

bvkJ.

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

Heft 05/10 · 41. (59.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Weimar: Ins
Gespräch
kommen

Fortbildung:

Aktuelles zur
Allergologie

Berufsfragen:

Strukturverträge:
Eine Übersicht

Magazin:

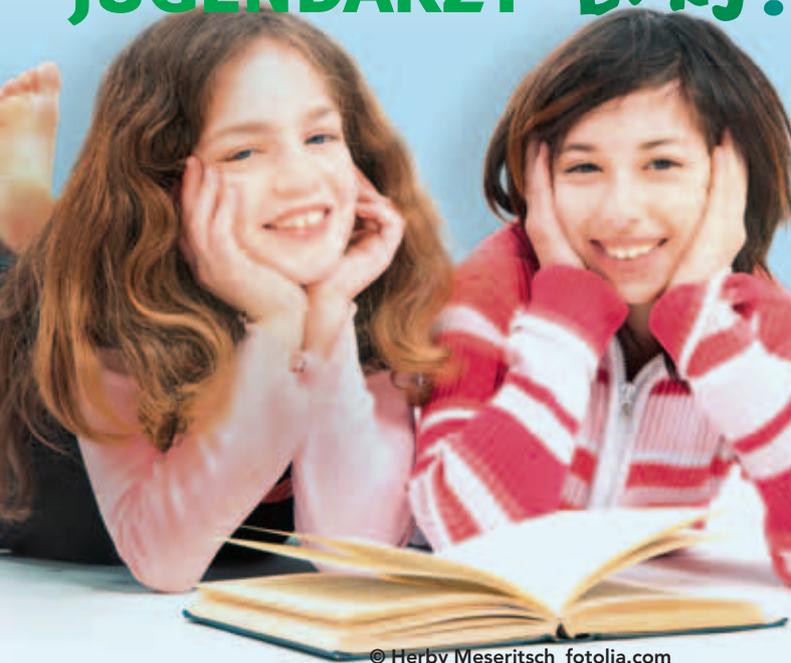
Kindesmissbrauch –
Zuhören und
Bedeutung geben

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkj.**



© Herby Meseritsch_fotolia.com



Kindesmissbrauch

Zuhören und Bedeutung geben

S. 321

Inhalt 5 | 10

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

Forum

- 272 **Herzwissen für starke Kinder**
Regine Hauch
- 273 **Ins Gespräch kommen**
Christoph Kupferschmid
- 276 **Neues Portal für jugendliche Asthmatiker**
- 278 **Das Leser-Forum**
- 279 **Bloß kein minus...lieber plus!**
Hans-Joachim Lukow
- 282 **Kinderhilfe Irak**
Ulrich Fegeler
- 283 **Nicht dem Leben mehr Tage, sondern den Tagen mehr Leben schenken**
Stephan Heinrich Nolte
- 286 **Weltweit erstes Kinderpalliativzentrum eröffnet**
Regine Hauch
- 289 **Lesestart – eine Kampagne mit Langzeitwirkung**
Wolfgang Gempp

Fortbildung

- 291 **Allergologische Diagnostik im Kindesalter**
Radvan Urbanek, Andrea Heinzmann
- 297 **Praktische Aspekte der spezifischen Immuntherapie**
Matthias Kopp
- 302 **Consilium Infectiorum: Rotavirus-Impfungen von Frühgeborenen**
Johannes Forster
- 304 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 309 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Ulrich Mutschler
- 310 **Impressum**

Berufsfragen

- 312 **Strukturverträge in der Kinder- und Jugendarztpraxis**
Roland Ulmer
- 315 **Recht aktuell**
- 316 **Wahlaufruf**
- 316 **Praxiseinführungs-Seminar des BVKJ**
- 317 **Vermischtes**
- 318 **Wahlergebnis**
- 318 **Praxisabgabe-Seminar des BVKJ**
- 319 **Welche Rechte und Pflichten hat ein angestellter Arzt im Falle einer Hepatitisinfektion?**
Hans-Jürgen Nentwich

Magazin

- 321 **Kindesmissbrauch**
Eberhard Motzkau
- 326 **2. BVKJ-Motorradtour**
- 328 **Fortbildungstermine des BVKJ**
- 329 **Buchtipps**
- 331 **Personalia**
- 333 **Tagungen**
- 333 **Praxistafel**
- 335 **Nachrichten der Industrie**
- 340 **Wichtige Adressen des BVKJ**

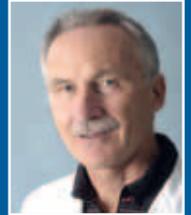
Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage ein Supplement der Firma GlaxoSmithKline GmbH, München, und eine Information der Firma Riemser Arzneimittel, Greifswald, bei. Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.



