kind noch schnell durch den Supermarkt schleifen, um dann die heulenden und übermüdeten Kinder irgendwie ins Bett zu kriegen – und am nächsten Tag das gleiche Spiel. Und bei jeder Rotznase: „Allez voir votre pédiatre“ – das hat mir die Lust, in Frankreich als Kinderarzt zu praktizieren, seinerzeit ausgetrieben. Jetzt holt mich die Vergangenheit wieder ein. Was mir, nebenbei, gefallen hat, war die Ansicht, schon Säuglinge möglichst früh mit allen möglichen Nahrungsmitteln bekannt zu machen, „um den Geschmack zu schulen“, – zu einer Zeit, als man in Deutschland meinte, mit Karotten und Kartoffeln sei man über Monate gut bedient.

Was die Auswirkungen einer frühen Fremdbetreuung angeht, wissen wir seit vielen Jahren durch erdrückendes Material, dass sie an den Bedürfnissen von Kleinkindern vorbeigeht. Bereits 1951 veröffentlichte der „Vater der Bindungstheorie“, John Bowlby im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation seine Untersuchungen über kindliche Deprivation und deren Folgen, populär wurde sein Buch „Child Care and the Growth of Love“ (1953), deutsch

„Frühe Bindung und kindliche Entwicklung“. Hier sind eine Unzahl von Untersuchungen und Fakten über die Folgen von Fremdbetreuung zusammengetragen, das Wissen ist seither weiter akkumuliert, ohne dass die wesentlichen Erkenntnisse alltagspraktisch umgesetzt wurden. So fanden schon Dorothy Burlingham und Anna Freud durch ihre Erfahrungen bei der Leitung eines Heimes für Kleinkinder im 2. Weltkrieg, dass für eine angemessene Betreuung so viele Personen notwendig seien, dass es besser sei, das Heim zu schließen und den Helferinnen ein paar wenige Kinder zur Pflege mit nach Hause zu geben.

Mit formalen Kriterien wie Betreuungsschlüsseln lässt sich die Güte einer Einrichtung wie Konstanz der Bezugspersonen und die Bindungsqualität nicht messen. Selbst in sehr gut ausgestatteten Einrichtungen mit einem Schlüssel von 1 zu 3 bei Einjährigen ist durch Krankheit, Schwangerschaft, Praktikantinnen und Dauerwechsel die Konstanz einer Bindungsperson Illusion, wie vielfältige Elternberichte verdeutlichen. Außerdem sind die Eltern so unter Druck, überhaupt einen Krippenplatz zu finden, dass die

Qualität (wie auch die Entfernung) oft zweirangig sind.

Es ist wesentlich besser, Kleinkindergruppen von drei bis vier Kindern daheim betreuen zu lassen, als größere Einrichtungen aus dem Boden zu stampfen, die mit noch so viel Personal nicht das leisten können, was eine individuelle, konstante Bezugsperson für Kleinkinder bedeutet. Das heißt nicht, dass es eine institutionalisierte Erziehung gar nicht geben darf; sie darf nur nicht zum allgemein gültigen Prinzip erhoben werden. Sicherlich ist es notwendig, gute Einrichtungen zu schaffen, neben Betreuung und Elternarbeit Bildungsangebote bereitzustellen und Eltern, vor allem alleinerziehenden, ein soziales Leben zu ermöglichen. Daraus darf aber kein allgemeiner Anspruch resultieren und eine Marginalisierung derer, die es vorziehen, ihre Kinder in den ersten drei Jahren selbst zu betreuen. Daher ist es folgerichtig, die immensen Kosten der frühen Fremdbetreuung durch ein Betreuungsgeld auch denjenigen zukommen zu lassen, die auf diese Segnungen verzichten wollen.

Die Ergebnisse der Bindungsforschung haben gezeigt, dass erstens das zweite Lebenshalbjahr für Trennungssituationen von der Hauptbindungsperson ganz besonders kritisch ist, zweitens aber Kleinkinder unter drei Jahren überhaupt nicht gut „horizontal“, d.h. gemeinsam mit vielen Kindern einer Altersgruppe betreut werden sollten: wie in einer Geschwisterreihe lernen die Kleinen von den Großen, die Großen aber auch von den Kleinen. Individuelle Betreuungsmöglichkeiten wie Tagesmütter mit drei bis vier Kindern verschiedenen Alters oder, noch besser, der Zusammenschluss mehrerer Eltern, die ihre Kinder abwechseln betreuen, sind nicht nur bindungstheoretisch, sondern auch ökonomisch und ökologisch sinnvoller; es tut ja wirklich nicht not, dass nun auch Babys und Kleinkinder, meist mit dem Auto, in Einrichtungen transportiert werden müssen.

Ich sehe die institutionalisierte frühkindliche Erziehung auch als Entsolidarisierungssymptom der Gesellschaft, indem die persönliche Ini-

tiative und der eigene Einsatz einer anonymen, vom Staat bereitgestellten Institution geopfert wird: Die Suche nach Freunden und Bekannten in ähnlicher Lebenssituation und damit die Entwicklung eines tragfähigen sozialen Netzes geht in der allgemeinen Beliebigkeit unter.

Ein Aspekt wird gar nicht im Zusammenhang mit früher Fremdbetreuung diskutiert: Ich halte es für eine ökologische und ökonomische Katastrophe und eine Erziehung zur automobilen Gesellschaft, wenn überall große neue Einrichtungen aus dem Boden gestampft, Kinder-

gärten verschiedener Gemeinden zusammengelegt werden und kein Mensch die verlängerten Wege und den Unterhalt dieser Gebäude bedenkt. Besonders in ländlichen Gebieten kommt man um das Auto als Kinderwagen (und später als Rollstuhl) nicht mehr herum. Die Grundhaltung, sich aus eigener Kraft fortzubewegen, seine Wege zu Kindergarten und später Schule zu Fuß zurückzulegen, scheint wie ein Phantom aus alter Zeit. Der nicht nur bauliche, sondern auch unterhaltstechnische Aufwand kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Gruppen zu groß, der

Lärmpegel zu hoch, die Luft zu verbraucht und die Zeit an der frischen Luft knapp ist und die Bewegung zu kurz kommt. Die Kinder sind nach übereinstimmenden Daten unter Dauerstress und – wie wir in unseren Praxen sehen – krank, chronisch krank mit allerlei Neuen Morbiditäten. Ich kann nicht anders, als ein solch düsteres Bild der Krippeneuphorie entgegensetzen.

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

Red: ReH

Bits + Bytes ● ● ●



Betriebswirtschaft und Praxissoftware

In Punkto Betriebswirtschaft tun sich viele Ärzte schwer, gerade wenn es um die eigene Arbeitszeit und Betriebskosten geht – ein großer Fehler. Am wichtigsten ist es, bei Entscheidungen kaufmännisch zu handeln, und das bedeutet nicht kostenorientiert sondern nutzenorientiert zu denken – alles andere ist Luxus. Wenn das Sonogerät mitsamt Wartung pro Jahr mehr kostet als es einbringt, rechnet es sich nicht. Wenn eine Investition auf Dauer mehr Geld spart, als sie kostet, lohnt sie sich dagegen, egal wie hoch die Investition ist. Was natürlich nicht bedeutet, dass die Investition in eine Alternative auch mehr fürs gleiche Geld bieten kann...

Eine einfache Rechenaufgabe am Beispiel Praxisverwaltungs-Software: Wieviel kostet die Betriebsstunde meiner Arztpraxis und wieviele Minuten pro Tag stehlen mir Werbung im Praxisprogramm, regelmäßiges Warten wg. Langsamkeit, eine insuffiziente Hotline oder umständliche Bedienung? Diesen Zeitverlust als Euro Betrag x 250 Tage x 5 Jahre hochgerechnet kann ich also in eine bessere Software investieren, ggf. auch finanziert über eine Bank, so dass sich die Investition rechnet.

Wer einmal getroffene Entscheidungen nie wieder kritisch untersucht, wer Arbeitsabläufe oder auch Arbeitsgeräte wie die Praxissoftware nicht von Zeit zu Zeit

einer Neubewertung unterzieht, den mag vielleicht die Fabel vom Fische fangenden Bär nachdenklich machen. Dieser stand am Fluss, schlug den ganzen Tag über mit seiner Pranke ins Wasser und erwischte dabei auch immer wieder einen Fisch. Ein anderer Bär, der ihn dabei beobachtete, riet ihm, mach dir doch besser eine Angel“. Worauf der Bär erwiderte, dazu habe ich keine Zeit, ich muss doch Fische fangen“.

Dr. Bernd Byte

Red.: ReH

Präventionsprojekt „klarkommen!“ schafft Sicherheit und fördert Integration

Gezielte Hilfe für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in NRW

Nirgendwo ist die Bundesrepublik so sehr Zuwanderungsland wie in Nordrhein-Westfalen. Nach Köln und Duisburg gibt es nun auch in Dortmund das kriminalpräventive Projekt „klarkommen! Chancen bieten durch Prävention vor Ort“. Mit dieser Initiative will das Land gezielt den Kindern und Jugendlichen helfen, die aus den ärmsten Regionen Südosteuropas und Nordafrikas zu uns kommen. Mehr Integration und weniger Kriminalität, das sind die Ziele von „klarkommen!“. Kompetente Sozialarbeiter leisten in dem Projekt konkrete Hilfe - passgenau und unbürokratisch.

Die Initiative „klarkommen!“ begegnet dem Problem, dass Kinder und Jugendliche mit Zuwanderungshintergrund in vielen Städten in Deutschland vermehrt

Straftaten begehen. Die Taten verunsichern die Bürgerinnen und Bürger und sorgen für Misstrauen gegenüber allen Zuwanderern. "Klarkommen" soll dazu beitragen, dass die negativen Seiten der Zuwanderung die positiven Seiten nicht überschatten, und dafür, dass Integration besser als bisher funktioniert.

In Dortmund, der dritten Projekt-Stadt gestalten Polizei und Stadt das vom Innenministerium finanzierte Projekt gemeinsam. Partner des Projektes sind der Verein „Die Brücke Dortmund“ und das „Soziale Zentrum“. Gemeinsam wollen alle Seiten die Sicherheit für die Bürger erhöhen. Außerdem wollen sie die Kinder und Jugendlichen selbst wieder „in die Spur“ bringen. Dabei unterstützen sie sie, zeigen ihnen aber auch Grenzen.

In der Dortmunder Nordstadt richten „Die Brücke“ und das „Soziale Zentrum“ ein Stadtteilbüro als Anlaufstelle ein. Die dort eingesetzten Sozialarbeiter sind mit den kulturellen Sitten und Gebräuchen der Kinder und Jugendlichen vertraut. So überwinden sie Barrieren und schaffen Vertrauen. Die Jugendlichen erhalten gezielte Sprachförderung, werden in ihrem Schulalltag unterstützt und ihr Tagesablauf erhält eine geregelte Struktur. Gleichzeitig lernen die Jugendlichen Normen und Werte der deutschen Gesellschaft.

Auch die Eltern der Kinder und Jugendlichen suchen häufig Orientierung und Hilfe. Diese finden sie ebenfalls in dem Stadtteilbüro, wenn es beispielsweise darum geht, die Dinge des Alltags zu regeln.

Red.: ReH

Hygiene in der pädiatrischen Praxis: „Die Praxis ist doch wie das normale Leben...“

Prof. Dr. Franz Dieter Daschner, ehemaliger Direktor des Instituts für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Freiburg, ist einer der profiliertesten deutschen Wissenschaftler für Hygiene. Er hat sich in München im Fach Kinderheilkunde habilitiert. Im Gespräch mit unserer Zeitschrift tritt er für ein vernünftiges und umweltverträgliches Maß an Hygiene ein.



Praxisteams sind verwirrt durch zahlreiche unüberschaubare Hygiene-Vorschriften. Viele „Vorschriften“ werden als unrealistisch belächelt. Wird in den Praxen zu viel oder zu wenig Hygiene betrieben? Welche Rolle spielt der Hygieneplan?

In den Kinderarztpraxen wird eher zu viel als zu wenig Hygiene gemacht, vor allem dann, wenn man die Hygienepläne von der Industrie machen lässt. Davon rate ich dringend ab, weil die Firmen zu viel und zu häufig Desinfektionsmittel in die Pläne hineinschreiben. Einen eigenen selbst verfassten Hygieneplan braucht man allerdings schon. Das ist Teil des Qualitätsmanagements.

Bring es etwas, wenn die Mitglieder des Teams sich gegenseitig bei der Einhaltung der Hygiene beobachten?

Das kann nicht schaden, wenn das in einer kollegialen und freundschaftlichen Art abläuft, was ja in den Kinder- und Jugendarztpraxen eher der Fall ist. Wenn ein Mitglied des Teams sich nicht die Hände wäscht oder desinfiziert, dann muss man es allerdings zur Rede stellen.

Händedesinfektion vor und nach Patientenkontakt, beim Umgang mit infektiösen Materialien, muss an erster Stelle stehen. Sollen wir ganz auf das Händeschütteln verzichten?

Ich würde überhaupt auf das Händeschütteln verzichten. In Deutschland ist das aber kaum durchzuführen. Es wird als asozial angesehen. Es gibt Kliniken hierzu, die verbieten das Händeschütteln. Das würde ich einführen.

Kontrovers wird das Spielzeug in der Arztpraxis diskutiert. Kinder brauchen aber Spielzeug. Wie häufig und wie soll es desinfiziert werden? Und welches Spielzeug sollte man aus Hygienegründen eher erst gar nicht anschaffen?

Ich würde in der Praxis überhaupt keine Stofftiere anschaffen, weil sie viel zu schlecht zu reinigen und zu desinfizieren sind. Ich würde nur hitzeresistente Plastik-Spielsachen (oder mit Umweltfreundlichem Lack versehenes Holzspielzeug) anschaffen und dieses mindestens einmal in der Woche in der Geschirrspülmaschine bei 40 bis 60 Grad reinigen - wenn es sehr intensiv benutzt wird, eben häufiger.

Sollen infektiöse Patienten überhaupt in Wartezimmern herumhuschten?

Sollen sie nicht! Wunderbar wäre, wenn man sich ein infektiöses und ein nicht infektiöses Wartezimmer leisten kann. Gute Organisation der Terminsprechstunde zur Verkürzung der Kontaktzeiten im Wartezimmer oder sofortiges Hineinsetzen in ein Zimmer sind weitere Optionen.

Ist die Benutzung eines Mundschutzes für Arzt und MFA bei hustenden Kindern von Bedeutung?

Mundschutz ist für das Personal zum eigenen Schutz sinnvoll, das an-



Nur eigene Stofftiere sind in der Praxis erlaubt.

© Ilike - Fotolia.com

schließende Hände- Desinfizieren ist aber viel wichtiger, weil die meisten respiratorischen Infektionen über die Hände übertragen werden.

Müssen Türklinken nach jedem Patientenkontakt desinfiziert werden?

Das ist unsinnig. Das ist eine theoretische Vorstellung, die nicht zu realisieren ist.

Wie häufig müssen Stethoskope, Tastatur und Kugelschreiber desinfiziert und gereinigt werden?

Nach der Untersuchung eines hustenden und infektiösen Kindes wird das Stethoskop vorne am Schallkopf mit einem Desinfektionsmittel abgerieben. Tastatur und Kugelschreiber müssen nicht desinfiziert werden.

In vielen Arztpraxen werden Liegen mit einer Papierrolle bedeckt. Das verursacht erhebliche Ausgaben und große Mengen Papiermüll.

Das hat eher was mit Psyche zu tun als mit Hygiene. Im Hotel oder in der Straßenbahn wird auch nicht immer mit Papier bedeckt, wo man sich mit dem Popo hinsetzt. Etwas anderes ist es bei Kindern mit Durchfall oder mit blutenden, nässenden Wunden. Man muss die Pra-

xis eben vergleichen mit dem normalen Leben.

Müssen zur Fadenentfernung sterile, desinfizierte oder gesäuberte Instrumente verwendet werden?

Zur Fadenentfernung braucht man eigentlich eine sterile Pinzette und eine sterile Schere. Es gibt eine Alternative, wenn kein Sterilisator in der Praxis ist: Die Instrumente können in der Geschirrspülmaschine gereinigt und in einem sauberen Behälter aufbewahrt werden. Vor der Benutzung wird die Spitze dann mit Alkohol desinfiziert. Einmalmaterialien braucht man dazu nicht.

Wo können darüber hinaus Einsparungen in der Hygiene zur besseren Umweltverträglichkeit gemacht werden?

Möglichst wenig umweltschädliche Desinfektionsmittel, wenn überhaupt möglichst alkoholische Mittel und weniger Aldehyd-haltige Mittel (verursachen Allergien) und möglichst wenig Einmalmaterial.

Eine letzte Frage, die viele Eltern und daher auch Kinder- und Jugendärzten beschäftigt. Sie haben zur Eindämmung von Salmonellen- und Campylobacter-Infektionen Stellung genommen und befürworten, dass

Hühnchen auch hierzulande mit Chlor behandelt werden, wie es in den USA üblich ist?

Das ist ein Missverständnis. Ich wende mich vorrangig gegen die Massentierhaltung und den Antibiotikamissbrauch hierzulande, die die Salmonellen-Belastung begünstigt. Die Behandlung von Schlacht-Geflügel mit Chlor ist nur die allerletzte Möglichkeit. Bei vernünftiger Aufzucht kommt es nicht zur Salmonellenbelastung. Bei Chlorhühnchen besteht allerdings keine Gefahr für den Menschen.

Herr Prof. Daschner, wir danken Ihnen für dieses Gespräch.

Die Fragen stellte
Gottfried Huss
79618 Rheinfelden
E-Mail: grhuss@t-online.de

Vertiefende Literatur:

Franz Daschner, Markus Dettenkofer, Uwe Frank, Praktische Krankenhaushygiene und Umweltschutz Springer Verlag 2006 Kapitel Neonatologie und Pädiatrie

American Academy of Pediatrics, Committee on infectious diseases. Infection prevention and control in pediatric ambulatory settings. Pediatrics 2007;120:650-655

Canadian Paediatric Society: Infection control in paediatric office settings. Paediatric Child Health Vol 13 No 5 May/June 2008: 408-419

Red: ReH

Eine gesunde Umwelt für Kinder - BVKJ-Broschüre gibt Tipps

Die Gesundheit von Kindern hängt auch von den Umweltbedingungen ab, unter denen sie leben. Kinder- und Jugendärzte sollten wissen, was sie rauchenden Eltern erklären, wie sie Fragen zu Feinstaub auf der Straße, Schimmelsporen in der Wohnung, Nutzen und Schaden von Kosmetika und von Sonnenstrahlen beantworten. Der BVKJ hat als Argumentationshilfe nun eine Schwerpunktbroschüre erstellt,

die unter dem Motto „Gesunde Umwelt - ein Grundrecht für Kinder und Jugendliche“ alle Fragen rund um das Thema beantwortet.

Die Broschüre wird per Post im September an alle aktiven niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte gesendet. Alle Nicht-Aktiven und Assistenzärzte können das Heft bei Bedarf als PDF oder Druckexemplar bei der Geschäftsstelle bestellen.

ReH



NRW-Familienministerin Schäfer will für Familienbericht 2015 Familien als Mitautoren

Vor rund 25 Jahren ist in Nordrhein-Westfalen der letzte Familienbericht erschienen. In dieser Zeit haben sich das Verständnis und die Lebenssituation von und für Familien so grundlegend verändert, wie wohl kaum jemals zuvor. Vielfältige Familienkonstellationen – verheiratet, unverheiratet, alleinerziehend, Patchwork, Klein- oder Großfamilie, mit oder ohne Migrationshintergrund – sowie unterschiedliche Lebensmodelle und -vorstellungen gehören mittlerweile zu unserem Alltag. Deshalb plant das Land NRW eine aktuelle Bestandsaufnahme.

Der Familienbericht soll im Herbst 2015 veröffentlicht werden. Dabei werden die Stellungnahmen der nordrhein-westfälischen Familien selbst einen zentralen Schwerpunkt des Berichts bilden.

„Uns ist es wichtig, am Ende nicht nur



Was mögen sie wohl sagen zur NRW-Familienpolitik?

Foto: © Kzenon – Fotolia.com

eine wissenschaftliche Abhandlung über Familien in der Hand zu halten. Keine Studie der Welt kann ein direktes Feedback ersetzen. Deshalb wollen wir die Familien zu Mitautoren des Berichts machen. Wir betreten damit Neuland. Die Beteiligung von Familien werden über Workshops, eine repräsentative Umfrage und das Internetportal www.familienbericht-nrw.de ermöglicht. Alle Familien in Nordrhein-

Westfalen sind eingeladen, auf diesem Weg auch online ihre Anliegen an die Landesregierung heranzutragen“, erklärte die Ministerin bei der Vorstellung des Projekts am 14. August in Düsseldorf.

Der Familienbericht wird insgesamt aus drei Teilen bestehen: einer Sachstandserhebung mit Studien, Statistiken, Zahlen, Daten und Fakten zur Lage der Familien in NRW, den Stellungnahmen der Familien selbst sowie Handlungsoptionen, die Eckpunkte einer zukünftigen Familienpolitik formulieren.

Die Erstellung des Familienberichtes wird von einem Beirat mit wissenschaftlicher Expertise begleitet. Weitere Informationen:

www.familienbericht-nrw.de

Red: ReH

Neuer Datenreport: Zahl der Kinder pro Frau deutlich weniger



Seit 1970 hat sich die Zahl der Kinder pro Frau nahezu halbiert. Eine Frau bekommt heute im weltweiten Durchschnitt 2,5 Kinder – das sind 2,2 Kinder weniger als 1970. Allerdings sind die regionalen Unterschiede groß. Das geht aus dem neuen Datenreport der Stiftung Weltbevölkerung hervor.

Eine Frau bekommt heute im weltweiten Durchschnitt 2,5 Kinder – das sind 2,2 Kinder weniger als 1970. Gleichzeitig überleben mehr Säuglinge das erste Lebensjahr: Mit 38 Säuglingen pro 1.000 Lebendgeborene sterben nicht einmal halb so viele Kinder wie 1970 (89 pro 1.000 Lebendgeborene). Das geht aus dem Daten-

report 2014 hervor, den die Stiftung Weltbevölkerung am 12. August veröffentlichte. Die Publikation liefert neueste demografische, sozioökonomische und Gesundheitsdaten für alle Länder und Regionen der Welt.

„Die sinkende Fertilität zeigt, dass heute mehr Frauen selbst bestimmen können, wann und wie viele Kinder sie bekommen“, so Renate Bähr, Geschäftsführerin der Stiftung Weltbevölkerung. „Auch die sinkende Säuglingssterblichkeit ist überaus erfreulich. Diese positiven Entwicklungen belegen, dass sich Investitionen in Bildung, in die Gesundheitsversorgung und in Aufklärung auszahlen.“

Große regionale Unterschiede

Immer noch bestehen jedoch große regionale Unterschiede – etwa bei der Fertilität. Während eine Frau in Europa heute nur noch durchschnittlich 1,6 Kinder bekommt (1970: 2,3), sind es in Asien 2,2 (1970: 5,4) und in Afrika 4,7 Kinder (1970: 6,7). „Noch immer kann in Entwicklungs-

ländern jede vierte Frau nicht verhüten, obwohl sie das gerne möchte“, so Bähr. „Jedes Jahr kommt es dadurch zu 80 Millionen ungewollten Schwangerschaften. Das Recht auf freiwillige Familienplanung muss endlich für alle Menschen umgesetzt werden – unabhängig davon, wo sie leben.“

Daten zur menschlichen Entwicklung

Neben Daten zur Fertilität und zur Säuglingssterblichkeit bietet der Datenreport weitere wichtige Indikatoren zur menschlichen Entwicklung – von der Lebenserwartung über das Bruttonationaleinkommen bis zum CO₂-Ausstoß. Er steht auf der Internetseite der Stiftung Weltbevölkerung kostenlos zum Download zur Verfügung. Die Daten lassen sich auch bequem über die Online-Länderdatenbank abrufen.

<http://www.weltbevoelkerung.de>

Red.: ReH

Computerspiele- und Internetsucht

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat bundesweit ein Hilfsprogramm für Familien aufgelegt, in denen Jugendliche mit problematischer Computernutzung leben. Aktuelle internationale Studien, die vorwiegend Jugendliche befragten, stufen nach Angaben des BMG zwischen 1,6 und 8,2 Prozent der Internetnutzer als "abhängig" ein.

Die vom Bundesministerium für Gesundheit seit Ende 2010 geförderte repräsentative Studie „Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA)“ der Universität Lübeck und der Universität Greifswald beziffert zum ersten Mal die Häufigkeit der Internetabhängigkeit in Deutschland. Etwa ein Prozent der 14- bis 64-jährigen in Deutschland werden demnach als internetabhängig eingestuft. 4,6 % der 14- bis 64-jährigen werden als problematische Internetnutzer angesehen. In der Regel sind Jugendliche und junge Erwachsene häufiger betroffen. In der Altersgruppe der 14- bis 24-Jährigen ist die Verbreitung am größten: 2,4 Prozent abhängige und 13,6 Prozent problematische Internetnutzer.

Studie PINTA- DIARI

Zur weiteren Festigung der Zahlen hat das Bundesministerium für Gesundheit die Folgestudie "Prävalenz der Internetabhängigkeit – Diagnostik und Risikoprofile (PINTA-Diari) gefördert. Die Studie hat die ersten Schätzungen bestätigt herausgefunden: Während abhängiges Computerspielen primär bei Männern anzutreffen ist, sind Frauen eher von der Nutzung Sozialer Netzwerke abhängig.



Foto: © klickerminth – Fotolia.com

Modellprojekt ESCapade

Von 2010 bis Ende 2012 förderte das BMG das Modellprojekt „ESCapade - Familienorientierte Intervention bei problematischer Computernutzung“ der Drogenhilfe Köln. ESCapade wendet sich an Familien mit jugendlichen Kindern mit exzessiver Computernutzung mit dem Ziel, durch eine familienbezogene Stressreduktion und Reglementierung eine Internetabhängigkeit zu vermeiden. Das Programm wurde an fünf Standorten in Deutschland (Berlin, Freising, Lörrach, Köln und Schwerin) umgesetzt und wissenschaftlich begleitet. Die Projektleitung und -koordination lag bei der Fachstelle für Suchtprävention der Drogenhilfe Köln gGmbH; die wissenschaftliche Begleitung

und Wirksamkeitsüberprüfung erfolgte durch das Deutsche Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) der Katholischen Hochschule NRW (KatHO Köln).

ESCapade hat sich als geeignetes und erfolgreiches Präventionsprogramm erwiesen. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung zeigen, dass sich durch die Teilnahme am Programm sowohl die Situation der Jugendlichen als auch der Familiensysteme positiv verändert hat.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Drogenhilfe Köln beim Transfer von ESCapade in acht Bundesländer seit dem Frühjahr 2013 unterstützt.

