

bvkJ.

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

Heft 5/09 · 40. (58.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Weimar 2009

Fortbildung:

Lymphadenitis colli

Berufsfragen:

Pädiatriezentrierte
Versorgung

Magazin:

Kinderspiele
im Blick
der Maler

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

© Heidi Velten



bvkj.

Über das Spielen der Kinder

Seite 341



Inhalt 5 | 09

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

Forum

- 285 **Editorial**
Wolfram Hartmann
- 286 **Das Leser-Forum**
- 287 **Facetten der Gewalt**
Christoph Kupferschmid
- 293 **Mein Tag**
- 294 **Immer mehr Jugendliche sind computersüchtig**
Regine Hauch
- 295 **Spezialambulanzen für Jugendliche mit Computersucht**
Regine Hauch
- 296 **Supplement Kongress Jugendmedizin**
Uwe Büsching
- 298 **Europa zum Anfassen**
Ulrich Fegeler
- 299 **Grillunfälle verhindern mit Paulinchen e.V.**
Regine Hauch

Fortbildung

- 300 **Lymphadenitis colli – ein Leitfaden für das diagnostische und therapeutische Vorgehen**
Markus Hufnagel, Reinhard Berner
- 312 **Internetsucht/Computersucht – eine Problematik für den Kinder- und Jugendarzt?**
Christoph Möller
- 322 **Consilium Infectiorum: Fluconazol bei rezidivierenden Candidavulvitiden**
Hans-Jürgen Tietz
- 324 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 327 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Steffen Sachse, Peter Müller

Berufsfragen

- 329 **Die pädiatriezentrierte Versorgung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis**
Martin Lang
- 332 **Praxisabgabe-Seminar des BVKJ**
- 333 **Wahlaufruf Landesverband Rheinland-Pfalz**
- 333 **Anmeldecoupon für Praxis-Homepage**
- 334 **Die ökonomische Seite der Medaille**
Hans-Juergen Merkel
- 335 **Anmeldung zum Intranet PädInform**
- 336 **Wahlkampf in Zeiten der Gesundheitsreform**
Wolfgang Gempp
- 338 **Interview mit Andreas Hoffmann MdL**
Wolfgang Gempp
- 339 **Standfest**
Ulrich Fegeler

Magazin

- 341 **Über das Spielen der Kinder**
Peter Scharfe
- 343 **Tagungen**
- 343 **Praxistafel**
- 344 **Fortbildungstermine des BVKJ**
- 345 **Hilfe zur Selbsthilfe am Ende der Welt**
Kirsten Stollhoff
- 347 **Buchtipps**
- 348 **Personalien**
- 350 **Nachrichten der Industrie**
- 356 **Wichtige Adressen und Impressum**

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage ein Flyer der Pädiatrie zum Anfassen, Berlin, eine Beilage der Deutschen Sarkoidose-Vereinigung gem.e.V., Meerbusch, sowie der Firma Nestlé Nutrition GmbH, Frankfurt, bei.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Serie: Vom Symptom zur Diagnose

Lymphadenitis colli – ein Leitfaden für das diagnostische und therapeutische Vorgehen



Dr. med.
Markus Hufnagel
Prof. Dr.
Reinhard Berner

Vergrößert tastbare Lymphknoten im Halsbereich sind ein häufiges Symptom in der pädiatrischen Praxis, das nicht selten zu Verunsicherungen – sowohl auf Seiten des Patienten/der Eltern, aber auch des behandelnden Arztes – bezüglich der Genese der Erkrankung und der notwendigen Diagnostik führt. Eine Überdiagnostik verursacht eine Verschwendung von Ressourcen (Zeit, Kosten) und unnötige Schmerzen (Blutentnahmen, Biopsien), wohingegen eine unterlassene Diagnostik die Prognose einer möglichen malignen Erkrankung verschlechtern kann oder den Beginn einer notwendigen kausalen Therapie unnötigerweise verzögert. Lymphknotenschwellungen im Kindesalter sind vor allem infektiöser Natur, aber sie gehören auch zu den häufigsten Zeichen einer malignen Erkrankung.

Bei vergrößerten Lymphknoten muss zwischen einer *Lymphadenopathie* mit breiter Differentialdiagnostik und einer entzündlich-bedingten *Lymphadenitis* unterschieden werden. Unter einer Lymphadenopathie versteht man eine Vergrößerung von Lymphknoten mit eventuell veränderter Konsistenz und möglicher Schmerzhaftigkeit, die Lymphadenitis beschreibt entzündlich-veränderte vergrößerte und in der Regel schmerzhafte Lymphknoten. Im Halsbereich wird ab einer Größe von 1 cm Durchmesser von vergrößerten Lymphknoten gesprochen.

Die Lymphadenitis colli ist in den allermeisten Fällen infektiös bedingt, allerdings gelingt der Erregernachweis nur selten

Epidemiologie

Kinder weisen vor allem innerhalb der ersten 5 Lebensjahre häufig vergrößerte Lymphknoten auf, da ihr Immunsystem konstant mit Umweltantigenen und Mikroorganismen konfrontiert wird und Lymphknoten die erste Abwehrstation beim Aufbau eines immunologischen Gedächtnisses darstellen. In einer älteren Zusammenstellung hatten 44% aller Kinder unter 5 Jahren im Rahmen einer pädiatrischen Routinevorstellung vergrößerte zervikale Lymphknoten, bei Vorstellungen mit Beschwerden wiesen sogar 64% der Patienten eine Lymphadenopathie auf [1]. Die Prävalenz von Lymphadenopathien variiert mit dem Lebensalter und der anatomischen Lokalisation. Kleine occipitale und retroaurikuläre Lymphknoten sind im Säuglingsalter häufig, während zervikale Lymphknoten häufiger jenseits des 2. Lebensjahres auftreten.

Pathogenese

Folgende pathogenetische Faktoren führen zu einer Vergrößerung von Lymphknoten:

- Zelluläre Proliferation von ortsständigen Zellen im Lymphknoten auf einen Antigenstimulus oder eine maligne Transformation
- Einwandern von Zellen in den Lymphknoten (z.B. Immun- oder Tumorzellen)
- Ablagerung von Fremdmaterialien (z.B. Lipide) innerhalb von Makrophagen

- Vaskuläre Erweiterung und Ödem
- Einschmelzung durch Nekrose

Ätiologische Ursachen einer Lymphknotenvergrößerung sind:

- Proliferation von Immunzellen auf ein infektiöses Agens (*infektiöse Lymphadenopathie*)
- Infektiöse Entzündungsreaktion im Lymphknoten (*infektiöse Lymphadenitis*)
- Proliferation von Immunzellen auf einen nicht-infektiösen Antigenstimulus (*immunologische Lymphadenopathie*)
- Neoplastische Proliferation von Lymphozyten oder Makrophagen (*Lymphom*)
- Infiltration von neoplastischen Zellen (*Metastase*)
- Infiltration von Makrophagen mit Ablagerung von Stoffwechselprodukten (*Speichererkrankung*).

Ätiologie

Über 80% der Lymphadenopathien im Kindesalter sind durch Infektionen verursacht. Genaue Daten liefern nur Studien mit Biopsieergebnissen [2, 3, 4], die aber in der Regel ein selektioniertes Patientengut darstellen und somit nicht notwendigerweise die Klientel der Primärversorgung wiedergeben. Häufigste Ursache in allen Studien ist eine unspezifische reaktive Hyperplasie (40–60%) ohne spezifische Diagnose oder Erregernachweis. Eindeutig als infektiös nachgewiesene Lymphadenitiden

sind für ein Drittel der Fälle verantwortlich. Die reaktiven Hyperplasien werden in den überwiegenden Fällen ebenfalls als infektiös verursacht angesehen. Das Verhältnis zwischen primärer Infektion durch ein lymphotropes infektiöses – meist virales – Agens oder einer bakteriellen Lymphadenitis colli variiert je nach Studie. In einer Studie aus Polen überwogen die bakteriellen Superinfektionen [3] im Verhältnis 10:1, während im Studienkollektiv aus Boston [2] und Cape Town [4] umgekehrt proportional die primären Infektionen dominierten.

Größte Besorgnis bei vergrößerten Lymphknoten bereitet Patienten/Eltern und betreuenden Ärzten die Möglichkeit einer malignen Erkrankung. Die Prävalenz der malignen Lymphadenopathie im Kindesalter ist jedoch niedrig (1–13% [2, 3, 4]), vor allem in einem nicht selektierten Patientengut einer pädiatrischen Praxis und in der hauptsächlich betroffenen Altersklasse der Vorschulkinder sollten diese Fälle sehr selten sein. Warnhinweise auf eine maligne Erkrankung sind supraklavikuläre Lokalisation, generalisierte Lymphadenopathie ohne eindeutige Ursache, ungeklärter Gewichtsverlust über 10%, Blutbildveränderungen (Anämie, Thrombozytopenie), Erhöhung der Blutsenkung und pathologischer Röntgen-Thorax ohne begleitenden Infekt der Atemwege.

Andere immunologische, endokrinologische und metabolische Erkrankungen sind seltene Ursachen einer zervikalen Lymphadenopathie. Tabelle 1 listet die möglichen Ursachen einer zervikalen Lymphadenopathie im Kindesalter auf.

Differentialdiagnostisches Vorgehen

Ausgangspunkt aller differentialdiagnostischen Überlegungen bei einer Lymphknotenschwellung sind folgende klinische Charakteristika, die bei jedem Patient anamnestisch und klinisch erhoben werden müssen:

1. **Ort:** *lokalisiert* vs. *generalisiert*. Bei lokalisierter Lymphknotenschwellung ist eine Unterscheidung zwischen *einseitigem* vs. *beidseitigem* Befall bei den differentialdiagnostischen Überlegungen hilfreich.
2. **Größe**
3. **Konsistenz:** *weich* vs. *derb* oder *hart*
4. **(Druck-)Schmerzhaftigkeit**
5. **Verschieblichkeit** auf der Unterlage bzw. **Verbackensein** untereinander
6. **Verlauf:** *akut* (weniger als 14 Tage bestehend) vs. *chronisch* (länger als 14 Tage bestehend) mit/ohne *Progression*

Erkrankungsgruppen	Erkrankungen
Infektion	
Bakteriell	Aktinomykose, anaerobe Bakterien , Anthrax, atypische Mykobakteriose , Bartonella spp. (Katzenkratzkrankheit) , Borreliose (Lyme-Erkrankung), Brucellose, <i>Chlamydien spp.</i> , Diphtherie, Francisella tularensis (Tularämie) , <i>Haemophilus spp.</i> , Gram-negative Bacilli, Leptospirose, Lues, Lymphogranuloma venereum, Mycoplasma pneumoniae , <i>Nocardia spp.</i> , <i>Pasteurella multocida</i> , Rattenbissfieber, Staphylococcus aureus , <i>Streptococcus agalactiae</i> , Streptococcus pyogenes , <i>Streptococcus viridans</i> , Tuberkulose , Typhus, <i>Yersinia pestis</i>
Fungal	Aspergillose, Blastomykose, Coccidioidomykose, Cryptokokkose, Histoplasmose, Paracoccidioidomykose, Sporotrichose
Parasitär	Filariasis, Leishmaniasis, Malaria, Toxoplasmose, Trypanosomiasis
Viral	Adenoviren , CMV , Dengue-Fieber-Virus, Enteroviren , EBV , Hepatitis B-Virus, Herpes simplex-Virus, Humanes Herpes-Virus 6/8, HIV , Influenzaviren , Masernvirus, Mumpsvirus, Parvovirus B19, Rhinoviren , Rötelnvirus
Maligne Lymphoproliferation	Leukämie , M. Hodgkin , Non-Hodgkin-Lymphom
Maligne Infiltration	Metastasen (z.B. Nephroblastom, Plattenepithelcarcinome, Sarkome)
Immunologisch	
Autoimmunologisch	Autoimmun-lymphoproliferatives Syndrom, Churg-Strauss-Erkrankung, Dermatomyositis, Kawasaki-Erkrankung, Juvenile idiopathische Arthritis (v.a. M. Still), Sarkoidose, Systemischer Lupus erythematodes
Immunologisch-lymphoproliferativ	Chronisch-granulomatöse Erkrankung, Castleman-Erkrankung, Hereditäre Fiebersyndrome, Kikuchi-Syndrom, Lymphohistiozytose, Posttransplantations-proliferative Erkrankung, Postvaktion, Rosai-Dorfman-Erkrankung, Serumkrankheit
Medikamentös	Allopurinol, Aspirin, Atenolol, Barbiturate, Captopril, Carbamazepine, Cephalosporine, Dapson, Gold, Hydralazin, Iodid, Isoniazid, Penicilline, Phenobarbital, Phenytoin, Primidon, Procainamid, Pyrimethamin, Quinidin, Sulfonamide, Sulindac, Tetracycline
Speichererkrankung	Amyloidose, Lipidspeichererkrankungen (z.B. M. Gaucher, M. Niemann-Pick)
Endokrinologisch	Addison-Erkrankung, Hypo- und Hyperthyreoidismus

Tab. 1: Ätiologische Ursachen für zervikale Lymphadenopathien in alphabetischer Reihenfolge, häufige Erkrankungen sind hervorgehoben

Kommt eine infektiöse Ursache in Frage, muss spezifisch nach folgenden Konstellationen gefragt werden:

- **Lokale Infektsymptome** im Drainagegebiet der betroffenen Lymphknoten (siehe auch Tab. 2)
- **Kontakt zu Infektionserkrankungen** in der Umgebung (z.B. okzipitale Lymphknotenschwellung und Rötelfälle in der Umgebung)
- **Nahrungsmittlexposition** (z.B. unpasteurisierte Milchprodukte bei Brucellose)
- **Tierkontakte** incl. Insektenstiche (z.B. Nagetiere bei Tularämie, Katzen bei Katzenkratzkrankheit)
- **Impfstatus**
- **Reiseanamnese** (tropenspezifische Lymphadenitiden, z.B. Trypanosomiasis)
- **Geschlechtsverkehr** bei Jugendlichen und Adoleszenten (z.B. Risiko für HIV und andere sexuell-übertragene Erkrankungen)

Darüber hinaus muss die Einnahme von *Medikamenten* mit potentieller Immunproliferation eruiert werden (siehe Tab. 1).

In den meisten Fällen einer Abklärung von Lymphknotenvergrößerungen erlauben Anamnese und klinischer Befund eine ätiologische Zuordnung und entscheiden über die Notwendigkeit einer weiteren Diagnostik.

Die Abklärung einer zervikalen Lymphknotenschwellung erfolgt schrittweise. Die erste Frage, die zunächst beantwortet werden muss, ist, ob eine „*physiologische*“ oder eine *pathologische* Lymphadenopathie vorliegt.

Frage 1: „physiologische“ vs. pathologische Lymphadenopathie

Liegt eine „physiologische“ Lymphadenopathie vor, kann auf eine weiterführende Diagnostik verzichtet werden. Hinweise auf eine „physiologische“ Lymphadenopathie sind:

- Größe unter 1 cm (bzw. unter 1,5–2 cm im Kieferwinkel). Die Größenangaben sind nicht absolut, sondern als Anhaltspunkt und immer im Kontext mit weiteren Charakteristika zu sehen!
- Weiche, elastische Konsistenz
- Gute Verschieblichkeit
- Fehlender Schmerz (spontan oder auf Druck)
- Fehlende lokale Entzündungsreaktion
- Patient im Kleinkind- oder frühen Schulalter

Alle anderen Befundkonstellationen weisen auf eine pathologische Veränderung hin. Bestehen anamnestisch oder klinisch Zeichen einer pathologischen Lymphknotenschwellung, wird in einem zweiten Schritt zwischen einer lokalisierten oder generalisierten Lymphadenopathie unterschieden.

Frage 2: lokalisierte vs. generalisierte Lymphadenopathie

Lymphknotenschwellungen im Halsbereich können lokalisiert oder als Teil einer generalisierten Lymphadenopathie auftreten. Deshalb gilt es, immer *alle Lymphknotenstationen* zu untersuchen incl. Ultraschalluntersuchung des Abdomens und ggf. einer Röntgenuntersuchung des Thorax. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass ein lokalisiertes Auftreten Erstsymptom einer generalisierten Lymphadenopathie sein kann, weshalb Verlaufsuntersuchungen bei initial nicht eindeutiger Diagnose unabkömmlich sind.

Eine **lokalisierte Lymphadenopathie** erfordert immer eine genaue Inspektion aller Regionen, die im Abflussgebiet des betroffenen Lymphknotens liegen. Dabei ist auf Haut- und Schleimhautveränderungen, potentielle Eintrittspforten und andere Entzündungszeichen (z.B. Zahnkaries, Gelenkschwellungen u.a.) zu achten. Dazu ist die Kenntnis der anatomischen Drainagegebiete nötig (Tab. 2 und Abb. 1).

Tab. 2: Lymphatischer Abfluss im Kopf- und Halsbereich (siehe auch Abb. 1)

Lymphknotengruppe	Anatomische Abflussgebiete
Occipital	Hintere Kopfhaut, äußeres Ohr
Postaurikulär	Parietale und temporale Kopfhaut
Präaurikulär	Vordere und temporale Kopfhaut, Orbita, vorderer äußerer Gehörgang, Ohrmuschel, laterale Konjunktiven
Parotidal	Stirn und temporale Kopfhaut, Mittelgesicht, äußerer Gehörgang, Mittelohr, Gaumen, Gl. parotis
Submandibulär	Wange, seitliche Nase, Unterlippe, vordere Zunge, Wangenschleimhaut, Mundboden, Kieferhöhle, Gl. submandibularis
Submental	Zentrale Unterlippe, vorderer Mundboden
Retromandibulär	Nase, Pharynx, supraglottischer Larynx, Tonsillen, Hypopharynx, hintere Zunge, Gl. parotis
Oberflächlich jugulär	Unterer Larynx, unterer äußerer Gehörgang, Gl. parotis
Tief jugulär – superior	Tonsillen, Adenoide, hintere Kopfhaut, Nacken, Zunge, Hypopharynx, Larynx, Schilddrüse, Gaumen, Nasenschleimhaut, Ösophagus, paranasale Sinus, andere zervikofaziale Lymphknoten
Tief jugulär – inferior	Nacken, oberflächliche Pektoralisregion, infraglottischer Larynx, Schilddrüse, oberer Ösophagus, superio-re tiefe juguläre Lymphknoten
Supraclavikulär	Thorax, Abdomen

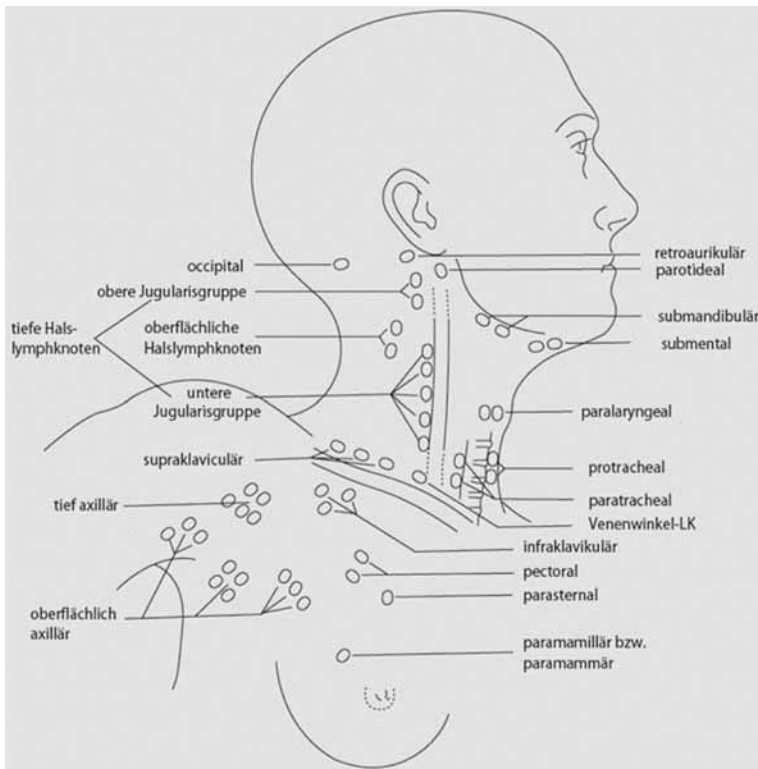


Abb. 1: Anatomie der Lymphknoten im Kopf- und Halsbereich (Abbildung aus Monatsschrift Kinderheilkunde 2006;154:1133-1142)

Die dritte Frage, die es durch Anamnese und Untersuchungsbefund zu beantworten gilt, ist die Unterscheidung zwischen einem infektiös-reaktiven vs. malignen Geschehen. Beide Geschehen sind für die überwiegende Mehrheit der Lymphadenopathien im Kindesalter (ca. 95%) verantwortlich.

Frage 3: infektiös-reaktive vs. maligne Lymphadenopathie

Für einen *infektiös-reaktiven* Prozess einer Lymphadenopathie im Kindesalter sprechen:

- Jüngerer Alter, vor allem zwischen 3 und 5 Jahren
- Wechselnde Größe der Lymphknotenschwellung
- Zervikale Lokalisation vor dem M. sternocleidomastoideus

- Begleitende lokale Infektsymptome (z.B. Atemwegsinfekt, Hautläsionen, Neurodermitis u.ä.)
- Weiche Konsistenz, evtl. mit Fluktuation bei Einschmelzung
- Einzeln abgrenzbare Lymphknoten
- Gute Verschieblichkeit auf der Unterlage
- Druckschmerzhaftigkeit
- Lokale Entzündungsreaktion mit Überwärmung, Rötung, evtl. bläulich-livider Verfärbung

Der Verlauf ist nicht immer ein verlässlicher Differenzierungsparameter, da Infektionen sowohl akut (z.B. bakteriell-eitrige Lymphadenitis colli) als auch mit längerem Verlauf (z.B. atypische Mykobakterien, Katzenkratzkrankheit) auftreten können.

Im Gegensatz hierzu weisen *maligne* Lymphknotenvergrößerungen folgende Charakteristika auf:

- Alter oft jenseits des 5. Lebensjahres
- Größe über 2 cm
- Längerer Verlauf (Ausnahme: akuter Verlauf bei Non-Hodgkin-Lymphomen, die eine akute Infektion imitieren können!)
- Progression mit Größenzunahme
- Supraclaviculäre oder zervikale Lokalisation *hinter* dem M. sternocleidomastoideus
- Allgemeinsymptome wie Müdigkeit, Leistungsschwäche, Gewichtsverlust über 10%
- Harte Konsistenz (vor allem auf Metastasen hinweisend)
- Mehrere, miteinander verbackene Lymphknotenpakete (typisch für Lymphome)
- Keine Verschieblichkeit auf der Unterlage (vor allem bei Metastasen typisch)
- Keine Schmerzhaftigkeit (kann bei Lymphomen gering ausgeprägt sein)
- Keine lokale Entzündungsreaktion

Neben der Anamnese und dem Untersuchungsbefund hilft die Sonografie differentialdiagnostisch weiter. Sie sollte deshalb jeder weiteren Diagnostik vorangestellt werden. Tabelle 3 listet die wichtigsten sonografischen Unterscheidungsmerkmale.

Sprechen Anamnese, Untersuchungsbefund und die Sonografie für einen infektiösen Prozess, helfen vier „Szenarien“, die Differentialdiagnose einzugrenzen (*akut-einseitige, akut-beidseitige, chronisch-einseitige* und

Tab. 3: Sonografische Unterscheidungsmerkmale zwischen infektiös-reaktiver vs. maligner Lymphadenopathie

	Infektiös-reaktive Lymphadenopathie	Maligne Lymphadenopathie
Lymphknoten	Einzeln, nicht verbacken	Einzeln, miteinander verbacken
Größe	Jede Größe	Vor allem > 2 cm Durchmesser
Längs-Quer-Ratio	> 2	< 2
Form	Ovalär	Rundlich
Echogenität	Unterschiedlich	Echoarm
Homogenität	In der Regel inhomogen	Eher homogen
Anatomie	Erhalten mit intaktem Hilus und Marksinus	Zerstört mit fehlendem Hilus und Marksinus
Durchblutung	Variabel <i>Akut-entzündlich</i> → stark vermehrt <i>Subakut-chronisch</i> → gering vermehrt	Meist gering

chronisch-beidseitige Lymphadenitis, siehe Tab. 4). Dabei entstehen die Symptome der akut-entzündlichen Erkrankungen innerhalb weniger Tage, die der subakut- bis chronisch-entzündlichen nach Wochen, eventuell Monaten (i.d.R. > 2 Wochen).

Akute einseitige Lymphadenitis colli

Die akute bakterielle Lymphadenitis colli ist der Hauptvertreter der akut-einseitigen Lymphadenitiden. Sie wird durch typische „pyogene“ Erreger wie *S. aureus*, *S. pyogenes*, aber auch Anaerobier der Mundflora verursacht und ist oft Folge eines Infektfokus im Drainagebereich der betroffenen Lymphknoten (z.B. obere Atemwegsinfekte, Impetigo, dentaler Fokus). Die häufigste Lokalisation ist submandibulär (> 50% der Fälle). Die Patienten haben häufig Fieber und der Lokalbefund zeigt eine lokale Entzündungsreaktion mit Rötung (Abb. 2), Druckschmerz und ggf. Fluktuation bei beginnender Einschmelzung. Letztere kann sicherer sonografisch als klinisch nachgewiesen werden. Laborchemisch können eine Leukozytose und eine Erhöhung der systemischen Entzündungsparameter CRP und BSG vorliegen. Therapie der Wahl ist eine systemische Antibiotikatherapie, deren Ansprechen auch differentialdiagnostisch verwertet wird. Bei jeder akut aufgetretener, einseitiger Lymphadenitis colli kann ein ausreichend langer (d.h. mindestens 10-tägiger) antibiotischer Therapieversuch vor jeder weiterer Diagnostik erfolgen, vor allem bei Fieber, reduziertem Allgemeinzustand und lokalem Druckschmerz. Antibiotika der Wahl sind orale Cephalosporine der Cefadroxil-Gruppe und Clindamycin (v.a. in Regionen mit „community-acquired“ Methicillin-resistentem *S. aureus*, CA-MRSA). Besteht der Verdacht auf eine Mitbeteiligung anaerober Bakterien am Infektionsprozess, wird neben Clindamycin auch Amoxicillin + Clavulansäure eingesetzt. Bei deutlich beeinträchtigtem Allgemeinzustand sollte die Therapie initial parenteral erfolgen, in diesem Fall kommen neben den Cephalosporinen der Cefuroxim-Gruppe auch Oxacilline zum Einsatz. Bei V.a.



Abb. 2: Akute bakterielle Lymphadenitis colli rechts bei einem 4-jährigen Jungen.

CA-MRSA und reduziertem Allgemeinzustand wird zusätzlich die Gabe von Vancomycin empfohlen. Eine seltene, aber schwerwiegende Begleitkomplikation bei Lymphadenitis colli ist das Lemierre-Syndrom. Darunter versteht man eine sekundäre septische Thrombophlebitis der V. jugularis interna im Rahmen einer akuten oropharyngealen Infektion mit der Gefahr metastatischer Absiedelungen. Häufigster kausaler Erreger ist *Fusobacterium necrophorum*, ein anaerobes, gram-negatives Bakterium. Antibiotika der Wahl sind hier Clindamycin, Metronidazol oder Ampicillin-Sulbactam bzw. Amoxicillin-Clavulansäure. Auch andere, klassische „pyogene“ Erreger wie *S. aureus* oder *S. pyogenes* können ein Lemierre-Syndrom auslösen. Bei Abszedierung muss neben der antibiotischen Therapie eine operative Inzision und Drainage mit mikrobiologischer Materialgewinnung (für Kultur und ggf. PCR) durchgeführt werden.

Bei akuter einseitiger Lymphadenitis colli – auch ohne Fieber – sollte immer eine 10–14-tägige Antibiotikatherapie erwogen werden

Klinik	Häufige Erreger	Seltene Erreger	Sehr seltene Erreger
Akut einseitig	<i>Staphylococcus aureus</i> <i>Streptococcus pyogenes</i> Anaerobe Bakterien	<i>Streptococcus agalactiae</i> <i>Streptococcus viridans</i> Gram-negative Bacilli	<i>Francisella tularensis</i> <i>Yersinia pestis</i>
Akut beidseitig bzw. generalisiert	Epstein-Barr-Virus Cytomegalie-Virus Adenovirus Enterovirus Rhinovirus Influenzavirus <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Humanes Herpesvirus 6 Parvovirus B19	Rötelnvirus Masernvirus Mumpsvirus <i>Corynebact. diphtheriae</i>
Chronisch einseitig	Atypische Mykobakterien Bartonella spp.	<i>Mycobact. tuberculosis</i> Actinomyces spp.	Nocardia spp. Sporotrichosis spp. Aspergillus spp.
Chronisch beidseitig bzw. generalisiert	Epstein-Barr-Virus Cytomegalie-Virus	Humanes Immundef.-Virus <i>Toxoplasma gondii</i> <i>Treponema pallidum</i>	Brucella spp. Histoplasma spp.