Allergologische Diagnostik im Kindesalter

Allergologische Anamnese, Hautteste und Bestimmung spezifischer IgE-Antikörper stellen die wichtigsten Instrumente der Diagnostik allergischer Erkrankungen dar. Sowohl schriftlich mit einem Fragebogen wie auch mündlich mit Hilfe einer standardisierten Befragung lassen sich die berichteten Beschwerden untersuchen. Ein Verdacht auf eine Allergie wird dann mit einem Hauttest rasch abgeklärt und bezüglich der klinischen Relevanz geprüft. Problematisch kann sich hierbei ein Ekzem der Haut erweisen, zusätzliche Komplikationen kommen durch die unterschiedliche Haltbarkeit einzelner Allergenextrakte und durch die schwierige Standardisierung biologischer Allergenquellen zustande. Die Bestimmung allergen-spezifischer IgE-Konzentrationen hat sich als eine zuverlässige in-vitro Alternative bei nicht-kooperativen Patienten, bei Kindern mit schwerem Ekzem, bei Nahrungsmittelallergien und bei Verlaufsbeobachtungen bewährt. In den letzten Jahren wurden einzelne Allergen-Determinanten charakterisiert und dank der molekularbiologischen Technologie zur Herstellung von rekombinanten Allergenen unter standardisierten Bedingungen eingesetzt. Somit konnte nachgewiesen werden, dass Sensibilisierungen oft eine Kreuzreaktion zwischen homologen Proteinen darstellen. Verwendet man eine Allergen-Komponenten bezogene Diagnostik, erscheint eine molekular-spezifische Diagnose möglich, die eine Sensibilisierung als ein individuelles Profil erstellt. Allerdings soll die klinische Relevanz zuerst bestätigt und durch den Untersucher auch interpretiert werden.



Prof. Dr. Radvan Urbaneck
PD Dr. Andrea Heinzmann

Einleitung

Die häufigsten Manifestationen, mit denen Kinder zur allergologischen Diagnostik vorgestellt werden, sind im Vorschulalter das Ekzem, auch atopische Dermatitis /Neurodermitis genannt, rezidivierende Rhinitis und Bronchitis sowie im späteren Alter Pollinosis. Ein Asthma bzw. eine Atemnot tritt meistens im Zusammenhang mit einem Infekt, einer Allergen-Exposition oder körperlicher Anstrengung auf. Obwohl Kinder mit einem Ekzem eine hohe Wahrscheinlichkeit einer Sensibilisierung gegenüber inhalativen oder nutritiven Allergenen haben, muss die klinische Relevanz anamnestisch immer geprüft werden. Auf dieselbe Art und Weise geht man auch bei rezidivierendem Husten vor, wenn eine Abgrenzung einer bestehenden allergischen Sensibilisierung von Symptomen, die infekassoziert oder durch eine erhöhte Schleimhaut-Reagibilität der Atemwege nach körperlicher Anstrengung auftreten, angestrebt wird.

Anamnese

Eine Anamnese-Erhebung kann entweder als **mündliche Befragung** oder mit einem **schriftlichen Fragebogen** beginnen. Im Fragebogen werden verschiedene Antwortmöglichkeiten angekreuzt mit dem Vorteil, dass sich die Eltern oder der Patient über die Frequenz, Stärke und mögliche Auslösefaktoren im voraus und in Ruhe Gedanken machen können. Mit einem nachfolgenden Anamnese-Gespräch lässt sich dann die Güte der Antworten validieren.