Red: ReH

Der hypotone Säugling („floppy infant“ - Syndrom) – was hilft zur richtigen Diagnose?



Dr. med. univ.
Adela Della Marina¹

Einleitung

Die muskuläre Hypotonie im ersten Lebensjahr ist das klinische Kennzeichen des „floppy infant“-Syndroms oder des hypotonen Säuglings. Es besteht aus drei klinischen Symptomen: pathologisches Haltungsmuster (Froschhaltung der Beine, Henkelstellung der Arme), häufig abnorme Gelenkbeweglichkeit sowie verminderter Widerstand gegen passive Bewegungen. In der Beurteilung eines hypotonen Säuglings in der klinischen Praxis ist die Berücksichtigung aller klinischen und anamnestischen Merkmale, nicht nur der muskulären Hypotonie, entscheidend für die Einleitung der weiteren diagnostischen Schritte und die Diagnosestellung. Abhängig von der Schädigungsebene wird zwischen der neuromuskulären und zentralnervösen/metabolischen Ursache unterschieden. Auch die zeitliche Abfolge der klinischen Symptome, das Vorhandensein zusätzlicher Merkmale („floppy infant“ plus: Dysmorphiezeichen, respiratorische Symptome, Verschlechterung/Besserung der klinischen Befunde im Verlauf, Krampfanfälle, Anlagestörung der Organe) sind von großer Bedeutung in der Differenzialdiagnose des „floppy infant“-Syndroms. Eine Diagnosestellung ist durch nicht-invasive Maßnahmen (DNA-Analyse, Chromosomenanalyse) bei bestimmten Erkrankungen wie der spinalen Muskelatrophie (SMA), des Prader-Willi-Syndroms (PWS), des Down Syndroms und der myotonen Dystrophie (DM1) möglich – hier ist das entscheidende, spezifische klinische und anamnestische Merkmal dieser Erkrankungen zu erkennen, um eine aufwendige und teilweise sehr kostspielige Diagnostik zu vermeiden. Bei isolierter muskulärer Hypotonie ohne Muskelschwäche mit stetigen Entwicklungsfortschritten und ohne weiteren klinischen und anamnestischen Auffälligkeiten ist ein abwartendes Verhalten möglich, wenn die „Warnsignale“, die Indikatoren für eine frühzeitige weitergehende neuropädiatrische Diagnostik, rechtzeitig erkannt werden, um eine symptomatische, selten auch medikamentöse Therapie zeitnah einzuleiten.

Klinische Untersuchung

Im Rahmen der klinischen Untersuchung sollen mehrere Faktoren berücksichtigt werden: Es ist wichtig, zwischen einem reduzierten Muskeltonus mit oder ohne Kraftminderung zu unterscheiden. Diese ist im Säuglingsalter durch die Lagereaktionen, die Beobachtung der Spontanmotorik und den passiven Muskeltonus feststellbar. Um eine Fehlinterpretation zu vermeiden (z.B. intensivpflichtige, kranke Säuglinge, Einfluss der Sedierung) bzw. mögliche Schwankungen der Muskelkraft und des Muskeltonus im Laufe des Tages nicht zu übersehen, sollten wiederholte Untersuchungen ange-

strebt werden. Zusätzlich sollte zwischen einer motorischen, mentalen oder kombinierten Entwicklungsstörung/-verzögerung differenziert werden. In der Beurteilung der (psycho)motorischen Entwicklung im ersten Lebensjahr und zur genaueren Quantifizierung des aktuellen Entwicklungsstandes sind standardisierte Tests (Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik (MFED), Bayley Scales of Infant Development) hilfreich.

Als nächstes sollte beurteilt werden, welche Schädigungsebene verantwortlich für das Bild eines „floppy infant“-Syndroms sein könnte. Abhängig von der Lokalisation der Schädigung/Störung können zwei große Gruppen der Erkrankungen unterschieden werden:

1. **„Zentrale Hypotonie“:** Erkrankungen/Störungen im ZNS (Gehirn und Rückenmark); zu dieser Gruppe gehören auch syndromale Erkrankungen wie z.B. Prader-Willi-Syndrom.
2. **„Periphere Hypotonie“:** Erkrankungen/Schädigung auf der Ebene der motorischen Einheit, im Folgenden neuromuskulären Erkrankungen (alpha-Motoneuron, peripherer Nerv, neuromuskuläre Endplatte, Muskel).

Hypoxische oder haemorrhagische Schädigungen des Gehirnes stellen die größte Gruppe der Patienten mit zentraler Hypotonie dar; in der Gruppe mit peripherer Hypotonie sind die SMA und die DM1 am häufigsten vertreten (8,12). Die häufigste syndromale Erkrankung, die mit einer zentralen Hypotonie einhergeht, ist das Down Syndrom (1,8).

Abhängig von der Schädigungsebene zeigen Säuglinge „spezifische Symptombilder“, die dem Untersuchenden helfen, eine weiterführende diagnostische Abklärung einzuleiten (Abb. 1).



Abb. 1: Säugling mit deutlicher muskulärer Hypotonie und Schwäche, beim Hochziehen fehlende Kopfkontrolle

¹ Neuropädiatrie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Essen

² Neuropädiatrie, Kinder- und Jugendkrankenhaus auf der Bult, Hannover

Mögliche Diagnosen bei „floppy infant“ - Syndrom

1. Zentrale Schädigung – mögliche Ursachen

Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie

Hierbei handelt es sich um die häufigste Ursache des „floppy infant“ – Syndroms (4, 8). Ein initial reduzierter Muskeltonus ist nicht selten von einer Vigilanzminderung begleitet, sodass das klinische Bild dem der neuromuskulären Erkrankungen wie z.B. der kongenitalen myotonen Dystrophie oder der SMA Typ I (hier keine Vigilanzminderung!) ähnlich sein kann. Im Verlauf der ersten Lebensjahre entwickeln sich Pyramidenbahnzeichen mit gesteigerten Muskeleigenreflexen und einem erhöhten Muskeltonus (spastische oder dyskinetische Zerebralparese). In der Anamnese zeigen sich oft Hinweise auf eine prä- und peripartale Schädigung. Die bildgebende Diagnostik (Kernspintomographie des Schädels) ist wichtig bei der Abklärung der zugrundeliegenden Ätiologie. Diese soll unmittelbar postpartal, im Laufe der ersten Woche, mit Diffusionssequenzen (bei Frage nach hypoxischer Schädigung) erfolgen (15). Die Ultraschalluntersuchung ist als eine schnelle Methode sehr sensitiv in Bezug auf Blutungen, eine hämorrhagische Infarzierung oder eine multizystische Enzephalopathie.

Metabolisch-toxische Enzephalopathie

Diese hypotonen Säuglinge zeigen häufig einen zuerst unauffälligen postpartalen Verlauf, und dann eine sekundäre, meist sepsisähnliche Verschlechterung in den ersten Tagen (Aminoazidopathien, Organoazidopathien, Störungen der Fettsäureoxidation, Mitochondriopathien) oder Wochen (Störungen in der Neurotransmission). Im Verlauf entwickeln sich eine zunehmende Vigilanzminderung, Lethargie, respiratorische Symptome (bis zur respiratorischen Insuffizienz) und epileptische Anfälle. Häufig ist ein burst-suppression-Muster im Elektroenzephalogramm (EEG) nachweisbar. **Ein klinisch wegweisendes Merkmal sind abnorme Bewegungen der unteren Extremitäten, sog. „boxing /pedaling movements“ oder „rudernde“ Bewegungen der oberen Extremitäten.** Bei diesem klinischen Bild ist dringend eine weitere metabolische Abklärung mit Bestimmung des Blutzucker-, Ammoniak- und Laktat-Wertes, der Blutgasanalyse und die Berechnung der Anionenlücke angezeigt. Abhängig davon ist die weitere metabolische Diagnostik, wie Bestimmung der organischen Säuren im Urin, der Aminosäuren im Plasma/Liquor, Acylcarnitine und der Neurotransmitter im Liquor.

Multisystemerkrankungen mit oder ohne Enzephalopathie

Zusätzlich zur muskulären Hypotonie zeigt sich bei dieser Gruppe der Erkrankungen eine klinische Progredienz der Symptome, eine Epilepsie und auch eine Beteiligung anderer Organe (z.B. Hepatopathie, Veränderungen an Augen und Nieren, Gerinnungsstörung, periphere Neuropathie). In diese Gruppe gehören Peroxisomenerkrankungen (Zellweger-Syndrom), lysosomale Erkran-

kungen (Morbus Niemann-Pick), aber auch die Gruppe mit Congenital Disorders of Glycosylation (CDG-Syndrome) und Cholesterolsynthese-Störung (Smith-Lemli-Opitz-Syndrom). Die Diagnostik ist hier abhängig vom klinischen Verdacht, z.B. beim Zellweger-Syndrom Bestimmung der überlangkettigen Fettsäuren und Plasminogene, beim CDG-Syndrom isoelektische Fokussierung von Transferrin und beim Smith-Lemli-Opitz-Syndrom die Bestimmung des 7- und 8-Dehydrocholesterols.

Prader-Willi-Syndrom (PWS) als Beispiel für eine syndromale Erkrankung

Eine der häufigsten Differenzialdiagnosen des „floppy-infant“ – Syndroms mit Trinkschwäche ist neben der hypotonen Zerebralparese das Prader-Willi-Syndrom (PWS). Diese Säuglinge zeigen die ersten Auffälligkeiten unmittelbar postpartal mit einer rumpfbetonen muskulären Hypotonie, schlecht auslösbaren Muskeleigenreflexen, wenigen Spontanbewegungen (Hypokinesie), Trinkschwäche und Dystrophie. Die Dysmorphiezeichen im Gesicht sind sehr variabel (mandelförmige Augen, Strabismus, schmale, zeltförmige Oberlippe), häufig haben die Patienten kleine Hände und Füße. Meist besteht ein Hypogonadismus: weibliche Säuglinge haben hypoplastische kleine Schamlippen und eine hypoplastische Klitoris, die Jungen haben ein hypoplastisches Skrotum und einen Kryptorchismus (21). Intrauterin werden verminderte Kindesbewegungen sowie ein Polyhydramnion beschrieben; 20-30% der Kinder sind Frühgeborene (2). Aufgrund der axialen Muskelschwäche ist meist eine Sondenernährung in den ersten Lebensmonaten erforderlich; eine respiratorische Insuffizienz ist nicht vorhanden. Im Verlauf der ersten Monate werden die Säuglinge deutlich wacher, die motorische Entwicklungsmeilensteine werden verzögert erreicht, eine milde muskuläre Hypotonie bleibt lebenslang bestehen. Es besteht eine milde mentale Behinderung (Durchschnitt IQ 60-70, ca. 40% haben eine niedrig normale Intelligenz), häufig mit Verhaltensauffälligkeiten, einem Wachstumshormonmangel (Kleinwuchs), Hyperphagie und Adipositas (ab 1. – 2. Lebensjahr). In der Diagnostik ist heute die Untersuchung mittels Methylierungsanalyse Standard. In über 99% der Fälle besteht eine Methylierungsstörung am *SNRPN*-Lokus (2). Genetisch sind eine Mikrodeletion und Epimutation (Imprinting Defekte) an 15q11.2-q13 auf dem paternalen Chromosom oder eine maternale uniparenterale Disomie (UPD) nachweisbar, selten ist die Deletion durch eine chromosomale Translokation bedingt (2). Eine frühe Diagnose ist wichtig für eine multidisziplinäre Therapie, die eine frühe Wachstumshormon-Gabe und strenge diätetische Maßnahmen beinhaltet.

2. Schädigung/Störung im Bereich der motorischen Einheit

a. Schädigung des Motoneurons

Spinale Muskelatrophie Typ I (Werdnig - Hoffmann)

Diese autosomal-rezessive Erkrankung imponiert in der zweitschwersten Ausprägung (Typ I) mit einer generalisierten muskulären Hypotonie mit Muskelschwäche,

Areflexie, Zwerchfellatmung und Zungenfaszifikationen bei mental „sehr wach“ wirkenden Neugeborenen/Säuglingen (Abb.2). Häufig ist im EKG ein Tremor der isoelektrischen Linie zu beobachten. In der Regel ist keine pri-



Abb.2: Säugling mit Spinaler Muskelatrophie Typ I. Froschhaltung der Beine, keine Hebung gegen die Schwerkraft. Aufgrund der Trink-schwierigkeiten Versorgung mit einer PEG (perkutane endoskopische Gastrostomie) -Sonde.

märe respiratorische Insuffizienz vorhanden; diese kann sich aber im Verlauf der ersten Wochen/Monate spontan oder im Rahmen von respiratorischen Infekten entwickeln. Dann ist nicht selten auch die respiratorische Unterstützung bis zur Beatmung notwendig, was ethisch aufgrund der schlechten Prognose (50% der Patienten versterben bis zum 7. Lebensmonat, 100% bis zum 30. Lebensmonat) eine sehr kritische Situation darstellt (16, 22). Die spinale Muskelatrophie (SMA) Typ 0 unterscheidet sich vom SMA Typ I durch eine primäre respiratorische Insuffizienz, Gelenkskontrakturen (Arthrogryposis multiplex) und einen rasch progredienten Verlauf im Laufe der ersten 2 Monate. Die klinischen Symptome sind bedingt durch den progredienten Untergang der Vorderhornzellen im Rückenmark. Ursächlich liegen Mutationen im telSMN-Gen (SMN1-Gen) auf Chromosom 5q13 vor, die Anzahl der Kopien des SMN2-Gens ist häufig mit dem klinischen Phänotyp assoziiert – ein vollständiges Fehlen der Kopien resultiert im intrauterinen Tod (16, 22).

Eine wichtige Differenzialdiagnose ist SMA mit respiratorischer Insuffizienz (Zwerchfellhochstand) und distalen Atrophien (SMARD). Sie ist bedingt durch Mutationen im Immunglobulin- μ bindenden Protein-2 (IGHMP2) - Gen auf Chromosom 11q (16).

b. Gruppe der kongenitalen Muskelerkrankungen

Die kongenitalen hereditären Muskelerkrankungen umfassen angeborene und erworbene Funktions-, Stoffwechsel- und Strukturveränderungen der Skelettmuskulatur. Zur Gruppe der hereditären Muskelerkrankungen zählen: kongenitale Strukturmyopathien, Muskeldystrophien, die myotonische Muskeldystrophie, Ionenkanalerkrankungen und metabolische Myopathien.

Kongenitale Myopathien

Hierbei handelt sich um eine Gruppe von Muskelerkrankungen mit früher Manifestation einer muskulären Hypotonie und Schwäche mit Fazies myopathica, Trinkschwäche und Augemuskelbeteiligung (Ophthalmoplegie) mit oder ohne Ptosis. Respiratorische und bulbäre Symptome sind möglich, die mentale Entwicklung scheint normal. Der Verlauf ist häufig langsam progredient. Der Kreatinkinase-Wert (CK-Wert) ist normal oder leicht erhöht. **Die häufigste kongenitale Myopathie stellt die Nemaline-Myopathie** mit einer Inzidenz von 0,02 auf 1000 Lebendgeborene dar (10, 16). Der Erbgang ist autosomal-rezessiv oder -dominant; sporadische Fälle wurden ebenfalls beschrieben. Bisher sind 8 Gene identifiziert: α -Tropomyosin (TPM3), Nebulin (NEB), ACTA1, β -Tropomyosin (TPM2), Muskel Troponin T1 (TNNT1), Muskel Cofilin 2 (CFL2), Muskel Ubiquitin ligase (KBTBD13) und kelch-like Familie Nummer 40 (KLHL40) (10). Weitere seltene Formen der kongenitalen Myopathien sind: zentronukleäre Myopathie, central-core Myopathie, multi-minicore Myopathie, Myopathie mit Fasertypendisproportion und Myopathie mit hyalinen Körperchen. Die Diagnosestellung erfolgt mittels der Muskelbiopsie mit histologischen (z.B. bei myotubulärer Myopathie) und elektronenmikroskopischen Untersuchungen (z.B. bei Nemaline-Myopathie); abhängig davon ist eine weitere molekulargenetische Abklärung – hier verweisen wir auf Übersicht in Gene table 2014 (7).



Abb.3: Patientin mit myotubulärer Myopathie. Langförmiges, hypomimes Gesicht, zeltförmiger Mund, Ptosis (hier nicht zu sehen). Beim Hochziehen ist eine Beugung der Beine zu beobachten, deutlich schlechtere Kopfkontrolle. High-Flow-Unterstützung bei respiratorischer Insuffizienz, Magensonde bei Schluck-schwierigkeiten.

Das klinische Bild kann dem Bild einer kongenitalen Muskeldystrophie (hier CK meist deutlicher erhöht), kongenitalen myotonen Dystrophie oder eines kongenitalen myasthenen Syndroms ähneln (Abb. 3).

Kongenitale Muskeldystrophien

Kongenitale Muskeldystrophien (CMD) stellen eine heterogene Gruppe mit autosomal-rezessivem Erbgang, selten autosomal-dominantem Erbgang (Kollagen VI-Defizienz) dar (9, 17). Das Manifestationsalter liegt in der Regel in der Neonatalzeit oder innerhalb der ersten 6 Lebensmonate, der Verlauf ist langsam progredient. Ursächlich sind unterschiedliche Gen-Veränderungen auf verschiedenen Chromosomen bekannt, die zu einer Störung verschiedener Komponenten der extrazellulären Matrix, der transmembranösen Proteinkomplexe (z.B. Laminin 2-Defizienz) oder der Proteine, die bei der O-Glykosylierung wichtig sind (-Dystryglykanopathien) führen (17). Säuglinge zeigen eine generalisierte Muskelschwäche und -hypotonie, häufig sekundäre Gelenkkontrakturen, kardiale Beteiligung, MRT-Veränderungen (Anlagestörung, Myelinisierungsstörung), Katarakte und cerebrale Krampfanfälle. Anamnestisch können schon die fetalen Bewegungen vermindert sein. Laborchemisch ist der CK-Wert in der Regel erhöht (häufig >1000 U/l), die Muskelbiopsie zeigt in der Histologie dystrophe Veränderungen. Entscheidend für die Diagnose sind die Immunhistologie und Western-Blot - Untersuchungen, evtl. auch die Elektronenmikroskopie. **Die häufigsten Formen stellen Kollagen VI-Defizienz und Laminin 2-Defizienz (MDC1A) dar** (9). Der molekulargenetische Mutationsnachweis ist derzeit bei Nutzung aller Möglichkeiten bei ca. 50% der kongenitalen Muskeldystrophien möglich.

Myotone Dystrophie Curschmann-Steinert (DM1)

Diese autosomal-dominante Erkrankung zeigt bei der kongenitalen Form ein Bild mit schwerer muskulärer Hypotonie und Schwäche, fazialer Hypomimie, Areflexie und bulbärer Symptomatik. Häufig haben Neugeborene Klumpfüße und eine primäre respiratorische Insuffizienz, die in den ersten Lebensmonaten persistieren kann. Selten ist die Versorgung mit einem Tracheostoma notwendig. Der CK-Wert kann normal bzw. leicht erhöht sein. Entscheidend für die Diagnosestellung ist die Untersuchung der Mutter, bei der eine Greifmyotonie (mehrmaliger fester Faustschluss nachfolgend von einer schnellen Handöffnung) und Perkussionsmyotonie (untersucht an Kennmuskeln: Musculus (M.) deltoideus, M. biceps brachii, Thenar, M. tibialis anterior), häufig auch eine milde bis moderate allgemeine Muskelschwäche nachzuweisen sind. Typischerweise berichten die betroffenen Mütter über eine Verschlechterung der Symptome bei niedrigen Außentemperaturen (Winter). Im Weiteren zeigen Mütter auch eine unterschiedlich ausgeprägte faziale Hypomimie und einen hohen Haaransatz sowie eine Katarakt; ein ausgeprägtes Schlafbedürfnis, Innenohrschwerhörigkeit und Diabetes mellitus Typ II sind möglich. Auch beim Fehlen einer Myotonie bei der klinischen Untersuchung der Mutter und richtungsweisendem Phänotyp (der Mutter und des Neugeborenen) soll



Abb. 4: Patient mit myotoner Dystrophie Curschmann-Steinert: zeltförmiger Mund, Froschhaltung der Beine, keine Ptosis, unauffällige Augenmotilität (hier nicht zu sehen). Vorstellung wegen der zunehmenden Trinkschwäche und muskulären Hypotonie.

bei der Mutter ein Elektromyogramm mit der Frage nach myotonen Serienentladungen durchgeführt werden. Bei der DM1 liegt eine Mutation im DM-Proteinkinase-Gen (*DMPK*) auf Chromosom 19q13.2-13.3 vor. Mutationen führen zu einer Expansion instabiler CTG-Repeats, die von einer Generation auf die nächste zunehmen (Prinzip der Antizipation) (13). Bei der maternalen Vererbung kommt es zu einer ausgeprägten Längenzunahme der Repeats, was zu einem schweren Krankheitsbild mit ausgeprägter muskulärer Hypotonie (kongenitale Form der DM1) führt. Differenzialdiagnostisch muss in diesem Fall eine X-chromosomal rezessive myotubuläre Myopathie in Betracht gezogen werden, bei der die Mütter in der Regel klinisch gesund sind. Die Diagnosestellung erfolgt bei letzterer durch die Muskelbiopsie (zentral lokalisierte Kerne in den Muskelzellen); im Anschluss kann die gezielte Analyse im Myotubularin-Gen (*MTM1*) auf Chromosom Xp28 die Diagnose sichern (16).

Metabolische Myopathien (Mitochondriopathien)

Diese klinisch sehr heterogene Gruppe zeigt bei der postnatalen Manifestation ein breites Symptomenspektrum: von Säuglingen mit schwerer muskulärer Hypotonie und Schwäche, Enzephalopathie und respiratorischer Insuffizienz bis zu Kindern mit leichter Hypotonie und Entwicklungsverzögerung. Mitochondriopathien führen zu einer verminderten oxidativen Phosphorylierung und damit zur verminderten mitochondrialen ATP-Produktion. Betroffen sind vor allem energieabhängige Organe wie die Skelettmuskulatur, die Herzmuskulatur, endokrine Organe, das blutbildende System, Leber, Nieren, Retina. Aus diesem Grund muss an solche Organbeteiligungen gedacht werden. Häufig kommt es zur krisenhaften Verschlechterung im Rahmen von (fiebrhaften) Infekten oder im Rahmen einer Katabolie mit einem deutlichen Anstieg des Laktatwertes. CK-Werte sind nicht selten normal. Für die biochemische Diagnostik wird das

mitochondrienreiche Muskelgewebe, in zweiter Linie Fibroblasten bzw. das betroffene Organ (z.B. Leber bei hepatischen Formen der Erkrankung) bevorzugt. Es wird eine komplette biochemische Analytik mit Messung von Atmungskettenenzymen inklusive der ATP-Synthase und des Pyruvatdehydrogenase-Komplex (PDHC) durchgeführt. Abhängig von der Konstellation dieser Befunde ist der nächste diagnostische Schritt: die Suche nach einer der zahlreichen Mutationen der mitochondrialen DNA und der nukleären Gene (z.B. *POLG*-, *DGUOK*-, *MPV17-Gen*). Die mitochondriale DNA folgt der maternalen Vererbung, die nukleäre DNA den Mendel'schen Regeln (6, 20).

Differenzialdiagnostisch ist bei der Multiorganbeteiligung an die Glykogenosen wie Muskelglykogenose Typ II (Morbus Pompe, Mangel an saurer alpha-1,4 - Glukosidase) zu denken. Die infantile Form beginnt in den ersten Lebensmonaten mit schwerer muskulärer Hypotonie und Schwäche, Kardiomyopathie und Zwerchfellschwäche mit respiratorischer Insuffizienz. Der CK-Wert kann normal oder erhöht sein. Die Diagnose erfolgt durch die Messung der Aktivität der sauren alpha-1,4-Glukosidase in den Lymphozyten (Trockenblutkarte oder Hautbiopsie), eine molekulargenetische Bestätigung durch Mutationsnachweis im GAA-Gen (Acid-Alpha-Glucosidase Gen). Eine Muskelbiopsie (Glykogenanreicherung in den Lysosomen der Muskelzelle) ist nicht zwingend notwendig. Es besteht die Möglichkeit einer Enzymersatztherapie (rekombinierte humane alpha-Glucosidase); nach derzeitiger Datenlage hat die Therapie einen primär positiven Einfluss auf die kardiale Funktion und damit auf das Überleben der Patienten. Der Erfolg der Therapie in Bezug auf die Progredienz der Muskelschwäche und der respiratorischen Funktion ist allerdings weniger deutlich (3).

c. Kongenitale myasthene Syndrome

Diese klinisch und genetisch heterogenen Erkrankungen sind die Folge einer Störung der neuromuskulären Übertragung. Abhängig vom genetisch determinierten Defekt unterscheidet man präsynaptische Störungen am Nervenende, Störungen der muskulären Basallamina assoziierten Acetylcholinesterase (AChE) und postsynaptische Störungen am Muskel. Der Erbgang ist häufig autosomal-rezessiv, selten autosomal-dominant. Derzeit sind 18 genetisch determinierte Defekte an allen Stellen der neuromuskulären Übertragung bekannt (11). Die neonatale Manifestation geht mit einer muskulären Hypotonie, bulbären Symptomen, respiratorischen Insuffizienz, Arthrogryposis multiplex congenita (AMC), Ptosis, abnormer muskulärer Ermüdbarkeit, fazialer Hypomimie und externer Ophthalmoplegie einher. Okuläre und bulbäre Symptome können auch fehlen. Intrauterin werden häufig verminderte Kindsbewegungen berichtet. Bei Manifestation in der Neonatalzeit ist eine krisenhafte Verschlechterung mit Apnoen bei Infekten und nach körperlicher Belastung (bis zur maschinellen Beatmung bei respiratorischer Insuffizienz) möglich. Diese können häufig als Krampfanfälle fehlinterpretiert werden. Abhängig

von den anamnestischen Daten (Beginn der Symptome, familiäre Häufung, Herkunftsland der Familie), klinischen und elektrophysiologischen Befunden (repetitive Stimulation vor/nach Belastung, distal/proximal) ist häufig eine direkte Mutationsanalyse möglich (19).

Die Acetylcholin-Rezeptor-Antikörper oder Antikörper gegen die Muskel-spezifische Rezeptor Kinase sind bei diesen Patienten, im Gegensatz zur konnatalen Form einer autoimmuninduzierten Myasthenia gravis der Mutter, nicht nachweisbar. CK-Werte liegen meistens im Normbereich.