Tab. 4: Infektiöse Ätiologie der zervikalen Lymphadenopathie

Bei subakuter bis chronisch einseitiger Lymphadenitis colli sollte immer ein Tuberkulin-Hauttest erfolgen

Das **ulzeroglanduläre Fieber**, verursacht durch *Francisella tularensis*, dem Erreger der **Tularämie** ist in Deutschland selten, allerdings wird in jüngster Zeit eine Zunahme der Fälle (auch im Kindesalter) beobachtet [5]. Die Ansteckung erfolgt über direkten Kontakt mit Nagetieren (sog. Hasenpest) oder über Insektenstiche. An der Inokulationsstelle zeigt sich nach wenigen Tagen eine Papel, später im Verlauf eine Ulzeration. Die Lymphknotenschwellung entwickelt sich subakut über 1–2 Wochen und führt häufig zur Ulzeration und Abszedierung. Die Diagnose wird entweder serologisch (in Speziallaboren) oder kulturell bzw. mittels PCR aus Biopsiematerial gestellt. Therapie der Wahl ist intravenöses Gentamicin.

Empfohlene Diagnostik bei *akuter einseitiger Lymphadenitis colli*:

- Differentialblutbild, CRP, BSG
- Antibiotikatherapie ex juvantibus über 10–14 Tage

Chronische einseitige Lymphadenitis colli

Sie entwickelt sich schleichend über mehrere Wochen und ist in erster Linie durch nicht-pyogene Bakterien verursacht.

Keine Lymphknotenbiopsie bei V.a. atypische Mykobakterieninfektion wegen der Gefahr einer überschießenden Immunreaktion

Häufige Ursache im Kleinkindesalter ist eine Lymphknoteninfektion durch **atypische / nicht-tuberkulöse Mykobakterien (NTM)**. Die Erreger kommen ubiquitär vor und werden oral, in erster Linie über Erde oder Schmutz aufgenommen. Man vermutet einen Zusammenhang zu Schleimhautläsionen z.B. im Rahmen des Zahnwechsels. Bei älteren Patienten sollte auch nach einer Ingestion von unpasteurisierten Milchprodukten gefragt werden. Die Infektion tritt in über 90% der Fälle einseitig auf und meist sind submandibuläre Lymphknoten (60–70%) betroffen. Die Schwellung entwickelt sich langsam über mehrere Wochen und bereitet den Kindern typischerweise keine Schmerzen. Bei oberflächlicher Lage imponiert eine rötlich-livide Verfärbung und der Lymphknoten neigt dann zur Perforation (Abb. 3). Diagnostisch hilft neben der typischen Klinik und dem klas-

sischen Alter (2.–5. Lebensjahr) die positive Kreuzreaktivität im Tuberkulin-Hauttest. Bei subakuter bis chronischer einseitiger zervikaler Lymphknotenschwellung sollte immer ein Tuberkulin-Hauttest angelegt werden! Die Diagnose wird durch den Erregernachweis in Kultur oder mittels PCR bestätigt. Als Material wird perforiertes Sekret (soviel wie möglich zur Steigerung der Sensitivität gewinnen) oder ein Lymphknotenresektat verwendet. Eine Biopsie des Lymphknotens sollte unterbleiben, da sonst die Gefahr einer Immunreaktivierung des verbliebenen Lymphknotengewebes mit überschießender Entzündungsreaktion oder eine Hautfistelbildung droht. Bei Möglichkeit einer kompletten Entfernung aller betroffenen Lymphknoten ist die frühzeitige (möglichst innerhalb von 6 Wochen) chirurgische Intervention die erste therapeutische Option mit hoher Heilungsrate (96%) und gutem kosmetischen Ergebnis [6]. Eine sichere komplette Entfernung ist aufgrund der submandibulären Lage mit Nähe zu lebenswichtigen Gefäßen und Nerven allerdings nur selten möglich. Alternativ kann der Spontanverlauf abgewartet werden, da die Infektion immer ausheilt. Der Verlauf ist dann langwierig (Monate bis 2 Jahre) und das kosmetische Ergebnis mit eventueller Fistelung nicht sicher vorhersehbar. Eine reine Inzision und Drainage sollte wegen der höheren Gefahr einer Fistelbildung (s.o.) unterbleiben. Der Effekt von antimykobakteriellen Substanzen (z.B. Azithromycin oder Clarithromycin plus Rifabutin, Rifampicin oder Ethambutol) ist nicht gesichert, da der natürliche Verlauf nicht sicher verkürzt wird. Eine mögliche Indikation ist die inkomplette operative Entfernung [7].

Im Vergleich zur atypischen Mykobakterieninfektion ist eine **Hals-Lymphknoten-Tuberkulose** (auch als Skrofula bezeichnet) in Deutschland sehr selten. Meist handelt es sich um eine Ausbreitung per continuitatem einer pulmonalen *M. tuberculosis*-Infektion aus der Lungenspitze, selten um Folge einer oralen Ingestion von *M. tuberculosis* oder auch *M. bovis*. Die Lymphknotenschwellung ist typischerweise schmerzlos und neigt zur Fistelbildung. Hinweise auf die Genese liefern pulmonale Begleitsymptome (chronischer Husten), Fieber, Nachtschweiß und Gewichtsverlust. Im Kindesalter ist in über 90% der Fälle der Indexfall in der Familie zu finden, weshalb der Familienanamnese eine zentrale Bedeutung zukommt. Diagnostisch kommen Tuberkulin-Hautteste und Interferon-gamma Release Assays (IGRA) mit verbesserter Spezifität zum Einsatz. Ein Röntgen-Thorax ist obligat, bei negativem Befund ist ggf. zusätzlich ein Lungen-CT indiziert. Im Gegensatz zur atypischen Mykobakterien-Infektion muss die Erregerdiagnostik bei Verdacht auf eine Lymphknotentuberkulose erzwungen werden, d.h. Biopsie oder Magensaftanalyse mit mikrobiologischer Untersuchung (Kultur, PCR, Resistenztestung). Dies gilt insbesondere bei fehlendem Indexfall. Nach Diagnosestellung wird antituberkulostatisch für 6 Monate therapiert (Dreifach-Therapie mit Isoniazid (INH), Rifampicin (RMP) und Pyrazinamid für 2 Monate, anschließend Zweifach-Therapie mit INH und RMP für weitere 4 Monate).

Abb. 3: Submandibuläre Lymphadenitis colli links durch nicht-tuberkulöse Mykobakterien bei einem 18 Monate alten Jungen.



Nach Kratzverletzung durch Katzen im Gesichtsbereich kann in jedem Lebensalter eine zervikale Lymphadenitis durch verschiedene Bartonellen-Spezies (in erster Linie *Bartonella henselae*), den Erregern der **Katzenkratzkrankheit**, die Folge sein. Erregerreservoir sind eher jüngere als ältere Katzen, da die Konzentration der Erreger im Speichel der jungen Katzen höher ist. An der Inokulationsstelle bildet sich nach einer Inkubationszeit von 3–10 Tagen eine Papel, zeitgleich mit einer narbigen Abheilung dann eine lokale Lymphknotenschwellung, die sich wenig schmerzhaft mit mäßiger Entzündungsreaktion zeigt. Ein Drittel der Patienten weist Allgemeinsymptome wie Fieber auf. Disseminierte Infektionen mit Hepatopathie und weiterem Organbefall sind bei immunkompetenten Patienten die Ausnahme. Die Diagnose wird serologisch gestellt. Wird aus anderen Verdachtsgründen eine Biopsie durchgeführt, kann die Diagnose auch mittels Immunfluoreszenz (IFT) erfolgen. In der Regel ist nach Diagnosestellung keine Therapie notwendig, da die Infektion bei normaler Immunabwehr folgenlos ausheilt. Die Abheilungsrate kann möglicherweise durch eine antibiotische Therapie mit Azithromycin oder Clarithromycin bzw. Rifampicin, Trimethoprim-Sulfamethoxazol oder Ciprofloxacin beschleunigt werden [8]. Bei disseminierter Bartonellen-Infektion gilt die Antibiotikatherapie als indiziert. Zur Entlastung bei schmerzhafter Lymphknotenschwellung kann – bei gesicherter Diagnose und Ausschluss einer Infektion durch atypische Mykobakterien – auch eine Inzision und Drainage bzw. eine Resektion erfolgen.

Empfohlene Diagnostik bei *chronischer einseitiger Lymphadenitis colli*:

- Tuberkulin-Hauttest, falls positiv, dann IGRA zur Differenzierung zwischen NTM und klassischer Tuberkulose
- Röntgen-Thorax
- Transaminasen
- Serologie auf Bartonellen und Toxoplasmose (die auch einmal einseitig auftreten kann)
- Lymphknoten-Biopsie bzw. -Resektat mit Histologie, Kultur incl. Tuberkulose, PCR, IFT auf Bartonellen (bei V.a. Malignom auch Immunhistochemie, Zytomorphologie, Zytogenetik, Molekulargenetik)

Akute beidseitige Lymphadenitis colli

Akute beidseitige zervikale Lymphknotenschwellungen im Kindesalter sind meist Folge bzw. Begleiterscheinung einer **viralen Infektion der oberen Atemwege** (siehe Tab. 4). Die Lymphknoten sind klein, wenig druckschmerzhaft ohne lokale Rötung und symmetrisch bzw. generalisiert verteilt. Fast immer bestehen Begleitsymptome (z.B. Rhinopharyngitis, Exanthem), oft auch Fieber. Der Verlauf kann sich protrahiert über Wochen hinziehen. Bei fehlenden therapeutischen Optionen kann eine weiterführende Diagnostik in der Akutphase entfallen, wenn eine Diphtherie anamnestisch-klinisch ausgeschlossen ist. Bei **Diphtherie-Verdacht** (blutiger Schnupfen, weiß-gelbe, schwer lösbare Beläge auf geschwollenen Tonsillen, Cäsarenhals, inspiratorischer

Stridor) muss ein Tonsillenabstrich kulturell untersucht werden und noch vor Diagnosesicherung eine antibiotische Therapie (Penicillin) eingeleitet und Diphtherie-Antitoxin verabreicht werden.

Chronische beidseitige Lymphadenitis colli

Die beiden häufigsten Auslöser einer infektiösen beidseitigen Lymphadenitis colli mit protrahiert-chronischem Verlauf über Wochen sind **EBV** und **CMV**. Befall der posterioren Halsregion oder generalisierte Lymphknotenschwellungen und Zusatzsymptome wie Hepatopathie oder Hepatosplenomegalie weisen in die Richtung der beiden Erreger. Klinisch nicht sicher zu trennen sind Infektionen durch **HIV**, **Treponema pallidum**, **Toxoplasma gondii** und – selten – **Brucellose**, weshalb bei der klinischen Konstellation eine serologische Diagnosesicherung erfolgen sollte. Auch eine **Hals-Lymphknotentuberkulose** kann einmal beidseitig auftreten und muss differentialdiagnostisch erfasst werden. Bei Auslandsaufenthalt und Immunsuppression erweitert sich die Differentialdiagnostik, da dann endemisch vorkommende Pilzinfektionen (z.B. Histoplasmose), tropenspezifische Infektionen (z.B. Trypanosomiasis) und opportunistische Erreger (z.B. Aspergillose) zusätzlich in Frage kommen.

Empfohlene Diagnostik bei *chronischer beidseitiger Lymphadenitis colli*:

- Serologie auf EBV, CMV, HIV, *Toxoplasma gondii*, ggf. *Treponema pallidum* oder Brucellose
- Tuberkulin-Hauttest, falls positiv, dann IGRA (zur Differenzierung NTM und klassische Tuberkulose)
- Röntgen-Thorax
- Blutbild, BSG, LDH, Transaminasen
- Lymphknoten-Biopsie bzw. -Resektat mit Histologie, Kultur, PCR, (bei V.a. Malignom Immunhistochemie, Zytomorphologie, Zytogenetik, Molekulargenetik)

Frage 4: Indikation zur Lymphknotenbiopsie

Eine immer im Einzelfall kritisch zu diskutierende Entscheidung ist die Frage nach einer notwendigen Lymphknotenbiopsie, zum sicheren Ausschluss oder seltener zur Bestätigung einer malignen Erkrankung.

Persistierende Lymphknotenschwellungen ohne eruierbare Ätiologie sind die häufigste Indikation für eine Lymphknotenbiopsie. Dabei zeigt sich nur in 20% eine behandelbare Erkrankung, in den seltensten Fällen ein Malignom [9]. Eine frühzeitige Biopsie ist bei folgenden Merkmalen indiziert:

- Atypische Lokalisation (z.B. supraclavikulär)
- Harte, indolente Konsistenz ohne Verschieblichkeit
- Gewichtsverlust > 10%, Leistungsknick, reduzierter Allgemeinzustand
- Anämie, Thrombozytopenie, LDH-Erhöhung
- Pathologischer Röntgen-Thorax (ohne Zeichen einer Infektion)
- Persistierende BSG-Erhöhung (vor allem nach Antibiotikatherapie)

Die Lymphknotenbiopsie ist immer dann indiziert, wenn eine maligne Lymphadenopathie nicht zweifelsfrei ausgeschlossen ist.

Persistierende Lymphknotenvergrößerungen von kleiner Größe (d.h. < 2 cm) ohne Entzündungsreaktion können einem Restzustand einer abgelaufenen Infektion entsprechen und sind durch eine irreversible Stroma-Hyperplasie mit dem histologischen Bild der reaktiven Hyperplasie erklärt. Sie müssen nicht biopsiert werden.

Fazit

Zervikale Lymphknotenschwellungen sind in der pädiatrischen Praxis häufig und im Kindesalter in ca. 90% der Fälle infektiös-reaktiv bedingt. Krankheitsdauer (*akut* vs. *chronisch*), Lokalisation (*einseitig* vs. *beidseitig*), Zusatzsymptome und Expositionsanamnese helfen bei der ätiologischen Einteilung und der Auswahl einer sinnvollen Diagnostik bei Lymphadenitis colli. Zur Basisdiagnostik gehören Differentialblutbild, CRP, BSG, LDH, Harnsäure und ein Tuberkulin-Hauttest. Bei akutem, einseitigen Verlauf ist eine 10–14-tägige Antibiotikatherapie mit einem Staphylokokken-wirksamen Antibiotikum *ex juvantibus* vor weiterführender Diagnostik sinnvoll. Serologien sollten nur gezielt bei chronischen Verläufen (in erster Linie gegen EBV, CMV, Bartonellen, HIV und *Toxoplasma gondii*) eingesetzt werden, da sie nur selten diagnose- und therapieweisend und, unkritisch eingesetzt, mit nicht unerheblichen Kosten verbunden sind. Eine Lymphknotenbiopsie ist bei untypischer Lokalisation, harter Konsistenz, fehlender Verschieblichkeit, Gewichtsverlust > 10% und pathologischem Blutbild bzw. Röntgen-Thorax oder im Einzelfall nach individueller Abwägung indiziert.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzautor:

Dr. med. Markus Hufnagel
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin,
Sektion Pädiatrische Infektiologie, Immunologie und
Vakzinologie, Universitätsklinikum Freiburg
Email: markus.hufnagel@uniklinik-freiburg.de

Red.: Riedel

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 Service-
nummer erreichen:

(02 21) 6 89 09 21.

Internetsucht / Computersucht – eine Problematik für den Kinder- und Jugendarzt?¹



Dr. Christoph Möller

Je mehr TV im Kindesalter, desto schlechter die Schulabschlüsse.

„Ich bin 17 Jahre alt und besuche ein Gymnasium, zumindest physisch, meine Gedanken schweifen meistens bei meinem Computerspiel World of Warcraft. Ich langweile mich in der Schule fast zu Tode, aber alleine der Gedanke an dieses Spiel erreicht in gewisser Weise eine Befriedigung... Dafür wird man mit Ehrensyste-men belohnt. Und natürlich durch Anerkennung anderer Spieler. Anerkennung, die mir im wirklichen Leben fehlt.“
(www.onlinsucht.de/bekenntnisse)

Internet und Computerspiele

Computer, Internet und das Handy gehören heute zur Lebensrealität von Kindern und Jugendlichen. Computer- und Internetspiele erfreuen sich vor allem bei der jungen Generation großer Beliebtheit. Zu Weihnachten 2007 waren Computerspiele bei den männlichen Jugendlichen das häufigste Weihnachtsgeschenk. Computer, Internet und das Handy verändern die Kommunikation: Man ist immer erreichbar und der Austausch auch über weite Distanzen ist möglich. Die Jugendlichen haben Anteil an der globalen Vernetzung. Dies geschieht mit einer Selbstverständlichkeit, die vielen Eltern fremd ist. Haushalte in Deutschland, in denen ein Jugendlicher im Alter zwischen 12 und 19 Jahren lebt, haben mindestens ein Handy, 99% haben mindestens einen Fernseher, 98% mindestens einen Computer oder Laptop, 95% einen Internetzugang und 63% eine Spielkonsole. 63% der Mädchen und 71% der Jungen haben einen eigenen Fernseher, 61% der Mädchen und 72% der Jungen einen eigenen Computer, 41% der Mädchen und 48% der Jungen einen eigenen Internetzugang und 30% der Mädchen und 59% der Jungen eine eigene Spielkonsole (JIM, 2007). In Deutschland sind 56,9% der Frauen und 68,9% der Männer ab 14 Jahren Internetnutzer. In der Gruppe der 14–29-jährigen sind es 63% der Frauen und 96% der Männer. Die Gruppe der 14–19-jährigen verbringt mit dem Medium Internet beinahe gleich viel Zeit wie mit Fernsehen (102 Minuten Internet und 105 Minuten Fernsehen täglich) (van Eimeren und Frees, 2007).

Internet und Schulleistung

Mädchen nutzen das Internet überwiegend zur Kommunikation, Jungen gerne zum kampfbetonten Rollenspiel. Damit wird der für das Lernen positiv propagierte Effekt von Computern und Internet nicht von allen Jugendlichen genutzt. Die Zeit, die bei exzessivem Computerspiel vor dem PC verbracht wird, fehlt für gemeinsame Unternehmungen mit Freunden und für schulische Aktivitäten, was sich negativ auf die Schulleistungen auswirkt. Neuere Untersuchungen weisen darauf hin, dass häufiger Medienkonsum und der freie Zugriff auf Me-

dien im Haushalt und im Kinderzimmer mit schlechteren Schulleistungen einhergehen (Spitzer 2005, van Egmond-Fröhlich et al. 2007). In Neuseeland wurden unselektiert ca. 1000 Geburten eines Jahrganges in eine prospektiven Studie aufgenommen. Diese wurden regelmäßig bis zum Alter von 26 Jahren untersucht. Es wurde u.a. verglichen der Bildungsgrad im Alter von 26 Jahren und der Fernsehkonsum im Kindergartenalter. Das Ergebnis war, dass je mehr TV im Kindergartenalter geschaut wurde, desto häufiger wurde die Schule ohne Abschluss beendet, desto geringer qualifiziert waren die Ausbildungen und desto weniger besuchten eine Universität (Hancox et al. 2005).

Überlegungen zu Internet- und Computerspielen

Im Internet- und Computerspiel herrschen klare Regeln und Vereinbarungen, die viel schärfer kontrolliert und gehandelt werden, als die Spieler dies aus ihrem sozialen Alltag kennen. Hier kann man sich zugehörig fühlen, zu einer „stabilen sozialen Struktur“, mit einem geordneten, wenn auch kriegerischen Gemeinwesen. Spiele wie „World of Warcraft“ fordern einen Zusammenschluss zu Gemeinschaften und „Gilden“ sowie Austausch und Abstimmung, um erfolgreich zu sein. Im Extrem planen Einzelne ihre Freizeit um dieses Spiel herum. Wer nicht dabei ist und bleibt, lässt seine „Gilde“ im Stich, verliert seine Kompetenzen und Anerkennung. Hier liegt das Suchtpotenzial dieser Spiele (Hüther u. Bergmann, 2006). „World of Warcraft“ ist ein „Massen-Multiplayer-Online-Rollenspiel“, das weltweit von mehr als 8,5 Millionen Accounts (Benutzerkonten) genutzt wird.

Je personifizierter und realistischer die Darstellung von Computerspielen ist, desto höher ist die Identifikationsmöglichkeit. Die Faszination des Mediums Film wird hier noch übertroffen, indem der Spieler den Film gleichsam begehen und mitgestalten kann. Persönliches Engagement ist notwendig, wenn man aktiv den Part des „Tötenden“ und „Folternden“ übernimmt. Dies erklärt wohl auch, warum es beim aktiven Spielen zu einer stärkeren Desensibilisierung und Reduktion der Empathiefähig-

¹ Eine ausführliche Version des Textes mit ausführlichen Literaturangaben wurde im ecomedverlag veröffentlicht in: Backmund Markus. Suchtmedizin. Internet und Computersucht bei Kindern und Jugendlichen. Ergänzungslieferung 9/2008

„Beim Computerspiel bekomme ich Anerkennung, die mir im wirklichen Leben fehlt“.

keit gegenüber Gewalt kommt, als beim passiven Betrachten entsprechender Filme (Spitzer 2005, Bergmann und Hüther 2006). Jeder kann hier partizipieren und Erfolg haben. Das Bedürfnis, ein Held zu sein, den Tagtraum in der virtuellen Welt „Realität“ werden zu lassen, wird hier bedient. Es ist eine Welt, die den Eltern meist verschlossen ist. Diese Welt ist eine der wenigen Lebensbereiche, in dem nahezu kein elterliches Reglement erfolgt, allenfalls eine zeitliche Begrenzung. Hier sind die Kinder und Jugendlichen Alleinentscheider und können ausprobieren, was ihnen in der Realität häufig untersagt ist. Am Computer ist es Kindern möglich, Gewalt zu kontrollieren. Vorstellbar ist, dass hier ein Bedürfnis nach Omnipotenz befriedigt wird, dass primitive Regungen, wie Mordlust, folgenlos ausgelebt werden können. Als Symbol der Konsequenzlosigkeit des Handelns in der virtuellen Welt könnte die Unsterblichkeit der Spielfigur stehen, die stellvertretend für die Person im Netz agiert. In der virtuellen Welt scheint man unsterblich zu sein, hat scheinbar grenzenlose Möglichkeiten, kann dem Körper entfliehen, fremde Identitäten annehmen und Schönheitsidealen gerecht werden, die in der Realität versagt sind. Die durch Medien vermittelte Vielfalt von Lebensmöglichkeiten können hier erprobt und vorübergehend gelebt werden. So können Internetnutzung und Computerspiele auch als eine Art „moderne Jugendkultur“ bezeichnet werden – eine Welt, die vielen Erwachsenen verschlossen ist, in der die Jugendlichen sich erproben und Grenzen überschreiten können.

„Computersucht“ / „Internetsucht“

Der Begriff „Internetsucht“ wurde von dem New Yorker Psychiater Ivan Goldberg vor einigen Jahren

eher scherzhaft erwähnt. Seit die New York Times 1995 das Thema Internetsucht aufgriff, mehren sich Untersuchungen und Diskussionen um diese Problematik.

Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen stellen in Deutschland eine der größten Gruppen psychischer Störungen dar und sind empirisch gut beschrieben (Möller 2006). Das Störungsbild der Verhaltens- oder Tätigkeitssucht, das heißt nicht stoffgebundener Sucht, wie Arbeits-, Sammel-, Glücksspiel-, Computer-, Internetsucht und andere, hat bislang noch keinen Eingang in die internationalen Klassifikationssysteme psychischer Störungen ICD-10 und DSM IV gefunden. Nur das pathologische (Glücks-) Spiel (F63.0) ist unter abnorme Gewohnheiten und Störung der Impulskontrolle aufgenommen worden (ICD-10 2008). Letztlich kann jedes menschliche Verhalten oder Interesse entgleisen und zur Sucht werden, wenn dieses exzessiv und weit über das Normalmaß hinaus ausgeführt wird und der Betroffene dadurch Schaden nimmt. Zur Beurteilung einer „Computer-“ oder „Internetsucht“ werden in der Regel an das exzessive Computerspiel und Internetnutzung angepasste Diagnosekriterien für Abhängigkeit (von Drogen) herangezogen. Neben dem Computerspielverhalten und der mit Medien verbrachten Zeit sollte immer auch das soziale Umfeld, die Schule, die Freizeitbeschäftigung und der psychische Zustand des Kindes und Jugendlichen mit in die diagnostischen Überlegungen einbezogen werden. Bei exzessiver Computer- oder Internetnutzung steht das starke Verlangen zu Spielen und eine eingeschränkte Kontrolle über das Verhalten im Vordergrund, ein Verlangen, das trotz negativer Konsequenzen fortgesetzt wird. Die Betroffenen zeigen in Bezug auf die psychische Symptomatik ähnliche Merkmale wie bei stoffgebundenem süchtigem Verhalten. Eine wichtige Rolle spielt sowohl bei substanzgebundener Sucht als auch bei Verhaltenssucht das Bestreben, schnell und effektiv Gefühle im Zusammenhang mit Frustration, Ängsten oder Unsicherheiten regulieren oder verdrängen zu können. Es geht darum, das Leben erträglicher zu gestalten und eine Bewältigungsstrategie im Sinne eines Selbstregulations- oder Selbstheilungsversuches zu entwickeln (Grüsser und Thalemann 2006, Möller 2007a) (Tab. 1).

Häufigkeit der „Computerspielsucht“ und „Internetsucht“

Es gibt bisher nur wenige Untersuchungen zur Verbreitung von „Computerspiel-“ oder „Internetsucht“. Zu bedenken ist, dass es keine verbindlichen Kriterien für die Klassifikation eines exzessiven oder süchtigen Computerspielens gibt. So sind auch die Zahlen mit Vorsicht zu bewerten, da einheitliche Kriterien für die Diagnose „Computerspielsucht“ und „Internetsucht“ fehlen und damit die Vergleichbarkeit fraglich ist. In Deutschland geht man davon aus, dass 3,2% der Internetnutzer als süchtig und 6,6% als gefährdet klassifiziert werden können (van Egmond-Fröhlich et al. 2007) (Tab. 2).

Tab. 1: Merkmale und Kriterien einer „Computerspiel-“ und „Internetsucht“

- **Einengung des Verhaltens:** Computerspiel und Internet werden zur wichtigsten Aktivität und dominieren das Denken, Fühlen und Verhalten des Betroffenen.
- **Regulation negativer Gefühlszustände:** Mit Hilfe der Medien wird das Leben vorübergehend angenehmer, unangenehme Gefühle treten in den Hintergrund und es stellt sich ein „Kick“, eine angenehme Erregung und Entspannung ein. Mediennutzung als inadäquate Stressbewältigung.
- **Toleranzentwicklung:** Der gewünschte „Kick“ kann nur durch längere und extreme Mediennutzung erzielt werden.
- **Entzugserscheinungen:** Kann das Medium nicht genutzt werden, treten Unruhe, Nervosität, Aggressivität und vegetative Symptome auf.
- **Kontrollverlust:** Der Medienkonsum kann vom Betroffenen zeitlich und inhaltlich nicht mehr kontrolliert werden.
- **Rückfall:** Nach Zeiten der Abstinenz oder des kontrollierten Konsums kommt es erneut zu exzessivem, unkontrolliertem Konsum.
- **Anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen:** Der Medienkonsum hat negative Folgen für Schule, Ausbildung, Hobbies und Sozialkontakte.

(in Anlehnung an: Grüsser und Thalemann 2006)

3,2% der Internetnutzer können als süchtig und 6,6% als gefährdet klassifiziert werden.