In die Anamnese des Kindes fließen die Angaben über das Alter, in welchem die Beschwerden begannen, die Zeit

- **Welche Beschwerden?** Husten, Ekzem, Augenreizung, Niesen, Verstopfung der Nase, Mund/Magen/Darm-Symptome
- **Einmalig/Wiederholt?**
- **Wann?** Saisonal/Ganzjährig/Unregelmäßig
- **In welcher Verbindung?** Pollenflug, Tiere, Staub, Nahrungsmittel, bestimmte Orte, Infekte, körperliche Anstrengung

und der Ort des Auftretens sowie auch die Dauer und der zeitliche Verlauf mit ein (Tab. 1). In den nachfolgend gestellten Fragen werden dann Angaben über die Eigen- und Familien-Anamnese sowie die Umgebung des Patienten im Bezug auf die beklagten Beschwerden und ihre mögliche Genese gezielt erörtert (Tab. 2). Zusätzliche Informationen über perinatale Komplikationen, Infekthäufigkeit im Säuglingsalter oder andere Krankheiten des atopischen Formenkreises (Ekzem, Nahrungsmittelunverträglichkeit) sind zusammen mit der Veranlagung des Kindes bei allergischen Erkrankungen der Eltern oder der Geschwister von Bedeutung (Tab. 3). Weiterhin

- **Allergie:** wiederholte, auch zunehmende Symptome in bestimmten Situationen (Jahreszeit, Ort, Tierkontakt, Nahrung, körperliche Anstrengung)
- **Infekte:** Vorschulalter, Kontakt mit erkrankten oder kolonisierten Personen (Geschwister, Eltern, Kindergarten, Schule), assoziierte Symptome (Fieber, Schmerzen), Jahreszeit

Tab. 1: Anamnese bei Verdacht auf Allergie

Tab. 2: Allergie vs. Infekte

Tab. 3: Wichtige Allergie-Hinweise

- **Familienbelastung:** Vater/Mutter/Geschwister
- **Ekzem** im Säuglings-/Vorschulalter
- **Nahrungsmittelunverträglichkeit** im Vorschulalter
- **Orales Allergie Syndrom** (ab Schulalter)

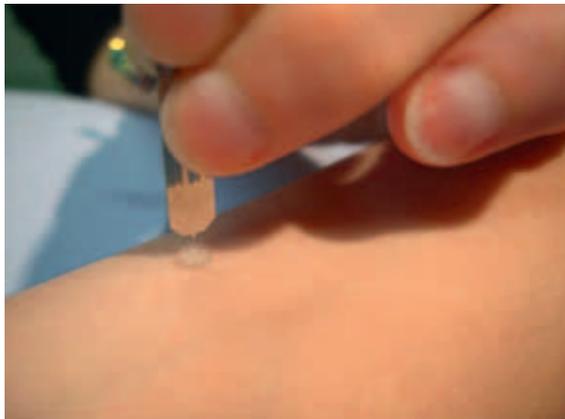
werden auch Fragen zur Haustier-Exposition, Verträglichkeit von Nahrungsmitteln bzw. Medikamenten und zur Umgebungsanamnese gestellt. Für Familien, bei denen sprachlich oder kulturell das Verständnis der anamnestischen Fragen nicht gesichert ist, helfen Abbildungen, Videos oder auch eine direkte Nachahmung unterschiedlicher Atembeeinträchtigungen wie expiratorisches Pfeifen, Stridor oder bellender Husten.

Hauttest

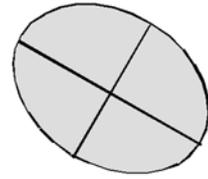
Sensibilisierte Personen reagieren mit ihrer Haut und/oder Schleimhaut sowohl auf die natürliche wie auch eine diagnostische Allergen-Exposition. Obwohl mehrere Hauttest-Methoden zur Wahl stehen, wird in der pädiatrischen allergologischen Diagnostik vor allem das **Prick-Verfahren** verwendet (6). Entweder auf die Volarseite des Unterarmes oder auf den Rücken aufgetropfte standardisierte Allergen-Extrakte werden mit Einmal-Prick-Lanzetten mit einer 1 mm Stichtiefebegrenzung in die Haut eingebracht (Abb. 1 a u. b). Der Prick-Test weist eine ausreichende Reproduzierbarkeit auf und lässt sich vom Säuglings- bis zum Erwachsenenalter anwenden. Lediglich bei Kindern mit schweren ekzematösen Hautveränderungen sind die erzeugten Haut-

Abb. 1 a/b: Prick-Test, Führung der Lanzette und Einbringen der Testlösung in die Haut.

Die Lanzette wird senkrecht 1 Sekunde durch die Testlösung eingedrückt, nach 1 Minute kann die Haut mit einem Tuch, ohne zu wischen, abgetrocknet werden; die Ablesung erfolgt nach 15 Minuten.