Die klinische Manifestation einer Myasthenie bei Neugeborenen, bedingt durch die mütterlichen Antikörper bei Frauen mit Myasthenia gravis kann selten zu einer schweren muskulären Hypotonie mit Schluck- und Atembeschwerden führen. Bei richtungsweisenden Symptomen der Mutter (Belastungsintoleranz, Ptosis, bulbäre Symptome, pathologisches Dekrement) und bulbären oder respiratorischen Symptomen bei Neugeborenen ist die Therapie mit Pyridostigmin, selten Immunglobulin-Gaben notwendig. In der Zwischenzeit ist diese Komplikation aufgrund einer sehr guten Betreuung und medikamentösen Einstellung der betroffenen Schwangeren selten geworden.

Bei kongenitalen Kontrakturen muss auch an die Gruppe der hereditären Neuropathien gedacht werden. Hier handelt sich um eine Gruppe klinisch, neurophysiologisch, pathophysiologisch und genetisch heterogener Erkrankungen des peripheren Nervensystems. Die Manifestation im Säuglingsalter ist bei den demyelinisierenden Formen mit autosomal-rezessivem Erbgang (HMSN III, Déjérine-Sottas Krankheit) möglich. Zur Diagnosestellung ist nach Elektrophysiologie und nervenbiptischen Befunden (Nervus suralis) eine gezielte molekulargenetische Untersuchung möglich; diese ist abhängig davon, ob es sich um eine primär axonale oder primär demyelinisierende Form der Erkrankung handelt (16).

Diagnostische Maßnahmen beim „floppy infant“ - Syndrom

Durch die Fortschritte in der Diagnostik (insbesondere molekulargenetischen Diagnostik), nehmen die differenzialdiagnostischen Möglichkeiten im Falle eines „floppy infant“ - Syndroms stetig zu. Eine diagnostische Eingrenzung ist erst nach der genauen Erhebung der anamnestischen Angaben und Beschreibung des klinischen Phänotyps, gelegentlich auch erst durch die Verlaufsbeobachtung möglich (Tabelle 1).

a. Anamnese

- Intrauterine Auffälligkeiten (verminderte Kindsbewegungen, Blutungen, Infektionen)?
- Positive Familienanamnese (familiäres „Auftreten“)?
- „Floppy infant“ mit oder ohne Muskelschwäche?
- „Floppy infant“ plus?
 - Beteiligung anderer Organe?
 - Progredienz der Symptome?
 - Krisenhafte Verschlechterung?

Auffälligkeit	Floppy Infant plus Symptome	In der Praxis häufigere Diagnosen
Intrauterin	Poly-, Oligohydramnion, verminderte Kindesbewegungen	PWS, DM1, kongenitale Myopathien, CMS
ZNS	Vigilanz, Kontaktaufnahme, Krampfanfälle, Anlagestörung	HIE, Mitochondriopathie Metabolisch-toxische Enzephalopathie, peroxisomale Erkr.
Hirnstamm	Saugen-, Schluckschwierigkeiten, Speichelfluss	SMA, CMD, kongenitale Myopathie, CMS
Peripheres Nervensystem	Neuropathie	Kongenitale Neuropathie
Gesicht	Ptosis, zeltförmiger Mund, hoher Gaumen, schmale Oberlippe	DM1, Kongenitale Myopathie CMD, CMS
Augen	Externe Ophthalmoplegie, Veränderungen am Augenhintergrund, Katarakt	CMD, kong. Myopathie, peroxisomale Erkr., CMS
Zunge	Faszikulationen, Atrophie	SMA
Atmung	Ateminsuffizienz, paradoxe Atmung (Zwerchfell)	SMA, CMD, kongenitale Myopathie, CMS, SMARD, Morbus Pompe
Herz	Kardiomyopathie	Morbus Pompe, Mitochondriopathien
Gelenke	Kontrakturen, Klumpfüße, Hüftgelenksluxation, AMC	Kong. Myopathie, SMA, CMS, kongenitale Neuropathie
Finger/Hände	Tremor	SMA, kongenitale Neuropathie
Gastrointestinaltrakt	Hepato-, Splenomegalie, Hepatopathie	Mitochondriopathie, peroxisomale Erkr., CDG
Nieren	Tubulopathie, nephrotisches Syndrom, Nierenzysten	Smith-Lemli-Opitz-Syndrom, Mitochondriopathie
Blutbildende Organe	Anämie, Leukopenie, Thrombopenie	Mitochondriopathie

Tab. 1: Klinische Zusatzbefunde und mögliche Diagnosen im Falle eines „floppy infant“-Plus Syndroms
Abkürzungen: PWS = Prader Willi Syndrom, DM1 = Myotone Dystrophie, CMS = Kongenitales myasthenes Syndrom, HIE = hypoxisch-ischämische Enzephalopathie, Erkr. = Erkrankung, SMA = Spinale Muskelatrophie, CMD = Kongenitale Muskeldystrophie, CDG = Congenital Disorders of Glycosylation, Kong. = Kongenital

b. Weitere Diagnostik

Laborparameter:

CK (cave! bei Neugeborenen in der ersten Woche postpartale Erhöhung möglich), GOT, GPT, LDH, Laktat, Ammoniak, Calciumstoffwechsel (aP, Ca, PTH), Blutbild, Schilddrüsenparameter (TSH, fT3, fT4)

Bei v.a. metabolisch-toxische Enzephalopathie:
BZ, BGA, Anionenlücke im Serum, U-Stix, Blut- und Urinketone

Elektrophysiologie:

Nervenleitgeschwindigkeiten sensibel/motorisch, repetitive Stimulation

Elektroenzephalogramm: Burst suppression-Muster?

Bildgebung:

Sonographie Schädel, Muskel, Herz-, Abdomen, MRT Schädel

Muskelbiopsie:

Bei v.a. kongenitale Myopathien, kongenitale Muskeldystrophie, Mitochondriopathie: Histologie, Histochemie, Immunhistologie, Elektronenmikroskopie, Messung der Enzymaktivitäten

Genetische Untersuchungen:

Diese sind beim eindeutigen/spezifischen klinischen Bild **vor der Muskelbiopsie** indiziert.

Therapie

Eine kausale Therapie ist derzeit für den Grossteil der genannten Erkrankungsgruppen nicht möglich. Die Ausnahme bildet die Gruppe der CMS, bei der eine rechtzeitige medikamentöse Therapie den Verlauf der Erkrankung deutlich positiv beeinflussen kann. In der Praxis steht derzeit die symptomatische Therapie in Form von Physiotherapie, diätetischen Maßnahmen (hochkalorische Ernährung oder Sondenernährung bei Ernährungsschwierigkeiten) und orthopädischer Versorgung eines Säuglings mit „floppy infant“-Syndrom zur Verfügung.

Zur Versorgung dieser Patienten ist eine multidisziplinäre Behandlung durch den Neuropädiater, pädiatrischen Pulmologen, Gastroenterologen, Orthopäden und Kardiologen notwendig. Die therapeutischen Ansätze mit Supplementierung verschiedener Substanzen (Thiamin, Riboflavin, Kreatin, Coenzym Q10) sind bei manchen Formen der mitochondrialen Erkrankungen empfohlen, ohne dass dies durch gesicherte Ergebnisse in den durchgeführten Studien belegt werden kann (5, 20).

Fazit für die Praxis

Die Hypotonie beim Säugling ist ein vieldeutiges Symptom mit breitem Ermessensspielraum im diagnostischen Vorgehen. Bei unauffälliger Anamnese bezüglich Schwangerschaft und Geburt, bei Fehlen weiterer neurologischer Auffälligkeiten, bei stetiger psychomotorischer Weiterentwicklung und zeitgerechtem Erreichen der statomotorischen „Meilensteine“ und fehlendem laborchemischen Hinweis auf eine zugrunde liegende Erkrankung, ist ein abwartendes Verhalten sinnvoll. Säuglinge

mit einer benignen (weil keine Grunderkrankung bekannt) Hypotonie zeigen auch eine muskuläre Hypotonie mit Verzögerung der motorischen Entwicklungsmeilensteine bei gut auslösbaren Muskeleigenreflexen, guter Kopfkontrolle und unauffälliger mentaler Entwicklung. Häufig ist in der Anamnese eine familiäre Häufung der Symptome bei klinisch gesunden Eltern vorhanden.

Demgegenüber ist bei folgenden „Warnsignalen“ eine frühzeitige weitergehende neuropädiatrische Diagnostik sinnvoll:

- 1) Auffällige Schwangerschafts-/Geburtsanamnese mit V.a. hypoxisch-ischämische Enzephalopathie
- 2) Keine altersgemäße visuelle Kontaktaufnahme sowie Vigilanzstörungen
- 3) Trinkschwäche und Gedeihstörung
- 4) Reduzierte Spontanmotorik mit Zeichen der Muskelschwäche (z.B. kein Anheben der Beine gegen die Schwerkraft) und/oder fehlenden Muskeleigenreflexen
- 5) Abnorme Erschöpfbarkeit und Zunahme der Hypotonie bei interkurrenten Infekten
- 6) Hepatomegalie/Splenomegalie/Kardiomyopathie
- 7) Assoziierte Fehlbildungen/Stigmata
- 8) Stagnation und Regression der psychomotorischen Entwicklung mit Verlust erworbener Fähigkeiten

In der Praxis bietet sich folgendes sequentielles Vorgehen an:

- 1) Klinische Untersuchung durch Kinderärzte oder Neuropädiater in der Praxis; beim entsprechenden Verdacht, Vorstellung in einem entsprechenden Zentrum zwecks zeitgerechter und effizienter weiterer Diagnostik (Erkrankungen s.o.)

Erkrankung	Klinische Hinweise Floppy infant +	Untersuchung
Spinale Muskelatrophie	Kraftminderung Paradoxe Atembewegungen Zungenfaszikulationen Muskeleigenreflexe nicht auslösbar Sehr wach wirkende Neugeborene/ Säuglinge	Mutationssuche <i>SMN-Gen</i>
Myotone Dystrophie	Kraftminderung Schluck- und Saug Schwierigkeiten Ateminsuffizienz möglich Zeltförmige Oberlippe Fazies myopathica Myotonie bei der Mutter	Mutationssuche <i>DMPK-Gen</i>
Prader Willi Syndrom	Saug Schwierigkeiten Faziale Auffälligkeiten und weitere Stigmata (siehe Text) Hypogonadismus Dystrophie	MethylierungsPCR <i>SNRPN-Lokus</i>
Down Syndrom	Typische dysmorphe Stigmata Keine Kraftminderung Kardiale Auffälligkeiten	Chromosomenanalyse

Tab.2: Typische klinische Symptome hinweisend auf eine SMA, DM1, PWS und Down Syndrom

- 2) Labordiagnostik: Elektrolyte, Laktat, Ammoniak, CRP, Glukose, CK, Harnstoff, Harnsäure, AP, Säuren-Basen-Status, Blutbild, Eisen, Ferritin (Achtung: auch an Zöliakie denken), TSH, fT4 (siehe Tabelle 1)
- 3) Neurophysiologische Diagnostik, Elektroenzephalogramm
- 4) Schädel-Sonographie, Sonographie des Abdomens

Bei Kindern mit „floppy infant“-Syndrom ohne Muskelschwäche ist das Vorliegen einer Erkrankung des Binde- und Stützgewebes (Achondroplasie, Osteogenesis imperfecta, Marfan-Syndrom, Ehlers-Dahnlos Syndrom) wie auch einer endokrinen/alimentären Erkrankung (Rachitis, Zöliakie, Hypothyreose) möglich.

Bei weiterhin bestehender Unklarheit und pathologischen Werten ist eine Kontaktaufnahme mit spezialisierten Zentren zwecks weiterer Abklärung zu empfehlen.

Zusammenfassung

Die Differenzialdiagnose eines „floppy-infant“ – Syndroms erfährt stetige Erweiterung durch die rasante Entwicklung auf allen Ebenen der Diagnostik, insbesondere in der Genetik. Durch eine strukturierte klinische und anamnestische Vorgehensweise und eine Eingrenzung

der Schädigungsebene ist einerseits eine schnelle Diagnosestellung durch nicht-invasive Methoden bei bestimmten syndromalen oder neuromuskulären Erkrankungen (Chromosomen- und DNA – Analyse) und andererseits die Einleitung der weiteren speziellen Diagnostik möglich. Diese beinhaltet auch invasive Methoden (Muskelbiopsie) und soll in einem dafür spezialisiertem Zentrum mit multidisziplinären Versorgungsmöglichkeiten erfolgen.

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondierende Autorin:

Dr. med. univ. Adela Della Marina

Neuropädiatrie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie

Kinderklinik 1

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Universitätsklinikum Essen

Hufelandstr. 55

D - 45122 Essen

Tel.: 0201/723 3350

E-mail: adela.dellamarina@uk-essen.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@khh-wilhelmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, Tel.

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

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

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

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

Druckauflage 12.767

lt. IVW II/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.



LA-MED

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 47 vom 1. Oktober 2013

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

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

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

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

Babyschwimmen

Aktueller Literaturstand – Beratung von Eltern in der kinder- und jugendärztlichen Praxis



Karsten Theiß

Dr. med.
Thomas
Lob-Corzilius

Dr. med.
Ulrich Jost

**1/3 der
Säuglinge
nehmen
am Baby-
schwim-
men teil**

Angestoßen von einem Ertrinkungsunfall beim Babyschwimmen und einer kontroversen Diskussion zum späteren Allergierisiko nach Babyschwimmen wurde die Literatur gesichtet. Trotz teilweise schwacher Evidenz gibt es einige Kernaussagen: Säuglinge sollen im Babyschwimmkurs nicht untergetaucht werden. Ertrinkungsunfälle sind möglich, wenn der Atemanhalte-Reflex, individuell schon nach wenigen Wochen, erloschen ist. Säuglinge sind vor Unterkühlung beim Babyschwimmen zu schützen. Familien mit hohem Allergierisiko bedürfen einer individuellen Aufklärung mit dem Ziel der Zurückhaltung vom Babyschwimmen. Da Säuglinge mehr als andere Badegäste Schwimmbadwasser schlucken und dadurch v.a. gastrointestinale Infektionserreger aufnehmen können, ist auch hier eine entsprechende Vermeidung und/oder Aufklärung indiziert. Trotz anekdotischer Berichte erhöht die Teilnahme am Babyschwimmen nicht die Selbstrettungsfähigkeit von Säuglingen. Offen muss bleiben inwieweit die Teilnahme am Babyschwimmen die motorische Entwicklung fördert.

Derzeit werden Angebote für Babyschwimmen von jungen Eltern sehr gerne angenommen. Fast überall, wo Schwimmbäder zur Verfügung stehen, werden entsprechende Kurse angeboten. In der nationalen Geburtenkohorte Lisa plus study (Schoefer, 2008) nahmen Ende der 90er-Jahre bereits 30,1% der Kinder an Babyschwimmkursen teil. In den Kinder- und Jugendarztpraxen gehören Nachfragen der Eltern und Beratungen zum Babyschwimmen mittlerweile zum Standard im ersten Lebensjahr.

Anforderungen an die Qualifikation der Kursleiter und deren Ausbildung sind in Deutschland nicht definiert. Entsprechend werden die Kurse von verschiedenen Personen und Institutionen, wie Hebammen, Physiotherapeuten, Schwimmbadbetreibern, Schwimmvereinen, Ortsgruppen der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft (DLRG) und anderen angeboten.

Dieses erschwert auch die Durchführung von aussagekräftigen wissenschaftlichen Studien, über den Nutzen wie auch die Risiken des Babyschwimmens, da die Interventionen sehr heterogen sind (Alter der Säuglinge, Häufigkeit der Kursstunden, Dauer der Kurse, Qualität des Wassers, Kurskonzepte).

Dennoch möchten wir aus der aktuellen Literatur die wichtigsten Aspekte zum Thema Babyschwimmen zusammentragen und aus wissenschaftlicher Sicht beleuchten.

Babyschwimmen und Untertauchen / Ertrinkungsgefahr

2012 haben die Kolleginnen und Kollegen der Universitätskinderklinik Ulm im Rahmen der Jahrestagung der Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin die Kasuistik eines Ertrinkungsunfalls im Rahmen des Babyschwimmens vorgestellt und diskutiert (Wölfle et al., 2012 (Poster)). Im Nachgang wurde die

komplette Kasuistik publiziert (Wölfle et al., 2013). Eine Zusammenfassung der Kasuistik ist Tabelle 1 zu entnehmen.

Im Rahmen eines Babyschwimmkurses unter Anleitung einer Hebamme war der sechs Wochen alte Säugling zweimal für wenige Sekunden gezielt unter Wasser getaucht worden, um ihn „tauchen“ zu lassen. Beim Herausragen des Kindes aus dem Wasser seien Schläffheit und Zyanose aufgefallen.

Diese Kasuistik war einer der Auslöser, sich eingehender mit der Thematik Babyschwimmen zu beschäftigen und letztendlich eine Stellungnahme zu erarbeiten.

In den Kursen für Babyschwimmen wird das oben beschriebene Tauchen oft praktiziert. Spätestens seit dem spektakulären Coverbild des Albums Nevermind von Nirwana 1991 sind diese eindrucksvollen Bilder der tauchenden Säuglinge weltbekannt.

Viele meinen, dass die Säuglinge durch die neunmonatige Embryonalentwicklung in der Fruchtwasserhöhle und durch Schutzreflexe gut an das Umgebungsmedium Wasser angepasst sind. Aber können Babys wirklich gefahrlos untertauchen? Kann sich ein Unfall wie in Ulm jederzeit in einem Kurs wiederholen?

Beim Wasserkontakt von Säuglingen spielen drei wichtige Reflexe eine Rolle:

1. Der **Tauchreflex** (erstmal 1870 von Paul Bert bei tauchenden Enten beschrieben) ist bei allen Säugetieren lebenslang vorhanden. Im Wesentlichen führt der Tauchreflex zu einer Anpassung des Kreislaufverhaltens (Pulsverlangsamung, Umverteilung des Blutvolumens in Richtung Brustkorb) beim Eintauchen (Immersion).
2. Der **Stimmritzenreflex** begleitet den gesunden Menschen ein Leben lang und schützt vor der Anamnung (Aspiration) von Flüssigkeit und festen Stoffen durch Verschluss der Stimmritze (Stimmritzenkrampf).

Ertrinkungsunfall nach Untertauchen beim Babyschwimmen

- Wasser-Hausgeburt nach 36+1 SSW, bis dato unauffällige Entwicklung, keine Vorerkrankungen
- Babyschwimmkurs im Alter von 6 Wochen mit Untertauchübung des Kindes. Beim Herausragen des Kindes aus dem Wasser auffällige Schläffheit und Zyanose
- Erstmaßnahmen (Kursleiterin): Beatmung mit Sauerstoffanreicherung
- Einsatzmeldung: 6 Wochen alter Säugling mit schwerer Atemstörung
- Notarzt: Schläffer Sgl., deutlich red. AZ, HF um 100/min, Schnappatmung unter O₂-angereicherter Beutelbeatmung. Intraossärer Zugang und Volumengabe. Weiter Beutelbeatmung mit O₂ und Guedeltubus. Während Transport wacher werdend.
- Aufnahme Kinderklinik: Agitierter Sgl., opisthoton, Spontanatmung (SaO₂ 94% unter 1,5l O₂/min über Nasenbrille), Temperatur 36,4°C, Haut blass-marmoriert.
- Befunde Kinderklinik: Rö-Thorax: mit Aspiration vereinbar. BGA: pH 7,06, BE -10 mmol/l, Laktat 8 mmol/l.
- Verlauf Kinderklinik: i.v.-Antibiose, initial noch Sauerstoffvorlage. Entlassung am 7. Tag.
- Outcome: Nachuntersuchungen im Alter von wenigen Monaten und nach einem halben Jahr ohne Störung der neurologischen Entwicklung,

Tabelle 1: Zusammenfassung der Kasusistik (n. Wölfle, 2013)

3. Säuglinge kommen mit einem **Atemanhalte-Reflex** zur Welt. Er äußert sich dadurch, dass bei Benetzung des Gesichtes mit Wasser oder kühler Luft der Atem angehalten wird.

Bei den Tauchübungen im Rahmen des Babyschwimmens soll überwiegend der Atemanhalte-Reflex ausgenutzt werden. Im Normalfall führt der Reflex bei Wasserkontakt dazu, dass Mund und Augenlider zunächst geschlossen werden, der Atem angehalten wird und anschließend die Augen zur Orientierung wieder geöffnet werden.

Wie lange der Atemanhalte-Reflex in der Entwicklung erhalten bleibt, ist individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt. Er verschwindet fast immer im Verlauf des ersten Lebensjahres, bei einigen Babys konnte gezeigt werden, dass er schon nach vier Wochen erloschen war (Pedroso, 2012).

Ist der Atemanhalte-Reflex einmal erloschen können Säuglinge Ertrinkungsunfälle erleiden!

Man kann also nicht davon ausgehen, dass beim Untertauchen eines Säuglings ein zuverlässiger Schutz vor Ertrinken besteht. Ein weiterer Unfall wie in Ulm könnte die Folge sein.

Eine Testung des Atemanhalte-Reflexes ist zwar theoretisch möglich, in der Regel im Rahmen der Kursbedingungen aber nicht in jeder Stunde und bei jedem Kind durchführbar. Vor diesem Hintergrund muss von Untertauchübungen im Rahmen des Babyschwimmens dringend abgeraten werden. Für ein spektakuläres Foto sollte keinesfalls das Risiko eines Ertrinkungsunfalls eingegangen werden.

Die Mutter des betroffenen Säuglings in Ulm war übrigens selbst auch Anbieterin von Babyschwimmkursen, kannte dieses Risiko aber bis zum Zeitpunkt des Unfalls nicht.

Neben den Gefahren des Untertauchens sollten bei

der Beratung der Familien die unten aufgeführten Aspekte unbedingt berücksichtigt werden.

Babyschwimmen und Unterkühlung

Wasser hat eine ca. 25-fach höhere Wärmeleitfähigkeit als Luft. In Kombination mit der im Verhältnis großen Körperoberfläche von Säuglingen besteht somit ein deutlich erhöhtes Risiko für Unterkühlungen bei einem Schwimmbadbesuch. Dabei muss auch der Wärmeverlust über den vergleichsweise großen und nassen Kopf berücksichtigt werden!

Aus diesem Grund sollte beim Babyschwimmen eine Wassertemperatur von mindestens 30°C oder besser 33°C sichergestellt sein. Zusätzlich muss auf beginnende Zeichen der Unterkühlung geachtet werden und bei deren Auftreten das Wasser rasch verlassen werden. Je jünger die Kinder sind, desto geringer sind die Zeichen ausgeprägt. Bei Säuglingen ist vor allem auf blass oder bläuliche Haut an Lippen, Händen und Füßen zu achten. Das sonst für Unterkühlungen typische Zittern und die Gänsehaut treten in diesem Alter kaum oder erst sehr spät auf. Der Säugling ist nach dem Baden immer gut abzutrocknen und in warme Handtücher einzuhüllen.

Babyschwimmen und Asthma bronchiale

Diese Diskussion wurde erneut im Jahre 2011 durch zwei konträre Veröffentlichungen im Bundesgesundheitsblatt angestoßen. Im Januar teilte das Umweltbundesamt (UBA) nach Anhörung der Schwimm- und Badebeckenwasserkommission des Bundesministeriums für Gesundheit beim Umweltbundesamt mit, dass „Verdachtsmomente bestehen, dass Schwimmen in gechlortem Beckenwasser insbesondere durch das Babyschwimmen Asthma auslösen kann. Als mögliche Substanz wird Trichloramin, ein anorganisches Desinfektionsnebenprodukt, genannt. Trichloramin entsteht, wie zahlreiche

Atemanhalte-reflex teils nur vier Wochen vorhanden

2011 erste UBA-Veröffentlichung zum möglichen Asthma-Risiko

weitere Verbindungen auch, während der Chlorung des Beckenwassers durch Reaktion von Chlor mit organischen Stickstoffverbindungen, die in nicht geringem Maße mit Urin, Schweiß, Hautschuppen oder Kosmetika in das Beckenwasser eingetragen werden.“

Wegen der vorgenommenen Bewertung von sieben epidemiologischen Untersuchungen mündete diese UBA-Mitteilung in der Aussage: „kann ein zusätzliches Risiko, an Asthma zu erkranken, nach dem gegenwärtigen Wissensstand für die empfindlichste Personengruppe nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Insofern wird empfohlen, vor allem eine individuelle Disposition gegenüber Umwelteinflüssen (Atopie) zu berücksichtigen. Insbesondere bei prädisponierten Kindern unter zwei Jahren wird so lange vom Babyschwimmen abgeraten, bis weitere Erkenntnisse vorliegen, die für eine Unbedenklichkeit sprechen.“

Im September 2011 publizierte die Ad-hoc-Arbeitsgruppe Innenraumrichtwerte der Innenraumlufthygiene - Kommission des Umweltbundesamtes und der Obersten Landesgesundheitsbehörden - eine konträre Bewertung der Gesundheitsrisiken, weil sich in zwei großen prospektiven Geburtskohortenstudien „bei Kindern mit Atopie oder Asthma, die im ersten Lebensjahr am Babyschwimmen teilgenommen haben, diesbezüglich keine nachteiligen Effekte im Hinblick auf Allergien oder Asthma, sondern eher Schutzeffekte zeigten.“

Aufgrund der Kenntnis unterschiedlicher Trichloramingehalte in deutschen Hallenbädern, die zwischen 0,2 und 0,5 mg/m³ schwanken, hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit dem sogenannten POOL-Projekt begonnen, in dem die Nebenprodukte der Desinfektion von Schwimm- und Badewasser auf ihre gesundheitlichen Auswirkungen untersucht und deren Entstehung minimiert werden soll. Ergebnisse stehen noch aus.

Angesichts der zitierten, unterschiedlichen Kommissionsevaluierungen und nach einer intensiven Diskussion mit der Leiterin des BMBF-Poolprojektes beim koordinierenden UBA, Frau Dr. Grummt, hat die Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin im Januar 2012 eine Stellungnahme zum Thema Babyschwimmen und Asthma formuliert, die auch von der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie sowie dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte übernommen wurde.

„Im Sinne der Verhältnisprävention werden die Bemühungen des UBA unterstützt, dass der Trichloramingehalt der Hallenbadluft unterhalb von 0,2 mg/m³ liegt. Dadurch kann die Unbedenklichkeit des Babyschwimmens hinsichtlich eines erhöhten Asthmarisikos weitgehend gesichert werden.“

Solange dieser Grenzwert noch nicht flächendeckend eingehalten wird, sollen Kinder- und Jugendärzte im Rahmen der U4 - U7 individuell Familien mit Hochrisiko- bzw. mit bereits allergisch erkrankten Kindern zur Zurückhaltung beim Babyschwimmen raten.

Ferner soll im Sinne der Verhaltensprävention auf die Bedeutung des Duschens und Reinigens vor dem

Schwimmen hingewiesen werden, um so die Stickstoffeinträge ins Wasser zu reduzieren.“

0,2 mg Trichloramin pro m³ Luft ist ungefähr der Schwellenwert, der bei den meisten Menschen die Wahrnehmung des typischen „Chlorgeruch“ eines Schwimmbades auslöst.