Autoren / Land	Jahr	Methodik / Stichprobe	Süchtiges Verhalten	Risikoverhalten
Greenfield /USA	1999	Onlinebefragung, adaptierte DSM-IV-Kriterien pathologisches Glücksspiel / 18000 Internetnutzer	6%	4%
Anderson /USA	2001	Fragebogenuntersuchung zum Internetverhalten / 1078 Internet nutzende Studenten	9,8%	
Tsai & Lin /Taiwan	2001	Fragebogenuntersuchung zur Internet-sucht / 753 Jugendliche, Alter: 16–17 Jahre	11,9%	
Hahn & Jerusalem / Deutschland	2001	standardisierte Onlinebefragung zur Internet-sucht / 7091 deutsche erwachsene Internetnutzer	3,2%	6,6%
Jerusalem / Eidenbenz Schweiz	2001	standardisierte Onlinebefragung zur Internet-sucht / 565 Schweizer Internetnutzer	2,3%	6%
Johansson & Götestam / Norwegen	2004	Fragebogenuntersuchung zur Internet-sucht, repräsentative Stichprobenauswahl / 1463 Jugendliche, Alter: 12–18 Jahre	2,7%	9,8%
Griffiths et al. / Großbritannien	2004	Onlinebefragung, / 540 jugendliche (1) und erwachsene (2) Nutzer von Online-Rollenspielen	(1) 9,1% (2) 2,5%	
Grüsser et al. / Deutschland	2005	Fragebogenuntersuchung zum exzessiven Computerspielverhalten / 321 Kinder, Alter: 11–14 Jahre	9,3%	
Niemz et al. / Großbritannien	2005	Fragebogenuntersuchung, Skala zur Pathologischen Internetnutzung / 371 Studenten	18,3%	
Grüsser et al. / Deutschland	2007	Onlinebefragung zur Computerspielsucht (adaptierte ICD-10-Kriterien der Substanz-abhängigkeit) / 7069 erwachsene registrierte Nutzer Online-Spielmagazin	11,9%	
Wölfling et al. / Deutschland	2007	Fragebogenuntersuchung zum pathologischen Computerspielverhalten / 221 Jugendliche, Alter: 13–16 Jahre	6,3%	

Tab. 2: Überblick der Ergebnisse aktueller nationaler und internationaler Studien zum Ausmaß der Medienabhängigkeit. Grüsser & Wölfling (Internet- / Online- & Computerspielsucht) (<http://www.onlinesucht.de> [23.1.2008])

Kasuistik

Exemplarisch soll eine Kasuistik aus der Praxis dargestellt werden:

Die Eltern eines 16-jährigen männlichen Jugendlichen wenden sich Hilfe suchend an die Ambulanz. Ihr Sohn verschanze sich in seinem Zimmer, spiele stundenlang das Online-Spiel „World of Warcraft“. Die Eltern dürften sein Zimmer nicht betreten, zum gemeinsamen Essen erscheine ihr Sohn nur noch selten. Die leeren Teller stelle er vor die Tür. Die Schule besuche er nur noch missmutig, meistens unausgeschlafen, könne sich nicht konzentrieren und seine schulischen Leistungen seien im letzten Jahr schlechter geworden. An gemeinsamen Aktivitäten bestehe kein Interesse mehr und auch mit seinen Klassenkameraden sowie Jugendlichen aus der Nachbarschaft verabrede er sich nicht mehr. Die Eltern würden als weltfremd beschimpft und wenn sie den Internetzugang über den zentralen Verteiler kappten, sei es wiederholt zu massiven Gewaltandrohungen gekommen. Der Jugendliche selbst berichtet, dass er viele Freunde im Internet habe. Das Schuljahr sei wegen gefährdeter Versetzung ohnehin gelaufen, so dass er die Aufregung seiner Eltern bezüglich Schule nicht nachvollziehen könne. Wenn man ihm das Internet und

„World of Warcraft“ lasse, sei er auch gesprächsbereit. Über das Internet aber wolle er nicht diskutieren. Interesse an realen Beziehungen und Mädchen wird verneint. Der Gedanke, von seinen weltfremden Eltern wegzuziehen, ist für den Jugendlichen keine Alternative. Zur Frequenz und Dauer seines Onlinespieles nennt er die tägliche Nutzung nach der Schule oft bis spät am Abend. So komme er an Wochentagen auf fünf bis acht Stunden, an Wochenenden oder in den Ferien können es auch bis zwölf Stunden täglich sein. Er sei ein sehr guter Spieler, habe viel Anerkennung von seinen Mitstreitern und beim Spiel fühle er sich ausgeglichen und zufrieden.

In der weiteren Exploration wird deutlich, dass es der Jugendliche schon als Kind nicht leicht gehabt hat, Kontakte zu Gleichaltrigen aufzubauen. Seine beiden Freunde aus der Nachbarschaft habe er im letzten Jahr gänzlich vernachlässigt. Schon seit langem grübele er über den Sinn des Lebens nach. Er halte das Leben, wie er es von und mit seinen Eltern kenne, für sinnlos und habe schon überlegt, das eigene Leben zu beenden. Beeindruckt habe ihn R., der Attentäter im Erfurter Gutenberggymnasium, der sich getraut habe, „es der Welt zu zeigen“. Er selbst halte sich für derartige Aktionen zu feige.

Beim Spiel fühlt er sich ausgeglichen und zufrieden.

Neben der exzessiven Internet- und Computerspielnutzung wird eine depressive Grundstruktur erkennbar und eine ausgeprägte sozialphobische Komponente. Das als sinnlos erlebte Leben und die eigenen Unzugänglichkeiten werden in der Identifikation mit Personen wie R. in ein narzisstisches Größenselbst überhöht.

Komorbidität

Bei Personen mit exzessiver Internet- und Computernutzung finden sich gehäuft **depressive Störungen**. In einer Stichprobe von 23 Patienten mit einer Internetabhängigkeit, wurde bei 77,8% eine depressive Störung diagnostiziert. Es wird empfohlen, bei Patienten mit Depression, Fragen nach exzessiver Mediennutzung in die psychiatrische Diagnostik mit aufzunehmen. In einer Übersichtsarbeit werden für depressive Störungen Häufigkeiten bis 70% benannt und **Angststörungen** bis zu 50%. Andere Befunde sprechen dafür, dass sich bei exzessiver Mediennutzung gehäuft soziale Ängste, emotionale Einsamkeit und nicht zufriedenstellende soziale Beziehungen finden. Die mit exzessivem Computerspiel, Internet oder Fernsehen verbrachte Zeit steht für andere soziale Aktivitäten, wie sich mit Freunden zu treffen oder Zeit mit der Familie zu verbringen, nicht zur Verfügung. So kann übermäßiger Fernsehkonsum den Kontakt zu Klassenkameraden und damit die soziale Akzeptanz innerhalb der Klasse negativ beeinflussen. In den Medien wird ein unrealistisches Körperbild vermittelt – bei den weiblichen Models oft extrem schlank und bei den Männern sehr muskulös. Dies kann Unzufriedenheit in Bezug auf die eigene Körperlichkeit verstärken und den Jugendlichen in gestörtem Essverhalten oder übermäßigem Körperkult bestärken (van Egmond-Fröhlich et al. 2007). Es ist wahrscheinlich, dass exzessive Internet- und Computernutzung gehäuft in Verbindung mit anderen psychiatrischen Diagnosen auftritt, was bei der Exploration berücksichtigt werden sollte. Was Ursachen und was Auswirkungen exzessiven Computerspielens und Internetnutzung sind, ist noch nicht geklärt und bedarf weiterer Untersuchungen (Grüsser und Thalemann 2006).

Als **somatische Störungen** werden muskuläre Verspannungen, Kopfschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafmangel (sowohl Quantität als auch Qualität des Schlafes werden beeinträchtigt, denn gespielt wird häufig in den Abend- und Nachtstunden), Erschöpfung, hastige und oft ungesunde Nahrungsaufnahme genannt. Die Untersuchungen zu Medienkonsum und Übergewicht beziehen sich meist auf den Zusammenhang von Fernsehen und Adipositas (Spitzer 2005, Grüsser und Thalemann 2006, van Egmond-Fröhlich et al. 2007). Ob gleiches auch für Computerspiel und Internetnutzung gilt, ist offen. Der Energieumsatz ist beim Spielen wahrscheinlich höher und die Hände sind nicht zum Essen frei, wie beim Fernsehen. Bei exzessivem Computerspiel findet sich gehäuft ungesundes und hektisches Essverhalten, um Zeit für die Spiele zu gewinnen.

Gewalt und Medien

Nach Schätzungen der American Medical Association hat ein Kind mit Abschluss der Grundschule bereits 8.000

Morde und >100.000 Gewalttaten im Fernsehen gesehen. Dreiviertel der Täter im Fernsehen kommen ungestraft davon, gut die Hälfte der Gewaltakte wurden ohne negative Konsequenzen dargestellt und nur in ca. 4% der Fälle werden gewaltlose Alternativhandlungen aufgezeigt. Auch in Deutschland werden im Fernsehen pro Stunde im Durchschnitt vier schwerste Gewaltverbrechen wie Mord, und fünf schwere Gewalttaten wie körperliche Gewalt, gezeigt. Das meistgenutzte „Kinderprogramm“ ist das Erwachsenenprogramm. **In Deutschland sitzen um 22:00 Uhr noch ca. 800.000 Kinder im Kindergartenalter vor dem Fernseher. Dies ist besonders gefährlich, weil Kinder erst um das achte Lebensjahr wirklich zwischen Realität und Phantasie unterscheiden lernen.** Aggression wird in den Medien oft belohnt und positiv dargestellt. Die wiederholte Darstellung von Gewalt gegenüber Menschen entstellt die Würde des Menschen und hinterlässt Spuren in der kindlichen Psyche. Nachdem das Fernsehen in den USA seit den 50er Jahren für viele Haushalte verfügbar war, wurde in den folgenden 10 bis 15 Jahren eine Verdoppelung der Tötungsdelikte beobachtet (Spitzer 2005). In der KFN-Schülerbefragung (Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen) von 2005 gab jeder zweite 10-jährige Junge an, über Erfahrung mit Spielen zu verfügen, die ab 16 oder 18 eingestuft sind. Jeder fünfte der 10-jährigen nutze diese Spiele aktuell. Bei den 14/15-jährigen Jungen hatten 82% Erfahrung mit Spielen, die keine Jugendfreigabe hatten. Ein Drittel gab an, diese Spiele regelmäßig zu spielen. Bezüglich der Schulleistungen ist nicht nur die mit Computerspielen verbrachte Zeit zu berücksichtigen, sondern auch die Auswirkung der Inhalte auf die Schulleistungen. Hier besteht eine deutliche Korrelation mit der Brutalität der Inhalte und dem schulischen Leistungsniveau. Ob Schüler mit schlechten Schulleistungen und problematischem Hintergrund besonders häufig zu Spielen mit gewalttätigem Inhalt greifen, ist offen.

Es gibt Hinweise, dass die negative psychische Auswirkung von Computerspielen auf Kinder und Jugendliche stärker ist, als die problematischen Einflüsse des Fernsehens. Gewalttätiges Verhalten wird im virtuellen Raum bei den „Ego-Shootern“ aus der Ich-Perspektive aktiv trainiert und eingeübt. Der Spieler ist hoch konzentriert und unterliegt selbst der virtuellen Gefahr. Empathie mit dem Opfer hindert den Spielverlauf. Das „Töten“ wird im Spiel belohnt. Die ständige Wiederholung von Spielsequenzen zum Erreichen des nächsten Levels stellt eine hocheffiziente Lernsituation dar, in der neben der Perfektionierung des „mörderischen Handwerks“ in dramatischer Weise eine Abstumpfung gegenüber Gewalt in der virtuellen, aber auch in der realen Welt vonstatten geht. Empathie und Mitgefühl gegenüber anderen Menschen in schmerzhaften Lebenslagen nehmen ab. Die Ego-Shooter-Perspektive zwingt zur Identifikation mit der aggressiven Spielfigur. Gewalttätiges Handeln wird durch Fortkommen oder „Weiterentwicklung“ in der virtuellen Welt belohnt (Grossman u. DeGeatano, 2003). Dafür gibt es aus der Neurowissenschaft dringende Hinweise auf ein neurophysiologisches Korrelat: Das dopa-

Es finden sich gehäuft
– **Depressionen**
– **Angststörungen**
– **Soziale Phobien**

Empathie und Mitgefühl gegenüber anderen Menschen in schmerzhaften Lebenslagen nehmen ab.

minerge System im zentralen Nervensystem wird beim Ausführen von Gewaltspielen aktiviert, ähnlich wie dies beim Konsum von Drogen bekannt ist. Durch längerfristiges und permanentes Computerspielen kommt es zu einem „gebrauchsabhängigen Umbau des Gehirns, zum aktiven Einüben, Modelllernen, sowie zum emotionalen und sozialen Lernen von Gewalt“ (Spitzer 2005, S. 241).

Zahlreiche Studien belegen einen kausalen, aber nicht monokausalen Zusammenhang zwischen medialer und realer Gewalt.

Die amerikanische Armee wirbt mit dem Shooter-Spiel „America's Army“ junge Männer an. Gute Ergebnisse im Spiel ermöglichen einen raschen militärischen Aufstieg. Da die Darstellung „unblutig“ ist, ist das Spiel in den USA ab 13 Jahren freigegeben. In der Armee werden Computerspiele gezielt zur Desensibilisierung von Gewalt eingesetzt. Dies bleibt bei minderjährigen Nutzern nicht folgenlos (Spitzer 2005). Zahlreiche Studien belegen einen kausalen, aber nicht monokausalen Zusammenhang zwischen medialer und realer Gewalt (Grossmann u. DeGaetano 2003, Spitzer 2005). Man geht davon aus, dass der kurzfristige Effekt von medialer Gewalt auf Verhalten, Einstellung und Gefühlslage bei den Erwachsenen stärker ist als bei den Kindern, während der längerfristige Effekt bei den Kindern stärker ausgeprägt ist. Bei Erwachsenen treffen die medialen Inhalte auf bereits länger ausgereifte Einstellungen, die gegebenenfalls verstärkt oder bekräftigt werden. Bei Kindern dagegen prägt die wiederholte Konfrontation mit medialer Gewalt die Haltung und Einstellung zum interpersonellen Verhalten längerfristig entscheidend mit.

Wenn ein Kind oder Jugendlicher das Gefühl des „Mit-sich-selbst-Eins-Seins“ nur mit Hilfe von Mediennutzung im weitesten Sinne herstellen kann, besteht die Gefahr, dass er immer wieder darauf zurückgreift und süchtiges Verhalten entwickelt.

Neben dem exzessiven Konsum von Computerspielen mit gewalttätigem Inhalt finden sich bei jugendlichen Amokläufern häufig wenig familiärer Rückhalt, kaum soziale Bindungen, Kränkungen und Demütigungen, sowie depressive Grundstrukturen. Der durch die mediale Berichterstattung von Schulamokläufen erweckte Eindruck, die Täter würden immer jünger, konnte in einer Untersuchung in einem Dekadenvergleich nicht objektiviert werden. Psychiatrische Erkrankungen wie Psychosen, Wahnerkrankungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen ließen sich bei 50% der untersuchten Fälle sichern. Dem Amoklauf geht in der Regel eine lange Vorgeschichte von Fehlanpassungen voraus. Die exzessive Nutzung von Computerspielen mit gewalttätigem Inhalt wird als alleinige Ursache vermutlich niemanden zum Amokläufer machen.

Auswirkungen auf das sich entwickelnde Gehirn

Das Zentrale Nervensystem zeichnet sich durch eine hohe nutzungsabhängige Plastizität und Modulationsfähigkeit aus. Die Ausdifferenzierung des Gehirns hängt davon ab, wie und wofür es genutzt wird. In den ersten Lebensjahren bildet sich ein großes Angebot von Nervenzellverbindungen, von denen dauerhaft nur erhalten bleibt, was wiederholt genutzt wird. Bei Jugendlichen Handybenutzern, die regelmäßig SMS verschicken, findet sich eine Vergrößerung des Areal, welches die Daumensteuerung repräsentiert, wie bei einem Klavierspieler die Handrepräsentanz. Verbringt ein Kind oder Jugendlicher täglich viele Stunden vor dem Fernseher oder

Computer werden einige wenige, vor allem visuelle Verknüpfungsmuster mit den damit verbundenen Emotionen, Vorstellungen, Erwartungen und Bewertungen gefestigt und trainiert. Diese Kinder haben eine enorme visuell-assoziative Kompetenz, die mit zum Erfolg der Computerspiele beiträgt (Spitzer 2005, Bergmann und Hüther 2006).

Aus den Neurowissenschaften wissen wir, dass bei „befriedigenden“, Glück hervorrufenden Tätigkeiten im Gehirn ein harmonisiertes, synchronisiertes Erregungsmuster gebildet wird und es zur Ausschüttung sogenannter Botenstoffe, wie Dopamin, kommt. Dopamin ist unter anderem mit verantwortlich für das sich einstellende Glücksgefühl und wirkt neuroplastisch. Bei wiederholter Ausführung dieser mit Glücksgefühlen assoziierten Handlungen kommt es zu einer effizienten Bahnung, Verknüpfung und Festigung der dabei beteiligten Nervenzellverbindungen (Bergmann und Hüther 2006). Wenn ein Kind oder Jugendlicher das Gefühl des „Mit-sich-selbst-Eins-Seins“ nur mit Hilfe von Mediennutzung im weitesten Sinne herstellen kann, besteht die Gefahr, dass er immer wieder darauf zurückgreift und süchtiges Verhalten entwickelt (Möller 2007a). Ähnlich scheint es auch bei exzessiver Nutzung von Computerspielen, Internet, Chatten und anderer übermäßiger Mediennutzung zu sein (Bergmann und Hüther 2006). In einer Untersuchung mittels Positronenemissionstomographie konnte gezeigt werden, dass es beim Spielen eines Gewaltvideospieles zu einer so starken Dopaminfreisetzung kommt, wie man dies bisher nur durch Psychostimulantien hervorrufen konnte. In einer Untersuchung mit elektroenzephalographischer Aufzeichnung wurde deutlich, dass exzessive Computerspieler im Vergleich zu Gelegenheitsspielern eine signifikant stärkere emotional-motivationale Reaktion auf computerspielassoziierte Reize zeigen. Dies liefert deutliche Hinweise, dass es sich bei exzessivem Computerspiel um eine Verhaltenssucht handelt, der ähnliche Mechanismen zugrunde liegen, wie bei anderen Abhängigkeiten von z.B. Alkohol oder Cannabis.

In einer Untersuchung mit 13 Computerspiel-erfahrenen Personen zwischen 18 und 26 Jahren, die im Durchschnitt 14 Stunden in der Woche spielten, wurden diese Personen mittels funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) untersucht, während sie ein Ego-Shooter-Spiel spielten. Die Autoren beschreiben ein Erregungsmuster, welches wahrscheinlich mit aggressiven Gedanken und Emotionen zusammen hängt. Es wird nicht untersucht, ob die während des Computerspiels beobachtbaren Erregungsmuster auch Gewalt im realen Leben hervorrufen können. Gleichwohl wird die virtuelle Realität eines Ego-Shooter-Spiels als Möglichkeit gesehen, die Gehirnaktivität unter diesen simulierten Bedingungen zu untersuchen.

Im EEG ist während des Fernsehens deutlich weniger Aktivität nachweisbar (es finden sich vor allem Alpha-Wellen), als wenn die Probanden lesen. Die beim Fernsehen empfundene Entspannung endet, wenn der Bildschirm ausgeschaltet wird. Ein Gefühl der Passivität und

- Wie viele Stunden täglich verbringt ein Kind oder Jugendlicher mit Bildschirmmedien?
- Welchen Inhalt haben die Sendungen oder Spiele?
- Kennen die Eltern diese?
- Findet Medienerziehung, ein kritischer Umgang mit Medien statt?
- Anderweitige Freizeitbeschäftigungen?
- Genügend Bewegung?
- Ist ein stabiles familiäres Umfeld vorhanden?
- Gibt es gleichaltrige Freunde? Oder überwiegend Internetbekanntschaften?
- Werden die Medien im Sinne einer Copingstrategie eingesetzt, um z.B. unangenehme Gefühle wie Frust oder Einsamkeit zu vermeiden?

Tab. 3: Beachtenswertes für die Praxis

verminderter Aufmerksamkeit bleibt. Sich nach dem Fernsehen zu konzentrieren sei schwieriger als vorher und die Stimmung sei gleich oder schlechter.

Am Computer kann Handlungsplanung erlernt werden. Man kann lernen, die Auswirkungen des eigenen Handelns abzuschätzen und Frustrationen auszuhalten. In wieweit die in der virtuellen Welt erworbenen Fähigkeiten im realen Leben zur Problemlösung nutzbar sind, ist jedoch fraglich (Bergmann und Hüther 2006) (Tab. 3).

- Eltern ermutigen, sich Zeit für ihre Kinder zu nehmen
- Vorlesen
- Zusammenarbeit mit Eltern und Schule
- Alternative Freizeitgestaltung anregen
- Den täglichen Medienkonsum um 30 bis 60 Minuten reduzieren und diese Zeit für gemeinsame Aktivitäten in der Familie nutzen, wie abendliches Vorlesen.
- Zusammenarbeit mit Schulen

Tab. 4: Was kann man tun?

Was kann der Kinder- und Jugendarzt tun?

Fragen nach Inhalt und Dauer der Mediennutzung sollten in die Anamnese mit aufgenommen werden. Im Kindesalter sind die Eltern, im Jugendalter auch die Jugendlichen Ansprechpartner. Wie viele Stunden des Tages verbringt ein Kind oder Jugendlicher mit TV oder Computer? Hierbei kann die Visualisierung mit einem „Zeitkuchen“ bestehend aus einem Kreis mit 24 Stunden hilfreich sein. Wenn der Medienkonsum zur bestimmten Freizeitgestaltung wird, die schulischen Leistungen nachlassen und Sozialkontakte reduziert werden, ist Hilfe notwendig. Wichtig ist, nach Freizeitverhalten neben dem Medienkonsum zu fragen, auch ob ausreichend Zeit für Kontakt mit den Eltern vorhanden ist. Gerade bei Kindern ist das Vorlesen ein wichtiges Element, das neben dem Kontakt mit den Eltern, die Phantasie und die Sprach- und Lesefähigkeiten fördert.

Hat ein Jugendlicher reale Kontakte? Oder ist das Internet sein Kontaktraum? **Bei ca. 18% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland finden sich psychische Auffälligkeiten, die Hälfte davon ist behandlungsbedürftig. Diese sind besonders gefährdet, sich im anonymen Strudel der virtuellen Welt zu verlieren.** Neben der Anamnese ist es hilfreich, die Eltern für einen kritischen Umgang mit Medien zu sensibilisieren. Der Fernseher ist kein adäquater Babysitter. Jugendliche benötigen Unterstützung beim Erlernen von Medienkompetenz. Kinder und Jugendliche brauchen ein Gegenüber, mit dem sie sich auseinandersetzen können, an dem sie wachsen und sich entwickeln können. Sie brauchen aber auch Erwachsene, die sich Zeit für sie nehmen und ihnen zuhören. Hier ist der Kinder- und Jugendarzt ein erster wichtiger Ansprechpartner, der sensibilisieren kann, aber auch als erster Ansprechpartner für Jugendliche dient, die drohen, sich in den virtuellen Welten zu verlieren (Tab. 4).

Literatur beim Verfasser

Dr. Christoph Möller
Kinderkrankenhaus auf der Bult
Janusz-Korczak-Allee 12
30173 Hannover
Tel. 0511-8115-2218 Mail: moeller@hka.de

Red.: Christen

Gerade bei Kindern ist das Vorlesen ein wichtiges Element, das neben dem Kontakt mit den Eltern, die Phantasie und die Sprach- und Lesefähigkeiten fördert.

Fluconazol bei rezidivierenden Candidavulvitiden

CONSILIUM
INFECTORUM

Prof. Dr. med. habil.
Hans-Jürgen Tietz

Frage:

Ich behandle ein 4½-jähriges Mädchen, das seit zwei Jahren rezidivierende Vulvitiden durch Candida hat. Sie wurde schon lokal und systemisch mit Nystatin behandelt, war auch schon beim Gynäkologen.

Ist jetzt der Einsatz von oralem Fluconazol sinnvoll?

Antwort:

Mädchen können bereits vor der Pubertät an genitalen Pilzinfektionen erkranken, vornehmlich im Bereich der Vulva und intertriginös. Differentialdiagnostisch ist an bakterielle Erreger zu denken, die in diesem Alter verblüffend der Rachen- und Respirationsflora gleichen. In Betracht kommen auch nichtinfektiöse Dermatosen wie Neurodermitis, Psoriasis, Ekzeme.

Im vorliegenden Fall droht die Erkrankung chronisch zu verlaufen. Daher ist eine exakte Erregerdiagnostik geboten. Der Befund „Candida“ ist im Hinblick auf eine systemische Therapie mit Fluconazol unzureichend. Es muss zwischen *C. albicans* (sensibel) und *C. glabrata* (resistent) differenziert werden, bevor behandelt wird. Im Falle von *C. albicans* ist Fluconazol sinnvoll. Es ist das systemische Antimykotikum mit der besten Verträglichkeit, bei fehlender therapeutischer Alternative ab dem 1. Lebensjahr zugelassen und als Saft verfügbar. Die Dosis sollte je nach klinischem Befund bei 5 mg/kg KG liegen – eine Woche täglich, danach je eine Dosis pro Woche. Eine mehrwöchige Erhaltungstherapie ist sinnvoll, um die körpereigene Infektabwehr zu entlasten, die Haut langfristig zu stabilisieren und um Rezidive zu vermeiden.

Gegenüber *C. albicans* entsteht **keine dauerhafte Immunität**. Mit dem Ziel einer kompletten Heilung sind unabdingbar die Aufdeckung der Infektionsquellen und deren Behandlung verbunden. Auch mit Blick auf den weiteren Lebensweg der kleinen Patientin, da mit Eintritt der Geschlechtsreife das Risiko für vaginale Kandidosen drastisch steigt. Die Infektionsquelle liegt meist im Darm. Stuhlabstriche von drei verschiedenen Tagen decken dies

zuverlässig auf. Bei positivem Erregernachweis erfolgt eine intestinale Sanierung mit Nystatin. Am wirksamsten sind Dragees, die den Wirkstoff vor der Magensäure schützen.

Die bisherige Therapie mit Nystatin war jedoch erfolglos. Möglicherweise aus folgenden Gründen: Nystatin wird nicht resorbiert und agiert nicht systemisch. Damit hat es im Unterschied zu Fluconazol keine Wirkung gegenüber der Haut. Die Darmsanierung war nicht effektiv, weil womöglich andere Infektionsquellen fortbestehen. Vor der Darmsanierung sollte ein Mundabstrich gemacht werden. Ist das Ergebnis positiv, ergibt sich hieraus eine professionelle Zahnreinigung sowie eine zweiwöchige Therapie mit Mundgel (Miconazol). Erst dadurch wird der Erfolg der Darmsanierung gesichert, weil kein Nachschub aus der Mundhöhle mehr erfolgt. Zahnspangen sind ebenfalls häufig mit *C. albicans* kontaminiert und stellen bei prädisponierten Kindern ein hohes Infektionsrisiko dar. Sie sollten regelmäßig desinfiziert werden. Die lokale Nystatin-Behandlung könnte zu kurz gewesen sein bzw. bei *C. glabrata* unwirksam. Bessere lokale Alternativen sind Zubereitungen mit Clotrimazol und Miconazol bei *C. albicans*, bei *C. glabrata* Cremes mit Cyclopiroxolamin. Die von einer exakten Diagnostik abgeleitete Kombinationstherapie – Miconazol oral, Fluconazol intern, Nystatin intestinal, Miconazol Zinkpaste vulvär und perivaginal – wird zum Ziel führen.

Prof. Dr. med. habil. Hans-Jürgen Tietz
Institut für Pilzkrankheiten
Luisenstr. 50
10117 Berlin

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Konnatale HHV-6-Infektion

Chromosomal Integration of Human Herpesvirus 6 is the Major Mode of Congenital Human Herpesvirus 6 Infection

Hall CB et al., *Pediatrics* 122:513-520, September 2008

Herpesvirus Typ 6 (HHV-6) ist der Erreger des Dreitagefiebers (Exanthema subitum). Gelegentlich kann eine HHV-6-Infektion bei älteren Kindern zu einem Mononukleose-ähnlichen Krankheitsbild führen. Zu den seltenen Komplikationen einer HHV-6-Infektion gehören Meningoenzephalitis, GUILLAIN-BARRÉ-Syndrom, fulminante Hepatitis, virus-assoziiertes Hämophagozytose-Syndrom. Nach Organtransplantation kommt es häufig zu einer Reaktivierung von HHV-6, die möglicherweise zu einer vermehrten Transplantatabstoßung führt. Konnatale HHV-6-Infektionen treten bei ca. 1% aller Neugeborenen auf und sind damit ähnlich häufig wie die konnatale CMV-Infektion. Es ist seit einiger Zeit bekannt, dass HHV-6 in das menschliche Genom dauerhaft integriert werden kann.