Allergenquaddel

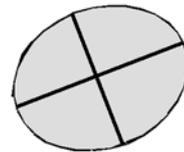


$$\frac{a1 + a2}{2} = A$$

$$\text{Hautindex} = \frac{A}{H}$$

positiv bei Index ≥ 0.6

Histaminquaddel



$$\frac{h1 + h2}{2} = H$$

Abb. 2: Hauttest-Bewertung: Quaddelgröße von Allergen zu der von Histamin in Beziehung setzen (A mm / H mm). Der Durchmesser der Allergenquaddel von ≥ 3 mm oder das A / H Verhältnis von $\geq 0,6$ demonstriert eine kutane Reaktion bzw. Sensibilisierung.

reaktionen nur begrenzt verwertbar. Die ekzematöse Haut, oft durch die Erkrankung selbst oder auch eine gleichzeitige Infektion bzw. eine vorherige medikamentöse Therapie verändert, entwickelt wenig Erythem und auch die erzeugte Quaddelgröße kann variieren.

Das in die Haut eingebrachte Allergen führt innerhalb von Minuten zur Quaddelbildung mit umgebender Rötung, die man als allergische Reaktion vom Soforttyp bezeichnet und 15 Min. nach Anlegen des Hauttestes abliest. Um die individuelle Reagibilität der Haut beurteilen zu können, wird die Quaddel, die die Allergenlösung hervorgerufen hat, gegen die „Positivkontrolle“ (Histaminhydrochlorid 10 mg/ml) und die der „Negativkontrolle“ (Trägerlösung ohne Allergen) verglichen. Faktoren, die die Hautreagibilität beeinflussen und daher anamnestisch wie klinisch erfasst werden müssen, sind Pharmaka (Antihistaminika, Steroide), das Alter des Kindes, der Zeitabstand zur letzten Allergen-Exposition und der Hautzustand (z.B. Ekzem).

Man misst die Größe der mit dem Allergen erzeugten Quaddel, vergleicht sie mit der Quaddelgröße nach Histamin und Trägerlösung. Die **Dokumentation** erfolgt entweder **in mm** (Durchschnitt aus Länge und Breite der Quaddel) **oder** mit einem **Klarsicht-Klebestreifen nach vorheriger Markierung der Quaddel** mit einem Faserstift. Obwohl mittlerweile standardisierte Allergen-Testlösungen für die Hautteste angewendet werden, handelt es sich um ein biologisches Verfahren, weshalb das Ergebnis sowohl durch die individuelle Sensibilisierung des Patienten als auch die Durchführung der Testung und Qualität der Extrakte bestimmt wird (3). Die zugleich erzeugte Rötung wird nicht gemessen, da beim Kind am Unterarm in der Regel eine Abgrenzung bei mehreren positiven Reaktionen schlecht möglich ist.

Eine **allergische Sensibilisierung** demonstriert eine **Allergenquaddel von mehr als 3 mm** und ein **Hautin-dex** (Allergen- dividiert durch Histamin-Quaddeldurchmesser) von mehr als 0,6 (Abb. 2). Patienten, die unter einer Therapie mit Antihistaminika und/oder Steroiden stehen oder eine Urticaria factitia entwickeln, können mit dem Hauttest nur bedingt untersucht werden, hier ist eine IgE-Bestimmung im Serum vorteilhafter.

Als weitere Hauttest-Verfahren dienen der intrakutane Hauttest, der Reibtest und der Allergie-Patch-Test.

Die **intrakutane Hauttestung** ist zwar empfindlicher als der Prick-Test, sie setzt aber voraus, 0,02–0,05 ml der Allergenlösung in die Haut zu injizieren, was wegen der Schmerzhaftigkeit von vielen Kindern nicht toleriert wird. Die Allergen- wie auch die Histaminkonzentration für intrakutane Testungen ist zehnfach niedriger als beim Prick-Test, die höhere Sensitivität wird aber durch die niedrigere Spezifität (höhere Rate an falsch positiven Reaktionen) erkauft.