Wie sinnvoll diese zurückhaltende Einschätzung gewesen ist, zeigt die im renommierten "International Journal of Hygiene and Environmental Health" Anfang 2014 erschienene Publikation der belgischen Arbeitsgruppe um Voisin und Bernard.

In ihr wird erstmals in einer prospektiven Zweijahres-Follow-up-Studie an 196 Kindergarten-Kindern belegt, dass das Schwimmen in chlorierten Bädern unterhalb von drei Jahren positiv korreliert war mit der Neusensibilisierung auf Hausstaubmilben (adjustiertes odds ratio [aOR] 2.93, 95% confidence interval [CI] 1.14–7.55) und neu aufgetretenem exhalierendem NO >15 ppb (aOR, 4.54, 95% CI 1.48–13.9) als Maß für die bronchiale Entzündung.

Die Korrelation ist dosisabhängig, d.h. in Abhängigkeit von der kumulierten verbrachten Badezeit. Bei mehr als 60 Stunden Schwimmbadbesuch stiegen die adjustierten odds ratio Werte auf 3.60 (95% CI 1.21–10.7) und 5.92 (95% CI 1.72–20.5). Diese Effekte waren zudem eindeutig voneinander unabhängig, wie auch von den bekannten allergischen Risikofaktoren einschließlich der elterlichen Allergie und Kleinkinderekzemen.

Allerdings sind die Daten auch weiterhin nicht auf deutsche Verhältnisse übertragbar, da die belgischen Bäder im Untersuchungszeitraum weiterhin deutlich höher chloriert worden sind!

Babyschwimmen und Infektionen

In der Auswertung der Nationalen Geburtenkohorte der Lisa plus study (Schoefer, 2008) konnte gezeigt werden, dass Säuglinge, die im ersten Lebensjahr am Babyschwimmen teilgenommen haben, in diesem Jahr mehr Infektionen hatten. Es kam zu einer leichten Steigerung von Atemwegsinfektionen und Otitis media, diese waren jedoch statistisch noch nicht signifikant. Diese Infektionen finden sich auch im späteren Alter bei regelmäßigen Schwimmbadbesuchern leicht gehäuft. Ein Zusammenhang mit den wiederholt auftretenden leichten Unterkühlungen im Schwimmbad und nach dem Schwimmbad dürfte wahrscheinlich sein. Hierbei wird den Erregern durch die leicht verminderte Schleimhauttemperatur im Bereich der oberen Luftwege ein ideales Milieu der Infektion und Vermehrung geboten.

In der Kohortenauswertung war der Unterschied zwischen Babyschwimmern und Nicht-Babyschwimmern für den Bereich von gastrointestinalen Infektionen jedoch viel stärker ausgeprägt und statistisch signifikant. Teilnehmer am Babyschwimmen erkrankten im ersten Lebensjahr häufiger an gastrointestinalen Infektionen. Der letztendliche Beweis eines kausalen Zusammenhangs steht noch aus. Allerdings scheint diese Beobachtung und ein kausaler Zusammenhang sehr plausibel,

**Herbst
2011
zweite
UBA-
Stellung-
nahme**

**2012:
Stellung-
nahme von
GPA, GPP
und BVKJ**

• Abschluss der Rotavirus-Impfung vor Kursbeginn
• Wassertemperatur über 30°C (besser 33°C)
• Schwimmbäder mit geringem Chlorgeruch und niedrigem Beckenrand bevorzugen (Man riecht Trichloramin ab einer Konzentration von etwa 0,2 mg pro m ³ als den typischen Hallenbadgeruch, der als „Chlorgeruch“ empfunden wird)
• Ausgiebiges Duschen von allen Eltern und Kindern vor jeder Kursstunde
• Schwimmwindeln für die Kinder
• Kein Untertauchen der Kinder
• Wasserschlucken vermeiden, wo möglich
• Bei Säuglingen und Kleinkindern mit einem deutlich erhöhten, familiären Allergierisiko kann es vermehrt zu Sensibilisierungen und auch Asthma-Erkrankungen kommen, sodass zu einer Zurückhaltung bei der Teilnahme am Babyschwimmen geraten wird.
• Teilnahme nur wenn Eltern und Kind Spaß am Babyschwimmen und Aufenthalt im Wasser haben

Tabelle 2: Empfehlungen für Babyschwimmen (Eckpunkte einer Beratung)

wenn man die nachfolgenden Faktoren betrachtet: Der Grenzwert des Chlorgehaltes in deutschen Schwimmbädern gehört im europaweiten Vergleich zu den niedrigsten (Belgien erlaubt z.B. zehnmal mehr Chlor mit den bekannten Problemen (Voisin 2014)). Die relevanten Indikatorkeime (Escherichia coli, Enterokokken, Pseudomonas aeruginosa und wo zutreffend Legionellen) werden auch durch den niedrigen Chlorgehalt zuverlässig abgetötet und dieses wird in regelmäßigen Kontrollen durch die Gesundheitsämter überprüft. Die meisten Erreger gastrointestinaler Infektionen sind viralen Ursprungs und vermutlich reicht der niedrige Chlorgehalt hier nicht aus, um die Infektionsketten aller Erreger unterbrechen zu können. Als Besonderheit bei den Babyschwimmern ist davon auszugehen, dass diese, im Gegensatz zu den anderen Badegästen, im Rahmen der Kursstunden nicht unerhebliche Mengen Schwimmbadwasser schlucken. Bei den meisten Übungen befindet sich der Mund unmittelbar auf Höhe des Wasserspiegels, sodass ein schon fast automatisches Wasserschlucken erfolgt, was kaum zu vermeiden ist. Betrachtet man nun alle diese Faktoren gemeinsam und zusätzlich eine sehr geringe Infektionsdosis (z.B. reicht die Aufnahme von zehn Rotaviren auf einmal) so ist plausibel, dass eine Übertragung leicht erfolgen kann.

Entsprechend finden sich verschiedene Hinweise, dass bei Säuglingen vor Teilnahme am Babyschwimmen die Impfung gegen Rotaviren abgeschlossen sein sollte.

In Studien zu den beiden in Deutschland zugelassenen Impfstoffen konnte die Ausscheidung der Impfviren nachgewiesen werden (Anderson, 2008). Das Maximum der Ausscheidung erfolgt sieben Tage nach der ersten Impfung. Je nach Impfstoff werden in bis zu 50% virale Antigene im Stuhlgang nachgewiesen. Im Anschluss an die Folgeimpfungen ist der Nachweis der viralen Antigene im Stuhlgang geringer (bis zu 7%). Die Übertragung des ausgeschiedenen Impfvirus auf seronegative Personen konnte beobachtet werden, jedoch ohne klinische Symptome zu verursachen. In Deutschland hat die

Ständige Impfkommission empfohlen (RKI, 2013), dass immungeschwächte Kontaktpersonen in den ersten 14 Tagen nach der ersten Impfung den Kontakt mit Stuhlgang von geimpften Kindern vermeiden sollen. Diese Karenzphase erscheint auch beim Babyschwimmen zum Fremdschutz sinnvoll. Zum Eigenschutz sollte wie oben aufgeführt zunächst die komplette Immunisierung gegen Rotaviren abgewartet werden.

Bezüglich anderer Impfungen sollten die allgemeinen Empfehlungen zu Sport nach Impfungen berücksichtigt werden, weitere besondere Maßnahmen sind hier nicht erforderlich.

Abschließend sollen noch die möglicherweise positiven Effekte des Babyschwimmens thematisiert werden.

Babyschwimmen und Selbstrettung bzw. Schwimmfähigkeit

Am Anfang wurde bereits auf die Problematik der Untertauchübungen im Rahmen der Babyschwimmkurse eingegangen. Es gibt definitiv keinen Nachweis, dass Babyschwimmen (ohne oder mit Untertauchübungen) in der weiteren Entwicklung der Kinder oder im Umgang mit Wasser bis hin zu einer gesteigerten Selbstrettungsfähigkeit förderlich ist.

Gleichwohl finden sich im Internet viele anekdotische Berichte und vor allem auch Filme, in denen sich Kinder nach Stürzen selbst aus einem Pool retten. Es wird in diesem Zusammenhang häufig berichtet, dass die Kinder diese Fähigkeit nur aufgrund ihrer Teilnahme an Babyschwimmkursen hätten. Der wissenschaftliche Beweis bzw. eine valide Überprüfung dieser Schilderungen steht aus! Ein kausaler Zusammenhang kann hier nicht hergestellt werden.

Allgemein anerkannt ist heute (Weiss, 2010), dass Kinder erst im Alter von vier bis fünf Jahren ihre motorischen Fähigkeiten soweit entwickelt haben, dass sie richtig schwimmen lernen können.

**Baby-
schwimmer
haben vermehrt
gastrointestinal-
testinale
Infektionen**

**Schwimmen
lernen ab
4-5 Jahre
möglich**

Babyschwimmen und spätere Entwicklung

Wie oben bereits ausgeführt ist es auf Grund der Heterogenität der Maßnahmen methodisch kaum möglich, aussagekräftige Studien zu konzipieren z. B. zu Fragen, ob sich Babyschwimmen beschleunigend auf die allgemeine motorische Entwicklung auswirkt oder ob die Kinder später leichter Schwimmen lernen können. Dazu bestehen zum einen keine standardisierten Settings beim Babyschwimmen, und es gibt deshalb zu viele verschiedene Variablen und Einflussmöglichkeiten. Zum anderen kommen in der Nachbeobachtungszeit bis zur Evaluation nach einigen Jahren viele weitere potentielle Einflussfaktoren hinzu. Deshalb wird auch für die Zukunft nicht zu erwarten sein, dass epidemiologisch hochwertige Studien veröffentlicht werden.

Jenseits der nicht vorhandenen, „harten“ wissenschaftlichen Fakten kann man aber davon ausgehen, dass jeder Bewegungs(an)reiz zu einer Förderung der motorischen Entwicklung führt. In einer kleinen Fallkontrollstudie mit n=38 Kindern (Sigmundsson, 2010) zeigten die Autoren, dass im Alter von fünf Jahren die ehemaligen Babyschwimmer mit n=19 Kindern bei den Gleichgewichtsübungen und Übungen zur Auge-Hand-Koordination deutlich besser abschnitten als die Kontrollgruppe.

Babyschwimmen kann aber auch dazu beitragen, dass Kinder weniger Angst vor Wasser haben. Dies könnte später eine Wassergewöhnung erleichtern, so die Hypothese.

Zu bedenken ist dabei natürlich auch, dass der Angstverlust zu einem risikofreudigeren Umgang mit Wasser führen kann. Die noch nicht schwimmfähigen Kinder könnten eher in unbeobachteten Momenten ins Wasser steigen oder klettern, da sie eben angenehme Erfahrungen mit Wasser verbinden.

Fazit für die Praxis

Es bestehen bei der Teilnahme am Babyschwimmen Risikofaktoren, die aus unserer Sicht einer sachlichen und eingehenden Aufklärung der teilnehmenden Eltern bedürfen, insbesondere zu den Themenbereichen Untertauchen, möglichen Infekten sowie einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer späteren Asthma-Erkrankung bei Säuglingen und Kleinkindern mit einem deutlich erhöhten, familiären Allergierisiko.

Wenn Eltern mit Spaß und Freude am Babyschwimmen teilnehmen, so erbringt die Durchführung in Kursform zusätzliche Sozialkontakte von Eltern und Kindern sowie während der Übungszeiten einen sehr intensiven Eltern-Kind-Kontakt. Für beide Teilaspekte kann man

• Stellungnahme der Leitung Medizin der DLRG:
<http://k.dlrg.de/m3-001-14>

• Elternratgeber der Gesellschaft für pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA):
Pädiatrische Allergologie, 03/14
<http://www.gpau.de> (⇒ Elternratgeber der GPA)

• Ratgeber „Umwelt und Kindergesundheit“ des UBA
<http://www.umweltbundesamt.de/publikationen/umwelt-kindergesundheit> (Seite 77)

Tabelle 3: Weitere Informationsmöglichkeiten

davon ausgehen, dass diese zu einer Förderung der sozialen Entwicklung und Kompetenz führen.

Babyschwimmen kann nicht zuletzt auch zum Spaß beim Umgang mit dem Medium Wasser beitragen und entsprechend Angst vor dem Wasser abbauen. Die Schaffung von Bewegungs(an)reizen ist im Kindesalter insgesamt ein wichtiger Baustein für die weitere motorische Entwicklung, dieses kann auch durch Babyschwimmen erfolgen.

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondierender Autor:

Karsten Theiß

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Taucherarzt der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. (GTÜM)
Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V. (DLRG)

Im Niedernfeld 1-3
31542 Bad Nenndorf
karsten.theiss@dlrg.de

Dr. med. Thomas Lob-Corzilius

Pädiatrische Pneumologie, Allergologie, Umweltmedizin
Christliches Kinderhospital Osnabrück
Johannisfreiheit 1
49074 Osnabrück
t.lob@ckos.de

Dr. med. Ulrich Jost

Facharzt für Anästhesiologie, Notfallmedizin
Taucherarzt GTÜM / Sportmedizin
Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V.
Im Niedernfeld 1-3
31542 Bad Nenndorf
ulrich.jost@dlrg.de

Red.: Huppertz

Welche Diagnose wird gestellt?

Antonia Kienast

Anamnese

9 Jahre altes Mädchen mit zunehmenden Hautveränderungen im Bereich von Armen und Unterschenkeln sowie einer Gewichtsabnahme von etwa 2kg in den letzten 3 Monaten. 6 Monate zuvor war es zu einem Erythema nodosum gekommen, welches zwischenzeitlich abgeheilt war. Eine HNO-, Augen-, und Zahnärztliche Untersuchung sei kürzlich erfolgt und jeweils unauffällig gewesen, Fieber und Nachtschweiß seien nicht aufgetreten.

Untersuchungsbefund

Im Gesicht und an beiden Unterarmen sowie an beiden Unterschenkeln ausgedehntes, wabenförmiges Erythem, nicht druckdolent. Keine vergrößerten Lymphknoten palpabel, Cor und Pulmo auskultatorisch ohne pathologischen Befund, Abdomen weich, keine Hepatosplenomegalie, neurologischer Untersuchungsbefund unauffällig.

Laborbefunde

BSG 55mm/h, CrP 45mg/l, Leuko 13,6/nl, Lymphozyten 19%, Neutrophile 78%, Thrombozyten 730/nl, übriges BB und Differentialblutbild, Kreatinin, Harnstoff, Elektrolyte, CK und Urinstatus normwertig. ANA und ANCA negativ. ENA-Screen positiv. 24-Stunden-Sammelurin: Quantitative Eiweißmenge 272,3mg/l, Albumin i. Urin 35mg/l (0-20), IgG >1300mg/l (0-10), Alpha I-Mikroglobulin 9,4mg/l (0-12): spricht für nicht selektive Proteinurie

Sonographie: Nephromegalie linksseitig.

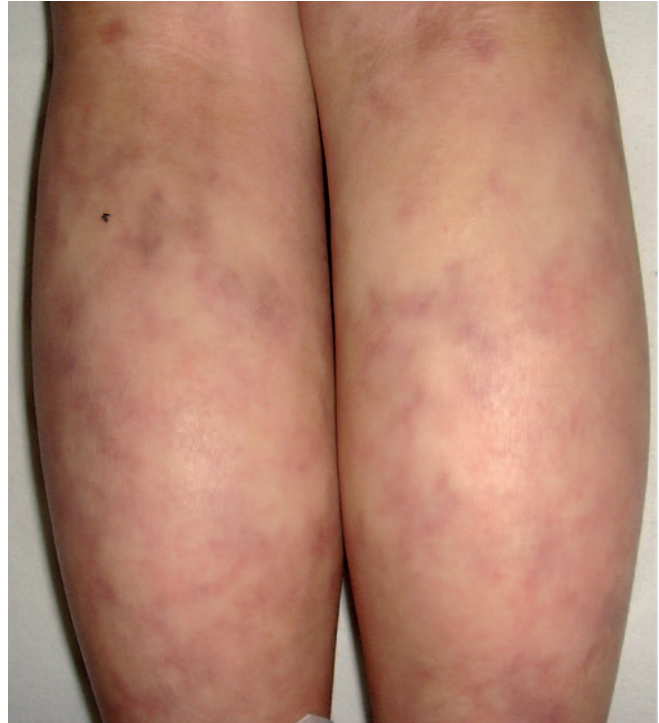


Abb.: Bizarre, teils blitzfigurenartige, persistierende, nicht dolente Erytheme im Bereich der Unterschenkel

Welche Diagnose wird gestellt?

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

Diagnose: Livedo racemosa

Die Livedo racemosa ist charakterisiert durch ein unregelmäßiges, blitzfigurenartiges Netzmuster, das sich rankenartig darstellt. Es bleibt bei Erwärmung bestehen, ist lagestabil und ortsständig. Bevorzugt sind die unteren Extremitäten befallen. Es handelt sich um ein vieldeutiges Warnsignal der Haut, nach dessen Ursache gesucht werden sollte. Die Livedo racemosa kommt durch einen verlangsamten Blutfluß durch umschriebene, meist multiple Strömungshindernisse zustande. Diese führen zu einer lokal schwankenden Oxygenierung des kapillären Blutes und daraus folgend der kreissegmentartigen Livedozeichnung. Mögliche Ursachen sind ein systemischer Lupus erythematodes, Vaskulitiden, ein Antiphospholipid-Antikörper-Syndrom, eine Thrombangitis obliterans, Kryoglobulinämie, Leukämien und Lymphome, Polyglobulie und Thrombozytose, eine intravasale Gerinnung sowie bakterielle Infektionen wie beispielsweise die bakterielle Endokarditis oder eine Tuberkulose.

Differenzialdiagnosen

Abzugrenzen ist die Livedo reticularis, die mit großmaschiger livider Marmorierung einhergeht und je nach Ätiologie nach Erwärmung oder Abkühlung auftritt. Sie resultiert aus einer generellen Strömungsverlangsamung und Hypoxygenierung des Blutes der entsprechenden Region. Ihre Ursachen sind meist harmlos und funktionell wie z.B. Unterkühlung, aber auch eine Viskositätserhöhung und zentrale Innervationsstörungen können zu Grunde liegen. Stets fehlt hier allerdings die für die Livedo racemosa typische blitzfigurenartige Zeichnung. Im englischen Sprachraum wird verwirrenderweise nur der Begriff „Livedo reticularis“ für beide Livedoformen verwendet. Differentialdiagnostisch kann weiterhin auch an eine Cutis marmorata teleangiectatica congenita, eine Embolia cutis medicamentosa („Nicolau-Syndrom“) oder bei generalisiertem Auftreten an ein Sneddon-Syndrom gedacht werden. (2, 3)

Diagnostik

Die Verdachtsdiagnose wird in der Regel klinisch gestellt und mittels Biopsie. In der tiefen Probeexzision zeigen sich an den klei-

nen Arterien der Dermis und des angrenzenden Fettgewebes endoarterielle Veränderungen mit Intimawucherung und fibrinoider Nekrose sowie abschnittsweise eine Obliteration der Gefäßlumina. Weiterhin zeigen sich spärliche perivaskuläre entzündliche Infiltrate. Zu beachten ist, dass sich die pathologisch veränderte Arterie nicht unter dem lividen Areal, sondern im Mittelpunkt eines Kreissegmentes findet,

Therapie und Prognose

Therapie und Prognose hängen von der Grunderkrankung ab. Nach weiteren klinischen Zeichen assoziierter Grunderkrankungen sollte ebenso wie ggf. nach entsprechenden Laborveränderungen (BB, Differenzialblutbild, ANA, ANCA, Anti-Phospholipid-Antikörper, etc.) gesucht werden. Bleibt die Abklärung ohne Befund, sind weitere Verlaufsbeobachtungen anzuraten. Die hier vorgestellte Patientin entwickelte eine Immunkomplex-Nephritis, die mit Steroiden i.v. und Methotrexat p.o. behandelt wurde, sowie im weiteren Verlauf ein Antiphospholipid-Antikörper-Syndrom und ist aktuell unter einer Therapie mit Hydroxychloroquin und Acetylsalicylsäure p.o. beschwerdefrei.

Literatur:

1. Kerk N, George T. Livedoid vasculopathy – current aspects of diagnosis and treatment of cutaneous infarction. J Dtsch Dermatol Ges 2013; 11:407-10.
2. Kawakami T. A review of pediatric vasculitis with a focus on juvenile polyarteritis nodosa. Am J Clin Dermatol 2012; 13: 389-98)
3. Obermoser G, Sontheimer RD, Zelger B. Overview of common, rare and atypical manifestations of cutaneous lupus erythematodes and histopathological correlates. Lupus 2010; 19: 1050-70.

Dr. Antonia K. Kienast

Hamburger Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie

Dehnhäide 120

22081 Hamburg

Red.: Höger

DGAAP

Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie

Die Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP e.V.) ist die wissenschaftliche Gesellschaft der ambulanten, allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin.

Ziel der Gesellschaft ist es, der ambulanten allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin als eigenständigem Fach in Forschung, Lehre und Praxis die ihr zukommende Bedeutung zu verschaffen.

Machen Sie mit!
Werden Sie Mitglied!
Informationen und Mitgliedsanträge auch unter www.dgaap.de

Reinfektions-Prophylaxe für Kinder mit vesikoureteralem Reflux (VUR)

Antimicrobial Prophylaxis for Children with Vesicoureteral Reflux

The RIVUR Trial Investigators, Hoberman A, Greenfield SP, Mattoo TK, et al; N Engl J Med, 370:2367-2376, Juni 2014

Die Autorengruppe führte an 19 US-Kliniken eine prospektive, randomisierte, placebo-kontrollierte Studie bei 607 Kindern im Alter von 2-71 Monaten mit einem Grad I-IV Vesikoureteralen Reflux (VUR) durch, der nach einer ersten oder zweiten fieberhaften oder symptomatischen Harnwegsinfektion diagnostiziert wurde. Ausgeschlossen wurden Kinder, deren Index-Infektion >112 Tage vor der Randomisierung aufgetreten war sowie Kinder mit zusätzlichen urologischen Anomalien oder/und bestehenden Kontraindikationen für die Anwendung von Sulfamethoxazol-Trimethoprim.

Erfasst wurden 10,871 Kinder. 9445 wurden aus verschiedenen Gründen ausgeschlossen. Von den verbliebenen 1426 Kindern, die die Einschlusskriterien erfüllten nahmen 819 nicht teil, 607 wurden randomisiert.

Die Eltern oder Rechts-Vertreter der Kinder stimmten der Studien-Aufnahme nach informierter Aufklärung schriftlich zu.

Als primäres Ziel wurde die Wirksamkeit der Sulfamethoxazol-Trimethoprim Prophylaxe zur Verhütung von Re-Infektionen definiert und als sekundäre Ziele das Auftreten von Nierenparenchym-Narben, Therapie-Versagen (Kombination von Nierennarben und Re-Infektionen) und/oder Antibiotika-Resistenz. Die Kinder wurden 2 Jahre kontrolliert. Mit einem standardisierten Verfahren wurden zusätzlich Blasen- und Darm-Dysfunktionen erfasst.

Die Uringewinnung erfolgte als Mittelstrahl-Urin, bei nicht toiletten-trainierten Kindern durch Katheterisierung oder suprapubische Blasenpunktion. Die Index- und evtl. Abschluss-Infektion wurde nach stringenten Diagnose-Kriterien unter Einschluss des Nachweises einer Pyurie, kultur-bestätigter Infektion und Fieber ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) oder Harnwegssymptome innerhalb 24 Stunden vor oder nach der Urin-Gewinnung erfasst.

Der Nachweis bzw., Ausschluss von Nieren-Parenchym-Narben erfolgte mittels Technetium-99m-markiertem Dimercapto-Succinin-Säure-Scan zu Beginn der Studie sowie nach 1 und 2 Jahren. 2 pädiatrische Nuklearmediziner beurteilten das Ausmaß etwaiger Nierenrinden-Defekte semiquantitativ durch Unterteilung der Nierenrinde in 12 Segmente und bestimmten die Schwere der Defekte auf der Basis der Zahl der betroffenen Segmente.

Therapie-Versagen wurde definiert als 2-maliges Wiederauftreten fieberhafter oder eines fieberhaften und 3 symptomatischer oder 4 symptomatischer Harnwegsinfekte während des Studien-Zeitraumes oder als neu aufgetretene oder verschlechterte Nierenrinden-Narben innerhalb des ersten Jahres der Studie. Rektal-Abstriche zum Nachweis einer evtl. E.coli- Sulfamethoxazol-Trimethoprim-Resistenz wurden zu Beginn der Studie sowie nach 24 Monaten untersucht zum evtl. Nachweis einer Resistenz bei Kindern mit Rezidiven. Die Randomisierung erfolgte in blinden Blö-



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

cken, stratifiziert nach lokaler Maßgabe. Daten-Management und statistische Analysen wurden im Daten-Koordinations-Zentrum an der Universität von North-Carolina in Chapel Hill durchgeführt.

Die Kinder wurden randomisiert entweder täglich einmal Sulfamethoxazol-Trimethoprim (3 mg Trimethoprim + 15 mg Sulfamethoxazol/kg K.-Gew.) oder Placebo, das in Farbe, Geschmack und Konsistenz weitgehend mit der Medikamenten-Suspension übereinstimmte, einzunehmen.

Re-Infektionen wurden bei 39 von 302 Kindern der Prophylaxe-Gruppe und bei 72 von 305 Kindern der Placebo-Gruppe beobachtet (relat.Risiko 0,55, 95 % Confidenz Intervall (CI) 0,38 zu 0,78). Die Prophylaxe reduzierte das Risiko einer Re-Infektion um 50 % (Risiko-Verhältnis 0,41, 95 % CI 0,26 zu 0,64), bei Kindern mit vorbestehender Blasen- und Darm-Dysfunktion (Risiko-Verhältnis 0,21, 95 % CI 0,08 zu 0,58). Das Auftreten von Nierennarben unterschied sich nicht signifikant in beiden Gruppen (11,9% und 10,2 %). Bei 87 Kindern mit einer ersten Re-Infektion durch E.coli betrug die Sulfamethoxazol-Trimethoprim- Resistenz 63 % in der Prophylaxe-Gruppe gegenüber 19 % in der Placebo-Gruppe. 77 % der Eltern gaben an die Studien-Medikation zu 75 % und 85 % sie zu wenigstens 50 % durchgeführt zu haben.

Kommentar:

Die vorliegende randomisierte, placebo-kontrollierte Multi-Center-Studie liefert einen weiteren Baustein in der kritischen Bewertung der rezidivierenden Harnwegsinfektionen bei Kindern mit VUR und ihrer Prophylaxe und Langzeitfolgen. Nachdem in den 70iger Jahren die generelle antibakterielle Reinfektions-Prophylaxe sowie die operative Behandlung des höhergradigen VUR zum Standard erhoben wurde, hat es in der Folgezeit nicht an Kritiken und Zweifeln an der Notwendigkeit der standardisierten Verfahren gefehlt. So ergab die Internationale Reflux-Studie 1981 eine spontane Besserung mancher VUR mit der Reifung der Kinder. Keine der inzwischen publizierten Studien lieferte überzeugende Argumente für oder gegen die Reinfektions-Prophylaxe.