Hall und Mitarbeiter konnten jetzt an 43 Kindern mit konnataler HHV-6-Infektion zeigen, dass in 86% dieser Fälle (37 Kinder) das HHV-6-Genom im Wirtsgenom fest integriert war (CI-HHV-6, für: chromosomal integriertes HHV-6), nur in 14% (6 Kinder) fand eine „normale“ transplazentare HHV-6-Infektion des Feten statt. Bei allen Kindern mit CI-HHV-6-Infektion sowie bei mindestens einem Elternteil – nicht jedoch bei Kindern mit transplazentarer oder postnataler HHV-6-Infektion – ließ sich CI-HHV-6 auch in Haarfollikeln nachweisen. Die konnatale CI-HHV-6-Infektion wird also wie eine autosomale Erbkrankheit von Generation zu Generation weitergegeben.

Bei allen Kindern mit CI-HHV-6-Infektion fand sich im Vergleich zu den Kindern mit transplazentarer oder postnataler HHV-6-Infektion eine höhere HHV-6-Viruslast im Nabelschnurblut, Speichel und Urin. Hinweise für eine HHV-6-Replikation fand sich nur in 8% der Kinder mit CI-HHV-6-Infektion, nicht je-

doch im Rahmen einer transplazentaren oder postnatalen HHV-6-Infektion.

Kommentar:

Noch ist unklar, welche langfristige klinische Bedeutung eine konnatale CI-HHV-6-Infektion hat: Weitere Studien werden zeigen, ob eine CI-HHV-6-Infektion möglicherweise mit bestimmten neurologischen Krankheitsbildern (Multiple Sklerose) kausal assoziiert ist.

(Volker Schuster, Leipzig)

Schnappatmung: Prognostische Bedeutung bei Reanimation

Gasping During Cardiac Arrest in Humans is Frequent and Associated With Improved Survival

Bobrow BJ et al. *Circulation* 118:2550-2554, Dezember 2008

Die im Rahmen eines plötzlichen Herzstillstandes und Kreislaufzusammenbruchs auftretende Schnappatmung führt oft dazu, dass Laien aber auch Ärzte eine kardiopulmonale Reanimation verzögert einleiten. Die vorliegende Studie geht der kontrovers diskutierten Frage bezüglich der Häufigkeit einer Schnappatmung und ihrer Auswirkungen auf das Überleben von Patienten nach, die außerhalb der Klinik einen Herzstillstand erlitten haben.

Anhand der retrospektiven Analyse von über 1.200 erwachsenen Patienten wird bestätigt, dass eine Schnappatmung unmittelbar nach einem Herzstillstand häufig ist. Dabei nimmt die Häufigkeit der Schnappatmung mit zunehmender Dauer des Herzstillstandes rapide ab: Eine Schnappatmung wurde bei 33 % der Patienten gefunden, die erst nach Eintreffen des Rettungsteams einen Herzstillstand erlitten. Wenn das Rettungsteam < 7 Minuten nach dem Herzstillstand eintraf, wurde die Schnappatmung bei 20 % der Patienten gefunden. Nach einem Zeitintervall von 7–9 Minuten sah man dieses Atemmuster nur noch bei 14 % der Patienten und schließlich wurde es bei nur noch 7 % der Patienten gefunden, bei denen das Rettungsteam später als 9 Minuten nach dem Kreislaufstillstand eintraf.

Nach einer Laienreanimation überlebten 39 % der Patienten, die eine Schnappatmung aufwiesen, während nur 9% überlebten, die nach dem Herzstillstand keine Schnappatmung aufwiesen.

Mehrere Arbeiten aus den letzten Jahren weisen daraufhin, dass die hypoxie-induzierte Schnappatmung, die auch bei der Mehrzahl von Kindern mit plötzlichem Kindstod dokumentiert wurde, letztlich günstige Effekte aufweist und deshalb als ein Mechanismus der Eigen-Reanimation angesehen werden darf: 1. Der pulmonale Gasaustausch wird verbessert; 2. der venöse Rückfluss zum Herzen nimmt zu; 3. das Herzzeitvolumen und die myokardiale Kontraktilität steigen; 4. der Aortendruck, der koronare Perfusionsdruck und der zerebrale Perfusionsdruck steigen, während der intracerebrale Druck fällt. Dies mag erklären, warum die Reanimation bei den Patienten mit Schnappatmung effektiver ist als bei jenen, die keine Schnappatmung zeigen.

Unglücklicherweise verzögert aber die Schnappatmung oft die Erkennung des Herzstillstandes bei kollabierten Patienten; oder aber sie wird als ein Zeichen der Erholung gewertet, so dass Reanimationsmaßnahmen unterbrochen oder gar beendet werden. Dabei muss klargestellt werden, dass die Schnappatmung kein Zeichen der Erholung des Patienten ist, sondern vielmehr als Zeichen dafür anzusehen ist, dass die Reanimation effektiv ist und konsequent fortgesetzt werden sollte.

Zusammenfassung:

Bei Patienten mit plötzlichem Herzstillstand, aber auch bei Säuglingen mit einem akut lebensbedrohlichen Ereignis ist die Schnappatmung als Zeichen der „Eigenreanimation“ zu werten, die, sofern die Reanimationsmaßnahmen promptly einsetzen, als Hinweis auf eine relativ günstige Prognose angesehen werden kann. Deshalb sollte das Vorliegen einer Schnappatmung stets den sofortigen Einsatz von Reanimationsmaßnahmen nach sich ziehen. Andererseits sollten Reanimationsmaßnahmen nicht eingestellt werden, wenn eine Schnappatmung auftritt. Denn sie ist unter diesen Umständen ein Zeichen erfolgreicher Reanimationsmaßnahmen, die weiter fortzusetzen sind.

(Armin Wessel, Hannover)

Teratogenität von ACE-Hemmern und Angiotensin-Rezeptorblockern bei Teenagern bedenken

Use of ACE Inhibitors and ARBs in Hypertensive Women of Childbearing Age

Martin U, Foreman MA, Travis JC, Casson D, Coleman JJ, *J Clin Pharm Ther.* 33:507-511, Oktober 2008

ACE-Hemmer- und Angiotensin-Rezeptorblocker-Einnahme während der Schwangerschaft kann schwere fetale Fehlbildungen zur Folge haben. Die zitierte Studie befasst sich mit dem Problem der Einnahme dieser Medikamente wegen arterieller Hypertonie während der Schwangerschaft.

In einer retrospektiven Kohorten-Studie konnte gezeigt werden, dass im Zeitraum von 2004 bis 2006 von 1500 Frauen mit arteriellem Hypertonus zwischen 16 und 45 Jahren 47% einen ACE-Hemmer oder einen Angiotensin-Rezeptorblocker einnahmen. 55% waren zwischen 26 und 40 Jahre alt. Viele praktizierten keine adäquate Kontrazeption. Diese Frauen haben ein hohes Risiko für fetale Malformationen oder spontanen Schwangerschaftsabbruch. Richtlinien für die antihypertensive Therapie bei jungen Frauen sollten deutlich auf diese Problematik hinweisen.

Kommentar:

Auch bei vielen jugendlichen Mädchen mit arteriellem Hypertonus oder Nierenerkrankungen werden regelmäßig und zunehmend ACE-Hemmer und ATII-Antagonisten zur Therapie eingesetzt. In vielen Fällen erfolgt keine Aufklärung über mögliche teratogene Effekte und die Notwendigkeit zu einer sicheren Kontrazeption. Eine solche Aufklärung sollte – möglichst standardisiert –

durchgeführt werden und per Unterschrift von Jugendlichen und Eltern bestätigt werden. Wenn Zweifel an der Compliance in Bezug auf die sichere Durchführung der Kontrazeption auftreten, sollte die Therapie überdacht und ggf. auf „unproblematische“ Antihypertensiva wie z.B. Dihydralazin, alpha-Methyl-Dopa oder Ca-Antagonisten umgesetzt werden. Diese Empfehlungen sollten auch Einzug in entsprechende Leitlinien finden.

(Lars Pape, Hannover)

Inhalative Steroide bei Mukoviszidose

Relationship Between Inhaled Corticosteroid Therapy and Rate of Lung Function Decline in Children with Cystic Fibrosis

Ren CL et al., *J. Pediatr.* 153: 746 - 751, Dezember 2008

Lokale Steroide werden oft bei Mukoviszidose-Patienten eingesetzt, obwohl die vorhandenen Studien widersprüchliche Ergebnisse zeigen. Eine kürzlich veröffentlichte Metaanalyse (Cochrane) ergab, dass die Evidenzlage zu gering sei, um einen Nutzen oder Schaden für Patienten abzuleiten. Forscher an der Universität von Rochester im Staate New York (USA) haben nun die Lungenfunktionsdaten von 2978 CF-Patienten im Alter von 6–17 Jahren, die in einer prospektiven epidemiologischen Studie eingeschlossen waren, auf den jährlichen Abfall der Ein-Sekunden-Kapazität (FEV1) vor und nach Beginn einer Therapie mit inhalativen Steroiden untersucht. 1208 Patienten konnten in die Analyse eingeschlossen werden, von diesen hatten 786 inhalative Steroide erhalten. Vor Beginn der inhalativen Steroidtherapie betrug der FEV1-Abfall pro Jahr 1,52 % vom Sollwert, nach Beginn der inhalativen Steroidtherapie reduzierte sich dieser jährliche Abfall auf 0,44% vom Sollwert ($P = 0,002$). Allerdings wurde auch ein negativer Effekt auf das Wachstum durch die inhalativen Steroide in dieser Studie bestätigt, ebenso wurde eine Häufung von Patienten mit notwendiger Insulin- oder oraler Antidiabetiker-Therapie im Vergleich zur Kontrollgruppe beobachtet, die keine inhalativen Steroide erhalten hatte.

Kommentar:

Diese große Datenanalyse zeigt, wie hilfreich Register-Informationen sein können, zeigt aber auch die Probleme von Registerdaten auf. So ist ein Vergleich der beiden Gruppen nur schwierig möglich. Es könnten z. B. die Kontroll-Patienten eine bessere Lungenfunktion gehabt haben und deshalb nicht mit inhalativen Steroiden behandelt worden sein. Solche wichtigen Differenzierungen lassen sich nur in einer prospektiven kontrollierten Studie ausschließen. Deshalb kann aus diesen Daten nur die Schlussfolgerung gezogen werden, eine kontrollierte Studie zur Wirksamkeit und Sicherheit von inhalativen Steroiden in der Behandlung von Mukoviszidose-Patienten zu fordern.

(Frank Riedel, Hamburg)

Welche Diagnose wird gestellt?

Steffen Sachse und Peter Müller

Anamnese

Die Schwangerschaft war durch ein Polyhydramnion gestört. Die Feindiagnostik zeigte keine Auffälligkeiten. Bei Spontangeburt 2 Wochen vor dem errechneten Termin passte sich das hypoplastische Neugeborene verzögert an (APGAR 5/9/10) und wies Stigmata einer Trisomie 21 auf.

Aufnahmebefunde

4 Stunden altes hypoplastisches und muskelhypotones Neugeborenes mit rezidivierenden Apnoen, zyanotischem Mund-Nasen-Dreieck und erhöhter Sauerstoffbedürftigkeit. Herzaktionen rhythmisch, keine Herzgeräusche. Lungen seitengleich belüftet mit mittelblasigen Rasselgeräuschen. Abdomen weich, keine Resistenzen palpabel, Leber und Milz unauffällig. Mikrozephalus mit facialen Dismorphien (tiefsitzende Ohren, Epicantus medialis, Hypotelorismus und Makroglossie).

Diagnostik

Labor: Normalbefunde für Blutbild, Laktat, Blutgasanalyse, Gerinnungspotential und CrP

EKG: überdrehter Rechtstyp, SR mit 110/min, inkompl. RSB, keine Hypertrophie, QTc 0,41 s

Echokardiographie: persistierender Ductus arteriosus, kleines Foramen ovale, kein Vitium cordis. Auf der Röntgenübersicht zeigt sich Luft im Ösophagus.



Abb. 1: Röntgendurchleuchtung

Röntgendurchleuchtung ohne KM: Oberer Ösophagusanteil darstellbar, bei Luftinsufflation deutliche Dilatation des oberen Blindsackes ohne Fortleitung nach distal („Medallionzeichen“) (Abb. 1).

Wie lautet die Diagnose?

Judith-Esser-Mittag-Preis

Ausschreibung 2009 des „Judith-Esser-Mittag-Preises“ der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. für Arbeiten zu allen Aspekten der Subspezialität

Die beiden besten wissenschaftlichen Arbeiten auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendgynäkologie werden von der AG Kinder- und Jugendgynäkologie e. V. mit dem Judith-Esser-Mittag-Preis ausgezeichnet.

Der 1. Preis ist mit € 4.000,00 und der 2. Preis mit € 2.500,00 dotiert.

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte/Innen mit einer deutschen Approbation. Neben Arbeiten von einzelnen Autoren sind auch solche von Arbeitsgruppen zugelassen. Bei letzteren wird der Ausweis der Einzelleistungen in den Schriften vorausgesetzt.

Die in deutscher Sprache verfassten Arbeiten dürfen nicht älter als 18 Monate, nicht veröffentlicht und noch nicht mit einem Preis ausgezeichnet worden sein.

Nach schriftlich bestätigtem Eingang einer Arbeit beim Vorstand der AG ist sie für den/die Verfasser/in zur Veröffentlichung frei. Der Vorstand der AG bestellt die Mitglieder eines Gutachterkollegiums. Dessen Entscheid ist unanfechtbar, der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Arbeiten können ab sofort eingereicht werden an die

Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.

z.H. Herrn Prof. Dr. med. Helmuth G. Dörr

Klinik mit Poliklinik für Kinder und Jugendliche

Loschgstraße 15, 91054 Erlangen

Einsendeschluss ist der 15. Juli 2009

Diagnose: Ösophagusatresie (Typ III b nach Vogt) bei Trisomie 21 (Karyotyp 47XX, +21/freie Trisomie)

Der Ösophagus entwickelt sich während der Fetalzeit aus dem embryonalen Vorderdarm, der sich vom Pharynx bis zum Magen des Keimlings erstreckt. Ab dem 20. Schwangerschaftstag ist eine bauchseitige Verdickung nachweisbar, aus der sich das respiratorische Zylinderepithel differenziert, welches ab dem 26. Schwangerschaftstag eine vollständige Separation in Form einer neuen Röhre – der späteren Trachea – ausbildet. Ist dieser Separationsvorgang gestört, entwickelt sich eine Ösophagusatresie. Die Inzidenz beträgt 1: 3500, und oft ist diese Fehlbildung mit anderen genetischen Defekten assoziiert (2, 4, 5). Je nachdem, ob eine obere oder untere Fistel zur Trachea oder keine Verbindung vorliegt, wird eine Einteilung nach Vogt in Typ I–IV vorgenommen. Am häufigsten tritt in 85 % der Fälle der Typ IIIb mit einer ösophago-trachealen Fistelbildung am unteren Segment und einem als Blindsack endenden oberen Segment auf (1). Als mögliche Begleitfehlbildungen kommen Vitien, Wirbelkörperanomalien, Darmatresien, Nierenagenesie, Kryptorchismus, Hydrocephalus oder Neuralrohrdefekte vor (1, 3).

Differentialdiagnose

VATER-/VACTERL-Assoziation, Atemnotsyndrom, Aspirationspneumonie, Tracheomalazie, gastroösophagealer Reflux

Therapie und Verlauf

Nach Anlage einer Schlürfsonde kam es wiederholt zu Aspiration von Nasenrachensekret. Eine Intubation und druckkontrollierte Beatmung war erforderlich. Es erfolgte eine antibiotische Therapie mit Cefotaxim und Ampicillin. Nach Stabilisierung wurde am 3. Behandlungstag eine End-zu-End Anastomisierung des Ösophagus mit Resektion der ösophago-trachealen Fistel vorgenommen. Zur Magenentlastung wurde eine Witzel-Fistel installiert. Postoperativ wurde bei verzögerter Adaptation eine weiterführende Beatmung notwendig. Ein noch weit offener Ductus arteriosus wurde medikamentös verschlossen. Nach Extubation erfolgte am 10. postoperativen Tag ein Kontrastmittel-Brei-

schluck ohne Nachweis von Engstellen im Ösophagus. Die Witzel-Fistel zur Magenentlastung war bei zunächst problemloser oraler Ernährung nicht mehr erforderlich und konnte entfernt werden.

Im weiteren Verlauf wurde jedoch wiederholt galliges Erbrechen, teilweise auch mit Hämatemesis, auffällig. Die Nahrungsaufnahme war erheblich gestört. Nahrungsumstellung, Lagerung zeigten keinen langfristigen Erfolg. Der Verdacht auf Fistelrezidiv oder H-Fistel konnte ausgeräumt werden. Sonographisch war ein verdicktes Duodenalsegment (Pars descendens) aufgefallen. In der Gastroduodenoskopie zeigte sich ein ballonartig dilatiertes Duodenalsegment mit nachgeschalteter Lumeneinengung (max. 2 mm Restlumen). Diese septale Obstruktion wurde nach Längseröffnung des Duodenums, oral und aboral der Stenose mittels Duodeno-duodenostomie „Seit-zu-Seit“ anastomisiert. Nach dieser zweiten chirurgischen Intervention erfolgte ein rascher und problemloser Nahrungsaufbau. Reflux, Erbrechen und neue Fisteln waren im Verlauf der Folgemonate nicht mehr nachweisbar.

Literatur:

- 1) Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie zur Ösophagusatresie (2006)
- 2) Felix JF, Keijzer R, van Dooren MF, Rottier RJ, Tibboel D. Genetics and developmental biology of oesophageal atresia and tracheo-oesophageal fistula: lessons from mice relevant for paediatric surgeons. *Pediatr Surg Int* 20: 731-6 (2004)
- 3) Moore SW. Down syndrome and the enteric system. *Pediatr Surg Int* 24: 873-83 (2008)
- 4) Heinen FL, Vallone P, Elmo G. Esophageal diverticulum in an infant with Down's syndrome and type III esophageal atresia. *J Pediatr Surg* 38: E9 (2003)
- 5) Levy J.; Down's syndrome: prenatal sonographic features. *Ultrasound Obstet Gynecol* 7:450-2 (1996)

Korrespondenzadresse:

Dr. Steffen Sachse
HELIOS Krankenhaus Leisnig
Colditzer Str. 48, 04703 Leisnig

Red.: Höger

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

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Partner

oder suchen Sie als angehender oder 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, Telefon (02 21) 6 89 09 10-23, Telefax 02 21 / 68 32 04
E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Die pädiatriezentrierte Versorgung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis

Seit geraumer Zeit versuchen Hausarztverbände in Baden-Württemberg und Bayern in Verträgen mit der AOK, die Behandlung von Kindern und Jugendlichen einem allgemeinärztlichen Primärarztssystem einzuverleiben. Nach heftigem Widerstand durch die bayerischen Kinder- und Jugendärzte und deren Patientenfamilien konnte jetzt die berufspolitische Wende eingeleitet werden. Zum 1.4.2009 wurde der erste eigenständige Pädiatriezentrierte Versorgungsvertrag (PzV) zwischen der AOK Bayern und dem BVKJ paraphiert.



Dr. Martin Lang

Dieser legt fest, dass die ambulante **Regelversorgung** vom Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres durch qualifizierte Kinder- und Jugendärzte mit abgeschlossener pädiatrischer Weiterbildung erfolgt. Damit soll bayernweit eine flächendeckende kinder- und jugendmedizinische Versorgungsqualität aufrechterhalten und festgeschrieben werden. Durch die deutliche Leistungsverbesserung, insbesondere auf dem Sektor der Gesundheitsprävention, hat die AOK Bayern beste Voraussetzungen geschaffen, um zukünftig als familienfreundliche Krankenkasse für Kinder, Jugendliche und junge Familien gelten zu können.

Der neue Pädiatriezentrierte Vertrag ist ein **Selektivvertrag** nach §73b SGB V. Darin behandelt eine einheitliche Gruppe von Ärzten die im System eingeschriebenen Patienten mit definiertem Leistungsspektrum und transparentem Kostenrahmen. Alle Kinder- und Jugendärzte mit Kassensitz in Bayern können sich an diesem Versorgungssystem beteiligen. Die AOK-versicherten Eltern entscheiden auf freiwilliger Basis, ihre Kinder in den Vertrag einzuschreiben. Die Familien beauftragen damit den Kinder- und Jugendarzt ihres Vertrauens, die **Primärversorgung** ihrer Kinder zu übernehmen. Medizinische Diagnostik oder Behandlungen, die über die Primärversorgung des PzV hinausgehen, erfolgen stets auf Überweisung für den ambulanten oder Einweisung für den stationären Bereich. Ausgenommen von dieser Regelung sind **medizinische Notfallbehandlungen** sowie der Besuch von Augenärzten und Gynäkologen. Der gewählte Kinder- und Jugendarzt dient den Familien somit als Primärarzt und weiterführender **Lotse** durch das Gesundheitssystem. Unkoordinierte Mehrfachdiagnostik oder -therapie, medizinisch geringwertiges (jedoch ökonomisch belastendes) Ärztehopping kann erheblich reduziert werden.

Spezifisch pädiatrische Leistungen

Als Gegenleistung erhalten die jungen Patienten eine deutlich bessere Versorgungsqualität. Die im Selektivvertrag tätigen Mediziner profitieren von einer leistungsgerechten Honorierung. Der Schwerpunkt der **Leistungs-**

verbesserungen liegt im Bereich neuer kinder- und jugendärztlicher Präventionsfelder. Neben den bisherigen Vorsorgetätigkeiten im Säuglingsalter werden ein Nierenscreening (vom 2. bis 6. Lebensmonat), die otoakustischen Emissionen (ohne die praxisferne Bestimmung zur Vorhaltung weitergehender Diagnostik) und ein Amblyopiascreening (mittels computergestützter Autorefraktometrie) eingeführt. Die vom BVKJ entwickelten Neuen Vorsorgen U7a, U10, U11 und J2 werden in den Vertrag übernommen. Ebenso die Erhebung, Bewertung und Besprechung sozialmedizinischer Gesichtspunkte anhand des Mannheimer Elternfragebogens.

Ein weiteres Kernstück des Vertrages ist die **entwicklungsneurologische Diagnostik** im Vorschul- und Schulalter zur Planung und Beratung der Entwicklungsförderung, gegebenenfalls auch zur Indikationsstellung und Therapiesteuerung notwendiger Förderungsmaßnahmen aus dem Heilmittelbereich sowie der Überprüfung ihrer Zielerreichung (Evidenz).

Eine Aufwertung erfährt die kinder- und jugendärztliche **Versorgung außerhalb der Sprechzeiten**. Die Vertragspartner schaffen die Voraussetzung, den Behandlungsservice für die Familien zeitlich zu erweitern und somit Folgebehandlungen im Notdienst oder im stationären Bereich zu reduzieren. Dies wird durch eine Bewertung der ärztlichen Leistungen außerhalb der Sprechstunden ermöglicht, die zudem keiner Budgetierung unterliegt.

Vergütungssystem

Ein großes Plus des neuen Versorgungssystems liegt in seiner einfachen, transparenten und leistungsgerechten Honorarsystematik. Sie soll die Berufszufriedenheit des Arztes wiederherstellen und damit seine Bereitschaft in die Qualität seiner Versorgung zu investieren.

Das ärztliche Honorarvolumen setzt sich zusammen aus

- kurativen Behandlungspauschalen,
- pädiatrischen Strukturpauschalen,
- allgemeinen und pädiatrischen Einzelleistungen,
- Präventionsleistungen.

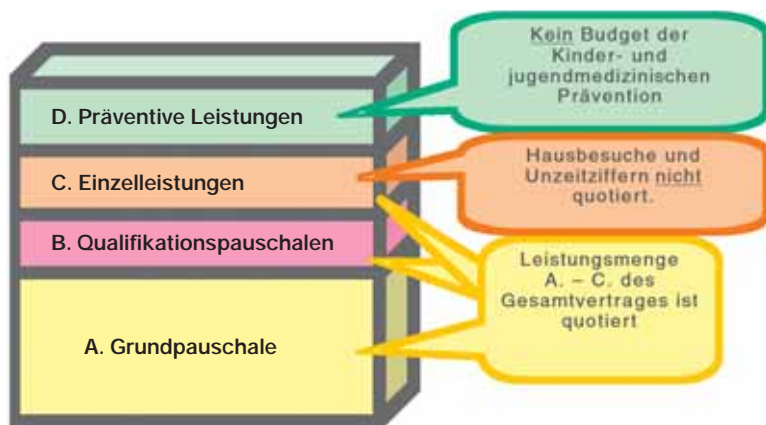


Abb. 1: Übersicht der Honorarsystematik

Für den kurativen Behandlungsfall erhält der Arzt eine **Grundpauschale** (48,- €), bei Patienten unter fünf Jahren ab dem zweiten Arztbesuch eine zusätzliche Kleinkindpauschale (17,50 €), bei Patienten mit chronischen Leiden eine **Chronikerpauschale** (17,50 €). Für den Vertretungsfall (bei Krankheit, Urlaub, etc.) kann der vertretende Arzt maximal zweimal im Quartal eine Behandlungspauschale (je 25,- €) berechnen.

Zur Vorhaltung eines pädiatrischen Mindeststandards in der Praxis, erhält der Arzt eine **Strukturpauschale** von 6,- € auf jeden eingeschriebenen Patienten. Diese Strukturpauschale setzt eine abgeschlossene pädiatrische Weiterbildung, sowie eine im Vertrag definierte kindgerechte Praxisausstattung voraus. Über den Mindeststandard hinausgehende Zusatzqualifikationen werden durch zusätzliche Strukturpauschalen ergänzt (s. Abb. 2). Damit wird die Bereitstellung bestimmter Leistungen und Qualifikationen in der kinder- und jugendärztlichen Versorgung honoriert. Die Anwendung der Leistungen kann auf ihren medizinisch sinnvollen, indizierten Einsatz beschränkt werden, ohne negative wirtschaftliche Auswirkung für den Arzt.

Bei den allgemeinen Einzelleistungen werden dem präoperativen, ein postoperativer sowie ein poststationärer Leistungskomplex hinzugefügt (s. Abb. 3). Dies entspricht dem Wunsch nach einer Behandlungskontinuität zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Der

Leistung	€
Pädiatrische Strukturpauschale für Mindesteinrichtung	6,00
+ Akutlabor: Leukos, CRP, BZ, Urinstatus, Strep A (komplett)	0,40
+ Spirometrie	1,00
+ Psychosomatik	3,50
+ Allgemeine Sonografie	3,00
+ Schädelsonografie	1,00
+ Schilddrüsenultraschall	0,50
+ Kleine Chirurgie	2,00

Abb. 2: Strukturpauschale für pädiatrischen Mindeststandard, sowie besondere Qualifikationen (Honorar pro eingeschriebenem Patienten)

Leistung	€
Präoperativer Komplex (ambul. Op.)	72,00
Postoperativer Komplex (ambul. Op.)	52,00
Poststationärer Komplex	15,00
Allergologie Prick (Sofortreaktion)	45,00
Hyposensibilisierung	15,00

Abb. 3: Allgemeine Einzelleistungen

besonderen Bedeutung der Allergologie in der pädiatrischen Grundversorgung wird durch die **Aufnahme der Hyposensibilisierungsbehandlung** in den Leistungskatalog, Rechnung getragen.

Standardisierte entwicklungsneurologische Testverfahren werden als **pädiatriespezifische Einzelleistungen** adäquat honoriert (s. Abb. 4). Darüber hinaus können bei entsprechender Qualifikation pädiatriespezifische Elterninstruktionen auf dem Gebiet der Regulationsstörungen, der Neurodermitis, dem frühkindlichem Asthma oder dem AD(H)S gesondert vergütet werden.

Die gesetzlichen **Vorsorgeuntersuchungen** (U1 bis U9, J1) werden durch eine pädiatrische Strukturpauschale für den weitergebildeten Kinder- und Jugendarzt aufgewertet (s. Abb. 5). Die vom BVKJ entwickelten Neuen Vorsorgen (U7a, U10, U11, J2) werden ebenfalls mit 35,- € vergütet, zuzüglich des Mannheimer Elternfragebogen (nach Prof. Esser) (15,- €). Neu in das Spektrum der Präventionsleistungen werden das Amblyopiecreening und die OAE's aufgenommen.