Der **Reibtest** und der Allergie-Patch-Test wird teilweise bei Nahrungsmittel-Allergien und Ekzem eingesetzt, um heftige Reaktionen bei oralen Belastungstests vorauszuahnen, oder bei Erwartung von Spätreaktionen. Der **Allergie-Patch-Test** ist sehr zeitaufwändig, da die Allergen-Applikation in einer Aluminiumkammer für 48 Std. auf den Rücken des Kindes geklebt wird und eine Bewertung erst 24 Std. später, somit insgesamt 72 Std. nach Testbeginn, erfolgen kann. Als positive Reaktion wertet man eine persistierende deutlich gerötete, papulöse bzw. ekzematöse Hautreaktion. Die Beurteilung der Hautreaktion erfordert viel Erfahrung, was zusammen mit dem Zeitfaktor die Anwendung in der täglichen Praxis limitiert (9).

IgE-Bestimmung

Seit 40 Jahren können sowohl das Gesamt-IgE wie auch das allergen-spezifische IgE im Serum/Plasma bestimmt werden. Obwohl der IgE-Nachweis auf eine IgE-vermittelte Sensibilisierung schließen lässt, muss die klinische Relevanz, analog dem Hauttest, auch hier mit der Anamnese geprüft werden (14).

Spezifische IgE-Antikörper findet man außer im Serum auch im Gewebe als zytophile Antikörper, sie können ebenfalls in verschiedenen Sekreten wie Tränen, Speichel, Sputum oder Nasensekret nachgewiesen werden. Für die tägliche Allergiediagnostik werden aber nur die zirkulierenden Antikörper im Serum quantifiziert, ihre Menge ist proportional der IgE-Menge an den IgE-Rezeptoren der wichtigsten Effektorzellen wie den Mastzellen und basophilen Granulozyten. Als Vorteil dieser in-vitro Untersuchungsmethode ist die Unabhängigkeit von Kooperation und dem aktuellen Hautbefund (z.B. ekzematöse Veränderungen) sowie der eingenommenen Medikamente.

Die an einen Träger (feste oder Flüssigphase) gekoppelten Allergene werden zuerst mit dem Serum des Patienten inkubiert und nach Abtrennung des nicht-gebundenen IgE erfolgt im 2. Schritt der IgE-Nachweis mit einem zugesetzten markierten Anti-IgE-Antikörper. Mit

Hilfe der Färbung, Fluoreszenz oder auch Radioaktivität lassen sich die Konzentrationen der IgE-Antikörper von einer Referenzkurve in Einheiten (kU/L) ablesen.

Vereinfacht kann die Quantifizierung auch in Referenzklassen, meistens 0–6, dargestellt werden.

Vergleicht man die immunologischen in-vitro Resultate mit den Ergebnissen eines Haut-Prick-Tests, wird deutlich, dass sowohl die Qualität der angewandten Allergenpräparationen als auch die Bindungsfähigkeit des eingesetzten Anti-IgE-Antikörpers eine maßgebende Rolle spielt.

Fast alle Seren enthalten eine heterogene Mischung von IgE-Antikörpern mit unterschiedlichen Spezifitäten und Bindungsfähigkeiten. Die eigentlichen Bindungsstellen für das vom Allergiker gebildete spezifische Immunglobulin E sind die Allergene bzw. ihre Epitope. Obwohl die Kalibrationskurven der verschiedenen Messverfahren für die IgE-Bestimmung auf den internationalen Standard der WHO bezogen werden, können die quantitativen Ergebnisse sowohl für das Gesamt-IgE wie auch für das allergen-spezifische IgE stark voneinander abweichen. Die mit verschiedenen Methoden ermittelten IgE Werte sind daher nicht direkt vergleichbar bzw. austauschbar (7, 16). Dies ist zwangsläufig bei der Anwendung von Entscheidungspunkten („cut-off-Werten“) oder Risikoabschätzungen zu berücksichtigen.

Je mehr das **Gesamt-IgE** erhöht ist, desto wahrscheinlicher ist eine spezifische Sensibilisierung des Individuums zu erwarten. Zur Beurteilung der individuellen Sensibilisierungslage eines einzelnen Patienten liefert aber die Konzentration der allergen-spezifischen IgE-Antikörper eine an Aussagekraft wichtigere Information. Je höher der gemessene allergen-spezifische IgE-Wert, desto eher entstehen Symptome nach einem Allergen-Kontakt.