Der Vorteil der jetzigen RIVUR-Studie liegt in der Randomisierung und Placebo-Kontrolle bei einer statistisch überzeugenden Anzahl von Teilnehmern in beiden Gruppen.

Da jedoch der Kontrollzeitraum „nur“ 2 Jahre betrug und die Reinfektions-Prophylaxe nicht von allen Eltern gleich zuverlässig durchgeführt wurde und nur 1 Medikament zu Beurteilung ver-

wendet wurde, bleiben auch nach 4 Jahrzehnten noch entscheidende Fragen offen, z.B. ob bei einem längeren Beobachtungszeitraum vermehrt Nierennarben auftreten und ob eine andere Medikation möglicherweise effektiver ist. Auch die erhöhte Rate an Resistenzen gegen Sulfamethoxazol-Trimethoprim spricht gegen eine Prophylaxe.

Das Resümee der vorliegenden Studie ist, dass die seit langer Zeit etablierten Standardverfahren weiterhin individualisiert angewendet und sorgfältig kontrolliert werden müssen ohne einen diagnostisch-therapeutischen Imperativ.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Häufigkeit von ANAs bei Schulkindern mit nicht-entzündlichen Schmerzen am Bewegungsapparat

Prevalence of Antinuclear Antibodies in Schoolchildren During Puberty and Possible Relationship with Musculoskeletal Pain: A Longitudinal Study

Sperotto F, Cuffaro G, Brachi S, Seguso M, Zulian F; *The Journal of Rheumatology*, 41: 1405-1408, Juli 2014

Im klinischen Alltag sind wir oft mit der Relevanz erhöhter Titer antinukleärer Antikörper (ANA) bei nichtinflammatorischen Erkrankungen oder Symptomen konfrontiert. Oftmals werden uns diese Patienten in der Ambulanz vorgestellt mit der Ver-

dachtsdiagnose "Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis".

Bereits 1992 konnte D. Cabral aus Vancouver erhöhte ANA bei nichtentzündlichen muskuloskelettalen Erkrankungen nachweisen (*Pediatrics* 1992; 89:441-444) Die ANA Prävalenz bei asymptomatischen Probanden wird in der Literatur von 13,3 % für Titer von $\geq 1:80$ bis zu 5 % für Titer von $\geq 1:160$ angegeben.

In der nun vorliegenden Studie wurde die Prävalenz und die Persistenz von ANA während der Pubertät untersucht. Dazu wurden 8-13 Jährige einer klinischen Untersuchung unterzogen mit besonderer Berücksichtigung der Pubertätsstadien und des Auftretens von chronisch nichtentzündlichen muskuloskelettalen Schmerzen. Zudem wurden die ANA bestimmt und jene Patienten mit erhöhten Titern ($\geq 1:80$) und/oder muskuloskelettalen Schmerzen 3 Jahre später nachuntersucht.

Von 261 Studienteilnehmern waren 12,3 % ANA positiv mit gleicher Verteilung des Geschlechts und des Pubertätsstatus. 3 Jahre später war der Anteil der ANA positiven in der Gruppe der Probanden mit muskuloskelettalen Schmerzen von 13,4% auf 44,8 % gestiegen. Bei den initial ANA positiven Probanden (n=28) stieg der Titer signifikant an bei 92,9 % der Probanden. Es wurde keine Korrelation zwischen ANA Positivität und muskuloskelettalen Schmerzen gefunden.

Somit konnte gezeigt werden, dass die ANA Prävalenz und die Titer während der Pubertät ansteigen ohne dass ein Zusammenhang zu chronisch nichtentzündlichen muskuloskelettalen Schmerzen besteht. Die Ursache könnte in den hormonellen peripubertären Schwankungen liegen. Keiner der Probanden entwickelte eine Autoimmunerkrankung.

Für den klinischen Alltag bedeutet dies, dass steigende peripubertäre ANA titer bei nichtentzündlichen Erkrankungen und Symptomen im Rahmen des physiologischen Anstiegs zu interpretieren und kein Anlass zu weiterer Diagnostik sind.

(Toni Hospach, Stuttgart)

18. Pädiatrischer Kursus für Rheumatologie

Thema: Dermatomyositis
 Veranstalter: Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz
 Ort: 28177 Bremen, Prof.-Hess-Kinderklinik, Klinikum Bremen-Mitte
 Termin: 21. – 22. November 2014
 Telefon: 0421/497-5411
 E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de

Zertifiziert mit 12 Punkten
 Gebühr: € 50,-

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.



Lebendimpfungen bei Patienten mit Mitochondriopathie

In meiner Praxis betreue ich ein schwerstbehindertes 3-jähriges Kind mit Mitochondriopathie. Das Kind weist ein unklares komplexes Krankheitsbild unter anderem mit intrauteriner Wachstumsretardierung, Hirnparenchymschädigung, chronischer Diarrhoe, Dauersondierung und PEG bis 02/2011, muskuläre Hypotonie, Tracheostoma und einem unklaren Immundefekt (bildet kein CRP, rezidivierend Fieber, Stabilisierung nach Immunglobulingabe, zuletzt 08/2011, Bildung spezifischer Impfantikörper) auf.

Fragen:

1. Sollte man bei diesem Patient eine MMRV-Impfung durchführen?
2. Sind weitere Lebendimpfungen sinnvoll oder sind bei diesem Patient Lebendimpfstoffe kontraindiziert?

Antwort:

Anamnestisch wird von einem jetzt 3-jährigen, postpartal reanimierten Kind mit Mitochondriopathie berichtet. Es besteht u. a. auch ein Panhypopituitarismus. Ergänzende Unterlagen sprechen von einem schwer psychomotorisch retardierten Kind mit Gewicht auf der 25ten Perzentile und Länge auf der 3ten.

Mögliche Hinweise auf einen Immundefekt ergeben sich insofern, als dass das Kind rezidivierendes Fieber hat und kein C-reaktives Protein (CrP) ausbildet; hingegen sollen spezifische Impfantikörper ausgebildet werden. Dabei bleibt offen in welchen Situationen das CrP bestimmt wurde und in welchem zeitlichen Zusammenhang zur Immunglobulingabe die Impfantikörper bestimmt wurden und welche es waren (Mindestabstand von 3 Monaten nach IgG-Gabe notwendig). Auch finden sich in den begleitenden Anlagen leider keine Angaben zu IgG,M,A,E-Spiegeln und zu einem Blutbild mit Differenzierung.

Bleibt man bei dem fehlenden CrP, könnte spekulativ aufgrund einer möglichen fehlenden Zytokinsynthese (z. B. IL-6) ein Defekt der "Innate Immunity" vorliegen. Die neurologische Symptomatik, die sich sicherlich auch anders erklären lässt, könnte in Kombination mit einer Lymphopenie auf eine Adenosin-desaminase (ADA)-

oder Purinnukleosidphosphorylase (PNP)-Defizienz hinweisen. Gemeinsam wäre diesen Immundefekten, dass sie zu komplizierenden viralen Infektionen neigen, auch nach Impfung.

Ohne dass der Immundefekt näher charakterisiert ist, sollte daher bei diesem Kind keine Lebendimpfung erfolgen. Die Gabe von Totimpfungen ist möglich.

Wichtig wäre in dieser Situation, dass eine adäquate Umgebungsprophylaxe stattfindet. Anamnestisch umweltsund Angehörige können dabei auch mit Lebendimpfungen geimpft werden; ggf. sollte bei Auftreten von Impf-Varizellen beim Impfling eine Aciclovirprophylaxe beim erkrankten Kind vorgenommen werden. MMR-Impfviren werden nicht übertragen. Selbstverständlich sollte die jährliche Grippeimpfung durchgeführt werden, auch für den o. g. Patienten. Das Risiko, dass durch die Verwendung des attenuierten Lebend-Grippeimpfstoffes Impfviren übertragen werden, ist gering. Immundefiziente Patienten, die ausreichend Helferzellen ($> 800/\mu\text{l}$) bzw. Lymphozyten ($> 1.000/\mu\text{l}$) hatten, konnten unproblematisch geimpft werden.

Unter Berücksichtigung der Fachinformation von *Fluenz®*, die darauf hinweist, dass immundefiziente Patienten nicht geimpft werden sollen, ist auf einen Totimpfstoff zurückzugreifen. Säuglinge in der Umgebung des o. g. Patienten können gegen Rotaviren geimpft werden. Die Ausscheidung des Virus tritt etwa in den ersten 7 Tagen auf und ist nach der ersten Gabe am Höchsten. Die Einhaltung der Handhygiene wird von der *American Academy of Pediatrics* für ausreichend gehalten.

Literatur beim Herausgeber

Priv.-Doz. Dr. med. Hans-Jürgen Laws
Klinik für Kinder Onkologie, Hämatologie und Klinische Immunologie
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf

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.

Jugendmedizin – lohnt sich das?



Dr. Uwe
Büsching

Jugendliche sind ein schwieriges Klientel, das zu erzielende Honorar ist unangemessen! Diese Aussage gilt häufig bei den schwierigen Beratungsthemen. Unterteilt man aber Jugendmedizin in der Praxis in vier Bereiche, lässt sich damit das zu erreichende Honorar besser abbilden und die Diskussion wird überschaubarer. Da sind die organischen Erkrankungen, die in akute (I) und chronische (II) aufgeteilt werden, wobei nicht bei jedem Arzt – Patient-Kontakt die chronischen Beschwerden thematisiert werden. Da sind die psychischen bzw. psychosomatischen Störungen (III) und da sind die präventiven Leistungen (Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen (IV) (Tab. 1). Die folgenden Empfehlungen sind für diejenigen, die das RLV nicht ausnutzen, von ganz besonderer Bedeutung.

Jeder kurative Vorstellungsanlass löst die Versicherungspauschale (GNr 04002 ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, 150 Pkt.) aus. Gar nicht so selten

sind GOÄ-Leistungen wie Schulunfälle, Sport- und Reisebescheinigungen, Bescheinigungen zur Infektfreiheit. Alles eher kurze Kontakte, die aber unbedingt zur Überprüfung des Impfstatus genutzt werden sollten.

Sobald es sich um chronische Erkrankungen handelt, die einer längeren Beratung bedürfen, ist die GNr04230 erfüllt, auch mehrfach! Viele chronisch kranke Jugendliche reagieren auf die mit der Erkrankung verbundenen Bewältigungsanforderungen mit psychosomatischen Beschwerden. Die GNr 35100 und GNr 35110 können aber nur zum Ansatz gebracht werden, wenn eine Abrechnungsgenehmigung vorliegt. Aber die Übergänge sind fließend. Mit der Teilnahme am Kurs zur psychosomatischen Grundversorgung wird zum einen die Abrechnungsgenehmigung erworben, zum anderen wird die Wahrnehmung der psycho-sozialen Dimensionen einer Erkrankung deutlich verbessert.

Beim Vorliegen psychischer/psychosomatischer Beschwerden sind aber nicht nur die GNr 35100 und GNr 35110 in Ansatz zu bringen. Von weiterer, wesentlicher Bedeutung ist es, genaue Kenntnisse zu haben, ob auch die sozialpädiatrische GNr 04355 anzusetzen ist. Wird die Problemkonstellation genau definiert, ist die GNr 04355 auch schon bei den chronischen Erkrankungen abrechnungsfähig (Tab. 2)(aber nicht am selben Tag neben 04230), insbesondere bei F45.0 ff., Somatisierungsstörung, F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F80-F89 Entwicklungsstörungen, F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. Dafür aber ist wiederum keine weitere Qualifikation notwendig und die GNr 04355 ist sowohl neben der GNr 04230 als auch neben GNr 33100 und GNr 33110 abrechnungsfähig, .

Ein sehr vernachlässigter Abschnitt der Gebührenordnung ist der Einsatz von Fragebögen und Testverfahren: **GNr 35300 Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren und GNr 35301 Anwendung und Auswertung von psychometrischen Testverfahren.**

Im EBM steht zu beiden Ziffern eine identische Anmerkung: „Diese Gebührenordnungspositionen sind nur für Ärzte mit den Gebietsbezeichnungen Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendmedizin sowie für Vertragsärzte und -therapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach den Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen, berechnungsfähig. Beide sind mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung grundsätzlich delegierbar.“

Standardisierte Testverfahren und psychometrische Testverfahren gehören in jede jugendmedizinische Praxis. Sie strukturieren und verkürzen die Anamnese, sie sind wiederholt verwertbare Dokumente im Verlauf, sie

Erkrankungen Jugendlicher

Akut- organische (I)

- Infekte
- Unfälle
- Genitalerkrankungen

Chronisch- organische (II)

- Schilddrüsenerkrankungen
- Skoliosen
- Allergien
- Adipositas
- Neurodermitis / Psoriasis
- Diabetes mellitus
- Asthma Bronchiale
- Akne
- Anfallsleiden

Psychisch – psychosomatisch (III)

- Essstörungen
- Ängste, Panik, Zwänge
- Drogen, Computer/Internet - Suchtprobleme
- Schulversagen
- Konzentrationsstörungen /ADHS
- Gewalt - Kriminalität
- Depressionen / Psychosen
- Suizidalität
- Selbstverletzungen

Prävention (IV)

- Jugendgesundheitsuntersuchungen
- HPV- Impfungen
- Nachhol- und Catch-up- Impfungen
- Reiseimpfungen

Tab.1

Laut der Legende des EBM ist die Gebührenordnungsposition 04355 nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig:

- G25 Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
- G31 Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert
- G40 Epilepsie
- G43 Migräne
- G44.2 Spannungskopfschmerz
- G80 Infantile Zerebralparese
- F45.0 Somatisierungsstörung
- F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung
- F45.2 Hypochondrische Störung
- F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung
- F45.4 Anhaltende Schmerzstörung
- F45.8 Sonstige somatoforme Störungen
- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F80-F89 Entwicklungsstörungen
- F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- R27.8 Sonstige Koordinationsstörungen

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 04355 ist eine mindestens 15 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04355.

Abrechnungsausschluss Leistungen in derselben Sitzung (01210, 01214, 01216, 01218) Kapitel 30.11, 30.3, 35.1, 35.2, aber im selben Quartal

Bewertung Gesamt (Punkte): 145, Gesamt (€): 14,69

Die EBM-Ziffern 04230 und 04355 sind nebeneinander berechnungsfähig, allerdings erfordert der zusätzliche Ansatz der EBM-Ziffer 04355 zur EBM-Ziffer 04230 eine 15 Min. längere Gesprächsdauer

sind zeitgetaktet abrechenbar und vor allem delegierbar. Und sie erfordern keine zusätzliche formale Qualifikation, der Besuch entsprechender Seminare wird aber empfohlen. Zudem dokumentieren sie, dass der behandelnde Arzt über weiterreichende Kenntnisse zur Diagnostik verfügt. Die Auseinandersetzung mit dem Thema ist also in jedem Fall lohnend. Die Auswertung der üblichen psychometrischen Testverfahren ist einfach, klar strukturiert und wenig zeitaufwendig. Ausgewertet wird in der Regel von einer eingewiesenen MFA, wenn diese im aktuellen Praxisablauf entbehrlich ist! Wer dann erst einmal auf den Geschmack gekommen ist, wird Testverfahren auch im Vor- und Grundschulalter einsetzen. Während die sozialpädiatrische Ziffer (GNr 04355) extrabudgetär vergütet wird, es für die psychosomatische Grundversorgung ein QZV gibt, sind hausärztliche Beratung und Testverfahren (i.d.R.) im RLV.

Ein weiteres und hier letztes Kapitel ist dann wieder extrabudgetär und zudem ohne Mengenbegrenzung: die Prävention. J1, J2 und auch Impfungen, auch Reiseimpfungen, sind unabhängig von den Ziffern zu Testverfahren, Psychosomatik, hausärztlicher Beratung unbegrenzt abrechenbar, wenn diese Leistungen auch erbracht werden. Viele Präventionsleistungen erfordern gute Praxisstrukturen, geschulte Mitarbeiterinnen und Recall- und Remindersysteme.

Alles in allem ist die heutige Situation besser als der Ruf. Ein Blick auf die von den KVn zur Verfügung gestellten Daten zeigt, dass viel zu wenig Kinder- und Jugendärztinnen und –ärzte diesen Strauß von Möglichkeiten nutzen.

Eben weil die Psychosomatik und die hausärztliche Beratung einer Mengenbegrenzung unterliegen, wäre es für die Verbesserung der Honorierung der Jugendmedizin wünschenswert, dass die Diagnosen und ggf. Behandlung von ADHS und frühen Depressionen unbudgetiert und gesondert abgerechnet werden könnten. Für den Bereich der Prävention wäre es sehr sinnvoll, wenn die Schilddrüsenonographie aufgenommen würde.

Dr. Uwe Büsching

Der Autor ist Sprecher des Ausschusses Jugendmedizin im BVKJ,

Mitglied des Vorstandes

33611 Bielefeld

E-Mail: ubbbs@gmx.de

Red: ReH

Tab.2

Newsletter +++++

In der ersten Septemberwoche erscheint der Newsletter Nr. 3 des BVKJ.

Er wird an alle Mitglieder, die in der Geschäftsstelle ihre Mail-Adresse hinterlegt haben, gesendet.

Er kann auch in PädInform im Ordner BVKJ Aktuell eingesehen werden.

17 000 akute Kindeswohlgefährdungen 2013

Die Jugendämter in Deutschland führten im Jahr 2013 knapp 116 000 Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls durch, etwa 9000 mehr als 2012.

Eine Gefährdungseinschätzung wird vorgenommen, wenn dem Jugendamt wichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines/einer Minderjährigen bekannt werden und es sich daraufhin zur Bewertung der Gefährdungslage einen unmittelbaren Eindruck von dem Kind beziehungsweise Jugendlichen sowie seiner Lebenssituation macht. Von allen Verfahren bewerteten die Jugendämter 17 000 eindeutig als akute Kindeswohlgefähr-

dung. Bei 21 000 Verfahren konnte eine Gefährdung des Kindes nicht ausgeschlossen werden. In nahezu jedem zweiten Verfahren wurde jedoch ein Hilfe- oder Unterstützungsbedarf durch das Jugendamt festgestellt.

Knapp zwei von drei Kindern, bei denen eine akute oder latente Kindeswohlgefährdung vorlag, wiesen Anzeichen von Vernachlässigung auf. In 26 % der Fälle wurden Anzeichen für psychische Misshandlung festgestellt. Ähnlich häufig, nämlich mit einem Anteil von 23 %, wiesen die Kinder Anzeichen für körperliche Misshandlung auf. Anzeichen für sexuelle

Gewalt wurden in 5 % der Verfahren festgestellt. Jungen waren gleich häufig betroffen wie Mädchen, und jedes vierte Kind war jünger als drei Jahre. Drei- bis fünfjährige Kinder waren von 20 % der Verfahren betroffen. Mit 22 % waren Kinder im Grundschulalter (6 bis 9 Jahre) beteiligt und mit 18 % Kinder im Alter von 10 bis 13 Jahren. Für Jugendliche (14 bis 17 Jahre) betrug der Anteil an allen Verfahren 15 %.

Meldungen von Ärzten selten

Am häufigsten, nämlich bei 22 500 Verfahren (19 %), machten Polizei, Gericht oder Staatsanwaltschaft das Jugendamt auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung aufmerksam. Bei gut 14 % gingen Jugendämter Hinweisen durch Bekannte oder Nachbarn nach, in 12% denen von Schulen oder Kindertageseinrichtungen. Nur 7,5% der Hinweise kamen von Ärzten oder Hebammen.

Große Unterschiede gab es bei der Häufigkeit von Meldungen und Gefährdungen. Akute Kindeswohlgefährdungen wurden beispielsweise in Berlin 587 Mal pro einer Million Einwohner registriert, in Niedersachsen betrug die Häufigkeit 116/Million (Abb. 1).

Weitere Informationen finden Sie auf den Internetseiten des Statistischen Bundesamtes unter www.destatis.de

Kup

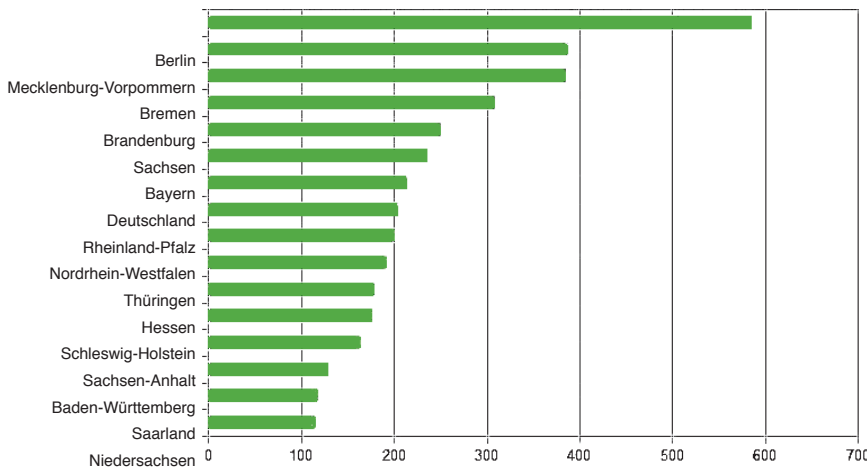


Abb. 1: Anzahl der akuten Kindeswohlgefährdungen 2013 pro eine Million Einwohner (von Hamburg liegen keine Zahlen vor).



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Baden-Württemberg

Termingerecht findet vom 15.09. bis 06.10.2014 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum 06.10.2014 abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Klaus Rodens, Langenau
Landesverbandsvorsitzender


bVKJ.

 Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

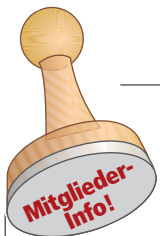
Wahlaufruf für den Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Termingerecht findet vom 3.11.2014 bis 24.11.2014 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Ersatzdelegierten und des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum 24.11.14 abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Susanne Schober, Wolgast
Landesverbandsvorsitzende


bVKJ.

 Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Schleswig-Holstein

Termingerecht findet im November 2014 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer sowie der Ersatzdelegierten statt.

Die Wahl wird durchgeführt am

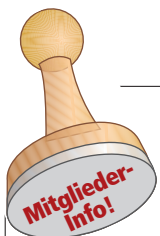
Datum: 08.11.2014

Adresse: Atlantic Hotel Kiel
Raiffeisenstr. 2
24103 Kiel

auf der Herbsttagung des Landesverbandes Schleswig-Holstein, zu der zu gegebener Zeit schriftlich eingeladen wird.

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

Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe
Landesverbandsvorsitzender


bVKJ.

 Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Sachsen

Termingerecht findet vom 24.11. bis 15.12.2014 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer sowie der Ersatzdelegierten statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum 15.12.2014 abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Klaus Hofmann, Chemnitz
Landesverbandsvorsitzender

Alte Forderungen neu aufgelegt

Die 87. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 2014 hat in Hamburg Beschlüsse gefasst, die Pädiater aufhorchen lassen sollten. Manche Forderungen und Anregungen, die von den Fachministern der Länder in Anwesenheit von Bundesminister Gröhe einstimmig beschlossen wurden, hat der BVKJ seit Jahren erhoben.

Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Nach Ansicht der GMK ist der Öffentliche Gesundheitsdienst neben der ambulanten und stationären Versorgung die dritte tragende Säule des Gesundheitswesens. Er nehme bevölkerungsmedizinische Aufgaben wahr und sei sozialkompensatorisch tätig. Der Öffentliche Gesundheitsdienst müsse für Ärztinnen und Ärzte attraktiver werden. Die GMK möchte den ÖGD daher ausreichend personell und finanziell ausstatten. Fachliche Inhalte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sollen in die ärztliche Ausbildung integriert werden. Dafür sei es erforderlich das Fachgebiet „Öffentliche Gesundheit stärker im Medizinstudium zu verankern und Praktika, Famulaturen und Teile des praktischen Jahres im ÖGD zu ermöglichen.

Nationaler Impfplan

Der Bund zugesagt hat, die Hälfte der Kosten der Geschäftsstelle Nationaler Impfplan am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) zu übernehmen. Dort werden länderübergreifend Strategien zur Verbesserung der Impfpraten verfolgt. Nun drängt die GMK, dass für die Errichtung und dauerhafte Finanzierung dieser Geschäftsstelle zeitnah eine gemeinsame Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern geschlossen wird.

Gesund aufwachsen für alle

Der kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ führt Kommunen zusammen, die Präventionsketten zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aufbauen. Gesundheitsschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen sollen nachhaltig verbessert werden. Anhalt von zwölf Qualitätskriterien wurden Good Practice Angebote identifiziert, die besonders belastete Familien in ihren Ressourcen stärken. Diesen Partnerprozess möchte die GMK im Rahmen der vorhandenen Kooperationsstrukturen in den Ländern und Kom-

munen stärken. Sie wünscht, dass die gesetzlichen Krankenkassen sich beteiligen und die Koordinierungsstellen über die bereits bestehende Strukturförderung hinaus finanziell unterstützen. Die Kultusministerkonferenz der Länder ist aufgefordert, „Gesund aufwachsen“ durch eine systematische Verankerung von Gesundheitsförderung in den Schulen und auch in den Kindertageseinrichtungen zu unterstützen.

Präventionsgesetz überfällig

Die GMK hat den Bund gebeten, einen Zeitplan für das Gesetzgebungsverfahren zum „Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz“ vorzulegen. Gemeint sind hier nicht die Früherkennungsuntersuchungen, sondern eine alltagsnahe Gestaltung und Intensivierung von langfristig angelegten Prozessen der Gesundheitsförderung und primärer Prävention insbesondere in den Lebenswelten (z.B. Familie, Kindertagesstätte, Schule). Dies wurde bereits im letzten Jahr in einer Entschließung des Bundesrates gefordert. Alle Sozialversicherungsträger und auch die privaten Krankenversicherungen sollen zur Finanzierung einbezogen werden.

Kup

Zwei Drittel der Medizinabsolventen sind Frauen

In keinem wissenschaftlichen Fach ist der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl der Hochschulabsolventen in den vergangenen zehn Jahren so stark angestiegen wie in der Humanmedizin. Von 49 Prozent im Jahr 2002 ist der Frauenanteil zum Jahr 2012 auf 65 Prozent angestiegen. Das geht aus der neuen Broschüre „Auf dem Weg zur Gleichstellung? Bildung, Arbeit und Soziales – Unterschiede zwischen Frauen und Männern“ des Statistischen Bundesamtes hervor.