Quotierung

Der Kostenrahmen des PzV ist auf 65,- Euro pro eingeschriebenem Patienten begrenzt (so genannte Quotierung). Sämtliche Präventionsleistungen, Impfkosten, Hausbesuche und Unzeitleistungen werden außerhalb der Quotierung vergütet (s. Abb. 1). Damit ist dem Kostenträger ein kalkulierbarer Finanzrahmen gegeben. Die Honorierung erfolgt leistungsgerecht. Anreize zu unsin-

Leistung	€
sonografisches Nierenscreening (2.-6. LM)	25,00
Entwicklungsneurologische Prüfung zur Koordination der Heilmittel-Verordnungen Überprüfung der Therapienotwendigkeit / Festlegung u. Überprüfung von Therapiezielen (1x / Quartal)	25,00
Entwicklungsneurologische Testverfahren (z. B. BUEVA, BUEGA, MFED) (1x / Quartal)	35,00
Individuelle Instruktionen (bei nachgewiesener Qualifikation / mind. 15 min.) bei: frühkindl. Regulationsstörungen, familiären Interaktionsstörungen, frühkindliches Asthma < 5. LJ., Neurodermitis, ADS / ADHS	35,00

Abb. 4: Pädiatriespezifische Einzelleistungen

Leistung	€
Gesetzliche Vorsorgeuntersuchung U1–U9, J1	30,45
Pädiatrischer Strukturzuschlag U1–U9, J1	4,55
Besuch zur Vorsorgeuntersuchung U2	20,00
Entfernungspauschale (ab Praxis): < 5 km: 10,00 € > 5 km:	15,00
Neugeborenencreening	15,00
Sonografie Säuglingshüfte	20,00
Neue Vorsorgeuntersuchungen U7a, U10, U11, J2 nach bvkj-Standard (Manual!)	35,00
Psychosoziale Prävention U7a, U10, U11, J2 nach standardisierten bvkj-Fragebögen	15,00
Amblyopiescreening	20,00
Otoakustische Emissionen OAE	20,00

Abb. 5: Prävention im PzV

niger, medizinisch nutzloser Leistungsausweitung werden minimiert. Gefördert wird hingegen das große Spektrum der kinder- und jugendärztlichen Präventionsleistungen, sowie die „rund um die Uhr“-Betreuung der kleinen Patienten.

Transparenz und Kommunikation im PzV

Hinsichtlich der Kommunikation und der Transparenz medizinischer Leistungsinhalte werden neue Maßstäbe gesetzt. Die Kommunikation soll zeitnah und aktuell, sowie flächendeckend erfolgen. Daher verpflichtet sich jeder Vertragsarzt zur aktiven **Teilnahme am kinder- und jugendärztlichen Intranet PädInform** (Anmeldeformular siehe Seite 335), in dem ein eigener Forenbereich für die Pädiatriezentrierte Versorgung in Bayern eingerichtet wurde. Weiterhin soll eine gemeinsame, einheitliche Außendarstellung durch **Praxishomepages**

aller Kinder- und Jugendärzte bei Kinderärzte-im-Netz (KIN) erreicht werden. Für die Teilnehmer an diesem Vertrag ist die Homepage bei KIN deshalb jetzt Einschreibevoraussetzung (Anmeldeformular siehe Seite 333). Die harte öffentliche Auseinandersetzung im Vorfeld der Vertragsverhandlungen hat die große Bedeutung professioneller Medienarbeit für den BVKJ überdeutlich vor Augen geführt.

Qualitätsorientierte Kinder- und Jugendmedizin

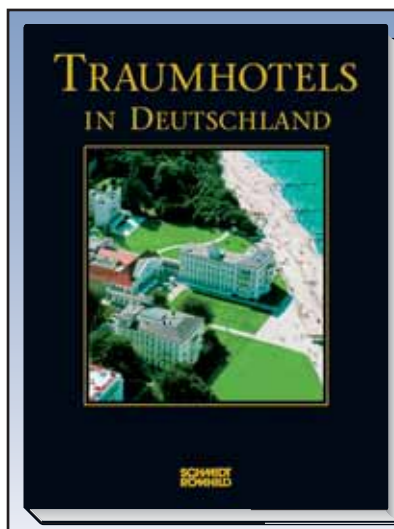
Alles in allem bringt der in Bayern geschlossene Vertrag die Chance einer qualitätsorientierten Kinder- und Jugendmedizin im ambulanten Bereich. Die Honorierung ist angemessen und fördert damit die Investitionsbereitschaft der Ärzte in eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung. Der Patient und seine Eltern übernehmen eine wichtige Korrektivfunktion, da sie sich aktiv und freiwillig für den Kinder- und Jugendarzt ihres Vertrauens erklären können.

Somit erbringt die Pädiatriezentrierte Versorgung Vorteile für alle Beteiligten. Die Krankenkasse profitiert von einem kalkulierbaren Kostenrahmen mit einer Reduzierung von Folgekosten (z. B. Minimierung des Ärztehopping). Die Kinder- und Jugendärzte übernehmen eine höhere Eigenverantwortlichkeit innerhalb der Selektivversorgung, was durch eine adäquate Vergütung belohnt wird. Der Benefit der Patienten liegt in einem deutlich verbesserten Behandlungsservice (auch außerhalb der Sprechzeiten) und einer erheblichen Ausweitung pädiatriespezifischer und präventiver Leistungen.

Dr. Martin Lang,
Bahnhofstr. 4, 86150 Augsburg

Dr. Bernd Simon und Dr. Heinz Reiniger,
Cosimastraße 133, 81925 München

Red.: ge



Neuer Pracht-Bildband: Traumhotels in Deutschland

Deutschland ist das beliebteste Reiseland der Deutschen. Der neue Bildband „Traumhotels in Deutschland“ bietet einen Überblick über die breit gefächerte Hotellandschaft und hilft, die wirklich exklusiven, hervorragenden Häuser aufzufindig zu machen.

Der reich illustrierte, luxuriös ausgestattete Bildband im Großformat mit Kunstledereinband und Goldprägung ist eine wahre Augenweide: Denn hier präsentiert sich das ganz Besondere und Schöne. Der Leser erfährt nicht nur von Häusern, die sich durch eine ungewöhnlich edle Ausstattung auszeichnen, sondern auch von Hotels, die hinsichtlich Komfort und Service eine ganz eigene kundenfreundliche Philosophie verfolgen.

Versierte Journalisten, koordiniert vom Redaktionsbüro Lück, München, wählten 100 Traumhotels in Deutschland aus, wobei sie genau die richtige Mischung getroffen haben: Hotels, die in idyllische Landschaften eingebettet sind, Wellness-Hotels mit speziellen Angeboten, stilvolle Schloss-Hotels, exquisite City-Hotels, Hotels mit Sterne-Küche, Hotels mit dem passenden Ambiente für besondere Anlässe. Hier findet man legendäre, geschichtsträchtige Hotels wie das Adlon in Berlin oder Häuser mit modern-elegantem Stil für Liebhaber ausgefallenen Designs wie The Westin Leipzig.

Die Hotels werden nach Region aufgeführt. Außerdem gibt es eine Übersichtskarte der Häuser und ein Register, in dem sie nach Namen, Ort und Charakter (Wellness, schöne Lage, Gourmet, Schlosshotel usw.) gelistet sind.

240 Kunstdruckseiten, Großformat 22,5 x 30 cm, durchgehend farbige Abbildungen, Kunstledereinband mit Goldprägung, ISBN 978-3-7950-7046-5

€ 34,20

Erhältlich im örtlichen Buchhandel oder direkt beim Verlag.

SCHMIDT ROMHILD DEUTSCHLANDS ÄLTESTES VERLAGS- UND DRUCKERHAUS SEIT 1579

Mengstraße 16 Tel. 04 51/70 31-2 67
23552 Lübeck Fax 04 51/70 31-2 81

www.schmidt-roemhild.de
vertrieb@schmidt-roemhild.com

Praxisabgabe-Seminar des BVKJ am 12. und 13.09.2009 in Friedewald (bei Bad Hersfeld)

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

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

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

Referenten

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

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

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

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

Stephan Eßer
Hauptgeschäftsführer des BVKJ



An den
Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.
z. H. Frau Gabriele Geße

per Telefax (02 21) 68 32 04

Praxisabgabeseminar des BVKJ am 12. und 13.09.2009 in Friedewald

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme am Praxisabgabeseminar an.

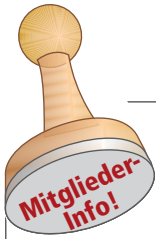
Die Teilnahmegebühr von 310,- € bzw. 500,- € überweise ich bis zum Beginn des Seminares auf Konto 000 127 3779 (BLZ 300 606 01), Deutsche Apotheker- und Ärztebank.

Name

Anschrift

Datum, Unterschrift

(Tel. u. Fax)



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Rheinland-Pfalz

Gemäß der Wahlordnung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. findet im **Juni 2009** die Nachwahl des/r Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter/innen, der Delegierten, der Ersatz-Delegierten, der Beisitzer/innen sowie des/r Schatzmeisters/in statt.

Die Wahl wird durchgeführt am

Samstag, 27. Juni 2009, 9.30 Uhr, in der Fachhochschule Worms, Erenburgerstr. 19, 67549 Worms

auf der Mitgliederversammlung des Landesverbandes im Rahmen der Veranstaltung „Pädiatrie zum Anfassen“, zu der zu gegebener Zeit schriftlich eingeladen wird.

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

Dr. Lothar Maurer
Kommissarischer Landesverbandsvorsitzender



Anmeldecoupon
für Ihre Praxis-Homepage bei www.kinderaerzte-im-netz.de

Herausgegeben vom

bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Titel, Vorname, Name
Straße, Hausnr.
PLZ, Ort
Telefon, Fax
E-Mail, Internetadresse
(Landes)Ärztelkammer, Kassenärztliche Vereinigung
Sprechzeiten
<input type="checkbox"/> Ich/Wir bestätige/n Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (bvkj.) zu sein.
<input type="checkbox"/> Ich/Wir bestätige/n, dass alle Nutzungsrechte meiner/unsere bestehenden Homepage bzw. der zur Verfügung gestellten Materialien bei mir/uns liegen. Die Monks - Ärzte im Netz GmbH und die beteiligten Fachorganisationen sind von Ansprüchen Dritter freigestellt.
<input type="checkbox"/> Ich zahle per Bankeinzug von meinem Konto Bei Nichtteilnahme am Bankeinzugverfahren werden Bearbeitungsgebühren von 10,- € berechnet.
Geldinstitut
Bankleitzahl
Kontonummer
Datum, Unterschrift

Widerrufsrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung an Monks - Ärzte im Netz GmbH, Tegernseer Landstr. 138, 81539 München. Datenschutz: Ihre Daten werden von uns zur Durchführung des Vertrages gespeichert. Sie können jederzeit die Nutzung durch eine schriftliche Benachrichtigung an uns widersprechen. Monks - Ärzte im Netz GmbH, Tegernseer Landstr. 138, 81539 München, Geschäftsführer: Sean Monks, Amtsgericht München, HRB 160883, USt-IDNr.: DE 246543529

¹ Wir erstellen mit den von Ihnen angegebenen Daten die Homepage. Weitere Informationen erhalten Sie per Post von uns. Sie können uns jederzeit weitere Texte und Bilder (z.B. Fotos, Praxis-Logo) auf Datenträgern oder per E-Mail (st.monks@monks.de) zuschicken. Bis zu 10 Bildern und 5 Unterseiten erstellen wir kostenlos für Sie. Selbstverständlich können Sie Ihre Homepage mit den erhaltenen Zugangsdaten selbst um beliebig viele Bilder und Unterseiten erweitern.

JA, ich melde eine Praxis-Homepage an für:

- Einzelpraxis ohne bestehende Homepage**
7,50 € / Monat*
- Einzelpraxis mit bestehender Homepage**
3,75 € / Monat*
- Gemeinschaftspraxis / andere Organisationsformen ohne bestehende Homepage**
10,- € / Monat*
- Gemeinschaftspraxis / andere Organisationsformen mit bestehender Homepage**
5,- € / Monat*

Für die Erstellung Ihrer Praxis-Homepage berechnen wir eine einmalige Bearbeitungsgebühr von 15,- € / * Alle Preise zzgl. der gesetzl. MwSt.

JA, aktivieren Sie folgende kostenlose Zusatztools auf meiner Praxis-Homepage:

- Aktuelle Meldungen von www.kinderaerzte-im-netz.de
- Vorsorge- und Impferinnerungsdienst
- BMI-Rechner
- Blutdruck-Rechner

Schicken Sie Ihre Anmeldung an:
Fax 089 / 64 20 95 29

Monks - Ärzte im Netz GmbH
"Kinderärzte im Netz"
Tegernseer Landstraße 138 • 81539 München
Tel. 089 / 64 24 82 12 • E-Mail: st.monks@monks.de

Weitere Informationen und Online-Anmeldung unter
www.kinderaerzte-im-netz.de/aerzte

Die ökonomische Seite der Medaille

Das „Familienpraxiskonzept“ – aus der ärztlichen Not eine ökonomische Tugend machen –, denn ohne wirtschaftlichen Vorteil würde sich kein Verbesserungsansatz durchsetzen.

Zentrales Element des Konzeptes ist das professionelle Management in und zwischen den Praxiseinheiten. Die „Serviceeinheit“ ist das Kernelement des Familienpraxiskonzeptes. Sie umfasst alle Aufgaben, die zur Optimierung der Arbeit innerhalb des Netzes notwendig sind, um den Arzt von „nichtärztlichen“ Tätigkeiten zu entlasten.

So erhalten Patienten unter Gewährleistung der freien Arztwahl das Angebot, den – so vorhanden – geeignetsten Behandler innerhalb des Praxen-Netztes genannt zu bekommen. Dies nennt sich Patientenmanagement oder Lenkung des Patientenstroms. Weitere Facetten sind die Optimierung der vertragsärztlichen Abrechnungen, der Beleg- und Personalbuchhaltung und die Einbindung jedes Kollegen, der dem Praxen-Netzwerk verbunden ist, in gruppenvertragliche Serviceleistungen. Hierunter fallen zum Beispiel Steuer-, Gesellschafts-, Budget- und Rechtsberatung, ein zeitnahes, betriebliches Berichtswesen, edv-gestützter, zentraler Einkauf, Hygienekontrolle, Qualitätsmanagement und dessen Kontrolle, arbeitsmedizinische Untersuchungen und vieles andere.

Dafür zahlt der Vertragsarzt erstmal ein Honorar. Der wirtschaftliche Vorteil überwiegt allemal. Er soll im Folgenden dargestellt werden.

Alleine der Zeitaufwand für die Organisation besonders nichtärztlicher Tätigkeiten ist erheblich. Er ist wie bei allen Tätigkeiten, die der Arzt selbst ableistet, mit einem kalkulatorischen Arztlohn in Ansatz zu bringen. Das Argument, Eigenleistung sei umsonst, ist unzutreffend, denn in gleicher Zeit könnte im Beruf alternativ wesentlich mehr Geld verdient werden. Wird der geübte und sachkundige gesundheitsökonomische Spezialist beauftragt, wird dieser immer effizienter sein, also nur einen Teil des ärztlich verdienten Entgelts im vergleichbaren Zeitraum verbrauchen. Dazu haftet er in der Regel, wobei ein Eigenschaden beim Verursacher hängen bliebe.

Selbstredend wird der Ökonom im Sinne des Praxisinhabers dessen wirt-

schaftlichen Erfolg zu mehren bestrebt sein. Im negativen Fall verliert er Anschlussaufträge und Prestige. Im positiven Fall verdienen beide – der Ökonom sein Honorar und der Arzt den zusätzlich erzielten und verbleibenden Gewinn.

Was heißt das konkret?

Betrachten wir zunächst die Kostenseite. Eine Dienstleistung, die einer Einzelpraxis aufgebürdet wird, wie Rechtsberatung, kann, bei lediglich anteiligen Kosten, per „Flatrate“ dem gesamten Netz verfügbar gemacht werden. Der Effekt gewinnt mit zunehmendem Wachstum des Praxen-Netztes an Bedeutung. Bündelung des Einkaufs mittels geeigneter Software ist ähnlich erfolgreich, wie die Optimierung von Personal und Arztzeiten im Verbund. Letzterer Effekt profitiert zudem vom qualifizierten Management der Serviceeinheit. Diese fungiert letztlich als Dirigent des Zusammenspiels der einzelnen selbstständigen Einheiten in der Familienpraxisgruppe und sorgt für wirtschaftlichen Einklang. In der Tat kann sowohl am lebenden Beispiel (der Familienpraxis Oggersheim) als auch theoretisch bestätigt werden, dass das Konzept funktioniert und eine ökonomisch sinnvolle Entscheidung vorliegt.

Die Betrachtung der Umsatzseite führt direkt zum Thema Praxisbudget. Auch dieses kann gestaltet werden, zum Beispiel per Zukauf oder durch bessere Ausnutzung. Mitunter muss der benachteiligte Einzelkämpfer nach geltendem Recht ein Jahr auf einen Effekt, nämlich der Erhöhung seines Budgets, warten. Wer noch Budget hat, wird im Sinne der Gemeinschaft bedient. So kann ein Vertragsarzt, der in eigener Praxis über sein Budget zu kommen droht, als Vertretung oder Ergänzungsarzt beim Kollegen in der Gruppe – unter Utilisierung dessen Budgets – hinzuverdienen, ohne sich als „Gastarzt des Systems“ fühlen zu müssen.

Voraussetzung sind profunde Fachkenntnisse der im Hintergrund tätigen Sachbearbeiter und Gesundheitsökonomien. Diese müssen weitergebildet werden und selbst wieder die nachgeordnete

In der Märzausgabe des Kinder- und Jugendarztes haben die Autoren über die grundsätzliche Struktur ihres „Familienpraxiskonzeptes“ berichtet.

Bei einem weiteren Treffen mit der Arbeitsgemeinschaft Perspektiven in der Pädiatrie am 7.3.2009 in Weimar erläuterten sie die Managementstrukturen und die ökonomische Seite des Familienpraxiskonzeptes. Aus Gesprächen wissen wir, dass viele Kolleginnen und Kollegen das Einzelkämpfertum leid sind und sich eine wie immer geartete Zusammenarbeit mit Gleichgesinnten wünschen. Die Zusammenarbeit mit einer professionellen Managementgesellschaft kann den unerfahrenen oft zögerlichen und ängstlichen Kolleginnen und Kollegen den Schritt zu einer Kooperation erleichtern.

Ebene schulen. Nur so können gesundheitspolitische Veränderungen zeitnah pariert und eigene Positionen neu justiert werden. Der Einzelne ist dazu kaum in der Lage. Eine aktive und funktionierende Serviceeinheit reduziert zudem die Kosten und Folgekosten des Personals merklich.

So erschließt sich nun der wirtschaftliche Effekt leicht. Der gemanagten Reduktion der Kosten steht bei gleichzeitig steigenden Umsätzen nur der Aufwand der Serviceeinheit gegenüber. Der Arzt wird den Service nur so lange beanspruchen, wie er gleichermaßen einen Gewinnvorteil hat, aber auch das Honorar für den in Anspruch genommenen Service für angemessen hält. Beides muss nachhaltig im Einklang stehen.

Dr. med. Hans-Juergen Merkel
FA Kinderheilkunde und Jugendmedizin
FA Allgemeinmedizin
MBA Health Care Management Uni Bayreuth
Adolf-Diesterweg-Str. 53, D-67071 Ludwigshafen
www.lu-familienpraxis.de

BKM GmbH
Jochen Buley
Geschäftsführender Gesellschafter
Nordstr. 52, D-04821 Brandis/Sachsen
034292 - 4000

Red.: ge



Kinderumwelt, Westerbreite 7, 49084 Osnabrück

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Arztstempel

Antwortfax an: 0541/9778-905

Anmeldung zum Intranet PädInform®

Hiermit beantrage ich einen persönlichen Zugang zum Intranet **PädInform®** der Kinder- und Jugendärzte. Die Anmeldeinformationen werden entsprechend § 28 BDSG erhoben und gespeichert. Sie werden nicht an Dritte weitergegeben.

Name: _____

PLZ, Ort, Straße: _____

Tel. Nr.: _____ Fax: _____

Die angegebene Adresse ist meine Privatadresse Praxisadresse

Mitgliedschaft im Pädnetz: _____ (optional)

Bitte richten Sie mir einen Zugang über Ihre Homepage www.uminfo.de ein und teilen Sie mir die Zugangsdaten per E-Mail mit.

Meine Emailadresse lautet: _____

Die Zugangsdaten werden innerhalb von 2 Werktagen versendet, bitte auch Spamfilter prüfen!

Der jährliche Teilnehmerbeitrag für das Intranet PädInform® beträgt 60€. Bei Anmeldung im laufenden Jahr werden 15€ pro angefangenes Quartal berechnet.

Den anteiligen Teilnehmerbeitrag für 2009 in Höhe von 45€ (ab 2010: 60€)

- überweise ich innerhalb von 7 Tagen das Konto der Kinderumwelt gGmbH,
Kontonummer: 100 4368 300 bei der Volksbank Osnabrück, BLZ: 265 900 25
- können Sie von folgendem Konto abbuchen

KontoNr: _____ BLZ: _____

Geldinstitut: _____

Datum: _____ Unterschrift _____

Kinderumwelt gemeinnützige GmbH
Geschäftsführer: Prof. K. E. v. Mühlendahl
Gesellschafter: Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ)
Sitz Osnabrück
AG Osnabrück, HRB 19331, Umsatzsteueridentifikationsnummer: 11 66270 08983 57 0201

Kontoverbindung: Volksbank Osnabrück
BLZ: 265 900 25
Konto: 100 4368 300

Wahlkampf in Zeiten der Gesundheitsreform: unzufriedene Ärzte – verärgerte Patienten

Eigentlich wollten die Parteien die Gesundheitsreform bei der Bundestagswahl 2009 außen vor lassen. Es gibt angesichts der Weltwirtschaftskrise wahrlich wichtigere Themen als das Wehklagen der Ärzteschaft über eine vermurkste Honorarreform. Jetzt mehren sich die Anzeichen, dass die Gesundheitspolitik im Bundestagswahlkampf doch eine prominente Rolle spielen könnte.

Als erstes hat das die CSU in Bayern verstanden. Ministerpräsident Horst Seehofer schickte seinen agilen Gesundheitsminister Söder vor, der nichts weniger forderte, als die völlige Abschaffung der derzeitigen Gesundheitsreform. Auch die FDP legte ein Programm vor, das mit der Gesundheitspolitik der Großen Koalition nichts mehr gemeinsam hat.

Das drohende Scheitern der Honorarpolitik bringt das Kollektivvertragssystem in eine tiefe Krise. Die KBV und KVen sind an den unüberbrückbaren Spagat gescheitert, einerseits immer neue gesetzliche Restriktionen umzusetzen und gleichzeitig die Interessen der Ärzteschaft wirkungsvoll zu vertreten. Das Krisenmanagement der KBV ist wenig überzeugend, und die KVen scheinen mit der von der Politik geschaffenen Situation überfordert. „Keine Abstimmung, keine Orientierung, kein Konzept“, so lautet die Fundamentalkritik des Vorsitzenden des Hartmannbundes, Professor Kuno Winn, in Richtung der sich in Auflösung befindlichen Selbstverwaltung.

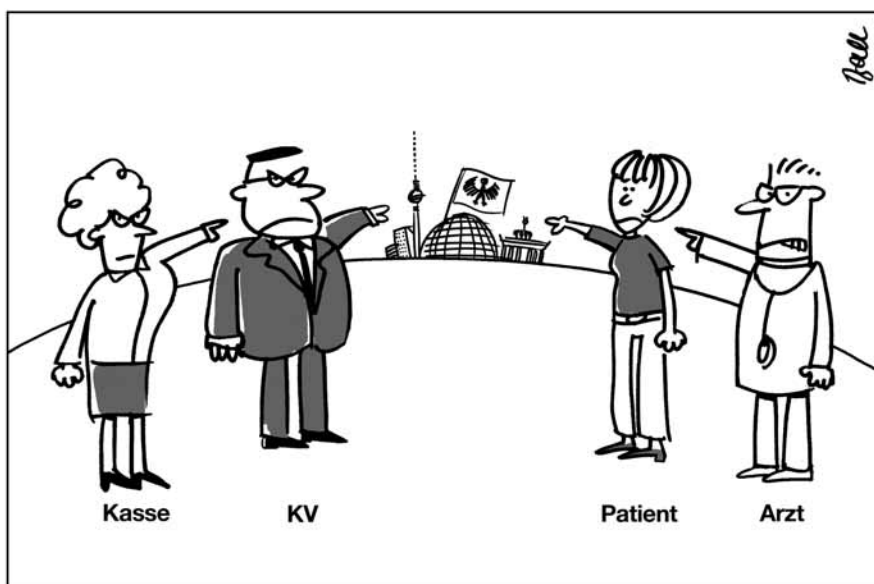
Immer mehr Verbände flüchten aus dem KV System. Der Hausärzteverband pocht auf sein Recht, bis zum 1. Juli dieses Jahres flächendeckende Vollverträge zur hausarztzentrierten Versorgung mit allen Kassen abzuschließen. Auch der BVKJ verlässt mit seinem pädiatriezentrierten Versorgungsvertrag in Bayern das KV System. Die KV Bayern tritt hier nur noch als Dienstleister auf. Das schwächt – und das war politisch gewollt – die KVen in ihren zentralen Aufgaben.

Alle Akteure im Gesundheitssystem, Ärzte (und hier besonders die Fachärzte), Kassen und KV-Funktionäre sind unzufrieden. Die Schuld für das gesundheitspolitische Desaster wird, trotz gegenteiliger Versuche von Ulla Schmidt, den Politikern

angelandet, und die reagieren zunehmend nervös. Normalerweise würde sich kein Wahlkämpfer freiwillig auf das verminte Feld der Gesundheitspolitik begeben, es sei denn, er wird gezwungen oder erhofft sich politische Vorteile.

Es wird noch schlimmer kommen. Einen Sturm der Entrüstung bei den Versicherten erwarten Experten Ende April, wenn der Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt die Einnahme- und Ausga-

der wahrscheinlichste Termin für eine Welle von Beitragserhöhungen und damit erstmals in der von den Kassen so gefürchteten Form der Zusatzbeiträge bringen. Es soll auch schon „Abstimmungsgespräche“ zwischen den Kassen geben, um ein gemeinsames Vorgehen bei der Erhebung von Zusatzbeiträgen zu erreichen, da selbst die vergleichsweise moderate Beitragserhöhung bei einem Zusatzbeitrag von 8 Euro, der bei den Versicherten pauschal



beschätzung des Gesundheitsfonds bekannt gibt. Schon vor der Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes ging der GKV-Spitzenverband von einer Fondsunterdeckung in Höhe von 1,5 % aus. Die tiefgreifende Wirtschafts- und Finanzkrise auf der Einnahmenseite und das zusätzliche Geld für Arzthonorare, sowie die Regelungen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes auf der Ausgabenseite, führen, nach Ansicht von Experten, unweigerlich zu einem defizitären Gesundheitsfonds.

Der Präsident des Bundesversicherungsamtes, Josef Hecken, weist schon einmal vorsichtig darauf hin, dass „Einnahmeausfälle nicht die Ursache für eventuell bei manchen Kassen notwendige Zusatzbeiträge“ sein. Das heißt, der 1. Juli wird

und ohne ein Einkommensprüfung erhoben werden kann, ein Sonderkündigungsrecht der Versicherten auslösen würde.

Spätestens jetzt werden sich die verärgerten Versicherten fragen, warum sie für den Besuch beim ebenfalls zutiefst unzufriedenen Arzt auch noch einen höheren Beitrag zahlen sollen. Und beide werden mit dem Finger auf Berlin zeigen.

In diesem Moment muss sich auch der letzte Wahlkämpfer mit der Gesundheitspolitik beschäftigen, will er in seinem Wahlkreis kein wahltaktisches Harakiri begehen.

Interview mit Andreas Hoffmann MdL, Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion Baden-Württemberg

Der AOK-HÄV-MEDI-Vertrag nach Paragraph 73 b in Baden-Württemberg bindet die Patienten für mindestens ein Jahr an einen Hausarzt, entspricht also einem zeitlich begrenzten Primärarztssystem. Strebt die CDU ein Primärarztssystem an?

Eines will ich vorweg klarstellen. Das Bundesgesundheitsministerium ist ein SPD- und kein CDU-Ressort. Die CDU hat keinerlei Ambitionen, ein Primärarztssystem zu unterstützen, das einen weiteren Schritt in eine – falsche – Staatsmedizin fördert. Unser Gesundheitssystem leidet seit Jahren unter verschiedensten Versuchen, Finanz- und Systemdefizite mit immer differenzierteren Methoden einer „Verteilungsgerechtigkeit“ zuzuführen, die vernünftige Ansätze im Gesundheitswesen inzwischen stranguliert für Patienten und Leistungsanbieter intransparent macht.