Kreuzallergenität

Vergleichende Untersuchungen bei Pollen-Allergikern mit assoziierten Sensibilisierungen auf Obst, Gemüse und Gewürze zeigen, dass viele Pflanzen und Lebewesen von der Evolution her untereinander verwandt und die meisten bekannten Allergenkomponenten auf relativ wenige Proteinfamilien konzentriert sind. Ihre Allergendeterminanten weisen eine große Ähnlichkeit bis in die einzelnen Aminosäuren-Sequenzen auf. Dementsprechend lösen strukturell ähnliche Allergene auch eine vergleichbare Immunantwort im menschlichen Immunsystem aus, die mittels spezifischer Antikörper detektiert werden kann. Auch intrinsische Eigenschaften der Allergene wie Hitze- und Verdauungsbeständigkeit oder die ausgelösten Symptome wie orales Allergie-Syndrom, gastrointestinale Beschwerden oder Anaphylaxie können durch die Proteinstrukturen erklärt werden (2, 15). Sequenzähnliche Allergenmoleküle zu den Birkenpollen-Haupt-Allergen „Bet v 1“ (von der lateinischen Bezeichnung *Betula verrucosa* Allergen Nr. 1), auch Bet-v-1-Homologa genannt, werden in zahlreichen Früchten wie Äpfel, Nüsse, Karotten, Sojabohne oder Erdnuss gefunden, weshalb auch allergische Reaktionen

Bet v 1 Homologa Birkenpollen-Hauptallergen (Betula verrucosa)	LTP (Lipid-Transfer-Proteine)	Profiline (kreuzreagierende Proteine des Zytoskelets)	Speicherproteine (Kerne, Samen, Nüsse)
Cor a 1 Haselnuss (Corylus avelana)	Cor a 8		
Pru p 1 Pfirsich (Prunus persica)	Pru p 3	Pru p 4	
Ara h 8 Erdnuss (Arachis hypogaea)	Ara h 9		Ara h 1/2/3
Gly m 4 Soja (Glycine max)			

Tab. 4: Allergendeterminanten und ihre Kreuzreaktionen bei Birkenpollen und Früchten

Bet v 1 Homologa lösen meist Symptome des Oralen-Allergie-Syndroms, Sensibilisierung auf Lipid-Transfer-Proteine und Speicherproteine sind eher mit schweren anaphylaktischen Reaktionen assoziiert, eine Sensibilisierung gegen Profilin ist klinisch selten relevant.

auf diese Früchte bei einem Teil der Birkenpollen-Allergiker vorkommen. Manche Patienten mit einer Birkenpollenallergie entwickeln bereits beim Verzehr von frischem Obst oder Gemüse ein **Orales-Allergie-Syndrom (OAS)**, nur einige von ihnen weisen schwere, teils in 1-2 Stunden sich entwickelnde systemische Reaktionen auf. Neben den „Bet v 1-Homologa“ können auch Lipid-Transfer-Proteine und Speicherproteine Kreuzreaktionen verursachen. Diese sind im Allgemeinen gegen Verdauung und/oder Hitze (Kochen) resistent, wodurch auch schwere anaphylaktische oder erst in 1-2 Stunden nach der Mahlzeit auftretende gastrointestinale Symptome mit Atembeschwerden sowie Kreislaufschwäche zu Stande kommen. Die **spezifische IgE-Antwort** auf einige **Allergendeterminanten** aus dem Pfirsich (Pru p 3), Erdnuss (Ara h 2/1/3 und 9), Haselnuss (Cor a 8), Sellerie (Api g 1) und Soja (Gly m 4) hilft, auf molekularer Ebene die allergischen Reaktionen abzuschätzen und den Verlauf aufzuklären (Tab. 4).

Allergien gegen das phylogenetisch entfernte Tropomyosin der Hausstaubmilbe (Der p 10) erklärt Reaktionen auf Tropomyosine von Wirbellosen (Garnele, Hummer), dagegen sind Tropomyosine von Geflügel und Fisch dem menschlichen Tropomyosin sehr ähnlich und werden daher von Personen mit einer Hausstaubmilbenallergie gut vertragen.

Mit Hilfe der spezifischen IgE-Bestimmung gegen die nativen oder rekombinant hergestellten Allergene können heute viele Kreuzreaktionen auf Nahrungsmittel aufgeklärt werden.