Über alle Fächer hinweg liegt der Frauenanteil in der Veterinärmedizin am höchsten (84 Prozent, vor zehn Jahren lag er bei 77 Prozent), es folgen Sprach- und Kulturwissenschaften (76 Prozent, 2002:

72 Prozent) sowie Kunst und Kunstwissenschaften (66 Prozent, 2002: 64 Prozent).

Im Durchschnitt saß 2012 auf jeder fünften Professorenstelle eine Frau -damit hat sich der Frauenanteil hier gegenüber 2002 fast verdoppelt. In der Humanmedizin waren 2012 17 Prozent der Professorenstellen von Frauen besetzt. Die meisten Professorinnen gibt es bei den Sprach- und Kulturwissenschaften (35 Prozent), gefolgt von Kunst und Kunstwissenschaften (29 Prozent) und der Veterinärmedizin (24 Prozent). Niedriger als in der Humanmedizin lag der Frauenanteil nur in den MINT-Fächern: Mathematik und Naturwissenschaften (14 Prozent), Ingenieurwissenschaften (zehn Prozent).

Im Gesundheits- und Sozialwesen lag der Anteil von Frauen in Führungspositionen bei 54 Prozent. Zu dieser Branche zählen auch alle angestellten Ärztinnen und Ärzte.

Insgesamt verdienten Frauen im Jahr 2013 mit einem Bruttostundenverdienst von durchschnittlich 15,56 Euro 22 Prozent weniger als Männer. Damit blieb der Unterschied im Vergleich zum Vorjahr unverändert. Im Gesundheits- und Sozialwesen war der Unterschied mit 25 Prozent noch größer. Frauen verdienten hier im Durchschnitt 15,78 Euro pro Stunde, Männer 21,03 Euro.

Red: ReH

Bundesministerin Manuela Schwesig: Kinderrechte gehören ins Grundgesetz

Vor 20 Jahren trat die UN-Kinderrechtskonvention in Kraft. Doch noch immer wird sie in Deutschland nicht konsequent umgesetzt. Zahlreiche Verbände, darunter der bvkj, haben immer wieder gefordert, dass die Rechte von Kindern im Grundgesetz festgeschrieben werden. Immer wieder wurden diese Forderungen zurückgewiesen, unter anderem mit dem Hinweis, dass Kinderrechte als Menschenrechte in unserer Verfassung bereits ausreichenden Schutz genießen würden. Dennoch

zeigte die Realität, dass sie häufig hinter den Rechten der Eltern zurückstehen müssen. Nun will die SPD eine Verankerung der Kinderrechte im Grundgesetz. Bundesministerin Manuela Schwesig, stellvertretende SPD-Parteivorsitzende, fordert, dass Kinderrechte eingeklagt werden können.

Die am 5. April 1992 in Kraft getretene UN-Kinderrechtskonvention wurde aus Sicht des Deutschen Kinderhilfswerks (DKHW) bislang nur enttäuschend umgesetzt. So seien beispielsweise die Kinderrechte, entgegen der Empfehlung des zuständigen UN-Ausschusses in Genf, noch immer nicht im deutschen Grundgesetz verankert. „Kinder werden hierzulande nicht genügend Wert geschätzt“, beklagte Heide-Rose Brückner, Bundesgeschäftsführerin des Kinderhilfswerks.

Kinderrechte müssen einklagbar sein

Ministerin Manuela Schwesig spricht sich für eine Aufnahme der Kinderrechte ins Grundgesetz aus: Kinderrechte müssen einklagbar sein. "Nach 20 Jahren UN-Kinderrechtskonvention gibt es weltweit immer noch viel zu tun, damit endlich alle Kinder zu ihrem Recht auf ein gesundes



Foto: © Yvonne Bogdanksi – Fotolia.com

und gleichberechtigtes Aufwachsen kommen", so Schwesig. "Auch in Deutschland müssen wir uns mehr um die Kinder kümmern. Obwohl wir eines der reichsten Länder der Erde sind, wachsen hier zu viele Kinder in Armut auf." Neben der materiellen Armut sieht die Ministerin auch das Problem, dass Bildungsarmut, gesundheitlicher Beeinträchtigung und soziale Ausgrenzung die Lebenschancen vieler Kinder gefährden. Die Bundesregierung "muss endlich den Weg frei machen, damit die Kinderrechte in die Verfassung aufgenommen werden können. Kinder sollen ausdrücklich als Träger von Grundrechten benannt werden und nicht nur im Rahmen der Elternrechte."

Weltweit gültige Grundwerte

Die UN-Konvention über die Kinderrechte formuliert weltweit gültige Grundwerte im Umgang mit Kindern - über soziale, kulturelle, ethnische oder religiöse Unterschiede hinweg. Die UN-Vollversammlung nahm die Konvention 1989 an. Mit Ausnahme der USA und Somalias wurde sie nach Angaben des Kinderhilfswerks Unicef mittlerweile von allen Staa-

ten ratifiziert. 1992 trat die Konvention in Deutschland in Kraft.

Die Konvention listet zehn Grundrechte auf: Dazu zählen das Recht auf Gesundheit, Bildung und Ausbildung, Spiel und Erholung oder das Recht auf gewaltfreie Erziehung im Sinne der Gleichberechtigung und des Friedens. Auch der Schutz vor Grausamkeit, Vernachlässigung, Ausnutzung und Verfolgung gehört dazu.

Kritiker einer Aufnahme der Kinderrechte ins Grundgesetz befürchten, dass diese Festschreibung in erster Linie dazu diene, die Elternrechte auszuhöhlen. Dem Staat und den Jugendämtern würde damit zu viel Freiraum gegeben. Das Erziehungsrecht der Eltern würde ausgehebelt. Diese Kritiker setzen das Elternrecht über das Recht der Kinder und strafen damit die Behauptung, dass Kinderrechte ausreichend durch die Menschenrechte gesichert seien Lüge. Sehr deutlich wurde die höhere Bewertung des Elternrechtes im „Beschneidungsgesetz“ 2012. Schwesig hält die höhere Bewertung von Elternrechten für falsch.

Quelle: www.manuela-schwesig.de Kup

PädInform – der "kurze Dienstweg" für Kinder- und Jugendärzte



Dr. Stephan Heinrich Nolte

Internet in der Praxis? Auf keinen Fall: Viel zu unsicher, viel zu aufwendig! So denken viele Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte. Die Service GmbH bekommt die Technikabstinentz täglich zu spüren. Viele MFA rufen dort an, weil sie Fragen zu Verträgen haben. Mit Pädinform in der Praxis wären die Infos nur ein paar Mausklicks entfernt. Aber das Intranet erleichtert darüber hinaus auch das Arbeitsleben - ein Erfahrungsbericht.

Oft sind, gerade auf dem Lande, Kinder- und Jugendärzte Einzelkämpfer auf weiter Flur und ohne fachliche Austauschmöglichkeit. Zwar haben sich durch „Dr. Google“ die Kommunikations- und Informationsmöglichkeiten explosionsartig verbessert, die Fülle der Informationen spiegelt jedoch häufig nicht ihre Relevanz wider und verwirrt eher, als dass sie nutzt – das sehen wir bei unseren Patienten-Eltern, macht aber auch vor uns nicht halt. Auch sind

xisalltag nicht mehr alleine bewältigen. Nutzen wir alle dieses Kommunikationsforum als unser Netz – je mehr Nutzer, desto umfassender der Informationsfluss und desto besser die interne Kommunikation.

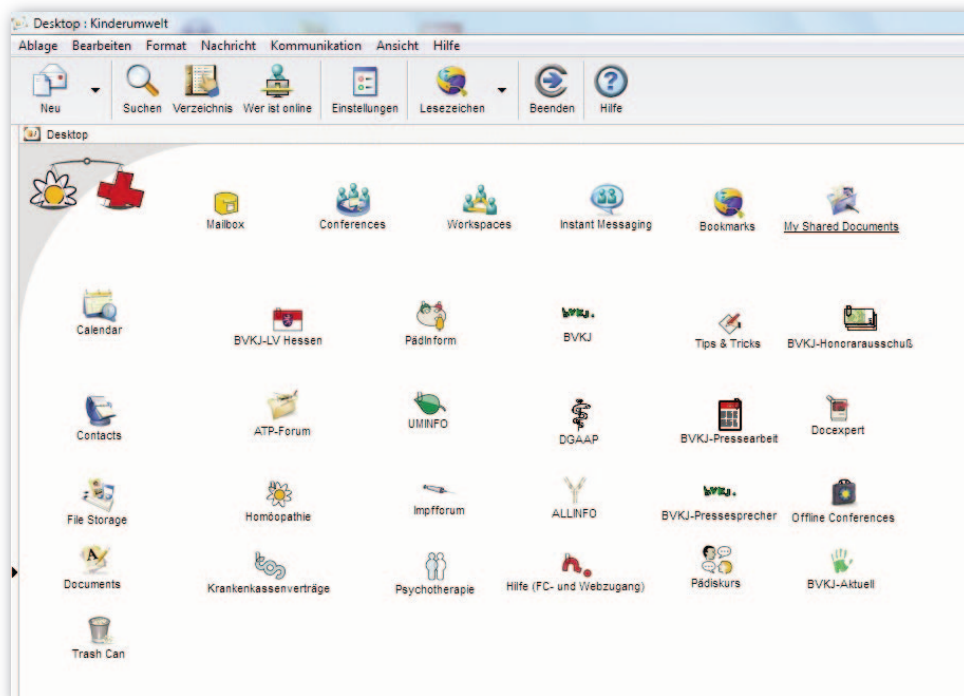
Für die, die es noch nicht kennen: PädInform ist das deutschlandweite, zugangskontrollierte und passwortgeschützte Intranet für Kinder- und Jugendärzte im BVKJ. Betreiber ist die gemeinnützige Kinderärztliche Beratungsstelle „Kinderumwelt

oder gar anonymen Rat einholen. In anderen Foren können schwierige Fälle und nützliche Adressen ebenso ausgetauscht werden wie knifflige Impffragen. Abrechnungs- und Honorarfragen werden von den Honorarbeauftragten schnell beantwortet. Alle Abrechnungsvorlagen und Verträge sind mitsamt der notwendigen Vordrucke und Unterlagen abrufbar und werden ständig aktualisiert. Auch die lokalen Pädnetze sind in PädInform vertreten. Selbst für die verschiedenen Praxis-Softwareprogramme stehen eigene Diskussionsforen zur Verfügung. Der Zugang zu den einzelnen Foren kann je nach Satzung frei oder beschränkt sein. Unterforen stehen Obleuten und Vorständen zur Verfügung. Jeder Teilnehmer hat eine eigene Mailbox und eine eigene Adresse im System, sodass Fragen persönlich an einzelne Teilnehmer oder öffentlich in den Foren gestellt werden können. Die eigene Visitenkarte erlaubt, sich vorzustellen, aber auch, dem zugangskontrollierten Teilnehmerkreis nicht öffentliche Telefonnummern und Anschriften mitzuteilen. Jeder kann sich seine Startseite beliebig mit den für ihn wichtigsten Foren konfigurieren.

Wer steckt dahinter? Das von der „Kinderumwelt“ gestaltete Dachnetz „uminfo.de“ vernetzt seit 1994 die Fachöffentlichkeit im Gesundheitswesen untereinander. Die Fachnetze werden von der gemeinnützigen Kinderumwelt GmbH in Osnabrück in Zusammenarbeit mit Partnern betrieben, so PädInform® in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) in Köln. PädInform steht al-

viele allgemeine Informationen nicht pädiatrierelevant. So ist PädInform für viele bereits der „kurze Dienstweg“ geworden, um schnell praxisnahe Information für fast alle pädiatrischen Lebenslagen zu bekommen: Mit PädInform müssen Kinder- und Jugendärzte ihren Pra-

GmbH“ in Osnabrück. Die teilnehmenden Ärzte erhalten alle Informationen ihres Berufsverbandes sowie der Landesverbände, die je ein eigenes Forum haben. So können wir bei akuten berufspolitischen „Bedrohungen“ und Aktionen blitzschnell kommunizieren, frei diskutieren



len Verbandsmitgliedern in Praxen, Kliniken sowie im Öffentlichen Gesundheitswesen zur Verfügung. Für die Medizinischen Fachangestellten in Kinder- und jugendärztlichen Fachpraxen ist ein eigenes Netzwerk, „Praxisfieber“, eingerichtet. Animieren Sie auch Ihre Helferinnen, sich diesem Forum anzuschließen, auch für sie ist das Intranet das Tor zur Berufswelt und sie sind auf der Höhe der Zeit, vor allem, was die immer differenzierteren und komplizierteren add-on Verträge und Integrierte Versorgung angeht. Andere Portale bei uminfo.de sind das ÖGD-Portal für Mitarbeiter im Öffentlichen Gesundheitsdienst und das „UmInfo-AllInfo“ Portal für alle Fachgruppen im Gesundheitswesen mit Interesse an Umweltmedizin und Allergologie.

Wie kommt man in PädInform? Zum einen über das Internet und die Adresse www.uminfo.de. Der komfortabelste Zugangsweg erfolgt über die Einwahlsoftware FirstClass. Sie kann bei www.uminfo.de kostenfrei heruntergeladen werden kann. Sie erlaubt eine schnelle Einwahl in das System und bietet alle Funktionen wie Mail, Instant-Messaging/Chat, Fax-Gateway, den Zugang zu Datenbanken mit vielen Suchfunktionen, einen Kalender mit Terminplanung und viele Web 2.0-Anwendungen. Der Zugang ist seit neuestem auch als FirstClass-App für Smartphones/Tablets möglich, wobei das Programm als kostenloser Download bei App Store bzw. Google Play Store erhältlich ist und die meisten Kommunikati-

onsfunktionen der Vollversion enthält.

Die Kinderumwelt empfiehlt, aus Gründen der Datensicherheit und des Datenschutzes für die Nutzung des PädInform einen preiswerten PC oder Laptop zu nutzen, der nicht an das Praxisnetz angeschlossen ist. Die Internetanbindung kann preiswert und ausreichend schnell über einen Mobilfunksurfstick mit Flatrate erfolgen.

Für mich ist seit fast zwanzig Jahren der tägliche Blick in PädInform unverzichtbar geworden: Auf meinem Desktop figuriert neben meiner Mailbox der BVKJ, der Landesverband, das Impfforum, das allgemeine Diskussionsforum Pädiskurs, Tipps&Tricks, das EDV-Forum meiner Praxis-Software, die Presarbeit, die DGAAP, die ATP und vieles mehr; neue Nachrichten erkenne ich am „roten Fähnchen“ – und was nicht interessiert, klicke ich weg. Die Kommunikation über PädInform: das „Braten im eigenen Saft“ hat ein Ende. Ich wünsche mir, dass alle Pädiater über dieses Forum erreichbar sind – auch in meiner langjährigen Eigenschaft als Bezirksobmann des BVKJ würde es mir die Arbeit sehr erleichtern, denn über die Funktion „Chronologie“ kann ich bei Ausmeldungen sofort sehen, wer die Nachricht bekommen hat.

Dr. Stephan Heinrich Nolte
35039 Marburg
E-Mail: stephan.nolte@uminfo.de

Red: ReH

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

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

(02 21) 6 89 09 21.



„Wir kommen lesefernen Eltern näher“



©altanaka – Fotolia.com

Interview mit Klemens Senger vom MVZ für Familien zum frühkindlichen Leseförderprogramm „Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“

Die erste Phase des bundesweiten Leseförderprogramms „Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziert und von der Stiftung Lesen durchgeführt wird, läuft aus. Dank des großen Engagements von rund 5.000 niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten haben seit 2011 rund 60 Prozent aller Familien eines von insgesamt 1,2 Mio. Lesestart-Sets erhalten.

Einer der teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte ist Klemens Senger vom Medizinischen Versorgungszentrum für Familien in Berlin, der sich von Anfang an für Lesestart eingesetzt hat. Zum Auslaufen der ersten Programmphase haben wir Klemens Senger zu seinen Erfahrungen mit Lesestart, zur Umsetzung des Programms in seiner Praxis und zum zukünftigen Umgang mit dem Thema „frühkindliche Sprach- und Leseförderung“ befragt:

Seit wann nehmen Sie am Lesestart-Programm teil?

Wir waren bereits bei der Kampagne „Lesestart – Die Lese-Initiative für Deutschland“ dabei, die dem bundesweiten frühkind-

lichen Leseförderprogramm „Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“ voranging. So richtig los ging es bei uns aber erst im Herbst 2011 mit der Auftaktveranstaltung zur ersten Programmphase, zu der wir die damalige Bundesministerin für Bildung und Forschung Annette Schavan bei uns in der Praxis begrüßen durften.

Wie informieren Sie die Eltern im Rahmen der U6 über Lesestart?

Lesen, Erzählen und Singen sind schon immer Themen gewesen, die wir im Rahmen der U6-Untersuchung angesprochen haben. Die Lesestart-Sets nutzen wir im Rahmen der U6 als Aufhänger, um mit den Eltern über diese Themen zu reden:

Mithilfe der Sets können wir ganz praktisch zeigen, wie wichtig es ist, dass Kinder schon früh mit Büchern in Berührung kommen. Besonders das Dingliche, das Anfassen, das Wiedererkennen von Gegenständen, die Zuordnung von Worten sind für Kinder in diesem Alter sehr wichtig und besonders gut kann dies meiner Meinung nach über das Singen vermittelt werden, was ja in den Lesestart-Materialien auch angeregt wird.

Lesestart
Drei Meilensteine für das Lesen



Wie reagieren die Eltern auf das Lesestart-Set?

Die Reaktion der Eltern ist je nach Bildungsgrad differenziert, aber grundsätzlich stehen die allermeisten Eltern dem Lesestart-Set positiv gegenüber und empfinden es als guten Anstoß. Den Eltern, die ohnehin schon vorlesen, erkläre ich, dass ich sie gern als Botschafter gewinnen möchte für die Eltern, die nicht zur U6 zu uns kommen – dies gilt vorwiegend für die bildungsbenachteiligten Familien. Ich animiere die vorlesenden Eltern dazu, das Lesestart-Set und ihr Wissen mitzunehmen z.B. in die Krabbelgruppen oder in die Kita und die anderen Eltern zu fragen, wie sie es zuhause mit dem Vorlesen halten oder ob sie Lesestart-Sets erhalten haben, sodass man ins Gespräch kommt und die vorlesenden Eltern einen Impuls in die Gruppen geben können, die man sonst nur schwer erreicht.

Haben Sie das Gefühl, die fokussierte Zielgruppe „leseferne Eltern“ erreichen zu können?

Man kommt den lesefernen Eltern auf jeden Fall ein Stück näher. Dadurch, dass wir hier Patienten unterschiedlicher Herkunft haben, ist Sprache und Sprachentwicklung ohnehin ein wichtiges Thema, das immer wieder angesprochen wird, und ich ermutige auch die Familien mit Migrationshintergrund, zuhause in der Muttersprache vorzulesen, da das oft leichter fällt und so eher zum Vorlesen motiviert.

Wie bewerten Sie das Lesestart-Programm insgesamt und die erste Programmphase im Speziellen?

Grundsätzlich ist das Lesestart-Programm ein ganz wichtiger Impuls. Das Vorlesen sollte Kinder im Alltag mit einer gewissen

Rhythmik und als Ritual begleiten, z. B. abends vor dem Schlafengehen, wo dann eine Geschichte vorgelesen wird und man zur Ruhe kommt. In vielen Familien ist dieses Ritual etabliert und wird durch das Lesestart-Programm nochmal bestärkt, in anderen muss man es erst anstoßen bzw. deutlich machen, dass bestimmte Verhaltensweise geändert werden müssen, beispielsweise dann, wenn die Eltern ihre Kinder „vor dem Fernseher parken“. Solche Verhaltensänderungen brauchen allerdings Zeit. Zusammenfassend lässt sich aber sagen, dass sich das Vorleseverhalten in die richtige Richtung bewegt.

Wie betten Sie das Thema „frühkindliche Leseförderung“ weiter in Ihre U6-Termine ein, wenn es nun vorerst keine Lesestart-Sets mehr gibt?

Ein Aufhänger, um über das Thema frühkindliche Sprach- und Leseförderung zu sprechen, wird auch weiterhin die (mehrsprachige) Kommunikation in den Familien sein: wie wichtig es ist, richtig zu formulieren, sich genau auszudrücken und mit diesen Kommunikationskompetenzen letztlich den Grundstein für einen erfolgreichen Bildungsweg zu legen. Auch werden wir weiterhin auf Institutionen wie Kinder- und Jugendbüchereien hinweisen und Eltern animieren, deren kostenlose Angebote in Anspruch zu nehmen. Tatsächlich haben wir festgestellt, dass die Angebote der Bibliotheken sehr gut angenommen werden und auch leseferne Eltern dort Zugänge finden und die Büchereien als Institutionen sehr hoch schätzen.

Red: ReH

Fortbildungstermine



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

September 2014

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.: 0221/68909-26/16, 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. Oktober 2014

Patientenorientierte Selbsterfahrung

Essen

Info: dr.kohns@t-online.de

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

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. November 2014

Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvkj e.V., in Verden

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

15.–16. November 2014

12. Pädiatrie zum Anfassen

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

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

22. November 2014

Patientenorientierte Selbsterfahrung

Essen

Info: dr.kohns@t-online.de

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

Februar 2015

21. Februar 2015

Patientenorientierte Selbsterfahrung

Essen

Info: dr.kohns@t-online.de

März 2015

6.–8. März 2015

Kongress für Jugendmedizin

des bvkj e.V., in Weimar

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-15/26, Fax: 0221/68909-78, (bvkj.kongress@uminfo.de) ②

19.–22. März 2015

12. Assistentenkongress in Köln

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-15/26, Fax: 0221/68909-78, (bvkj.kongress@uminfo.de) ②

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

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

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

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

Die Welt der Kinder im Blick der Maler

Verklärung Christi (Transfiguration) Nebenbei: Die Schilderung eines epileptischen Anfalls

Die „Transfiguration“ ist das letzte eigenhändig ausgeführte Werk des früh verstorbenen Raffael. Es behandelt die Offenbarung der menschlichen und göttlichen Doppelnatur Christi und vereint zwei Szenen, die sich in der Bibel nacheinander abgespielt haben. Jesus war mit seinen Jüngern auf den Berg Tabor gestiegen. Während des Gebets begannen sein Angesicht und seine Kleider in überirdischer Verklärung zu leuchten. Eine Stimme aus den Wolken sprach: „Das ist mein lieber Sohn, den sollt ihr hören.“ Während Christus auf dem Felsplateau des Berges als Lichtgestalt zwischen den Propheten Moses und Elias den erschrocken zu Boden stürzenden Jüngern erscheint, wird in der Ebene unterhalb des Felsens ein kranker Junge zu den Jüngern gebracht, damit sie ihm helfen sollen. Im Lukasevangelium heißt es: „Siehe, ein Geist ergreift ihn, dass er plötzlich aufschreit und reißt ihn hin und her, dass er schäumt, und weicht kaum mehr von ihm, wenn er ihn so zurichtet.“ Offensichtlich handelt es sich hier um die Schilderung eines epileptischen Anfalls.

Raffael gibt den epileptischen Schrei, die tonische Starre, die Bewusstlosigkeit und die Reaktion der Umgebung realistisch wieder. Die Jünger, die selbst nicht helfen können, verweisen den Vater an Christus, den Erlöser, der als Einziger Rettung bringen kann. Jesus heilt den Kranken dadurch, dass er den Dämon austreibt. Der Bibeltext war die Ursache dafür, dass man die Epilepsie bis in die Neuzeit hinein für eine durch Dämonen bedingte Krankheit ansah.

Der Maler stellt die beiden Zonen, die himmlische und die irdische, in einem deutlichen Kontrast dar. Die obere Szene ist in ein überirdisches Licht getaucht. Die Figuren der unteren Ebene sind plastisch modelliert, hier findet man kräftige Farbkontraste. Neben der expressiven Körperhaltung des Kranken wird auch die emotionale Ergriffenheit der Eltern herausgearbeitet. Der Künstler versteht es, physische und psychische Zustände des Menschen, aber auch göttliches Geschehen zur Darstellung zu bringen.

Raffael erhielt seine erste künstlerische Ausbildung bei seinem Vater, dem Maler und Dichter Giovanni Santi. Das geistige Klima an dem humanistisch gebildeten Hof seiner Heimatstadt Urbino wirkte prägend auf den empfänglichen und hochbegabten jungen Maler. Gegen 1500 setzte er seine Ausbildung in der Werkstatt von Pietro Perugino in Perugia fort, 1504 ging er nach Florenz und wurde 1508 von Papst Julius II. nach Rom berufen. Er nahm Anregungen von Leonardo und Michelangelo auf und wurde der bedeutendste Repräsentant der klassischen Hochrenaissance, die



Raffael, Verklärung Christi (Transfiguration), 1519-20, Pinacoteca Vaticana, Rom

© akg-images

von Klarheit, Harmonie und idealer Schönheit gekennzeichnet ist. Damit hat er die weitere künstlerische Entwicklung in Italien und Europa nachhaltig beeinflusst.

Mit der Steigerung von Kontrasten, der Gegenüberstellung unterschiedlicher Raumschichten, kühner Farbigkeit, ausgeprägten Bewegungsmotiven in der „Transfiguration“ verlässt er die abgeklärte Kompositionsweise der Hochrenaissance und öffnet damit den Weg zum Manierismus.

Dr. Peter Scharfe
Kinder- und Jugendarzt
Wilhelm-Weitling-Str. 3
01259 Dresden
E-Mail: pehescharfe@web.de

Red.: Kup

● Buchtipp



Fernanda Pedrina / Susanne Hauser
(Hrsg.)