Der AOK-HÄV-MEDI-Vertrag verlangt für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen keinerlei pädiatrische Qualifikationen. Kinder- und Jugendärzte werden trotz ihrer fünfjährigen pädiatrischen Ausbildung mit Allgemeinmediziner qualitativ auf eine Stufe gestellt. Warum gefährdet auch ihre Partei ohne Not ein gut funktionierendes System der bisher hervorragenden medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen?

Die Ausgestaltung von Verträgen obliegt nicht der Politik, sondern den Gremien der Selbstverwaltung. Es ist seit Jahren erkennbarer Wille des BMG unter der Führung von Ministerin Ulla Schmidt, die sogenannte „Facharztschiene“ abzuschaffen – dazu tragen auch solche Vertragskonstellationen bei. Wir halten dies für den falschen Weg und hoffen auf neue Mehrheiten nach der nächsten Bundestagswahl.

Das monopolisierte Verhandlungsmandat der Allgemeinärzte nach § 73 b ist eine klare Zurücksetzung der Pädiater. Damit wird auch das an der Basis meist gute Miteinander von Pädiatern und Allgemeinärzten im derzeitigen dualen System der hausärztlichen Versorgung zerstört. Wie sehen Sie die Weiterent-

wicklung des § 73b. Wird es eine Berücksichtigung der anderen hausärztlichen Gruppen, Pädiater und hausärztliche Internisten, geben?

Auch diese Frage spielt sich im Bereich der Selbstverwaltung ab, sofern diese überhaupt noch in allen Teilen als funktionsfähig bezeichnet werden kann. Es ist ein einmaliger Vorgang, wie hier das BMG quasi im letzten Moment einer einzelnen Ärztegruppe Sonderrechte einräumt, die nicht zu rechtfertigen sind.

Ministerialdirigenten Schröder aus dem BMG lässt sich gerne mit dem Satz zitieren, dass die ambulante Regelversorgung von Kindern und Jugendlichen primär bei den Kinder- und Jugendärzten liegen sollte. Auch die CDU scheint mit einem anderen System zu liebäugeln. Warum?

Ich kann nur für die CDU in Baden-Württemberg sprechen und wir wollen definitiv kein anderes Versorgungssystem im Bereich der Pädiatrie.

Die AOK Baden-Württemberg lehnt bisher jegliche Verhandlungen mit den Vertretern der Kinder- und Jugendärzte über eine besser qualifizierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen in einem eigenen Vertrag nach Paragraph 73b ab. Gleichzeitig fordern alle Parteien die Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen im „Kinderland Baden-Württemberg“. Schlichtes Lippenbekenntnis oder schon beginnender Wahlkampf?

Möglicherweise hängt die Haltung einzelner Akteure bei den vertragsschließenden Parteien auch davon ab, wie sich die Haltung des BMG (Ablösung Facharztschiene) manifestiert. Ich halte es für falsch, unsere qualitativ hochwertige pädiatrische Versorgung hier zu benachteiligen und hoffe, dass es auch hier noch zu einem entsprechenden Vertrag kommen wird.

Noch eine persönliche Frage: Gehen Ihre Kinder zu einem Kinder- und Jugendarzt / einer Kinder- und Jugendärztin? Was war für sie ausschlaggebend für die Wahl?

Wir haben zwei Kinder im Alter von 14 und 10 Jahren und sind seit deren Geburt bestens mit unserer Kinderärztin zufrieden.

Die Fragen stellte Dr. Wolfgang Gempp

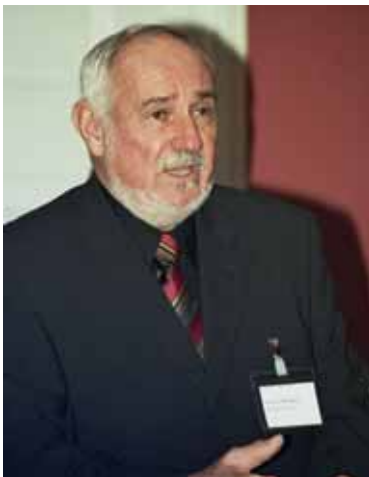
Service-Nummer der Assekuranz AG für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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

Standfest

Gemeinsamer parlamentarischer Abend von DAKJ und BaKuK

Wer durchhalten wollte, brauchte schon eine gehörige Portion Stehvermögen. Zur Demonstration der grundsätzlichen Gemeinsamkeiten hatten die Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) mit ihrem unermüdligen Generalsekretär Prof. Hans-Jürgen Nentwich und die Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus e.V. (BaKuK) nach sonst früher getrennt stattfindenden Veranstaltungen zum ersten gemeinsamen parlamentarischen Abend geladen. Stehtischchen und ein kaltes Büffet waren aufgebaut, um ein zwangloses Genießen, Diskutieren und ein Wandeln zwischen den ein-



Prof. Hans-Jürgen Nentwich,
Generalsekretär DAKJ

zelnen Gesprächsgruppen zu ermöglichen. Bis dahin wurden die Parlamentarier allerdings 90 Minuten lang auf eine lange Geduldssprobe gestellt, in der viele Redner die Lage der in der klinischen und in der ambulanten Versorgung wirkenden Pädiater in Deutschland beschrieben. Wenn man die take-home-message des Abends zusammenfasst, kristallisierten sich folgende Botschaften an die Politik heraus:

1. Die klinische Medizin leidet unter den DRG-Bestimmungen, da sie unter diesen Abrechnungsmodalitäten nicht mehr kostenneutral arbeiten kann. Wenn früher Kinderkliniken aufgrund der besonderen Ver-



Prof. Werner Andler,
Vorsitzender der BaKuK

sorgungsbedingungen im Fallvergleich zu den Erwachsenenabteilungen höher finanziert wurden, konnte Kostendeckung erreicht werden. Heute können Kinderkliniken oder pädiatrische stationäre Einrichtungen nur noch im Kontext größerer Klinikeinheiten existieren. Es bestehen bereits jetzt schon eine Unterfinanzierung der notwendigen Pflegestellen. „Wie stellt sich die Politik die Zukunftssicherung der Kinderkliniken vor?“ fragte Prof. Werner Andler, Vorsitzender der BaKuK, die Parlamentarier.

2. Die Politik hat für die ambulante Grundversorgung ein gesetzliches Regelwerk geschaffen, dass die Regelversorgung der Kinder und Jugendlichen durch den für diese Versorgung besonders qualifizierten Pädiater infrage stellt. Wer für die ge-



Staatssekretär im BuMiGes Dr.
Klaus-Theo Schröder

setzlich vorgeschriebenen § 73b-Verträge Allgemeinmediziner zu Verhandlungsführern mit den Kassen bestimmt, muss sich nicht wundern, wenn in diesen Verträgen pädiatrische Qualität nicht mehr vorkommt. „Wir brauchen ein klares Wort der Politik, dass die ambulante Regelversorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland beim Kinder- und Jugendarzt stattfindet. Weit über 90 Prozent der Kinder bis zu einem Alter von sechs Jahren werden in Deutschland ambulant von Pädiatern betreut!“ betonte Dr. Wolfram Hartmann, Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte.



Prof. Fred Zepp,
Präsident der DGKJ

3. Die deutsche Pädiatrie hat auf allen ihren Versorgungsebenen ihre Hausaufgaben gemacht: sie hat sich in Forschung und Lehre einen international anerkannten Spitzenstatus erobert, sie hat klinische und spezialambulatorische Strukturen entwickelt, um bei eingeschränkten Kosten eine maximale Versorgung zu realisieren und sie hat sich als die entscheidende Säule in der ambulanten Grundversorgung und Erkrankungsprävention der Kinder und Jugendlichen erwiesen. „Die deutsche Pädiatrie wird in ihrer wissenschaftlichen und versorgerischen Qualität international beneidet. Die Politik ist nun gefragt, dieses hohe Gut langfris-

tig in Versorgung, Ausbildung und Lehre zu sichern“, fasste Prof. Nentwich die Pädiater-Grundbotschaft an die Politik zusammen.

Sowohl Staatssekretär im BuMi-Ges Dr. Klaus-Theo Schröder wie auch MdB und Mitglied der Kinderkommission Susanne Rupprecht betonten in engagierten Darlegungen, wie sehr die verantwortliche Gesundheitspolitik an einem Fortwirken der Deutschen Pädiatrie interessiert sei. Zweifellos gehe man davon aus, dass im gegenwärtigen Umwälzungsprozess der Versorgungsstrukturen und Honorarsysteme Fehler aufträten, die man gemeinsam und schnell beheben und ausmerzen müsse, um keine Fehlentwicklung zu bekommen. „Die Pädiater sind die Hauptträger der ambulanten Regelversorgung“, betonte der Staatssekretär. „Ich wiederhole dies gerne hier und heute.“ „Dies ist die überwiegende Meinung auch der Mitglieder der Kinderkommission“, fügte Susanne Rupprecht hinzu.



Stehende Gäste, aufmerksam zuhörend

Nachdem Buffet und zwangloses Gespräch eröffnet waren, bildeten sich noch intensiv diskutierende Grüppchen von Parlamentariern und Pädiatern. Der Verfasser hatte den Eindruck, dass hier vielleicht die wichtigsten Botschaften vermittelt werden konnten. Ob auch in Zukunft in dieser etwas ausgefeilterten,

konzertierten Form solche Abende organisiert werden sollten, ist sicher überdenkenswert. Manchmal ist weniger mehr.

Dr. Ulrich Fegeler
Pichelsdorfer Str. 61
13595 Berlin
Tel. 030/3625046

Red: ReH

Praxiseinrichtungen seit 1976



Spielschiff im neuen Herzzentrum
Köln Kinderkardiologie

Unsere Produkte finden Sie
in mehr als 200 Kinderarztpraxen
und 30 Kinderkrankenhäusern

- Behandlungsliegen
- Wartezimmer-Spielobjekte
- Praxiseinrichtungen aus Holz

Auf Wunsch schicken wir Ihnen
gerne eine Bildmappe mit Preis-
und Referenzliste

Holzmanufaktur Eboldshausen GmbH

An der Schule 4 * 37589 Kalefeld * Tel. 05553 4488 * Fax 2226
www.holzmanufaktur.de * eMail info@holzmanufaktur.de



Über das Spielen der Kinder

Römischer Kindersarkophag. Kunsthistorisches Museum, Wien

Foto: akg-images

Spielen gehört zum Menschsein, es kommt auf allen Kontinenten, bei allen Völkern, in allen Kulturen vor. In der Spätantike findet man Darstellungen spielender Kinder auf Grabmalern, besonders Sarkophagen, auch auf Vasen. Pompejanische Wandmalereien zeigen würfelspielende Kinder, auch kleine, oft geflügelte, Hausgeister, offenbar inspiriert von kindlicher Daseinsfreude und Spiel lust. Diese Gestalten spielen miteinander, scherzen, stellen Mundschenke und Kelterer dar, ahmen listig und wichtigtuend das Gehabe von Erwachsenen nach. Manche reiten, streicheln Tiere, andere spielen auf Musikinstrumenten.

Platon hat in den „Gesetzen“ auf die Bedeutung des kindlichen Spiels hingewiesen. Aristoteles hob den Kontrast des Spiels zur Arbeit, seinen Erholungswert und seine Heilwirkung hervor. Während noch

der junge Leibniz meinte, „der geschickte Welt- und Hofmann sollte seine Zeit ernsthaft nutzen und bereits bis zum sechsten Lebensjahr nicht nur gebildete Manieren, sondern auch Latein und Geschichte gelernt haben“, sah Comenius das Spiel fest im Erziehungsprozess verankert. In einer guten Schule sollte auch das Spiel seinen Platz haben, zumindest im Außenbereich der Schule. Dagegen heißt es noch 1713 in einem Konferenz-Protokoll der pietistischen Anstalten: „Das Spielen ist den Kindern in allen Schulen zu verbieten ... wie dadurch ihre Gemüther von Gott, dem ewigen Gut, abgezogen und zu ihrem Seelenschaden zerstreut würden.“ In Verbindung mit dem Erziehungswerk Rousseaus entwickelte sich im 18. Jahrhundert ein neues Kinderbild. Versöhnt mit den Kräften der Natur sollte das Kind sein kreatürliches Wesen, entbunden von un-

angemessenen Verhaltensregeln, ausleben können.

1899 formulierte Karl Groos in seinem Werk „Die Spiele der Menschen“, Spiel diene der Vorübung für das Leben und stehe im Dienst der Selbsterziehung des Menschen. Durch sein Spiel übe das Kind die motorischen, sensorischen und psychischen Funktionen, die ihm im späteren Leben als „Ernstfunktionen“ zugute kämen. Karl Bühler (1930) sieht Freude, Lust, Vergnügen am spielerischen Funktionieren der Dinge als zentrale Motive kindlichen Spielverhaltens. Jean Piagets kognitive Entwicklungstheorie betrachtet bereits die sensomotorischen Koordinationsleistungen des jungen Säuglings als frühe Formen des Spiels. Nach Freud eignet sich das Spielen dazu, Erlebnisse abzureagieren, deren Erfahrung mit Unlust verbunden war, Spiel als Form der Ersatzbe-

friedigung. Alfred Adler meint, durch Spielen versuche das Kind, sein Gefühl der Minderwertigkeit kompensatorisch zu überwinden.

Noch immer ist es nicht gelungen, das komplexe Phänomen des Spielens einheitlich zu definieren. Als ein wichtiges Merkmal erkannte man, dass Spielen eine spontane Tätigkeit ist, frei von Fremdbestimmung, stärker auf den Spielprozess als auf ein Spielergebnis gerichtet. Es sei von einer gewissen Flexibilität im Ablauf gekennzeichnet und von positiven Emotionen begleitet. Hans Mogel weist auf die soziokulturelle Prägung des Spiels hin, sie gründe in der Modellierung und Nachahmung von Verhaltensweisen. Das Spiel habe entscheidende Bedeutung für die motorische, emotionale, kognitive und soziale Entwicklung des Kindes.

Im Lauf der Entwicklung treten verschiedene Arten des Spiels auf, die sich zum Teil überlagern. Am Anfang steht das *sensomotorische Spiel*, früher auch als Funktionsspiel bezeichnet. Das Kind hat Freude an Körperbewegungen und wiederholt diese perseverativ oft lange Zeit. Diese Bewegungen richten sich mehr und mehr auf Gegenstände, „zunächst auf eigene Körperteile als „Gegenstände“ und einige wenige Objekte aus der Umwelt (z.B. Klapper), später bevorzugt auf neue Gegenstände, mit denen manipuliert wird. Die *Konstruktionsspiele* haben eine zielbezogene Handlungsstruktur, die davon motiviert ist, dass das Kind ein besonderes Gegenstandsgefüge herstellen möchte. Sie tragen zur vielfachen Differenzierung und Festigung psychischer Prozesse des Organisierens, Bewertens und der inneren Regulation des Handelns bei. Der Begriff *Rollenspiel* ist eine Bezeichnung für Spielaktivitäten, die eine Nachahmung oder Nachgestaltung typischer Handlungen der Erwachsenenwelt enthalten. Andere bezeichnen diese Form des Spiels auch als Illusions- oder Fiktionsspiel. Beim *Regel-spiel* entscheidet die Spielregel, welche Spielverhaltensweisen gefragt sind, was zulässig und was untersagt ist. Regelspiele wie z.B. Fangen, Verstecken, Völkerball fordern die körperliche Elastizität und Flexibilität. Andere, wie Kartenspiele, Dame, Schach begünstigen die kognitive Kombinationsfähigkeit und die Strukturierung der Handlungsplanung. Sie sind begleitet vom Erleben positiver und negativer Emotionen und deren Bewältigung. Kinder haben die Gelegenheit, Erwachsene zu besie-

gen. Regelspiele sind allgemein von Bedeutung für die Entwicklung von sozialen Interaktionen. Der Erlebniswert der Erfahrungen in Folge eines Spiels und die Bewältigungsstrategien führen zu einer Erlebnisweiterung, der eine psychohygienische Funktion zukommt.

Bei aller Vielgestaltigkeit des Kinderspiels gibt es ein gemeinsames Merkmal: Die Kinder gestalten bei ihrem Spiel ihre ganz persönliche Beziehung zur Wirklichkeit und halten sie für die Dauer des Spiels aufrecht. Wie wichtig sie diese Beziehung nehmen, merkt man an den negativen Emotionen, die auftreten, wenn das Spiel ohne triftigen Grund von außen unterbrochen wird. Einen weiteren Hinweis liefert der Spielverlauf selbst: Kinder dulden keine Abweichungen von seiner inhaltlichen Logik und Regelmäßigkeit. Eltern sollten den von den Kindern hervorgebrachten eigenständigen Akzent beim Spielen akzeptieren und nur dann kooperativ eingreifen, wenn das vom Kind gesetzte Spielziel zu einem Misserfolgserlebnis zu führen droht.

Man nutzt den Kindern wenig, wenn man versucht, das kindliche Spiel aus dem Alltag zu vertreiben, es auf Spielzimmer und Spielplätze zu beschränken. Zur Wirklichkeit des kindlichen Lebensvollzugs gehören auch ein Hinterhof ein Schuppen, unbebaute Gelände, Wiesen, ein Bach und anderes. Die technische Entwicklung bot dem Menschen neue Möglichkeiten der Mobilität. Man kann die Spielgegenstände nicht von dieser Entwicklung ausschließen. Längst sind Kinder und Jugendliche die eigentlichen Insider bei der Beschäftigung mit Computer- bzw. Videospiele. Erwachsene können nur mitreden, wenn sie sich aktiv und geduldig in die Symbolwelt und die Funktionalität der Computerspiele einarbeiten. Diese Spiele erfordern meist Ausdauer, Konzentration, Aktions- und Reaktionsfähigkeit und enthalten dadurch Entwicklungspotentiale für das Kind. Möglichen Gefahren bestimmter Spiele können Erwachsene am ehesten begegnen, wenn sie über entsprechende Kenntnisse verfügen.

Die Zeit, die Kindern heute zum Spielen zur Verfügung steht, wird deutlich reduziert durch die weitgehend passive Tätigkeit des Fernsehens. Nach einer Statistik von 2007 verbringen 3–13-jährige Kinder durchschnittlich 84 (Westdeutschland) bzw. 112 (Ostdeutschland) Minuten täglich vor dem Fernsehapparat. Auch eine

Vielzahl von sportlichen und kulturellen Aktivitäten vermindert die Zeit des eigentlichen Spielens. Veränderte Familienstrukturen wirken sich aus (Ein-Eltern-Familien, selten Geschwister). Es gibt kaum noch altersgemischte Spielgruppen, dagegen öfter Zweiergruppen.

Einen günstigen Einfluss auf das Lernen sehen Pädagogen heute von spielerischen Übungen, Lernspielen, Rollenspielen während des Schulunterrichts. Elterninitiativen, Bewegungen für Straßenfeste, Abenteuerspielplätze, „new games“ finden im außerschulischen Bereich ein großes Echo.

Spieldiagnostische Testverfahren erschließen aus dem Umgang mit Spielmaterialien eine Diagnose von emotionalen, kognitiven und sozialen Störungen. Ebenso ist bei der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern das Spiel ein wichtiges Interaktionsmedium für das wechselseitige Verständnis von Kind und Therapeut. Bei ängstlichen Kindern werden sehr behutsam Spielhandlungen aufgebaut. Bestimmte Ängste können dann aufgedeckt und spielerisch bewältigt werden. Bei aggressiven Verhaltensweisen soll das Kind beim Spiel lernen, wie weit es gehen kann, ohne die Selbstentfaltung des (Spiel-)Partners zu verletzen. Im Spielverlauf werden dem Kind Grenzen aufgezeigt und soziale Regeln nahegebracht.

Wir wissen also heute, dass das Spielen keineswegs ein unnützes Tun ist, sondern dass sich die Entwicklung von Kindern zu einem großen Teil in ihrem Spiel vollzieht. Die Bedeutung des Spielens für die Entwicklung der Zivilisation hat der niederländische Kulturwissenschaftler Johan Huizinga in seinem Werk „Homo ludens“ (1938) herausgearbeitet. Er sieht das spielerische Handeln als die Grundlage kultureller Tätigkeit und findet Spielelemente in verschiedensten Lebensbereichen, in Kunst und Dichtung, in der Wissenschaft und in der Philosophie, im Sport und in den Rechtsinstitutionen.

Dr. Peter Scharfe
Rauensteinstr. 8
01237 Dresden
Tel. (0351) 2561822

Red.: ge

● Tagungen

Mai 2009

25.–29. Mai 2009, Insel Amrum
6. SUMMER SCHOOL Pädiatrische Pneumologie
 Info: www.sattelduene.de

Juni 2009

17.–20. Juni 2009, Lübeck
**EUNOS – 9th Meeting of the European Neuro-
 Ophthalmology Society**
 Info: www.eunos2009.org

27.–28. Juni 2009, Salzburg
**12. Interdisziplinäres Symposium zur entwicklungs-
 fördernden und individuellen Betreuung von Früh-
 geborenen und ihren Eltern**
 Info: www.stillen.de

Juli 2009

3.–5. Juli 2009, Brixen/Italien
**Symposium – Belastete Kindheit –
 Trennung, Adoption, soziale Armut**
Vorträge und Workshops zum Thema
 Info: www.aerztliche-akademie.de

September 2009

3.–6. September 2009, Mannheim
**105. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für
 Kinder- und Jugendmedizin e.V.**
 Info: www.dgkj2009.de

18.–19. September 2009, Freiburg
**Systemische Entwicklungspädiatrie
 (vier Wochenendkurse)**
 Info: Dr. Barbara Lütticke,
 E-Mail: bale-fr@t-online.de

November 2009

5.–7. November 2009, Norderstedt
7. Deutscher Still- und Laktationskongress
 Info: www.stillen.de

● Praxistafel

Große Kinderarztpraxis, Zweiergemeinschafts- praxis mit Teilgebietsschwerpunkt

sucht für ausscheidenden Praxispartner Nachfolger /
 Nachfolgerin, wahlweise mit Übernahme des hälftigen
 Anlagevermögens oder auch ohne Kapitalbeteiligung.

Die Praxis befindet sich in einem so genannten Ärzte-
 haus, ist behindertengerecht ausgestattet und zentral
 gelegen in ländlichem Mittelzentrum am Rande einer
 nordwestdeutschen Großstadt.

Die Übernahme sollte erfolgen zum 01.10.2009 oder
 02.01.2010.

Interessenten setzen sich bitte in Verbindung mit
 Rechtsanwalt R. J. Gläser, Fachanwalt für Medizinrecht,
 A. d. Schleifmühle 75, 28203 Bremen

Kinder- und Jugendarzt/ärztin in Leipzig gesucht.

Anstellung in großer Kinderarztpraxis auch in Teilzeit
 möglich. Angenehme Arbeitsatmosphäre.

Zuschriften unter Chiffre 1799 KJA 5/09 an den Verlag er-
 beten.

Kinder- und Jugendarzt/ärztin gesucht.

Zur Weiterbildung für ein Jahr oder Festanstellung ganz-
 tags. Interesse für Naturheilverfahren unabdingbar, spä-
 tere Kooperation vorstellbar.

**Dr. med. Uwe Härle, Sofienstr. 31, 77654 Offenburg,
 praxis@kinderarzt-bioresonanz.de, Tel. 0781-72780**

**Kinder- und Jugendarzt/ärztin längerfristig für stun-
 denweise Mitarbeit in großer Praxis im Raum Ulm ge-
 sucht.**

Zuschriften unter Chiffre 1219 KJA 5/09 an den Verlag er-
 beten.

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

Fortbildungstermine des BVKJ

Juni 2009

13.–14. Juni 2009

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., LV Baden, Freiburg
Auskunft: Dr. Barbara Lütticke, Elsa-Brandström-Str. 4, 79111 Freiburg, Tel. 0761/43771, Fax: 0761/472154 ①

19.–21. Juni 2009

Kinder- und Jugendärztetag 2009

39. Jahrestagung des bvkJ e.V., Berlin
Neue diagnostische Verfahren in der Kinder- und Jugendmedizin – vom Labor zur Bildung

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16, Fax: 0221/6 89 09 78 (bvkJ.kongress@uminfo.de) ①

20.–21. Juni 2009

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

in Berlin

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16, Fax: 0221/6 89 09 78 (bvkJ.kongress@uminfo.de) ①

27. Juni 2009

22. Fortbildungsveranstaltung mit praktischen Übungen der LV Rheinland-Pfalz und Saarland im BVKJ e.V.

in Worms

Prof. Dr. Heino Skopnik, Kinderklinik Stadtkrankenhaus GmbH, Gabriel-von-Seidl-Str. 81, 67550 Worms, Tel. 06241/501 3600, Fax: 06241/501 3699 ①

August 2009

22. August 2009

Jahrestagung des LV Sachsen

in Dresden

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

September 2009

12.–13. September 2009

Praxisabgabeseminar des BVKJ e.V.

in Friedewald

Auskunft: BVKJ, Tel. 0221 / 6 89 09 10, Fax: 0221/6 32 04

12.–13. September 2009

13. Pädiatrie zum Anfassen

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

Auskunft: Dethleff Banthien, Tel. 04531/434763; Dr. Stefan Renz, Tel. 040/43093690; Dr. Stefan Trapp, Tel. 0421/570000 ②

26.–27. September 2009

12. Seminartagung des LV Hessen

des bvkJ e.V., Bad Nauheim

Auskunft: Dr. Josef Geisz, Bahnhofstr. 24, 35576 Wetzlar, Tel. 06441/42051, Fax: 06441/42949 ①

Oktober 2009

11.–16. Oktober 2009

37. Herbst-Seminar-Kongress

Schwerpunkt Pädiatrie:

Das chronisch kranke Kind

des bvkJ e.V., Bad Orb

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2,

51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16, Fax: 0221/6 89 09 78 (bvkJ.kongress@uminfo.de) ②

31.10.–01. November 2009

Praxiseinführungsseminar des BVKJ e.V.

in Friedewald

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Frau Pohle, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09-11, Fax: 0221/683204 (bvkJ.buero@uminfo.de)

November 2009

13.–15. November 2009

Pädiatrie zum Anfassen / 20. ECPCP 2009 (European Society of Ambulatory Paediatrics)

des bvkJ e.V., Berlin

Auskunft: Dr. Burkhard Ruppert, Zabel-Krüger-Damm 35-39, 13469 Berlin, Tel. 030 / 4024922, Fax: 030/40397254 (Industrie ①, Teilnehmer ⑤)

21.–22. November 2009

7. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., LV Bayern, Bamberg

Auskunft: Dr. H. Reiningner, Prof. Dr. C. P. Bauer, Prof. Dr. K. H. Deeg, Cosimastr. 133, 81925 München ③

① CCJ GmbH, Tel. 0381-8003980 / Fax: 0381-8003988

② Schmidt-Römhild-Kongressgesellschaft, Lübeck, Tel. 0451-7031-202, Fax: 0451-7031-214

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

④ Med For Med, Rostock, Tel. 0381-20749709, Fax 0381-7953337

⑤ Carmen Hell Kongressbüro, Tel. 09321-922100, Fax 09321-922-120

Hilfe zur Selbsthilfe am Ende der Welt

La Paz, Bolivien im Februar 2009

„Vielen Dank, dass ihr uns auf diesen neuen Weg gebracht habt und so viel Geduld mit uns hattet! Wir hoffen, ihr kommt wieder, wir brauchen Euch, um gut mit unseren Kindern arbeiten zu können.“ So lautete der herzliche Abschied unserer bolivianischen Gastgeber nach 3 Wochen intensiver Fortbildung in theoretischer und praktischer neurophysiologischer Rehabilitation für cerebral behinderte Kinder.

Bolivien ist dreimal so groß wie Deutschland und hat 9,34 Mio. Einwohner, wovon zweidrittel Indianer sind. Sie sind die Ureinwohner, präsent im Stadtbild durch ihre farbenfrohen Röcke und Aways (bunte Tragetücher), in denen sie ihre Lasten die steilen Straßen in La Paz hoch und runter schleppen. Obgleich Bolivien außerordentlich reich an Bodenschätzen ist, liegt der durchschnittliche Monatsverdienst eines Bolivianers bei rund 100 US Dollar. Danach ist Bolivien nach Haiti das ärmste Land Lateinamerikas. Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt bei 65 Jahren und die Analphabetenrate betrug bis zum Amtsantritt des jetzigen Präsidenten Evo Morales, ca. 40 Prozent, jetzt liegt sie unter 2 Prozent.

Eine ordentliche Gesundheitsversorgung können sich in der Regel nur die Reichen leisten, denn eine Krankenversicherung gibt es für die Mehrheit der Bevölkerung nicht. Die Arzthonorare sind für die Armen in aller Regel unbezahlbar. Eine allgemeine Rente gibt es nicht, ebenso wenig Arbeitslosen- oder Sozialhilfe. Dies ändert sich langsam seit dem Regierungswechsel 2005.