Ein zusätzlicher Vorteil der **rekombinanten Allergene** ist die fehlende Glykosylierung auf deren Proteinoberfläche. Diese Zucker-Strukturen (Fukose oder Xylose an den N-Glykanen) sind sowohl im Pflanzenreich als auch bei den Gliedertieren auf den Glykoproteinen häufig und haben daher für die spezifische Kreuzreaktivität bei der IgE-Bestimmung eine besondere Bedeutung. Auch wenn etwa ein Fünftel der Allergiker IgE-Antikörper gegen diese Kohlenhydratstrukturen aufweist, kommt es nur selten zu klinischen Symptomen (11).

Obwohl Birkenpollen und Gräserpollen strenggenommen keine Allergenverwandschaft darstellen, beinhalten sie einige kreuzreagierende Allergenkomponen-

ten. Einerseits sind es Profiline (Bet v 2 und Phl p 12) andererseits auch Kalzium-bindende Proteine wie Bet v 4 und Phl p 7 (Allergenkomponenten in Pollen von Birke/Betula verrucosa sowie der Gräser bzw. Lieschgras/Phleum pratensae), die eine starke Kreuzreaktivität aufweisen und nur selten eine klinische Relevanz besitzen. Unter der Annahme, dass für eine spezifische Immuntherapie (SIT) vor allem die Haupt/Major-Allergene von Bedeutung sind, wird die IgE-Bildung gegen die Haupt-Allergendeterminanten Bet v 1 und Phl p 1 und 5 als eine Entscheidungshilfe betrachtet. Damit hilft die IgE-Bestimmung gegen einzelne Allergenkomponenten zusammen mit der Anamnese, sowohl die Entscheidung zur SIT zu verbessern als auch eine fehlende Wirksamkeit einer solchen Therapie gegebenenfalls zu erklären (8).

Multiallergen-Profile

Die Anzahl der bekannten Allergene wird ständig erweitert, vor kurzem kamen auch rekombinant hergestellte Allergen-Komponenten hinzu. Man kann mehrere einzelne Allergene auf einen Träger koppeln und mit diesem Multiallergen-Verfahren dann die spezifische Sensibilisierung/spezifische IgE-Bildung gegenüber den inhalativen saisonalen („Frühblüher“, „Spätblüher“), perennalen („Indoor-Allergene“, „Haustiere mit Fell“) oder Arbeitsplatz-bezogenen Allergenen („Bäcker“, „Farmerlunge“) sowie auch nutritiven Allergenen („Erdnuss“, „Haselnuss“, „Hülsenfrüchte“, „Obst“) in den unterschiedlichen Altersabschnitten („Kinderprofil“, „Asthma/Rhinitis“, „Ekzem“) gezielt bestimmen. Die für die Fragestellung wichtigsten Allergieauslöser werden mit einem Testansatz zusammengefasst und gegebenenfalls identifiziert (Der Höchstwert für die in-vitro-Diagnostik EBM GOP 32426 Gesamt-IgE und 32427 allergenspezifische Immunglobuline wurde für Kinder unter 6 Jahren in entsprechend begründeten Fällen wie „anamnestischer Hinweis auf Polysensibilisierung“ oder „Ausschluss einer Kreuzsensibilisierung im Kindesalter“ angehoben, sodass 15 Allergenbestimmungen sowie das Gesamt-IgE im Quartal möglich sind).

Eine weitere Innovation verspricht die vor einem Jahr eingeführte Allergen-Chip-Technologie, bei der eine größere Anzahl (über 100) natürlicher und rekombinan-

ter Allergene auf einem Objektträger mit 20 µl Patientenserum inkubiert und eine simultane semi-quantitative IgE-Bestimmung auch gegen einzelne Allergen-Epitope durchgeführt werden kann. Mit dieser Technik können „individuelle Sensibilisierungsprofile“ erstellt werden, die auf eine altersgemäße, regionale, zeitliche oder Umwelt-bedingte Allergenexposition Bezug nehmen; inwiefern damit ein Grundstein für ungezielte Suchteste gelegt wird, bleibt abzuwarten.