Babys und Kleinkinder **Praxis und Forschung im Dialog**

Brandes & Apsel Verlag, 324 S., 29,90
€, ISBN 978-3-95558-038-4

Die analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Susanna Hauser hat mit der Kinderpsychiaterin und analytischen Entwicklungspsychotherapeutin Fernanda Pedrina in diesem zweiten Band des Jahrbuches der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse eine Sammlung aktueller deutschsprachiger und internationaler Arbeiten zusammengestellt, die sich der psychoanalytisch fundierten therapeutischen Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern widmen. In den letzten Jahren hat sich die Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT) als eigene Behandlungsform etabliert und wird in vielen Babyambulanzen (früher „Schreispprechstunden“) angeboten. Im Wesentlichen greift sie auf Erkenntnisse aus der Bindungstheorie zurück, somit auf die frühen Phasen der gegenseitigen Eltern-Kind-Wahrnehmung und Interaktion, deren Wur-

zeln pränatal gelegt werden und auch schon für die pränatale Beziehung von Bedeutung sind. Yvon Gauthier fasst in einem Übersichtsartikel die Ergebnisse zur Integration und Bedeutung der Bindungstheorie zusammen, während Suzanne Maiello den frühesten Spuren psycho-physischen Erlebens nachgeht und postuliert, durch eine Fallvignette unterlegt, dass die vorgeburtlichen „Proto-Erfahrungen“ das Säuglingsverhalten und die Mutter-Kind-Interaktion nachhaltig prägen. Bei Björn Salomonsson steht unter dem Titel „Die Musik des Containments“ die therapeutische Beziehung zum Baby, dem er sich als Aufgabeboden zur Verfügung stellt, im Vordergrund. Über eine angemessene erotische Beziehung der Eltern zum Baby als Grundlage eines lustvollen Erlebens des Säuglings reflektieren Paul Campbell und Frances Thomson-Salo in ihrem Beitrag zur Sexualität von Säuglingen im Kontext ihrer Beziehungen. Über die Väterarbeit in der Babyambulanz und die zunehmende Bedeutung einer Vaterschaftskonstellation berichten Barbara von Kalkreuth, Christiane Wiesler und Wolfgang von Kalkreuth: Vom Mann zum Vater der frühen Kindheit. Frank Dammasch, dessen „modernisiertes Kind“ ich unlängst rezensierte, berichtet über die männliche Identitätsbildung und stellt die These auf, dass bei sicheren Bindungsmustern geschlechtsspezifische Verhaltensweisen weniger dominieren. Fernanda Pedrina befasst sich mit posttraumatischen Störungen bei Mutter und Kind, deren Einschätzung und Bedeutung sich erst in der Begegnung mit dem Kind und seinen Bezugspersonen erfassen lässt. Tessa Baradon erläutert die therapeutische Umformulierung traumatisierter und traumatisierender Beziehungen im „Hier und Jetzt“ der Therapiesituation. Maria Mögel befasst sich in ihrem Beitrag „Wer bin ich und zu wem gehöre ich?“ mit der Bedeutung von Kontinuität und

Identität in der Entwicklung einer kohärenten Selbstorganisation bei Heim- und Pflegekindern. Aus der Eltern-Kind-Einheit des Kantons Thurgau stellt Silvia Reisch ein stationäres interdisziplinäres Behandlungsangebot vor: Hier wird neben einer Psychotherapie der Eltern und bei Bedarf auch der Kinder vor allem die Eltern-Kind-Beziehung in verschiedenen situativen Kontexten bearbeitet. Wie durch Schulung von Eltern und Krippenerziehern eine sichere Bindung gefördert werden kann, untersucht Karl Heinz Brisch mit SAFE®-Spezial in einer Studie in Kinderkrippen. Hier soll die Wirksamkeit bindungsorientierter Interventionen auf die Bindungsentwicklung nach Krippeneintritt im Vergleich zu einer Kontrollgruppe verglichen werden. Fallbeispiele zeigen, dass eine bindungsorientierte Schulung Krippenkindern helfen kann, sowohl zu ihrer Mutter als auch zu ihrer Bezugsbetreuerin eine sichere Bindung zu entwickeln.

Der Rezensent muss allerdings festhalten, dass eine bindungsorientierte Krippenbetreuung mit festen Betreuungspersonen, die von Anfang an für ein bestimmtes Kind emotional und als sichere Basis für das Kind verfügbar sind, allenfalls bei einer Tagesmutter, nicht aber in den Regeleinrichtungen der Realität entspricht. So ist vieles in dem Buch eher visionär denn real existierend, nichtdestotrotz sehr beherzigenswert. Nur kommen diese Erkenntnisse reichlich spät, die „normative Kraft des Faktischen“ hat vielerorts die frühkindliche Betreuung in zentralen Großeinrichtungen durch reine Versorgungs- und Zuständigkeitsmentalität zu einer „Wegverwaltung“ der Kinder degradiert.

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

Red.: ReH



Geburtstage im Oktober 2014

65. Geburtstag

Herr Michael *Barner*,
Tübingen, am 01.10.
Frau Dr. med. Annette *Walter-Pfeiffer*,
Hamburg, am 02.10.
Herr Dr. med. Erik *Peters*,
Ratzeburg, am 05.10.
Herr Dr. med. Wolfgang *Steinhoff*,
Nettetal, am 05.10.
Frau Ulrike *Werner-Jung*,
Kemnath, am 06.10.
Herr Dr. med. Friedemann *Bertholdt*,
Gerolstein, am 07.10.
Frau Gabriele *Motzer-Fischer*,
Bayreuth, am 10.10.
Frau Dr. med. Barbara *Schubert*,
Bad Blankenburg, am 10.10.
Herr Dr. Wolfgang K. *Ernst*,
München, am 11.10.
Frau Dr. med. Monika *Borst*,
Pleidelsheim, am 11.10.
Frau Dr. med. Gerlinde *Sälzer*,
Stuttgart, am 11.10.
Frau Dr. med. Susan *Richter*,
Berlin, am 15.10.
Frau Dr. med. Christel *Franz*,
Naumburg, am 17.10.
Herr Dr. med. Bruno *Sauter*,
Murrhardt, am 21.10.
Herr Jürgen *Hochfeld*,
Berlin, am 22.10.
Herr Dr. med. Reinhard *Schmidt*,
Bremerhaven, am 23.10.
Frau Dr. med. Kristine *Schmidt-Holz*,
Berlin, am 27.10.
Herr Dr. med. Gunther *Knapp*,
Schwieberdingen, am 28.10.
Frau Dr. med. Barbara *Knittel*,
Magdeburg, am 30.10.

70. Geburtstag

Herr Dr. med. Peter *Lauterbach*,
Winnenden, am 01.10.
Herr MR Dr. med. Dirk *Ermisch*,
Crimmitschau, am 05.10.
Herr Dr. med. Hans D. *Thaben*,
Coburg, am 09.10.
Frau Dr. med. Heidi *Pechmann*,
Dingelstädt, am 13.10.
Frau Dr. med. Siegrun *von Loh*,
Koto Kinabalu, am 19.10.
Herr Dr. med. Johannes *Burgemeister*,
Neustadt, am 22.10.

Frau Dr. med. Vera *Dietz*,
Küsnacht, am 25.10.

Frau Dr. med. Helgard *Goßmann*,
Neuburg, am 31.10.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Gudrun *Kelber*,
Lüneburg, am 03.10.
Frau Dr. med. Wieslawa *Lacheta*,
Erkrath, am 12.10.
Herr Dr. med. Hans Jörg *Lehr*,
Düsseldorf, am 13.10.
Frau Dr. med. Edelgard *Elliger*,
Bochum, am 14.10.
Frau Erika *Fröbel*,
Häven, am 17.10.
Herr MR Dieter *Schmidt*,
Oschersleben, am 18.10.
Herr Dr. med. Hans *Fritzenkötter*,
Lütjenburg, am 18.10.
Herr Dr. Dr. med. Rolf *Parentin*,
Treuen, am 22.10.
Frau Dr. med. Ute-Brigitte *Rupf*,
Uhldingen-Mühlhofen, am 23.10.
Herr Prof. Dr. med. Dietrich *Niethammer*,
Tübingen, am 24.10.
Herr Dr. med. Peter *Bansbach*,
Stuttgart, am 25.10.
Frau Dr. med. Heide *Nusselt-Bieg*,
Koblenz, am 30.10.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Karin *Bohn*,
Saarbrücken, am 04.10.
Herr Dr. med. Helmut *Niederhoff*,
Stegen, am 17.10.

81. Geburtstag

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

82. Geburtstag

Herr Dr. med. M. *Djamil Hereitani*,
Hamm, am 05.10.
Frau MR Dr. med. Edith *Bartsch*,
Schwerin, am 15.10.
Frau Dr. med. Irene *Banach*,
Recklinghausen, am 23.10.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Eva *Elsner*,
Zepernick, am 16.10.
Herr Prof. Dr. med. Jürgen *Natzschka*,
Hannover, am 18.10.
Herr Dr. med. Heinrich *Mattern*,
Göppingen, am 24.10.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Bärbel *Rickhey*,
Gelsenkirchen, am 06.10.
Frau Dr. med. Irmela *Otto*,
Hamburg, am 25.10.

85. Geburtstag

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

86. Geburtstag

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

87. Geburtstag

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

88. Geburtstag

Herr Prof. Dr. Dr. Hans Werner *Rott-
hauwe*, Alfter, am 16.10.

89. Geburtstag

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

91. Geburtstag

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

92. Geburtstag

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

94. Geburtstag

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

95. Geburtstag

Frau Dr. med. Eleonore *Geßner*, Lörrach,
am 02.10.
Herr Dr. med. Horst *Prenzel*, Hamburg,
am 30.10.

100. Geburtstag

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

Wir trauern um:

Dr. Gertrude *Otetea-Stemper*,
Ludwigshafen

Im Monat Juli durften wir 25 neue Mitglieder begrüßen

Inzwischen haben uns folgende Mitglieder die Genehmigung erteilt, sie auch öffentlich in der Verbandszeitschrift willkommen zu heißen:



Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Gabriele
Eberhardt
Herrn Dr. med. Martin Holder



Landesverband Hamburg

Herrn Dr. med. Martin Hasilik
Herrn Heiko Mattern



Landesverband Hessen

Frau Dr. med. Christine Kock
Frau Cosima
Sönnichsen-Höchst



Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Herrn Stefan Zutz



Landesverband Nordrhein

Herrn Sulaiman Al Sawaf
Frau Dr. med. Nina Amoah
Frau Anna Fritsch
Herrn Dr. med. Stefan Wüller



Landesverband Rheinland-Pfalz

Frau Dr. med. Beatrix Morbach
Frau Kathrin Schmieder
Herrn Gerd Zortea



Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Diana Huster
Frau Dipl.-Med. Petra Sens
Frau Dr. med. Heike Teichler



Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Dr. med. Stephanie Wiest



Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Jasmin Drewing
Frau Dr. med. Astrid Kiebler
Frau Dr. med. Karina Majorek

Sechsfach-Impfung

STIKO-konform auch Frühgeborene sicher impfen

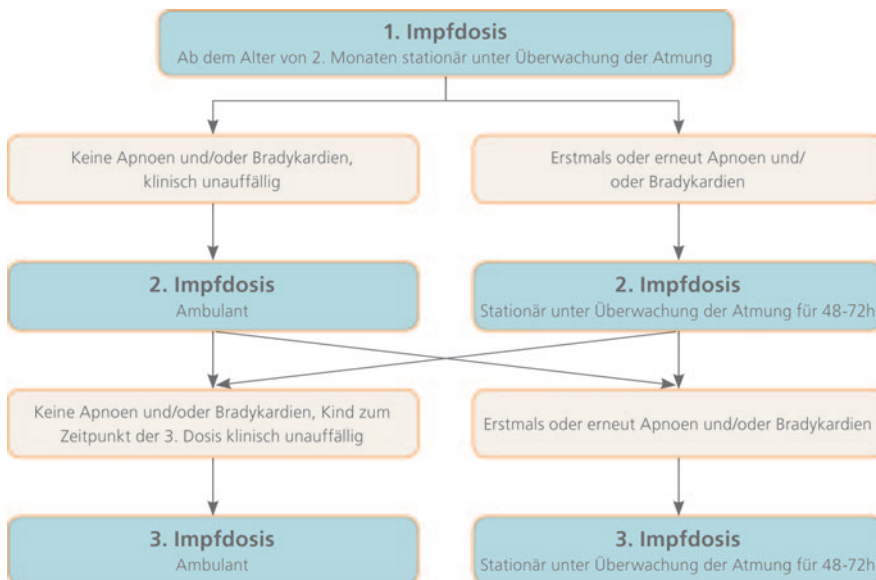


Abb. 1: Fluss-Schema zur Grundimmunisierung (d. h. für die ersten drei Dosen) von sehr unreifen Frühgeborenen (geboren vor der 28. Schwangerschaftswoche), nach: Stellungnahme der DAKJ12

9 Prozent aller Kinder in Deutschland kommen als Frühgeborene zur Welt (< vollendete 37. Gestationswoche).¹ Dies sind pro Tag 167 Kinder. Frühgeborene haben ein höheres Risiko, an Infektionskrankheiten zu erkranken.^{2,3} Häufig liegen aber gerade für diese Patientengruppe keine Daten zur klinischen Wirksamkeit und Verträglichkeit von Medikamenten vor.⁴ Ein frühzeitiger Impfschutz von Frühgeborenen entsprechend dem chronologischen Alter ist aber besonders wichtig.⁵ Infolge ihres unreifen Immunsystems haben frühgeborene Säuglinge normalerweise ein schlechtes Ansprechen auf Impfungen, wodurch der Schutz durch einen Impfstoff möglicherweise schwächer ist.

Bewährter Standard-Sechsfach-Impfstoff mit guten Daten für die Kleinsten

Bei dem seit Jahren eingesetzten, gut untersuchten und bewährten Standard-Sechsfach-Impfstoff Infanrix hexa® gibt es gute Daten für die Kleinsten der Kleinen: Bei 300 untersuchten Frühgeborenen war die Immunogenität vergleichbar mit reifgeborenen Säuglingen.⁶⁻¹⁰ Frühgeborene (24-36 Wochen), die im Alter von 2, 4

und 6 Monaten mit Infanrix hexa® geimpft wurden, erreichten auf alle in Infanrix hexa® enthaltenen Antigene seroprotektive/seropositive Immunantworten. Sicherheit und Verträglichkeit wurden bei 1.400 Frühgeborenen untersucht: Der Impfstoff war gut verträglich. Damit kann der Kinderarzt auch seinen frühgeborenen Schützlingen einen gesunden Weg ins Leben bereiten. Auch wenn Frühgeborene oftmals ihre erste(n) Impfung(en) in der

Klinik erhalten, hat dies praktische Relevanz für den niedergelassenen Kinderarzt. Die DAKJ gibt zudem Vorschläge zur praktischen Anwendung im Rahmen der Grundimmunisierung bei sehr unreifen Frühgeborenen (Abb. 1).^{11, 12}

Infanrix hexa® wird seit 13 Jahren angewandt und ist qualitativ hochwertig, sicher und gut verträglich. Mit dieser Sechsfach-Vakzine können auch frühgeborene Kinder STIKO-konform geimpft werden. Zum Wohle der Kleinsten kann der Pädiater mit einer möglichst geringen Zahl von Injektionen und ohne größere Nebenwirkungen ein Schutz vor sechs Erkrankungen erreichen.

Literatur:

- 1 Dt. Ärztbl. Int 2013; 110 (13): 227-36.
- 2 Hjulter et al. Clinical Infectious Disease 2007; 44:1051-1056.
- 3 Ruckinger et al. BMC Infectious Diseases 2010; 10: 2.
- 4 EMA ped regulation: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Presentation/2009/10/WC500004243.pdf.
- 5 Red book: Immunization in special circumstances, 1997.
- 6 FI Infanrix hexa. Stand:März 2014.
- 7 Omeñaca et al Pediatrics 2005; 116 (6): 1292-1298.
- 8 Omeñaca et al Pediatr Infect Dis J 2007; 26(9): 824-829.
- 9 Omeñaca et al. Pediatrics 2007; 119 (1): e179-e185.
- 10 Vázquez et al Atqua Paediatr 2008; 97 (9): 1243-1249.
- 11 Monatsschrift Kinderheilkunde 2013; 161 (10): 946-949.
- 12 http://dakj.de/media/stellungnahmen/infektionskrankheiten-impffragen/2013-grundimmunisierung-fruegeborene-ueberwachung-atmung_a.pdf

Mit freundlicher Unterstützung von GSK, München



Praxisbericht zum Einsatz von Efeu-Spezial-Extrakt EA 575®

Wirksame und gut verträgliche Therapieoption bei Atemwegserkrankungen

Bei Säuglingen und Kleinkindern ist Husten das dominierende Begleitsymptom von Atemwegserkrankungen und gehört zu den häufigsten Gründen für eine Vorstellung beim Kinderarzt. Der folgende Fallbericht aus der pädiatrischen Praxis von Dr. Christoph Lotz (Frankfurt am Main) zeigt, wie der Symptomkomplex des Hustens, einhergehend mit bronchialer Obstruktion und festsitzendem Schleim, mit dem Efeu-Spezial-Extrakt EA 575® (Prospan®) umfassend therapiert werden kann. Dabei ist auch die gute Verträglichkeit¹⁻⁴ des bewährten Phytopharmakons relevant für den Einsatz als Mittel der Wahl.

Anamnese

Die Mutter kommt mit dem elf Monate alten Anton in die Praxis. Laut Auskunft der Mutter haben sie und ihr Mann die Nacht kaum geschlafen, weil Anton immer wieder extrem, zum Teil bis zum Erbrechen, gehustet habe, sobald sie ihn abgelegt hatten. Ein deutliches Keuchen sei dabei zu hören gewesen. Auf dem Arm ging es Anton gut und er schlief auch immer wieder schnell ein. So habe die Mutter die Nacht im Sessel verbracht, während Anton bei ihr auf dem Bauch geschlafen habe. Am Tag zuvor sei Anton noch ganz unauffällig gewesen, habe normal gegessen, getrunken und gespielt.

Anton ist ein Adoptivkind, die familiäre Anamnese hinsichtlich Allergien der Eltern ist nicht bekannt. Anton hatte im frühen Herbst mit fünf Monaten schon einmal einen Infekt mit keuchendem Husten und konsekutivem Erbrechen. Anton wurde zur U3 das erste Mal vorgestellt

und hat sich seither unauffällig entwickelt, er wurde nach Stiko geimpft.

Befund

Die Untersuchung zeigte ein strahlendes, neugieriges und vergleichsweise wenig beeinträchtigtes Kind, die Nase verschnupft laufend, gelegentlich leicht obstruktiv hustend. Die Temperatur war 38,9 °C. Der Rachen war gerötet, deutlich tastbare zervikale Halslymphknoten, die Trommelfelle mit Paukenerguss, über den Bronchien hörte man auskultatorisch beidseits ein nur leicht verlängertes Expirium. Bei akuten Hustenanfällen hörte man auch auf Distanz deutlich die bronchiale Obstruktion, der Schleim war noch recht festsitzend.

Diagnose

Es handelte sich also am ehesten um einen Virusinfekt mit leichter bis mittlerer Obstruktion.

Therapie

Aufgrund des noch recht festsitzenden Schleims und der heftigen nächtlichen Hustenanfälle wurde Prospan® Hustensaft verordnet, 2 mal 2,5 ml, und abschwellende Nasentropfen bei Bedarf, d. h. nach Möglichkeit nur zur Nacht und Hochlagerung des Oberkörpers. Schmerzmittel nur bei klinischem Verdacht auf Schmerzen und Unwohlsein, die Mutter sollte das Kind nach Möglichkeit fiebern lassen.

Verlauf

Nach drei Tagen wurde Anton zur Verlaufskontrolle wieder vorgestellt. Der Allgemeinzustand war unverändert gut, das Fieber vorbei und der Husten, nach Aussage der Mutter, jetzt etwas schleimiger. Das Kind schlief, erhöht gelagert, jetzt auch wieder in seinem eigenen Bett im elterlichen Schlafzimmer, wenn auch immer noch mit acht bis zehn Hustenanfällen, aber in der letzten Nacht ohne Erbrechen.

Auskultatorisch waren jetzt auch grobblasige Rasselgeräusche zu hören, das Gieren war noch vorhanden, von der Tendenz aber etwas leichter, so dass ein β_2 -Sympathomimetikum nicht notwendig wurde. Nach einer weiteren Kontrolle drei Tage später war der Husten klinisch gut gelöst. Anton hustete wiederholt gut ab, das Gieren war nur noch bei forciertem Husten zu hören und die Nächte konnte Anton wieder weitgehend durchschlafen. Die Gabe von Prospan® wurde noch vier Tage weitergeführt und nach insgesamt zehn Tagen abgesetzt. Eine weitere Kontrolle wurde nicht vereinbart, nur im Fall einer Verschlechterung oder Unsicherheit der Mutter.



© Evgeny Atamanenko/Shutterstock.com

Fazit

Oftmals gibt bereits die Charakteristik des Hustens diagnostischen Aufschluss über die Ursachen und damit das Krankheitsbild. Im vorgestellten Praxisbericht lag eine virale Infektion, einhergehend mit leichten bis mittleren Obstruktionen, vor. Bewährt hat sich hier der Einsatz des Efeu-Spezial-Extrakts EA 575[®], der – anders als andere Expektorantien – nicht nur sekretolytisch⁴, sondern auch bronchospasmolytisch⁵ wirkt. In Folge dessen stellt sich ein antitussiver Effekt ein. Zudem sind für

einige der Inhaltsstoffe antiinflammatorische Effekte bekannt.⁶⁻⁷ So stellte sich unter der Prospan[®]-Gabe innerhalb kurzer Zeit eine Besserung des Beschwerdebildes ein, auf die Behandlung mit einem β_2 -Sympathomimetikum konnte verzichtet werden. Zudem zeigten sich während der Behandlung keinerlei unerwünschte Nebenwirkungen, was vor allem beim pädiatrischen Einsatz von großer Relevanz ist und die gute Verträglichkeit von Prospan[®] unterstreicht.

Quellen:

- 1 Kraft K et al., Z. Pythotherapie 25; 17-181, 2004. Retrospektive Datenerhebung, Auswertung der Aufzeichnung aus pädiatrischen Praxen anhand strukturierter Fragebögen, Zeitraum Januar bis Juni 2002, über 52.000 Kindern (0–12 Jahre), keine Erhebung der Anwendungsdauer.
- 2 Bolbot Y et al., Drugs of Ukraine; 11: 1-4, 2004.
- 3 Fazio et al., Phytomedicine; 16(1): 17-24, 2009.
- 4 Wolf A et al., Phytomedicine (2011); 18: 214-18.
- 5 Runkel F et al., Pharmazeutische Zeitung (2005); 4: 19-25.
- 6 Dos Santos MD et al., Biological & Pharmaceutical Bulletin (2006); 29: 2236-2240.
- 7 Park KH et al., Biological & Pharmaceutical Bulletin (2009); 32: 2029-2033.

*Nach Informationen der
Engelhard Arzneimittel GmbH & Co. KG,
Niederdorfelden*

Ausschreibung Hermann-Emminghaus-Preis 2015

Gesucht: Exzellente Arbeiten im Fach „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“

Bereits zum fünfzehnten Mal wird zum Gedenken an Hermann Emminghaus, den Pionier der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung, der Hermann-Emminghaus-Preis verliehen. Wissenschaftler können sich mit ihren Arbeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ab sofort unter www.emminghaus-preis.de für die durch die Lilly Deutschland GmbH (Bad Homburg) geförderte Auszeichnung 2015 bewerben. Der Preisträger wird mit der Hermann-Emminghaus-Medaille und einem Preisgeld in Höhe von 5.500 Euro gewürdigt. Bewerbungsschluss ist der 5. November 2014.

Der Hermann-Emminghaus-Preis ist der älteste kinder- und jugendpsychiatrische Forschungspreis im deutschsprachigen Raum. Er richtet sich an Wissenschaftler, die empirische Forschung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, insbesondere der biologischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, betreiben und in der Regel nicht länger als zehn Jahre im Fach wissenschaftlich tätig sind. Es können ausschließlich Arbeiten eingereicht werden, die noch nicht anderweitig ausgezeichnet

worden sind. Psychodynamisch, genetisch oder zerebralorganisch orientierte Forschung kommt ebenso für eine Bewerbung in Betracht wie epidemiologische, katamnestiche oder therapeutische Studien. Die Arbeit ist in deutscher oder englischer Sprache einzureichen. Die Verleihung des Hermann-Emminghaus-Preises 2015 wird Anfang März 2015 im Rahmen des XXXIV. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) in München stattfinden. Mit der

letzten Auszeichnung im Jahr 2013 wurde der Kinder- und Jugendpsychiater PD Dr. med. Timo Vloet vom Universitätsklinikum Aachen in Anerkennung seiner wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema „Neurobiologische Aspekte dissozialer Störungen“ geehrt. Weitere Informationen zum Hermann-Emminghaus-Preis und zu den Teilnahmebedingungen sind unter www.emminghaus-preis.de zu finden.

*Nach Informationen von Lilly Deutschland GmbH,
Bad Homburg*

Besuchen Sie Humana auf der DGKJ 2014, Stand D10.

Experte für Säuglingsnahrung bietet kontrollierte Qualität aus Deutschland

Muttermilch ist das Beste für Säuglinge. Doch laut aktueller Statistik ist die Stillbereitschaft in Deutschland initial hoch, sinkt jedoch stark innerhalb der ersten Lebensmonate: Nur etwa ein Viertel der Kinder in Deutschland werden sechs Monate lang ausschließlich gestillt.¹ Damit wird deutlich, dass jedes zweite Baby auf Säuglingsnahrung angewiesen ist und Empfehlungen zur Säuglingsernährung für viele Eltern, insbesondere beim ersten Kind, sehr wichtig sind. Laut einer repräsentativen Umfrage vertrauen knapp zwei Drittel (71 %) der Eltern darauf, dass sie bei Ernährungsfragen vom Kinderarzt gut und umfassend informiert werden.²

Nutzen Sie unser neues Informationsmaterial für Experten und zur Weitergabe an interessierte Eltern.

Qualität und Regionalität sind die Top-Kriterien für Säuglingsmilch

Humana ist der einzige Hersteller, der seine Milchnahrung zu 100 % in Deutschland produziert. Als mittelständisches und genossenschaftlich strukturiertes Unternehmen liegt bei Humana von der Kuh bis zur Babymilch alles in einer Hand. Die Milch, die Humana für die Säuglingsnahrung verarbeitet, stammt ausschließlich von 29 ausgesuchten Familienbetrieben aus der Region Herford, die sich zu strengsten Qualitätskriterien und GVO-freier Fütterung verpflichtet haben. Durch die regionale Nähe kann die Milch schnell angeliefert und schonend verarbeitet werden. Qualität, wissenschaftliche Expertise und Regionalität – das sind auch für Mütter beim Kauf von Säuglingsnahrung die wichtigsten Kriterien.³

Humana Anfangsnahrungen – optimierte Rezepturen, auch bei Allergierisiko

Alle Humana Anfangsmilchen und HA-Anfangsnahrungen enthalten seit 2013 eine optimierte Auswahl schonend verarbeiteter pflanzlicher Fette, Galacto-Oligosaccharide (GOS) und Nukleotide. Beibehalten wurde das bewährte Fettsäurenmuster und der Gehalt an langkettigen, mehrfach ungesättigten Omega-3- und Omega-6-Fettsäuren (LCP). Alle Anfangsnahrungen können im gesamten ersten Lebensjahr gefüttert werden.