Der neue Präsident Evo Morales ist für die verarmte Urbevölkerung ein Hoffnungsträger. Er gehört dem größten in Bolivien lebenden Indio-Stamm, den Quechuas an. Bereits als Kind musste er zum Lebensunterhalt seiner Familie beitragen – in den Cocafeldern. Er wurde selbst Cocabauer und engagierte sich in der lokalen Gewerkschaft. Im Kampf gegen die Antidrogeneinheiten (DEA) der USA, denen bei der Zerstörung der Cocafelder gravierende Menschenrechtsverletzungen vorgeworfen werden, gewann er an Popularität und 2005 die Wahl zum Präsidenten. Zum ersten Mal fühlt sich die Mehrheit des Landes überhaupt in der Regierung vertreten.



© chris74 - Fotolia.com

Neben der Verbesserung des Bildungsniveaus ist eines der Hauptziele des neuen Präsidenten, die gesundheitliche Versorgung für alle zugänglich zu machen – auch für die Landbevölkerung. Bereits jetzt entstehen landesweit Gesundheitszentren, in denen Impfungen, Zahnversorgung, Ernährungsberatung und Schwangerschaftsvorsorgen für die Betroffenen kostenfrei durchgeführt werden.

Im Bereich der Behindertenversorgung bestehen jedoch noch große Defizite: An der Universitätsklinik von La Paz arbeitet zwar ein Neuropädiater und es gibt eine Gesellschaft für Neurorehabilitation. Hier ist die Versorgung aber kostenpflichtig und die hohen Arzthonorare und Therapiepreise sind für einen Großteil der Bevölkerung nicht bezahlbar. Zum Teil entsprechen die Therapien auch nicht dem aktuellen Standard. Krankengymnastik auf neurophysiologischer Basis gibt es kaum und kommt nur den Kindern zugute, de-

ren Eltern es sich finanziell leisten können. Ergotherapeuten fehlen vollständig.

Die Bemühung des neuen Präsidenten um eine sozialere Versorgung wird leider durch eine „Arztkaste“, die sich unter den vorhergehenden Regierungen etabliert hat und noch nicht bereit ist, auf althergebrachte Pfründe zu verzichten, wenn nicht blockiert so doch auf jeden Fall verlangt.

Dies motivierte uns, unseren Beitrag an medizinischer Solidarität zu leisten: Die ersten Kontrakte zum Gesundheitsministerium in La Paz knüpften wir im Rahmen eines internationalen Bobathkurses bereits 2005 zum Zeitpunkt des Regierungswechsels. Unter dem Patronat des Gesundheitsministeriums konnten wir Anfang Februar 2009 erstmals zwei theoretische und praktische Workshops für Mediziner, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Pädagogen und Hilfsmitteltechniker in La Paz anbieten. Abends fanden Fortbildungen für El-



tern mit cerebral behinderten Kindern statt, die zum größten Teil bereits in einer Selbsthilfegruppe organisiert waren. In den Räumen des Gesundheitsministeriums therapierten wir betroffene Kinder auf neurophysiologischer Basis, leiteten die Eltern zum Handling an und hielten Vorträge zum besseren Verständnis der Problematik ihrer Kinder. Die Eltern reagierten mit Erstaunen über die vorhandenen Fähigkeiten ihrer Kinder und Dankbarkeit: Freudentränen liefen, als ein Mädchen mit einer gelähmten Hand nach der Behandlung ihre Finger wieder einzeln bewegen konnte. Als Dank schenkte sie unserer Ergotherapeutin eine selbst gefädelte Kette.

An die Workshops schloss sich ein dreitägiger, sehr gut besuchter neurophysiologischer Kongress an. Ursprünglich sollte dieser Teil in Kooperation mit dem Leiter der Neurorehabilitation der Universität La Paz stattfinden. Hier mussten wir lernen und erleben, dass unsere Anwesenheit und Unterstützung zwar von der Bevölkerung und den Eltern betroffener Kinder erwünscht war, von einer bestimmten Ärzteschicht aber als lästige Konkurrenz empfunden wurde. Trotz Versuche unsere Arbeit zu sabotieren, gelang es uns innerhalb von 3 Wochen etwa 120 Teilnehmern aus verschiedenen medizinischen Berufsgruppen theoretisches und praktisches Grundwissen über die cerebrale Entwicklung zu vermitteln. Nicht nur die Teilnehmer an den Kursen erhielten Zertifikate, auch uns wurden Zertifikate überreicht – von den Eltern: *Zertificados de reconocimiento* – Zertifikate der Dankbarkeit.

Motiviert durch die Akzeptanz unserer Arbeit vereinbarten wir eine weitere Kooperation mit der Vertreterin des Gesundheitsministeriums, Freslinda Flores, der *Directora nacional de promocion de la salud*. In größeren Abständen werden Fortbildungen stattfinden. Das Gesundheitsministerium wird die Zertifizierung übernehmen, staatliche Angestellte zur Ausbildung freistellen und Kooperationen

Zenit Foundation ist ein Zentrum für Spezialisierung in Neurologie, Forschung, Therapie und Sport. Es wurde vor 10 Jahren gegründet. Die Hilfe kommt direkt und ohne Verwaltungsaufwand an. Lehrtherapeuten mit internationaler Erfahrung arbeiten mit. Zenit lebt von Spenden, für Deutschland steht die Schwesterorganisation Pro Dialog e.V., Bank im Bistum Essen, Kontonr.: 30088018, BLZ 36060295.

Weitere Infos:
www.zenit-fundacion.com

mit Institutionen (Universitäten, Kliniken) unterstützen. Organisiert werden die Fortbildungen durch **Zenit** (www.zenit-fundación.com) und finanziert mit Unterstützung der deutschen Schwesterorganisation **Pro Dialog e.V.** (Bankverbindung siehe Kasten oben) sowie durch die Bereitschaft aller Dozenten, auf Honorar und Erstattung der Reisekosten von unseren Kursteilnehmern zu verzichten

Dr. med. Kirsten Stollhoff
 Schomburgstr. 120
 22767 Hamburg
 Telefon: 040 / 38915555
 E-Mail: praxis@kinderaerzteimnetz.de

Red.: ge

Buchtipps

Annika Backe-Dahmen Die Welt der Kinder in der Antike



152 Seiten, 84 Farb- u. s/w-Abb., geb., € 29,90 Verlag Philipp von Zabern, Mainz 2008

Die Autorin führt den Leser durch die Sozialgeschichte des Kindes der griechisch-römischen Antike, vom 8. Jh. vor bis in das 5. Jh. nach Chr. Kenntnisreich und einführend gelingt es ihr, die verschiedenen Facetten des Kinderlebens zu spiegeln, soweit Quellenzeugnisse das hergeben.

Eheschließung, Geburt und Erziehung sind eigene Kapitel gewidmet. Deutlich wird die Macht des Familienvaters (*pater familias*): Kinder standen rechtlich bis zu dessen Tod unter seiner *potestas*, konnten keinen eigenen Besitz erwerben oder finanzielle Transaktionen vornehmen. Mädchen gingen bei Heirat nahtlos in die Gewalt des Ehemannes über. Erst die Kaiserzeit bringt langsam größere Freiheiten.

Mehr als zweitausend Jahre überlebt haben Spiele mit Würfeln (aus Knochen) und Nüssen. Die lateinische Redewendung *nuces relinquere* (»die Nüsse zurücklassen«) war ein Synonym für das Ende der Kindheit. Beliebt waren Jojo und Ballspiele; z.B. ein Vorläufer unseres Feld-Hockey war in Griechenland spätestens seit dem 6. Jh. v.Chr. bekannt. Die Spielszenen auf einem römischen Kindersarkophag aus dem frühen 3. Jh. n.Chr. zeigen bekannte Verhaltensweisen (s. Einband): wäh-

rend die Mädchen friedlich zusammen spielen, geraten sich links zwei Knaben in die Haare.

Das Kind in der Mythologie wird ausführlich vorgestellt; aber auch die „Gegenwelten“ werden nicht ausgeblendet, wenn auch die Quellen zu Unterschichten-Kindern spärlich sind. Im Schatten standen Kindersklaven, Findelkinder oder früh zur Prostitution gezwungene. Der Päderastie ist ein eigener Abschnitt vorbehalten und ihr bekanntestes Beispiel ausführlich erwähnt: Die Liebe Hadrians (117–138 n.Chr.) zu dem Jüngling Antinoos, dessen tragischen Tod durch Ertrinken im Nil der Kaiser nur schwer verwinden konnte.

Das Schlusskapitel stellt Bestattungsbräuche, Grabdenkmäler und -inschriften vor. Man schätzt, dass kaum 50 Prozent der Kinder das zehnte Lebensjahr erreichten. Einfaches Verscharren der Ärmsten bis zu Bestattungen mit reichen Beigaben, Miniaturgefäßen und Spielzeug in den oberen sozialen Schichten sind belegt. Auf den Tod selbst sollte nichts hindeuten; vielmehr wollten die meisten Eltern eine Erinnerung an glücklichere Tage wachhalten.

Den Abschluss bildet ein hilfreiches Glossar und weiterführende Literatur. – Das Buch ist allen zu empfehlen, die sich für Kunst- und Sozialgeschichte der Antike interessieren. Besonders gelungen erscheint die harmonische Verbindung des Textes mit Bilddokumenten, und das zu einem erstaunlich günstigen Preis.

Dr. med. Olaf Ganssen
Kinder- und Jugendarzt
Am Grünwald 38
42549 Velbert

Red.: ge

Hans Weiss

Korrumpierte Medizin Ärzte als Komplizen der Konzerne

Kiepenheuer & Witsch 2008, 271 Seiten, ISBN: 978-3-462-04037-1, 18,95 €

Das Erstaunlichste ist, dass dieses „Schwarzbuch“ auch in der zwei-

ten Auflage keine Schwärzungen hat. Die Reaktionen der Betroffenen, Pharmaindustrie und auch Ärzte, sind eher schmallippig: „Skandalisierung“, „pauschale Behauptungen“, „oberflächlich“. Das ist vielleicht der eigentliche Skandal, dass es keinen Skandal gibt. Auf 70 Seiten werden Verstöße von Firmen aufgelistet, Abmahnungen, Strafzahlungen. Zudem eine große Zahl von Ärzten, Klinikchefs, Oberärzten und Institutsleitern mit ihren Verbindungen zu einzelnen Pharmaunternehmen. Kein Dementi, keine Unterlassungsklage. Sollte wirklich alles stimmen, was in diesem Buch zusammengetragen wurde? Oder hoffen die Betroffenen auf das schnelle Vergessen, dem auch das frühere Buch des Autors „Bittere Pillen“ letztendlich anheim gefallen ist. Hans Weiss versichert, dass er noch keinen Prozess verloren habe.

„Je einflussreicher ein Arzt ist, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass er von einem oder mehreren Pharmakonzernen dafür bezahlt wird, dass er nebenbei als Berater oder Vortragender oder Studienleiter tätig ist.“ Für Geld und Ruhm geben Ärzte ihre Unabhängigkeit schnell auf. Sie setzen sich nötigenfalls auch über ethische Bedenken und Konventionen hinweg. Diesen Thesen geht Hans Weiss mit Recherchen unter falschem Namen unter anderem als vorgeblicher Pharma-Consultant nach. Im Laufe seiner „Wallraffiade“ findet er zu ihrer Bestätigung eine ganze Reihe sehr präziser Belege.

Was treibt die Pharmaindustrie dazu, Ärzte mit allen möglichen Marketingstrategien zu umgarnen? „Wir sind überhaupt keine forschungsintensive Industrie, wir bringen nichts Neues auf den Markt“, und „Wir sind eine marketinggetriebene Branche und keine forschungsgetriebene Branche“ zitiert Weiß namhafte Industrievertreter. Sie kennen das



Verhalten „ihrer“ Ärzte genau und wissen, mit welcher Intensität sie welche Informationen überbringen müssen, um das Verschreibungsverhalten zu optimieren.

Auch wenn manches plakativ und verkürzt gezeichnet ist. Das Buch erinnert uns daran, „dass die Verbindungen zwischen der Pharmaindustrie und den Ärzten eine ernsthafte Bedrohung für die seriöse Medizin bedeutet und für

das Vertrauen, das Patienten in Ärzte haben“ (JAMA. 2006; 295: 429-433).

Hans Weiss' Buch befasst sich mit Vorgängen in der Neurologie und Psychiatrie. Andere Fachgruppen brauchen sich deswegen nicht zu freuen. Auch unter pädiatrischen Kolleginnen und Kollegen gibt es „Berater“. Überall gibt es die „Gentlemen“ in der Medizin, die gerne kassieren und darüber schweigen. Laut

verkünden sie aber die Botschaft zum Nutzen ihres Geldgebers und verordnen und empfehlen als „opinion leaders“ pharmakologische Neuerungen, die bei genauem Hinsehen oft keine sind – sondern nur Teuerungen.

Wir brauchen noch einige Hans Weiss.

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

Red.: ge

Wir gratulieren zum Geburtstag im Juni 2009

65. Geburtstag

Herrn Dr. med. Karl-Hermann *Bartels*, Neufahrn, am 02.06.
Herrn Dr. med. Wolf-Rüdiger *Horn*, Gernsbach, am 03.06.
Frau Dr. med. Irene *Reinholz*, Waltershausen, am 04.06.
Herrn Prof. Dr. med. Wolf-Rainer *Cario*, Bad Pyrmont, am 06.06.
Herrn Dr. med. Jürgen *Hower*, Mülheim, am 06.06.
Frau Dr. med. Heidrun *Kunze*, Gelsenkirchen, am 11.06.
Herrn Dr. med. Wolfgang *Müller-Wening*, Delmenhorst, am 11.06.
Frau Dr. med. Ellen *Sippel*, Berlin, am 12.06.
Frau Dr. med. Margarete *Hartmann*, Heidenheim, am 13.06.
Frau Dr. med. Katalin *Karsten*, Dillingen, am 17.06.
Frau Dr. med. Irmtrud *Weispenning*, Neuburg, am 19.06.
Frau Dr. med. Maria *Gehlhoff*, Berlin, am 21.06.
Herrn Manfred *Bär*, Wiesbaden, am 22.06.
Herrn Dr. med. Karol *Sadowsky*, München, am 22.06.
Herrn Dr. med. Stephan *Schlenker*, Bremen, am 22.06.
Herrn Dr. med. Jörg *Pfeiffer*, Trappenkamp, am 24.06.
Herrn Dr. med. Ekkehard *Holzgraefe*, Gifhorn, am 25.06.
Herrn Dr. med. Hans-Joachim *Schulte*, Köln, am 28.06.
Herrn Dr. med. Franz *Stafflinger*, Vilshofen/Donau, am 28.06.

Herrn Dr. med. Peter *Schäffler*, Baldham, am 30.06.

70. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. med. Günter *Mau*, Braunschweig, am 06.06.
Herrn Dr. med. Frank B. *Ayim*, Duisburg, am 07.06.
Herrn Dr. med. Wolfgang *Küstermann*, Mutterstadt, am 08.06.
Herrn Dr. med. Hinrich *Schade*, Dillenburg, am 09.06.
Herrn Dr. med. Ernst *Fukala*, Halle, am 10.06.
Frau Dr. med. Roselore *Mückenhausen*, Nürnberg, am 11.06.
Herrn Dr. med. Dieter *Berger*, Dachau, am 16.06.
Herrn Gerhard *Link*, Bad Münster-Ebernburg, am 18.06.
Frau Dr. med. Helga *Escher*, Goslar, am 22.06.
Frau MR Dr. med. Ursula *Hahn-Reißig*, Hagenow, am 23.06.
Frau Dr. med. Eva *Krämer*, Ulm, am 25.06.
Herrn Dr. med. Ulf *Degenhard*, Rielasingen, am 28.06.
Frau Dr. med. Margitta *Förster*, Dresden, am 30.06.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Ingeborg *Bruns*, Bremen, am 02.06.
Herrn Dr. med. Peter Wolfgang *Fretwurst*, Hamburg, am 03.06.
Herrn Dr. med. Christoph *Hilsberg*, Berlin, am 03.06.
Herrn Dr. med. Ernst-Joachim *Feddersen*, Kalletal, am 06.06.
Herrn Dr. med. Fausi *Dakkak*, Rheine, am 09.06.

Herrn Dr. med. Ulrich *Iseke*, Wittlich, am 11.06.

Herrn Dr. med. Wolfhart-Dietrich *Schmidt*, Reutlingen, am 12.06.
Frau Dr. med. Walburga *Wirth*, Osterwarngau, am 12.06.
Herrn Dr. med. Klaus *Müller*, Bergkamen, am 14.06.
Herrn MR Dr. med. Karl Heinz *Siegert*, Wolfen, am 18.06.
Frau Dr. med. Gisela *Krohn*, Dortmund, am 25.06.
Frau MR Christine *Leuschner*, Rostock, am 26.06.

80. Geburtstag

Herrn Dr. med. Eberhard *Wokittel*, Grünwald, am 17.06.
Frau Dr. med. Hannelore *Brück*, Neumünster, am 18.06.
Herrn Dr. med. Georg *Jäkle*, Landshut, am 23.06.

81. Geburtstag

Frau Dr. med. Rosemarie *Heintze*, München, am 18.06.
Herrn Dr. med. Anton *Schäffner*, Grafing, am 27.06.

82. Geburtstag

Herrn Dr. med. Manfred *Sonnenberg*, Karlsruhe, am 01.06.
Herrn Dr. med. Jürgen *Schmidt*, Hechthausen, am 27.06.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Gerta *Weidner*, München, am 03.06.
Frau Dr. med. Eva *Büchler*, Peine, am 08.06.
Frau Hanna *Schüler*, Solingen, am 23.06.

84. Geburtstag

Herrn Dr. med. Wilhelm *Plettenberg*, Essen, am 01.06.

Herrn Dr. med. Wolf *Roos*, Kaiserslautern, am 08.06.

Herrn Dr. med. Christoph *Gralka*, Bad Kreuznach, am 21.06.

Frau Dr. med. Lia *Jancu*, Mülheim, am 27.06.

Frau Dr. med. Waltraut *Albrecht-Bellingrath*, Friedrichsdorf, am 29.06.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela *Viersbach*, Köln, am 01.06.

Herrn Prof. Dr. med. Harald *Haupt*, Duisburg, am 22.06.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Melanie v. *Arco-Zinneberg*, München, am 08.06.

Herrn Dr. med. Heribert *Pauly*, Essen, am 19.06.

Herrn Dr. med. Ernst *Bickel*, Bremerhaven, am 29.06.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Ruth *Klaus*, Nordhorn, am 07.06.

Frau Dr. med. Gisela *Lottemoser*, Oldenburg, am 18.06.

Frau Dr. med. Annemarie *Strunk*, Solingen, am 19.06.

Frau Dr. med. Christel *Kurig*, Traben-Trarbach, am 27.06.

Frau Dr. med. Gisela *Wengler*, Bad Kreuznach, am 28.06.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela *Rütten*, Bad Neuenahr-Ahrweiler, am 01.06.

Frau Dr. med. Eva *Frey*, Stuttgart, am 19.06.

Herrn Dr. med. Ulrich *Kardorff*, Mönchengladbach, am 20.06.

Frau Dr. med. Helmi *Freisinger*, Völklingen, am 29.06.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Brigitta *Englisch*, Itzehoe, am 09.06.

Herrn Dr. med. Rudolf *Blatzheim*, Stolberg, am 11.06.

Frau Dr. med. Ilse *Wilckhaus*, Lübeck, am 23.06.

Herrn Dr. med. Hans-Ulrich *Sauerbrei*, Essen, am 25.06.

Herrn Dr. med. Günther *Eisold*, Gelsenkirchen, am 28.06.

91. Geburtstag

Frau Dr. med. Hanne *Buschei*, Dortmund, am 03.06.

Frau Dr. med. Hedwig *Heilmann*, Nienburg, am 26.06.

92. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Schwarz*, Freiburg, am 05.06.

Herrn Dr. med. Friedrich *Hosemann*, Nordhorn, am 12.06.

Frau Dr. med. Lore *Arp*, Plön, am 22.06.

95. Geburtstag

Frau Dr. med. Ilse *van Bracht*, Köln, am 21.06.

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Klaus *Böttcher*, Köln

Herrn Dr. med. Richard *Magerle*, Konstanz

Herrn Dr. med. Siegfried *Strambach*, Roth

Herrn MR Dr. med. Peter *Wagner*, Michendorf/OT Wilhelmshorst

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Landesverband Baden-Württemberg

Frau Eghosa *Obaseki*

Frau Verena *Mohr*

Herrn Dr. med. Martin Henrik *Maurer*

Frau Ellen *Heimberg*

Frau Dr. med. Veronika *Wuest*

Frau Dr. med. Leonie v. *Brasch*

Landesverband Bayern

Frau Sibylle *Saidi*

Herrn Dr. med. Volker *Schmidt*

Frau Dr. med. Mirjam *Triebel*

Herrn Carsten *Pressler*

Frau Dr. med. Stefanie Ulrike Susanne *Bruder*

Frau Nadja *Bösel*

Frau Dr. med. Ulrike *Brendel*

Herrn Michael *Raake*

Herrn Manuel *Langer*

Frau Dr. med. Elke *Grosan*

Frau Christina *Lang*

Frau Sabine *Brunner*

Frau Dr. med. Isabel *Frenzel*

Frau Dr. med. Josivania Maria *Pereira da Silva*

Frau Dr. med. Olga *Wolfram*

Landesverband Berlin

Frau Dr. med. Franziska *Kaiser*

Herrn Alexander *Höche*

Landesverband Bremen

Frau Dr. med. Katrin *Heitmann*

Landesverband

Mecklenburg-Vorpommern

Herrn Dr. med. Andreas *Schneider*

Landesverband Niedersachsen

Herrn Torben *Biester*

Frau Uta *Köke*

Frau Petra *Kim*

Frau Michaela *Anders*

Herrn Sascha *von Soldenhoff*

Frau Vanessa *Ernst*

Frau Katharina *Redyk*

Landesverband Nordrhein

Frau Dr. med. Stefanie *Reichling*

Frau Dr. med. Nicola *Tesch*

Frau Dr. med. Angelika *Heinemann-Schopen*

Herrn Dr. med. Ingo *Germund*

Herrn Dr. med. Till *Dresbach*

Frau Dr. med. Kathrin *Preiter*

Frau Dr. med. Cornelia *Maschke*

Herrn Dr. med. Daniel *Nemecek*

Frau Dr. med. Marcelle *Bertelmann*

Frau Kerstin *Pöhler*

Herrn Dr. med. Christian *Nonhoff*

Frau Jennifer *Langen*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Herrn Dr. med. Ralph *König*

Frau Dr. med. Tara *Dolan*

Landesverband Saarland

Frau Krystina *Wojtunik*

Herrn Dr. med. Vincenzo *Rizzo*

Frau Dr. med. Anne *Benn*

Landesverband Sachsen

Frau Dr. med. Katharina *Friedrich*

Frau Susan *Ralle*

Frau Dr. med. Ute *Maier*

Frau Julia *Musikowski*

Frau Friederike Marie-Luise *Mühe*

Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Dipl.-Med. Heike *Artus*

Frau Nadine *Hirsch*

Landesverband Thüringen

Frau Carina *Ludwig*

Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Dr. med. Elke *Hof*

Herrn Luis Reategui *Cook*

Frau Simone *Winter*

Frau Almut *Kellewald*

ADHS-Therapie mit Equasym® Retard: Neue Daten aus OBSEER

In der Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) haben Methylphenidat-Präparate mit einer langen Wirkdauer wie Equasym® Retard zahlreiche Vorteile. Sie erleichtern die Handhabung, verbessern die Compliance und beugen einer Stigmatisierung der Kinder vor. Die Wirksamkeit von Equasym® Retard wurde dabei nicht nur im Rahmen von klinischen Studien, sondern jetzt auch in einer großen Anwendungsbeobachtung OBSEER (Observation of Safety and Effectiveness of Equasym XL in Routine Care) umfassend belegt, wie der Studienleiter Prof. Manfred Döpfner, Köln, auf einer von UCB unterstützten Veranstaltung in Hamburg berichtete.

Die offene Studie OBSEER wurde in einem innovativen Design konzipiert: Um die Wirksamkeit und Verträglichkeit unter den Routinebedingungen der täglichen Praxis umfassend beurteilen zu können, nahmen verschiedene an der Betreuung von Kindern mit ADHS beteiligte Gruppen teil und es wurde sowohl das Urteil von Ärzten, Eltern als auch Lehrern und den Kindern selber evaluiert.

An der Studie beteiligten sich insgesamt 169 Ärzte und mehr als 850 Schulkinder mit ADHS im Alter von sechs und 17 Jahren. Bei den Kindern wurde eine Behandlung mit Equasym® Retard begonnen und die Wirksamkeit und Verträglichkeit sowohl zu Studienbeginn als auch im weiteren Verlauf erhoben. Sowohl das Urteil der Ärzte, der Eltern als auch der Lehrer belegt eindeutig den Nutzen der Behandlung. Acht von zehn Ärzten (79%) beurteilten die Wirksamkeit von Equasym® Retard mit „gut“ bzw. „sehr gut“. Die positiven Effekte zeigten sich in allen Subgruppen mit

unterschiedlicher Vormedikation, das heißt sowohl bei Kindern, die zuvor ein anderes Retard-Präparat erhalten hatten als auch bei Kindern, die einmal oder mehrmals täglich mit kurzwirkendem MPH behandelt wurden. In Einklang damit steht auch das Urteil der Eltern und Lehrer, die einen anhaltenden Rückgang der ADHS-Symptome bestätigten. Diese überlegene Wirksamkeit von Equasym® Retard lässt sich nicht durch Unterschiede in der Dosierung erklären, betont Prof. Döpfner. Die Dosierung war unter der Vormedikation und nach Umstellung auf Equasym® Retard auf vergleichbarem Niveau.

Gemäß der Evaluation der Wirksamkeit im Tagesverlauf ist die Wirkung bereits am frühen Morgen vorhanden und hält über den frühen bis späteren Vormittag in der Schule sowie auch am frühen Nachmittag bis zum Abend an. Dieses Ergebnis gibt einen deutlichen Hinweis auf die lange Wirkdauer von Equasym® Retard und zeigt, dass die Behandlung mit

positiven psychologischen Effekten assoziiert ist. Die verbesserte Symptomatik am frühen Morgen ist kein pharmakologischer Effekt, erklärte Döpfner, doch wenn der vorherige Tag dank der Medikation gut lief, fällt den Kindern das Aufstehen und der Start in den neuen Tag deutlich leichter. Neben der reinen ADHS-Symptomatik wurden in OBSEER auch die Alltagsfunktionen und die Lebensqualität der Kinder und zwar sowohl im Selbst- als auch im Fremdurteil evaluiert. Auch hinsichtlich dieser globalen Parameter der Wirksamkeit ergaben sich signifikante Unterschiede. Unter der Behandlung mit Equasym® Retard fühlen sich Kinder mit ADHS körperlich leistungsfähiger, sie sind emotional stabiler, haben mehr Selbstvertrauen und kommen sowohl in der Schule als auch in der Familie und mit Freunden deutlich besser klar.

Nach Informationen von UCB GmbH, Monheim

PCV-13 schützt vor „Problem“-Serotyp 19A

Problemloser Wechsel vom 7-valenten zum 13-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff

In Europa wird noch in diesem Jahr die Zulassung eines 13-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoffs (PCV-13) erwartet, der den 7-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff Prevenar® (PCV-7) ablösen wird. Der Übergang auf den höhervalenten Impfstoff wird in der Kinderarztpraxis dank identischem Trägerprotein einfach durchzuführen sein: Eine mit PCV-7 begonnene Impfschleife kann nach der ersten, zweiten oder dritten Impfung problemlos mit PCV-13 weitergeführt werden. Trotz der Erfolge der Impfung mit Prevenar® werden noch Pneumokokken-Erkrankungen von Serotypen verursacht, die nicht im 7-valenten Impfstoff enthalten sind. Dies gilt europaweit vor allem für den Serotyp 19A, vor dem der 13-valente Pneumokokken-Konjugatimpfstoff schützen wird. Der Wechsel auf den neuen Impfstoff und aktuelle Ergebnisse der Phase-III-Studien zu PCV-13 standen im Focus eines Pressegesprächs von Wyeth Pharma.

Eine mit einem Konjugatimpfstoff begonnene Impfschleife sollte mit einem Impfstoff mit identischem Trägerprotein beendet werden. Ein Wechsel zwischen Konjugatimpfstoffen mit unterschiedlichen Trägerproteinen ist nicht möglich, es sei denn, dies ist durch klinische Studien untersucht und in der Fachinformation aufgeführt.¹ PCV-7 und PCV-13 basieren auf identischer Konjugattechnologie mit dem Trägerprotein CRM₁₉₇ und sind daher kompatibel. Für das Impfmanagement im Praxisalltag ist das ein großer Vorteil: Eine mit PCV-7 angefangene Impfschleife kann an jedem Punkt des Impfschemas problemlos mit PCV-13 fortgeführt werden. Denn PCV-13 unterscheidet sich von PCV-7 nur im Hinblick auf die erweiterte Serotypenabdeckung, betonte Jörn Voigt, niedergelassener Kinder- und Jugendarzt in Groß-Umstadt. In den klinischen Ergebnissen der Phase-III-Studien zeigte PCV-13 identische Immunogenität und Sicherheit wie PCV-7. Studiendaten zeigen ferner, dass nach einer Grundimmunisierung mit PCV-7 und anschließendem Booster mit PCV-13 annähernd gleich gute Immunantworten erzielt werden wie nach kompletter Immunisierung mit PCV-13. Auch bei der Umstellung von PCV-7 auf PCV-13 erst bei der Boosterimpfung ist somit ein Impfschutz vor allen 13 enthaltenen Serotypen gewährleistet. Eine Grundimmunisierung mit anderen Pneumokokken-Konjugatimpfstoffen, die wie eine 10-valente Vakzine (PCV-10) andere Trägerproteine beinhalten, und nachfolgende Boosterung mit PCV-13 ist nicht möglich. Hierzu liegen derzeit keine Studiendaten vor.

Prevenar®-Nachfolger PCV-13 immunogen und sicher

Die Zahl invasiver Pneumokokken-Erkrankungen bei Kindern bis zwei Jahre ist seit der Standardimpfung mit Prevenar® um 50 Prozent zurückgegangen, verdeutlichte Voigt den Erfolg der Impfung nochmals.² „Durch die sechs zusätzlichen Serotypen, die auch den „Problemkeim“ 19A beinhalten, werden in Deutschland durch die 13-valente Vakzine Abdeckraten von etwa 90 Prozent bei schweren invasiven Erkrankungen, bei der Pneumonie und bei der Pneumokokken-Otitis media erreicht“, so der Experte. Neben den in Prevenar® enthaltenen sieben Serotypen 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F und 23F umfasst PCV-13 zusätzlich die sechs Serotypen 1, 3, 5, 6A, 7F und 19A. Der Serotyp 19A ist ein häufiger Verursacher schwerwiegender invasiver Pneumokokken-Erkrankungen so-



wie der akuten Otitis media und weist in vielen Ländern zudem häufig eine multiple Antibiotikaresistenz auf. Die Daten der Phase-III-Studien³ zeigen, dass PCV-13 vergleichbar immunogen zu Prevenar® und sicher in der Anwendung ist. Die mit dem 13-valenten Konjugatimpfstoff geimpften Kinder wiesen hohe IgG-Antikörperkonzentrationen von $\geq 0,35 \mu\text{g/ml}$ gegen alle im Impfstoff enthaltenen Serotypen auf. Damit erfüllt der neue Impfstoff den von der WHO empfohlenen Referenzwert und bildet funktionale Antikörper gegen alle 13 enthaltenen Serotypen.

Priority Review Status für PCV-13 in Kanada

Die kanadische Zulassungsbehörde Health Canada hat dem 13-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff von Wyeth im Februar 2009 den Priority Review Status erteilt. Die Prüfung des Zulassungsantrags des Impfstoffes wird dadurch beschleunigt durchgeführt. Kanada ist nach den USA das zweite Land, in dem der Zulassungsantrag von PCV-13 beschleunigt bearbeitet wird. Die amerikanische Food and Drug Administration (FDA) hatte bereits im Juni 2008 den Fast Track Status für die Zulassung von PCV-13 gegeben.

¹ Paul-Ehrlich-Institut. Stellungnahme vom 15. Januar 2002.

² van der Linden M, Reinert RR. Effects of the national immunization programme for PCV7 on IPD in children in Germany. 26. Jahrestagung der European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID), Graz 2008

³ Kieninger DM et al. Präsentiert auf dem 48th Annual ICAAC/IDSA 46th Annual Meeting, Washington DC, 25-28. Oktober 2008

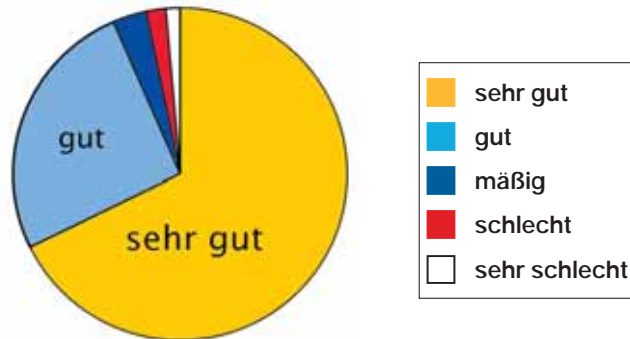
Nach Informationen von Wyeth Pharma GmbH, Münster

Sonnenschutz für Kinder

Bei Sonnenschutzmitteln sind Inhaltsstoffe, Lichtschutzfaktor und aufgetragene Menge entscheidend

Dass Kinder eine besonders empfindliche Haut haben, weil die Schutzmechanismen noch nicht voll entwickelt sind, ist hinlänglich bekannt. Aber dass Kinder – je kleiner sie sind – im Vergleich zum Erwachsenen und in Bezug auf die Körpergröße und das Körpergewicht eine viel größere Oberfläche haben, das muss man sich immer wieder bewusst vor Augen führen. Folglich ist die Schädigung der Haut eines Kindes durch thermische Einflüsse viel höher und schmerzhafter als beim erwachsenen Menschen. Dermatologischen Sonnenschutzsystemen, insbesondere für Kinder, kommt daher in der medizinischen Forschung eine besondere Rolle zu.

Die wissenschaftliche Größe, die die relative Wirksamkeit eines Sonnenschutzmittels zur Vermeidung einer Hautschädigung definiert, bezeichnet man als Lichtschutzfaktor (LSF), Sonnenschutzfaktor (SSF) oder Sonnenprotektionsfaktor (SPF). Dieser Faktor gibt an, wie lange die Haut einer Sonnenexposition, geschützt mit einem Sonnenschutzmittel, im Vergleich zur individuellen Eigenschutzzeit ohne Sonnenschutz ausgesetzt werden kann, bis eine standardisierte Hautrötungsschwelle (minimale Erythem-Dosis, MED) erreicht wird. Je empfindlicher die Haut ist, umso höher muss der Lichtschutzfaktor sein, um den Schutz vor UV-A- und UV-B-Strahlenschäden zu gewährleisten.



Beurteilung der Verträglichkeit von Ladival® Für Kinder bei atopischer Dermatitis durch den Arzt (plausible Einträge)

Waren lange die Diskussionen um zusätzliche Hautschäden durch Infrarot-A-Strahlen (IR-A) kontrovers, so stabilisiert sich in den letzten Jahren die vorherrschende Meinung, dass IR-A-Strahlen durchaus die Haut beeinflussen können, indem sie beim Sonnenbaden bis in die Unterhaut eindringen und dort Zellen schädigen. Die Folgen sind vorzeitige Hautalterung und Faltenbildung, möglicherweise auch Hautkrebs.

Gute Hautverträglichkeit – auch bei Neurodermitis

Bei Kindern kommt es aber nicht nur auf einen ausreichenden Hautschutz an, sondern auch auf die Tatsache, dass das Präparat auf die Bedürfnisse der Kinderhaut abgestimmt und sehr gut verträglich ist, insbesondere bei Hautveränderungen wie Neurodermitis.

Ladival® Für Kinder ist ein solches Filtersystem aus synthetischen und physikalischen UV-A- und UV-B-Lichtschutzfiltern, einem Infrarot-A-Schutzkomplex aus Antioxidantien, dazu pflanzliche Öle und Vitamin E. In einer kosmetischen Untersuchung an 222 Kindern mit atopischer Dermatitis wurde die Verträglichkeit von Ladival® Für Kinder sowohl durch den behandelnden Arzt als auch durch die Eltern des Kindes in über 90% der Fälle als gut oder sehr gut bezeichnet (siehe Grafik). Darüber hinaus nahm die Anzahl der Schübe im Untersuchungszeitraum ab. Ladival® Für Kinder wird als Milch in einer 200 ml-Flasche mit den LSF 20, 25, 30 und 50+ hergestellt, daneben gibt es ein 200 ml-Spray mit LSF 30 und eine Creme Reine

Mikropigmente mit LSF 30 als physikalischem Filter. Die Produkte enthalten weder Konservierungsstoffe noch PEG-Emulgatoren und sind parfum- und farbstofffrei. Dazu sind sie besonders wasserfest.

Verbraucher verwenden meist zu wenig Sonnencreme

Aber nicht nur Rezeptur und Lichtschutzfaktor sind bedeutungsvoll für den Hautschutz, sondern auch die aufgetragene Menge pro qcm. Spricht das Deutsche Institut für Normung von 1,5 g/qcm oder die amerikanische Food and Drug Administration gar von notwendigen 2 g/qcm, dann haben Studien gezeigt, dass „in der Wirklichkeit“ nur etwa 0,5 g/qcm aufgetragen werden. Ergebnisse einer dänischen Studie im Hinblick auf die notwendige Menge ergaben im Vergleich eines Sonnenschutzmittels der Stärke SPF4 und der Verteilung von 0,5, 1, 2 und 4 g/qcm auf ein Hautareal von 34 qcm gegen eine gleich große unbehandelte Stelle, dass 4 mg/qcm aufgetragenen Schutzes eine um 16,8-fach höheren Schutz als die unbehandelte Haut boten. Trägt man nur 0,5 g/qcm auf, so besteht nur ein Schutz des Faktors 1,8 im Vergleich zur unbehandelten Haut.

Neben den textilen Schutzvorrichtungen wie Kopfbedeckung und Kleidung muss man den Eltern also vor allem den Rat geben, auf ausreichenden Schutz hinsichtlich LSF und Menge pro Fläche aufzupassen und den Hautschutz auch im 2 bis 3-Stundenrhythmus zu erneuern.

Nach Informationen von Stada GmbH, Bad Vilbel

Nach: F. Klein, B. Giesel, Haut: Dermatologie, Phlebologie, Allergologie; Sonderdruck Heft 4 Mai 2001 Band XII

Akute Diarrhoe bei Kindern

Aktuelle Studie belegt: Ansprechrate unter Lacteol®-Therapie bei 90%

Bei akutem Durchfall viraler Genese hat sich der Einsatz von lyophilisierten Lactobacillen (Lacteol® Pulver) als wirksam und gut verträglich erwiesen. Wie eine aktuelle plazebokontrollierte Doppelblindstudie dokumentiert, profitieren auch Kinder mit nicht-rotaviraler Diarrhoe von einer Behandlung mit dem Antidiarrhoikum (1). Die Ansprechrate unter Lacteol® Pulver lag mit 86 % deutlich über der des Plazebos (53 %). Auch verkürzte sich die Erkrankungsdauer signifikant plazeboüberlegen ($p < 0,01$). Weiterhin lieferte die Studie den Nachweis einer antisekretorischen Aktivität der inaktivierten und hochdosierten Lactobacillen.

Akute Durchfallerkrankungen sind häufig und stellen wegen ihrer dehydrierenden Wirkung insbesondere für Kinder ein ernstes Problem dar. Schätzungen der WHO zufolge versterben weltweit jährlich zwischen 5 und 8 Millionen Kinder an Durchfallerkrankungen. Auch in Deutschland gehören akute Durchfälle zu den häufigsten Erkrankungen im Kindesalter. Akute Diarrhöen werden in der Mehrzahl der Fälle durch virale und bakterielle Erreger ausgelöst und sind häufig mit einem hohen Flüssigkeits- und Elektrolytverlust verbunden. Insbesondere wegen der dehydrierenden Wirkung muss gerade im Kindesalter sehr schnell mit einer effektiven Therapie begonnen werden. Die Behandlung akuter Durchfallerkrankungen verfolgt zwei Ziele: eine rasche orale Rehydratation und Realimentation.

Durchfalldauer signifikant verkürzt

Der Einsatz von hitzeinaktivierten Lactobacillen gilt als wichtiges Prinzip bei der Behandlung der akuten Diarrhoe im Kindesalter. Eine aktuelle, plazebokontrollierte und randomisierte Doppelblindstudie bei 80 Kindern mit einer akuten nicht-rotaviralen Durchfallerkrankung hat die günstigen Effekte der Lacteol®-Therapie erneut bestätigt. Die Kinder im Alter zwischen 0 und 2 Jahren wurden in zwei Gruppen aufgeteilt. Beide Gruppen erhielten eine orale Rehydrationslösung (ORL) als Basistherapie. Die Verum-Gruppe erhielt außerdem zu Beginn der Behandlung 2 Sachets Lacteol® Pulver und im nachfolgenden alle 12 Stunden ein Sachtet. Die zweite Gruppe wurde zusätzlich zur ORL mit Plazebo behandelt. Wie die Auswertung zeigt, verringerte sich die durchschnittliche Durchfalldauer im Verumarm um einen Tag (von 63 auf 40 Stunden). Dies ent-

spricht einer signifikanten Reduktion der Durchfalldauer um 38% gegenüber Plazebo ($p < 0,01$).

Hohe Ansprechrate dokumentiert

Unter der Lacteol®-Therapie waren 86% der Patienten nach 4 Tagen symptomfrei, in der Plazebo-Gruppe lediglich 53% der Patienten.

Lactobacillen – neues Wirkprinzip identifiziert

Lactobacillen gelten als schnelle Hilfe bei Durchfallerkrankungen. Die durch Hitze inaktivierten Lactobacillen in Lacteol® Pulver bilden eine Art Biofilm, der die Darmzellen vor der Adhäsion und Invasion von Durchfallerregern schützt. Die natürliche Funktionsfähigkeit des Darms bleibt erhalten und die Darmflora wird in ihrem natürlichen Wachstum gefördert. Darüber hinaus wird die lokale Immunabwehr der Darmschleimhaut sti-



muliert und so die Anfälligkeit für Krankheitskeime gesenkt. Weiterhin besitzen die in ihrem Kulturmedium inaktivierten Milchsäurebakterien des Lactobacillus LB-Stammes eine antibakterielle Wirkung gegen zahlreiche grampositive und gramnegative Erreger. Darüber hinaus konnte im experimentellen Teil der vorliegenden Studie der Nachweis einer antisekretorischen Aktivität von hitzeinaktivierten Lactobacillen erbracht werden. In der In vitro-Untersuchung waren humane Intestinal(Caco-2)-Zellen mit enterovirulenten E.coli-Stämmen (C1845) infiziert worden. Als Zeichen eines gesteigerten parazellulären Flüssigkeitsstroms bildeten sich so genannte fluid domes. Wurden die C1845-Stämme mit Lactobacillus-Kultur oder Lactobacillus Kulturmedium oder hitzeinaktivierte Lactobacillen in ihrem Kulturmedium (Lacteol®) vorbehandelt, führte dies zu signifikant weniger und kleineren fluid domes, d.h. einem deutlichen antisekretorischen Effekt.

(1) Liévin-Le Moal V et al. Pediatrics 2007; 120 (4): e795-803

Nach Informationen von Pohl-Boskamp GmbH, Hohenlockstedt

Gefährlicher Serotyp 7F erstmals impfpräventabel

10-valenter Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff verfügbar

Der neue 10-valente Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff Synflorix® von GlaxoSmithKline (GSK) erhielt für alle 27 EU-Länder die Zulassung durch die europäische Zulassungsbehörde. Synflorix® ist seit Anfang April in Deutschland verfügbar und zur aktiven Immunisierung von Säuglingen und Kleinkindern gegen invasive Erkrankungen und Mittelohrentzündungen durch *Streptococcus pneumoniae* im Alter zwischen sechs Wochen und zwei Jahren zugelassen. Für Pädiater bietet der 10-valente Pneumokokken-Impfstoff nicht nur die breitere Abdeckung, sondern auch eine gute Verträglichkeit und die Möglichkeit der Koadministration mit anderen Kinderimpfungen.

Pneumokokken sind grampositive Bakterien mit einer Polysaccharidkapsel. Die Antigen-Eigenschaften der Kapsel bestimmen die unterschiedlichen Serotypen, von denen bisher 91 verschiedene Serotypen bekannt sind.

7F: Zweithäufigster Serotyp in Deutschland

Der neue 10-valente Impfstoff ist spezifisch auf Europa zugeschnitten: neben den bisher mit dem 7-valenten Impfstoff abgedeckten Serotypen enthält Synflorix® die drei zusätzlichen Serotypen 1, 5 und 7F. Diese drei Serotypen sind mit schweren Verläufen bei Kindern unter fünf Jahren assoziiert. Die im Impfstoff enthaltenen zehn Serotypen decken mehr als 80 Prozent der relevanten Erreger in Europa ab, berichtete Dr. Mark van der Linden aus dem Nationalen Referenzzentrum in Aachen auf der Einführungspresskonferenz von GlaxoSmithKline. „Die zusätzlich gewählten Serotypen berücksichtigen besonders die europäische und deutsche epidemiologische Situation“, erklärte der Virologe in München. So ist 7F in Deutschland der zweithäufigste Serotyp bei Kindern unter fünf Jahren und der Serotyp mit der höchsten Sterblichkeitsrate bei Kindern.

Doch nicht nur die invasiven Pneumokokkeninfektionen bereiten dem Pädiater Sorge. Die akute Otitis media (AOM) ist eine der häufigsten Gründe für Arztbesuche und Antibiotika-Gabe bei Kindern unter drei Jahren, fasste Priv.-Doz. Dr. Johannes Liese vom Dr. von Haunerschen Kinderspital, München, zusammen. Je 40 Prozent aller bakteriellen AOM-Fälle sind ent-

weder durch Pneumokokken oder aber durch nicht typisierbare *Haemophilus influenzae* (NTHi) verursacht.

Jede dritte AOM könnte künftig vermieden werden

„Die Verwendung von Protein D als Trägerprotein in Synflorix® hatte unter anderem zum Ziel, einen Schutz gegen akute Otitis media zu erreichen“, verriet Dr. Volker Vetter, Leiter der Abteilung Kinderimpfstoffe bei GlaxoSmithKline: Eine Studie mit einem 11-valenten Vorläufer-Impfstoff zeigte eine Reduktion der Fälle der akuten Mittelohrentzündung um 34 Prozent. Dies bedeutet: Jede dritte AOM konnte vermieden werden. Protein D wurde außerdem als neues Träger-Protein gewählt, um möglichen Interferenzen bei der gleichzeitigen Gabe mit anderen Impfstoffen vorzubeugen, denn Protein D wird bisher von keinem anderen Impfstoff als Träger verwendet. Studienergebnisse belegen, dass Standard-Kinderimpfungen wie die Impfung gegen Mumps, Masern, Röteln und Windpocken, die Sechsfach- oder die Meningokokken-C-Impfung nicht beeinträchtigt werden.

Ein Impftermin weniger – das zählt in der täglichen Praxis

Für Dr. Michael Horn, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin aus Berchtesgaden, zählt – neben dem erweiterten medizinischen Schutz – auch die praktische Anwendung.

„Wenn Sie einmal in der Klinik miterleben müssen, dass ein Kind an einer nachgewiesenen Pneumokokken-Meningitis verstirbt, vergessen Sie dies nie – und wenn

Sie das den Eltern in der täglichen Praxis erzählen, sind alle Vorbehalte gegen eine weitere Impfung schnell verflogen! In meiner Praxis werden mehr als 90% der Kinder gegen Pneumokokken geimpft.“ Warum könnte dieser neue Impfstoff denn nun für Pädiater interessant sein, fragte Horn das Auditorium. „Stellen Sie sich den Impfkalender vor: 7 Termine sind insgesamt vorgesehen. Bei dem 7-valenten Impfstoff gibt es keine gesicherten Daten darüber, wie es bei einer Koadministration mit anderen gängigen Impfstoffen aussieht... z.B. in Kombination mit dem Meningokokkenimpfstoff. Bei Synflorix® wurde jedoch die Möglichkeit der Koadministration in großen Studien untersucht.“ Horn wird künftig den neuen 10-valenten Impfstoff gemeinsam mit der Auffrisch-Impfung gegen Meningitis C geben und spart dadurch einen Impftermin ein. „Das ist für mich in der Praxis ein sehr wichtiger Aspekt – neben dem effektiven Schutz. Auch die gute Verträglichkeit spielt eine Rolle, sich für den neuen Impfstoff zu entscheiden.“

Wichtig für ein gutes Praxismanagement mit hohen Durchimpfungsraten sei auch die ausführliche Information der Eltern. „Ich spreche bereits bei der U3 über die anstehenden Impfungen und gebe Informationsmaterial mit“, so Horn abschließend.

Pressekonferenz GlaxoSmithKline GmbH

Functional GI Disease:

Solving the Therapeutic Dilemma

Funktionelle gastrointestinale Erkrankungen kommen bei fast einem Drittel der Bevölkerung vor. Die Ursachen und Symptome variieren von Patient zu Patient und ebenso vielfältig sind die therapeutischen Strategien. Während Prokinetika bei der Behandlung der Motilitätsstörungen ansetzen, versuchen Protonenpumpenhemmer die Säuresekretion zu vermindern. Eine Erkrankung mit so vielen verschiedenen Pathomechanismen und Symptommustern bedarf aber einer Multi-Target-Therapie. Darüber waren sich die Referenten bei dem Symposium anlässlich der „Neurogastroenterology & Motility“-Tagung 2008 einig. Ein adäquates Therapeutikum sollte vor allem die Magen-Akkommodation stimulieren, die Transportaktivität des Magens fördern und die viszerale Sensibilität senken. Drei Eigenschaften, die in dem Phytotherapeutikum Iberogast® verwirklicht sind.

Pflanzliches Multi-Target-Therapeutikum

Professor Michael Schemann, Lehrstuhl für Humanbiologie an der Technischen Universität München, stellte Untersuchungen zum Phytotherapeutikum Iberogast® vor. Es ist in verschiedenen Studien gezeigt worden, dass dieses pflanzliche Multi-Target-Therapeutikum die geforderten Eigenschaften besitzt:

- Es fördert die Magenentleerung.
- Es stimuliert die Akkommodation des Magens.
- Es senkt die viszerale Sensibilität.

Darüber hinaus besitzt das Phytopharmakon noch säuresekretionshemmende, schleimhautprotektive, entzündungshemmende und karminative Eigenschaften, die seine Multi-Target-Wirkung ausmachen.

Phytopharmakon als einziges Präparat für Reizmagen und Reizdarm zugelassen und in den Leitlinien der DGVS aufgeführt

Iberogast® wurde bereits bei mehr als 20 Millionen Patienten angewandt und es liegen Daten zu seiner Wirksamkeit bei über 50.000 Patienten vor. Die Nebenwirkungen, von denen bisher berichtet wurde, sind vergleichbar mit den Nebenwirkungen, die bei der Gabe von Placebo auftreten.

Die Iberis amara Kombination ist in Deutschland auch als einziges Präparat für Reizmagen und Reizdarm zugelassen und in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankheiten (DGVS) aufgeführt.

Ideales Magen-Darm-Therapeutikum auch für die Pädiatrie

Die in mehreren kontrollierten klinischen Studien gezeigte hervorragende

Multi-Target-Wirkung von Iberogast bei Reizmagen- und Reizdarmsyndrom



Wirksamkeit und Verträglichkeit von Iberogast bei Patienten mit Reizmagen und Reizdarm konnte auch in umfangreichen pädiatrischen retrospektiven Untersuchungen belegt werden. Mit der Iberis amara-Kombination liegen Erfahrungsberichte bei über 43.000 Kindern im Alter bis 12 Jahren mit funktionellen Magen-Darm-Erkrankungen vor. Über 650 der in diese retrospektiven Studien eingeschlossenen Kinder waren sogar jünger als drei Monate.

Wirksamkeit und Verträglichkeit der Iberis amara-Kombination wurden von über 90 % der behandelnden Ärzte mit gut oder sehr gut beurteilt. Diese hervorragende Wirksamkeit und Verträglichkeit sind auch der Grund, warum Iberogast selbst bei Säuglingen unter drei Monaten erfolgreich eingesetzt wird. Auf Basis dieser umfangreichen retrospektiven Erfah-

rungsberichte wurde auch nachfolgende Kinderdosierung ermittelt, die sich in der Praxis ausgezeichnet bewährt hat.

Erwachsene und Jugendliche	20 Tropfen
Kinder von 6 bis 12 Jahren	15 Tropfen
Kinder von 3 bis 6 Jahren	10 Tropfen
Kinder von 3 Monaten bis 3 Jahren	8 Tropfen
Kinder unter 3 Monaten	6 Tropfen

Gerade bei Kinder mit funktionellen Magen-Darm-Erkrankungen stellt die Iberis amara-Kombination eine schnell und effektiv wirksame Therapieoption dar, denn gerade bei Kindern ist die Anwendung von chemisch-definierten Präparaten durch deren Nebenwirkungspotential und deren Anwendungsbeschränkungen teilweise stark begrenzt.

Nach Informationen von Stallergenes GmbH, Darmstadt

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.**Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer**

Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin

Tel.: 030/28047510

Tfx.: 0221/683204

stephan.esser@uminfo.de

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum

Mielenforster Str. 2, 50169 Köln

Tel.: 0221/68909-14

Tfx.: 0221/68909-78

christel.schierbaum@uminfo.de

Mitgliederverwaltung**Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg**

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Tel.: 0221/68909-0

Tfx.: 0221/683204

Kongressabteilung**Kongresse des BVKJ****Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum**

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

www.kongress.bvkj.de

Tel.: 0221/68909-15/16

Tfx.: 0221/68909-78

www.kinderaerzte-im-netz.de**Präsident****Dr. med. Wolfram Hartmann**

Tel.: 02732/762900

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

Vizepräsident**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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“**Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen**

E-Mail: Christen@HKA.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

E-Mail: hoeger@kkh-wilhelmstift.de

Prof. Dr. med. Frank Riedel

E-Mail: friedel@uke.uni-hamburg.de

Dr. med. Wolfgang Gempp

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

www.kinder-undjugendarzt.de

IMPRESSUM

**KINDER-UND
JUGENDARZT**

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

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

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. in Zusammenarbeit mit weiteren pädiatrischen Verbänden.**Geschäftsstelle des BVKJ e.V.:** Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer, Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin, Tel. (030) 28047510, Fax (0221) 683204, stephan.esser@uminfo.de; Geschäftsführerin: Christel Schierbaum, Mielenforster Str. 2, 50169 Köln, Tel. (0221) 68909-14, Fax (0221) 6890978, christel.schierbaum@uminfo.de.**Verantw. Redakteure für „Fortbildung“:** Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Kinderkrankenhaus auf der Bult, Janusz-Korcak-Allee 12, 30173 Hannover, Tel. (0511) 8115-3320, Fax (0511) 8115-3325, E-Mail: Christen@HKA.de; Prof. Dr. Frank Riedel, Altonaer Kinderkrankenhaus, Bleickenallee 38, 22763 Hamburg, Tel. (040) 88908-201, Fax (040) 88908-204, E-Mail: friedel@uke.uni-hamburg.de. Für „Welche Diagnose wird gestellt?“: Prof. Dr. Pe-

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

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

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

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

Druckauflage 11.867

lt. IVW I/2009

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

**Redaktionsausschuss:** Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, Dr. Wolfgang Gempp, Konstanz, Regine Hauch, Düsseldorf, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, Stephan Eßer, Köln, Christel Schierbaum, Köln, und zwei weitere Beisitzer.**Verlag:** Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. (04 51) 70 31-01 –**Anzeigen:** Verlag Schmidt-Römhild, 23547 Lübeck, Christiane Kermel, Fax (0451) 7031-280 –**Redaktionsassistentz:** Christiane Daub-Gaskow, Tel. (0201) 8130-104, Fax (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Druck:** Schmidt-Römhild, 23547 Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 12mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.****Anzeigenpreisliste:** Nr. 42 vom 1. Oktober 2008**Bezugspreis:** Einzelheft € 9,90 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 99,- zzgl. Versandkosten (€ 7,70 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende. – In den Mitgliedsbeiträgen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. und des Berufsverbandes Deutscher Kinderchirurgen e.V. ist der Bezugspreis enthalten.

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

© 2009. 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.