Nicht gestillte Säuglinge mit erhöhtem Allergierisiko sollten im ersten Lebenshalbjahr gemäß den Empfehlungen zur Allergieprävention eine HA-Anfangsnahrung (mit partiell hydrolysiertem Molkenprotein, Typ pHF) trinken.^{4,5} Ein erhöhtes Allergierisiko liegt vor, wenn

mindestens bei einem Elternteil, Schwester oder Bruder eine Erkrankung aus dem atopischen Formenkreis wie Heuschnupfen, Neurodermitis oder allergisches Asthma vorliegt. Studien haben gezeigt, dass diese Säuglinge durch das konsequente Füttern mit einer HA-Nahrung bis ins Schulalter seltener ein Ekzem entwickeln als Säuglinge, die eine Säuglingsmilchnahrung auf Basis von intaktem Kuhmilchprotein erhalten haben.⁶ Diese Empfehlung ist der Mehrheit der Eltern mit Risikokindern bisher nicht präsent, wie eine aktuelle Befragung der Charité ergab.⁷

Humana Spezialnahrungen – sicher, wirksam und gut bekömmlich

Viele Babys leiden unter Verdauungsbeschwerden und Unverträglichkeiten, da ihr Gastrointestinaltrakt noch sehr empfindlich ist. Abgestimmt auf die Ernährungsbedürfnisse dieser sensiblen und erkrankten Kinder hat Humana in über 60 Jahren Forschung und Entwicklung bewährte Spezialnahrungen konzipiert.

Humana HN beispielsweise ist Deutschlands führende Heilnahrung zur diätetischen Behandlung von Durchfallerkrankungen. Humana HN gibt es auch mit MCT speziell für Patienten mit insuffizienter Fettverdauung. Bei Blähungen, Verstopfung und Drei-Monats-Koliken kann Humana Comfort, die Säuglingsmilchnahrung mit reduziertem Lactose-

	Humana HN	Humana HN mit MCT	Humana Elektrolyt	Humana Comfort	Humana AR	Humana SL
Bei Kuhmilcheiweißallergie			✓			✓
Bei Durchfallerkrankungen	✓	✓	✓			
Maldigestion, Malabsorption und Malnutrition		✓				
Lactoseintoleranz			✓			✓
Fructose- und Saccharoseintoleranz			✓	✓	✓	✓
Bei vermehrtem Aufstoßen und Spucken					✓	
Bei Verstopfung und Blähungen				✓		

gehalt, hydrolysiertem Eiweiß und einer besonderen Fettstruktur aus Milchfett, die Beschwerden des Säuglings lindern. Viele Säuglinge leiden unter Refluxbeschwerden. Humana AR mit dem natürlichen Quellstoff Johannisbrotkernmehl vermindert die Regurgitation bei Säuglingen signifikant.⁸ Haben Sie Fragen zu unserem Sortiment? Besuchen Sie uns auf der DGKJ, Stand D10 – wir freuen uns auf Sie!

Neue medizinische Folder für Experten



„Humana Anfangsnahrungen“ mit aktuellen Empfehlungen zur Allergieprävention, wissenschaftlichen Fakten zu den Produkten, Nährstoffangaben und Zutatenlisten.



„Humana Spezialnahrungen“ mit allen wichtigen Fakten zu unserem Sortiment für Babys mit Verdauungsbeschwerden und Unverträglichkeiten.

Zur Weitergabe an Eltern gibt es die Ratgeber „Milchnahrungen“ und „Verdauung“ mit Basiswissen und Tipps zur Säuglingsernährung, Allergieprävention sowie Fakten und Tipps rund um Babys Verdauung.

Bestellen Sie diese und weitere Informationsmaterialien unter expertenservice@humana.de oder Tel.: 05221 / 181-61 555.

Literatur

- 1 Lange C et al. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2007; 50: 624-633.
- 2 Humana Elternstudie – Gratifikation und Belastungen von Elternschaft. Repräsentative Befragung von Eltern kleiner Kinder bis zwei Jahre. März 2011.
- 3 „Mami 2.0“ – Umfrage unter n=800 Müttern durch www.mamilounge.de (2014).
- 4 Allergieprävention 2009. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 061/016. AWMF, Düsseldorf.
- 5 Koletzko B et al. Monatsschrift Kinderheilkunde 2013; 161: 237-246.
- 6 Berg von A et al. Allergologie 2012; 35(1): 32-43.
- 7 Bellach J et al. Posterpräsentation Dt. Allergiekongress 2013.
- 8 Horvath A et al. Pediatrics 2008; 122: e1268-e1277.

Nach Informationen von Humana GmbH, Herford

Kostenlos vom Hustenexperten Tussamag®

Servicepaket für mehr Spaß im Wartezimmer

Herbstzeit ist Erkältungszeit. Besonders häufig von Husten, Schnupfen und Co. betroffen sind Kinder. Zur Linderung der Hustensymptome ist der Wirkstoff Thymian (zum Beispiel in Tussamag®) eine gut verträgliche und für die ganze Familie geeignete Therapieoption. Für mehr Spaß im Wartezimmer können Kinderarztpraxen kostenlos das Tussamag®-Servicepaket, bestehend aus einer Schatzkiste und Kinderlesemalheften, bestellen.

Bewährter Wirkstoff aus der Natur

Ein Hustentherapeutikum, das seit fast 100 Jahren auf den pflanzlichen Wirkstoff Thymian setzt, ist Tussamag®. Ausschlaggebend für die bronchospasmolytische und expektorierende Wirkung des pflanzlichen Wirkstoffs sind die enthaltenen ätherischen Öle. Eine Anwendungsbeobachtung¹ unter 251 Kindern zeigte für Tussamag® Hustensaft N eine signifikante Besserung der einzelnen Hustensymptome zwischen 32 und 97 Prozent ($p < 0,001$). Dementsprechend beurteilten Ärzte und Patienten/Eltern die Wirkung mit über 91 Prozent als „sehr gut“ oder „gut“. Mit über 96 Prozent wird auch die Verträglichkeit als „sehr gut“ oder „gut“ bewertet.

Mehr Spaß im Wartezimmer

Um Kindern die Zeit in der Kinderarztpraxis kurzweilig zu gestalten, gibt es das Tussamag®-Servicepaket, bestehend aus Kinderlesemalheften und einer mit Thymianbonbons gefüllten Schatzkiste. Unter dem Motto „Die Mutprobe“ können Kinder in der Schatzkiste nach einem Bonbon suchen und sich im Wartezimmer mit dem Lesemalheft beschäftigen. Das Servicepaket ist kostenlos und solange der Vorrat reicht unter der Telefonnummer



Das Tussamag®-Servicepaket besteht aus Kinderlesemalheften und einer mit Thymianbonbons gefüllten Schatzkiste.

mer 0800-6020400 oder der Faxnummer 0800-6020401 zu bestellen.

Tussamag®-Produkte mit Thymian gibt es als Hustensaft (auch zuckerfrei) und Hustenlösung. Besonders praktisch für unterwegs sind die Thymian-Hustenbonbons.

Quelle:

- 1 J. Grünwald, H. Palissa, H.-J. Graubaum - Beleg der Kinderdosierung (1-11 Jahre) durch Anwendungsbeobachtung mit Tussamag® Hustensaft N bei akuter Bronchitis. Posterpräsentation, Phytotherapie-Kongress 2006, Berlin

Nach Informationen von Teva Pharmaceutical Industries Ltd., Ulm

Tussamag® Hustensaft N – Tussamag® Hustensaft N zuckerfrei

Wirkstoff: Thymiankraut-Fluidextrakt Zusammensetzung: -Hustensaft N: 100 g (entspr. 80 ml) Flüssigkeit enth. 9,0 g Fluidextrakt aus Thymiankraut (1:2-2,5), Auszugsmittel: Ammoniaklösung 10 % (m/m), Glycerol 85 %, Ethanol 90 %, Wasser (1:2:70:109). -Hustensaft N zuckerfrei: 100 g (entspr. 85,47 ml) Flüssigkeit enth. 9,0 g Fluidextrakt aus Thymiankraut (1:2-1:2,5); Auszugsmittel: Ammoniaklösung 10 % (m/m), Glycerol 85 %, Ethanol 90 % (V/V), Wasser (1:2:70:109). Sonst. Bestandt.: -Hustensaft N: Dickextrakt aus Kastanienblättern (4-6:1), Auszugsmittel: Wasser, Natriumbenzoat, Salzsäure 25 %, Glycerol 85 %, Gereinigtes Wasser, Saccharose-Wasser 1:0,5, Zuckercouleur E 150d. -Hustensaft N zuckerfrei: Kaliumsorbat, Citronensäure-Monohydrat, Zuckercouleur E 150d, Glycerol 85 %, Sorbitol-Lösung 70 % (nicht kristallisierend), Gereinigtes Wasser. Anwendungsgebiete Zur Besserung der Beschwerden bei Erkältungskrankheiten der Atemwege mit zähflüssigem Schleim und zur Besserung der Beschwerden bei akuter Bronchitis. Gegenanzeigen Überempfindlichkeit ggü. Thymian od. and. Lamiaceen (Lippenblütler), Birke, Beifuß, Sellerie od. einem der sonst. Bestandt. Warnhinw.: -Hustensaft N enth. 4 Vol.-% Alkohol und Saccharose (Zucker)! 20 ml Flüssigkeit enth. 13,25 g Saccharose (Zucker) entspr. ca. 1,10 BE. -Hustensaft N zuckerfrei enth. 4 Vol.-% Alkohol und Sorbitol! Schwangerschaft/Stillzeit: Nicht in Schwangerschaft und Stillzeit anwenden (ausr. Erfahrungen fehlen). Nebenwirkungen Überempfindlichkeitsreaktionen wie z. B. Dyspnoe, Exanthem, Urtikaria, Quincke-Ödem, Magen-Darm-Beschwerden wie Krämpfe, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall. Dosierung: Erw. und Heranwachsende ab 12 J.: 3-4-mal tgl. 20-30 ml, Schulkdr. (6-11 J.): 3-mal tgl. 15 ml, Kleinkdr. (1-5 J.): 2-3-mal tgl. 10 ml. Apothekepflichtig. Stand: 11/13

Zulassungsinhaber: ABZ-Pharma GmbH, Graf-Arco-Str. 3, 89079 Ulm

Pädiatrische Standardimpfung:

STIKO senkt das HPV-Impfalter von 12 auf 9 Jahre

Welche Maßnahmen sind geeignet, um die Impfquote gegen humane Papillomviren (HPV) in Deutschland zu erhöhen? Diese Frage beschäftigt Experten seit längerem. Denn trotz nachgewiesener Wirksamkeit und Sicherheit sowie jahrelanger Erfahrung aus praktischer Anwendung, z. B. mit Gardasil®, wird die HPV-Impfung in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern wenig genutzt¹. Darauf hat die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut jetzt reagiert: Ab sofort empfiehlt sie die HPV-Impfung für Mädchen zwischen 9 und 14, statt wie bisher 12 bis 17 Jahren².

Durch die angepasste Empfehlung liegt die Primärprävention beim Kinder- und Jugendarzt. Die frühe Erreichbarkeit der Mädchen ermöglicht es, hohe Impfquoten und so einen Bevölkerungsschutz zu erzielen.

Gebärmutterhalskrebs ist nach wie vor die dritthäufigste Krebserkrankung bei jungen Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren in Deutschland³. Verursacht wird dieser zu rund 70 Prozent durch persistierende Infektionen mit den Hochrisiko-HPV-Typen 16 und 18. Zur Reduzierung der Krankheitslast durch das Zervixkarzinom empfiehlt die STIKO darum seit mittlerweile sieben Jahren die HPV-Impfung für Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren⁴. Zur Impfung gegen HPV 16 und 18 stehen zwei Impfstoffe zur Verfügung: der bivalente Impfstoff Cervarix® und der tetravalente Impfstoff Gardasil. Wird der tetravalente HPV-Impfstoff gewählt, kann ein zusätzlicher Schutz vor den HPV-6/11-assoziierten Genitalwarzen aufgebaut werden⁵.

Die Evaluation der bisherigen Impfstrategie hat laut STIKO gezeigt, dass

neben der geringen Impfquote vermutlich etwa die Hälfte der gegen HPV geimpften Mädchen bereits vor der Impfung sexuell erfahren war². Die Absenkung der Altersempfehlung auf 9 bis 14 Jahre soll dazu beitragen, mehr Mädchen vor einer möglichen Infektion mit HPV-Viren zu impfen. „Im Fokus steht jetzt nicht mehr der Übertragungsweg, sondern die HPV-Impfung als empfohlene und sichere Standardimpfung. Das kann dazu beitragen, die HPV-Impfquote zu steigern“, kommentiert Michael Achenbach, Kinder- und Jugendarzt aus Plettenberg, die Empfehlung. Darüber hinaus spricht ein junges Immunsystem deutlich besser auf die Impfung an. Versäumte HPV-Impfungen empfiehlt die STIKO spätestens bis ins Alter von 17 Jahren, d. h. bis zum Tag vor dem 18. Geburtstag, nachzuholen. Die vollständige Impfschritte sollte vor dem ersten Geschlechtsverkehr abgeschlossen sein.

Zwei Impfschemata und ein neuer Impfanlass

Der tetravalente HPV-Impfstoff ist seit März 2014 für ein vereinfachtes Impfsche-

ma mit zwei Dosen bei 9- bis 13-jährigen Kindern zugelassen^{5,**}. Jugendliche im Alter von 14 Jahren und älter erhalten unverändert drei Impfstoffdosen in den Monaten 0, 2 und 6⁵ (siehe Abb.).

Das neue Impfschema (0, 6 Monate) gilt für Mädchen und Jungen im Alter von 9 bis 13 Jahren und kann als Alternative zum bestehenden 3-Dosen-Schema verwendet werden. Durch das 2-Dosen-Schema verringert sich der Aufwand für Arzt und Patient deutlich, da nur zwei Impftermine koordiniert bzw. wahrgenommen werden müssen. Dies kann die Akzeptanz und somit auch die Impfquote erhöhen. Ein idealer Impfanlass für die HPV-Impfung ab 9 Jahren ist die U11, die mittlerweile gut in der pädiatrischen Praxis etabliert ist. Zudem kann die HPV-Impfung zusammen mit den Auffrischimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Polio ab 9 Jahren verimpft werden.

Literatur

** Der bivalente HPV-Impfstoff ist seit Dezember 2013 für ein 2-Dosen-Schema bei 9- bis 14-jährigen Mädchen zugelassen⁵.

- Poethko-Müller C et al. Impfstatus und Determinanten der Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) bei Mädchen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGs-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGs Welle 1). Bundesgesundheitsbl 2014;57:869-877.
- Ständige Impfkommission des Robert Koch-Instituts (STIKO). Protokoll der 77. Sitzung. STIKO. 13./14. März 2014.
- World Health Organization. Human Papillomavirus and related cancers diseases report Germany. 2013.
- STIKO. Epidemiologisches Bulletin 2013;34:314-315.
- Sanofi Pasteur MSD. Fachinformation Gardasil®. Stand Juni 2014.
- GlaxoSmithKline. Fachinformation Cervarix®. Stand Dezember 2013.

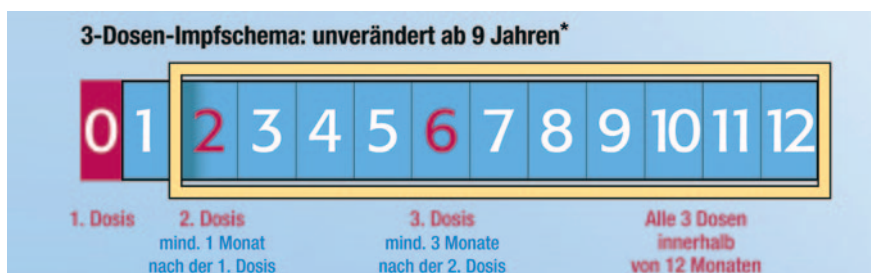


Abb.: Der tetravalente HPV-Impfstoff im 2- und 3-Dosen-Schema.
* Ausschlaggebend ist das Alter bei der ersten Impfdosis

Mit freundlicher Unterstützung der
Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen

Injektionshilfe SurePal™ ab sofort auch für Omnitrope® 15 mg

SurePal™ 15, ein innovativer Pen mit deutlichen Vorteilen

Zur Injektion des Wachstumshormons Omnitrope® benötigen Kinder und Jugendliche ein Device, das eine einfache und sichere Handhabung gewährleistet. Dafür wurde die innovative Injektionshilfe SurePal™ entwickelt. Seit Ende 2013 gibt es SurePal™ für Omnitrope® 5 mg und 10 mg. Ab sofort komplettiert der SurePal™15 für Omnitrope® 15 mg die SurePal™-Familie.

Zur Behandlung von Wachstumsstörungen injizieren sich die betroffenen Kinder und Jugendlichen Wachstumshormon Somatotropin (z. B. Omnitrope®). Eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Behandlung ist ein Pen, mit dem Kinder gut zurecht kommen. Der neue SurePal™15 bietet hier viele Vorteile – insbesondere für Patienten mit einer täglichen Dosis von 1 mg und darüber. Denn aufgrund der höheren Wirkstoffkonzentration (1,5 ml Injektionslösung enthält 15 mg Omnitrope®) lässt sich das Injektionsvolumen um ein Drittel (vs. 10mg / 1,5 ml) reduzieren.

Das geringere Injektionsvolumen verringert den Injektionsschmerz und fördert damit den Mut zur Injektion. Dies ist gerade bei Kindern ein wichtiger Aspekt im Hinblick auf eine gute Compliance. Zudem führt die höhere Wirkstoffkonzentration dazu, dass weniger Mehrfach-Injektionen erforderlich sind – auch dies stellt einen wichtigen Beitrag zu einer besseren Behandlungsmotivation der Kinder und Jugendlichen dar. Die praktischen Vorteile liegen darin, dass mit dem SurePal™15 seltener ein Patronenwechsel erforderlich ist und weniger Patronen im Kühlschrank gelagert werden müssen.

SurePal™, ein Pen der mitdenkt

Um Dosierfehler zu vermeiden, sind alle SurePal™ mit einer Besonderheit ausgestattet: die verordnete Dosis wird vorab eingestellt und bleibt so lange fixiert, bis eine neue Dosierung erforderlich ist. Beim SurePal™15 sind ebenso wie beim SurePal™10 Dosierschritte von 0,1 mg einstellbar, beim SurePal™5 lässt sich die Dosis sogar in 0,05 mg Schritten verändern.

Eine weitere, für Kinder sehr praktische Eigenschaft aller SurePal™ ist, dass die Pens quasi mitdenken. Reicht die Restmenge in

der Patroneneinheit nicht mehr für eine vollständige Injektion aus, merkt der Pen sich die Restdosis und injiziert nach dem Wechsel der Patrone diese automatisch, ohne dass sie neu eingestellt werden muss.

Die Patrone ist gebrauchsfertig, sobald sie in den Pen eingelegt wurde, ein Funktionstest ist nicht nötig. Verwechslungen sind ausgeschlossen, da nur die Patrone mit der korrekten Wirkstärke in den jeweiligen Pen passt (Schlüssel-Schloss-Prinzip). Zudem sind die verschiedenen Pens anhand ihrer farbigen Metallic-Lackierungen zu unterscheiden: SurePal™5 ist weiß, SurePal™10 ist grün und der neue SurePal™15 ist blau.

Studie belegt einfache, sichere Handhabung

An einer in Deutschland und USA durchgeführten Studie beteiligten sich 106 Patienten, darunter 45 Kinder und Jugendliche sowie 61 Erwachsene¹. Untersucht wurde, ob die Teilnehmer in der Lage sind, eine korrekte Injektion in ein Injektionskissen durchzuführen und den SurePal™ anschließend wieder auseinanderzubauen, ohne sich zu ver-

letzen. Knapp die Hälfte der Probanden hatte bereits Erfahrung mit einem Pen. Das Resultat war überzeugend: 93 % der Kinder und Jugendlichen und 92 % der Erwachsenen konnten die Injektion auf Anhieb erfolgreich in das Injektionskissen durchführen - zumeist ohne jede Hilfe, nur anhand der Gebrauchsanleitung. Dementsprechend stuft die überwiegende Mehrheit (insgesamt 92 %) den Injektionsvorgang als 'sehr einfach' oder 'einfach' ein. Sämtlichen Kindern bzw. Jugendlichen und 98 % der Erwachsenen gelang es anschließend, den Pen erfolgreich auseinanderzubauen, ohne sich an der Nadel zu verletzen.

Wie die Autoren betonten, zeigt die Studie, dass der neue SurePal™ einfach und sicher im Gebrauch ist und somit die effektive, langfristige Behandlung mit Wachstumshormon unterstützt.

Literatur

- 1 Rapaport R et al. (2013) Medical Devices: Evidences and Research 6:1-6

Autorin:

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Mit freundlicher Unterstützung der Sandoz Pharmaceuticals GmbH



Ab sofort steht der neue SurePal™ 15 zur Verfügung. Die große Mehrheit der Studienteilnehmer konnte den Pen problemlos bedienen.

Bei ADHS auf alle Facetten der Erkrankung achten

Emotionale Dysregulation – ein Kernproblem für viele ADHS-Patienten

Eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen verbreitete Störung, die mit erheblichen psychosozialen Beeinträchtigungen und einem hohen Leidensdruck verbunden sein kann. Die Diagnose und die Psycho- und Pharmakotherapie der betroffenen Patienten werden nicht nur durch die charakteristischen Kernsymptome der ADHS – Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität – erschwert. Die häufig auftretende emotionale Dysregulation sowie ein breites Spektrum an psychiatrischen Komorbiditäten tragen noch zur Beeinträchtigung bei. Im Rahmen der „8th International Conference on ADHD“ von MEDICE diskutierten internationale ADHS-Spezialisten vor dem Hintergrund der aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisse über die Bedeutung der emotionalen Dysregulation bei Kindern und Erwachsenen mit ADHS. Sie gaben den teilnehmenden Ärzten praktisch relevante Tipps zur Differenzialdiagnose und Therapie an die Hand.

Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und Impulsivität können die erheblichen Beeinträchtigungen, unter denen viele ADHS-Patienten und ihr familiäres und soziales Umfeld leiden, nicht alleine erklären. Nach den Worten von Dr. Philip Asherson, London, zeigen aktuelle Forschungsergebnisse, dass ein Großteil der ADHS-Patienten zusätzlich unter emotionaler Dysregulation leidet. Die Befunde deuten darauf hin, dass sich die emotionale Labilität über die gesamte Lebensspanne erstrecken kann und einen zusätzlichen Beitrag zur Beeinträchtigung bei ADHS leistet. Die betroffenen Patienten fallen durch emotionale Überreaktivität, affektive Labilität sowie Wut- und Temperamentsausbrüche auf^[1]. Nach der gegenwärtigen Datenlage geht die emotionale Dysregulation mit einer stärker ausgeprägten Kernsymptomatik der ADHS – insbesondere mit einem erhöhten Schweregrad der hyperaktiv-impulsiven Symptomatik – sowie mit einer stärkeren komorbiden Psychopathologie einher^[2]. Patienten mit ADHS und emotionaler Dysregulation sind in ihrem psychosozialen Funktionsniveau deutlich beeinträchtigt^[3]. Erwachsene mit ADHS sind besonders häufig betroffen: Emotionale Störungen sind in bis zu 90% der Fälle nachweisbar und gehören damit zu den Leitsymptomen der adulten ADHS^[4]. Die Diagnostik und Differentialdiagnostik von emotionaler Dysregulation sollte unter Berücksichtigung des Alters der Patienten durchgeführt werden.

Multimodale Therapie unterstützt die Emotionsregulation

Affektive Dysregulation und oppositionelles Verhalten lassen sich laut Prof. Dr. Manfred Döpfner, Köln, im Rahmen einer multimodalen Behandlung mit Hilfe psychotherapeutischer Ansätze deutlich verbessern. Daher rät der Experte, psychotherapeutische Maßnahmen sowohl in Patienten-fokussierte Interventionen als auch in das Eltern- und Lehrer-Training einzubinden. Metaanalytische Daten zeigen, dass die Kombination einer medikamentösen Therapie mit MPH und psychosozialen Interventionen bei Kindern mit ADHS besonders hohe Effektstärken erreicht, vor allem in Bezug auf das Verhalten in Schule und Familie^[6].

Nach den Ausführungen von Prof. Dr. Dr. Johannes Thome, Rostock, wird derzeit daran geforscht, die molekularen und zellulären Prozesse zu identifizieren, die bei ADHS aus dem Ruder laufen. Mittlerweile gibt es Hinweise auf Veränderungen in bestimmten Signalkaskaden und der Genexpression der Patienten. Diese scheinen insbesondere die CLOCK-Gene im Nucleus suprachiasmaticus zu betreffen, was wiederum ungünstige Auswirkungen auf die zirkadiane Rhythmik hat^[5].

Dr. Joaquín Fuentes, San Sebastian/ Spanien, hob hervor, dass bei ADHS mit emotionaler Dysregulation maximaler diagnostischer Spürsinn und ärztliches

Geschick gefragt ist. Denn die Störung der emotionalen Regulation kann eine behandelbare Grunderkrankung wie ADHS maskieren. Sie kann aber auch als reaktive Störung infolge der ADHS oder als Differentialdiagnose auftreten. In Bezug auf das therapeutische Vorgehen rät Fuentes, zunächst die medikamentöse Therapie der ADHS zu optimieren. Mit MPH in individualisierter Dosierung bekommt man in den meisten Fällen auch das Problem der emotionalen Dysregulation in den Griff. Das Bausteinsystem von Medikinet® und Medikinet® retard bietet dem Therapeuten die Möglichkeit einer optimalen Feineinstellung der Dosis. Dies erlaubt eine individuelle Therapie und bedarfsgerechte Einstellung. Falls sich die Affektregulation nicht bessert und die Patienten schwer beeinträchtigt sind, kann in einem zweiten Schritt der Einsatz eines Stimmungsstabilisators wie Valproat oder eines atypischen Antipsychotikums in Erwägung gezogen werden.

Literatur

- 1 Banaschewski T et al. J Child Psychol Psychiatry. 2012; 53: 1139-1148
- 2 Sobanski E et al. J Child Psychol Psychiatry. 2010; 51: 915-923
- 3 Bunford N et al. J Atten Disord 2014; Mar 29. [Epub ahead of print]
- 4 Rösler M, Retz W. Psychotherapie 2008; 13: 175-183
- 5 Baird AL et al. Mol Psychiatry 2012; 17: 988-95
- 6 Van der Oord S et al. Clin Psychol Rev 2008; 28: 783-800

Nach Informationen von Medice, Iserlohn.

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer

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

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/6 89 09-0

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag – Donnerstag

von 8.00–18.00 Uhr,

Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-11

christel.schierbaum@uminfo.de

Büroleiterin:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Bereich Mitgliederservice/Zentrale

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

bvkj.buero@uminfo.de

Bereich Fortbildung/Veranstaltungen

Tel.: 0221/68909-15/16,

Tfx.: 0221/68909-78

bvkj.kongress@uminfo.de

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag – Donnerstag

von 8.00–18.00 Uhr,

Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführer: Herr Klaus Lüft

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Tfx.: 0221/6890929

Ansprechpartnerinnen:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-27

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28

E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Prof. Dr. med. Stefan Zielen

E-Mail: stefan.zielen@kgu.de

Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. med. Christoph Kupferschmid

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de