IgE-Entscheidungswerte („cut-off“-Werte)

Mit der Quantifizierung von allergen-spezifischem IgE stellte sich die Frage, ob anhand der gemessenen Spiegel symptomatische Personen von asymptomatischen Individuen differenziert werden können. Ein Nutzen eines solchen Entscheidungswertes wurde vor allem bei der Nahrungsmittel-Allergie und bei der Insektengift-Allergie erwartet, weil Allergen-Belastungsteste viel Zeit und Personal binden und zusätzlich auch den Patienten gefährden. Bereits 1995 haben Pastorello u. Mitarbeiter errechnet, dass bei Pollinikern 10,7 kU/ml und bei Hausstaubmilbenallergikern 8,4 kU/l an spezifischem IgE den Grenzwert für symptomatische Personen darstellen (10). Bei der Kuhmilch haben Garcia-Ara und Mitarbeiter das Kuhmilch-spezifische IgE > 2,5 kU/l mit einer 90%-Wahrscheinlichkeit als eine Grenze für symptomatische Sensibilisierung publiziert (5). Umfassende Daten liegen ferner für die Erdnussallergie vor, bei der man ein spezifisches IgE > 2 kU/l als einen Grenzwert betrachtet (12).

Insgesamt sollen in die Überlegung, ob eine klinisch relevante oder eine latente Sensibilisierung vorliegt, noch das Alter des Patienten, der zeitliche Abstand von der letzten allergischen Reaktion und der Grad der vorherigen Reaktion einbezogen werden. Jüngere Kinder und Patienten mit einer raschen Entwicklung von anaphylaktischen Symptomen sind bereits bei niedrigeren Konzentrationen an allergen-spezifischem IgE gefährdet. Einen exakten für alle Allergiker und Allergene prediktiven Grenzwert gibt es leider nicht, die individuelle Sensibilisierungslage muss für jeden Patienten anhand der gesamten klinischen und anamnestischen Daten ermittelt werden.

Zelluläre Testverfahren

Zahlreiche Mediatorstoffe verschiedener an der allergischen Reaktion beteiligter Zellen werden freigesetzt, Histamin und Leukotriene (LTC 4/LTD 4/LTE 4) aus den basophilen Granulozyten, Tryptase aus den Mastzellen und eosinophiles cationisches Protein (ECP) aus den Eosinophilen. Ihre Bestimmung ist heute möglich und die gewonnenen Spiegel korrelieren zum großen Teil mit den Ergebnissen der Hauttest-Untersuchung sowie der IgE-Messung. Vor allem bei unklaren bzw. nicht eindeutigen Untersuchungsbefunden wie bei allergischen Reaktionen auf Medikamente oder bei Insektenstich-Allergikern mit Doppelsensibilisierungen werden CAST (cellular allergen specific test) oder der Flow-CAST eingesetzt. Bei dem letztgenannten Verfahren bestimmt man mit Hilfe der Flow-Zytometrie eine nach der Allergeninkubation

entstandene Aktivierung von basophilen Granulozyten mittels der CD 63 Aktivierung (4).

Eine erhöhte Tryptase im Serum bietet die Möglichkeit, auch Stunden nach einer allergischen/anaphylaktischen Reaktion die Mastzellaktivierung zu belegen, und wird zur Klärung von perioperativen Zwischenfällen oder beim Verdacht auf eine Anaphylaxie als Bestätigungstest eingesetzt (1). Bei Erwachsenen mit einer Mastozytose werden ebenfalls hohe Tryptasekonzentrationen im Blut gemessen und damit auch ihre verstärkte Anaphylaxieneigung erklärt (13).

Eine erhöhte Proliferation/Reaktivität von mononukleären Zellen aus dem Blut oder von kultivierten Lymphozyten nach Inkubation mit Allergenen belegt zwar eine vermehrte Stimulierbarkeit, aber vergleichbare Stimulationswerte können auch bei Kontrollpersonen beobachtet werden. Eine Differenzierung zwischen Individuen mit einer IgE-vermittelten allergischen Reaktion auf Kuhmilch und Kindern mit Enterokolitis nach Kuhmilchgabe ist nicht möglich.

Die klinische Anwendbarkeit der zellulären Verfahren ist sowohl wegen der apparativen Anforderung wie auch der technisch anspruchsvollen Methodik limitiert, sie werden vorwiegend in spezialisierten Labors als Bestätigungstests durchgeführt.

Fazit für die Praxis

Sowohl unsere genetische Veranlagung wie auch die umweltbedingte Allergenexposition tragen zur Entstehung der allergischen Erkrankungen vom Soforttyp bei. Allergene sind meist hydrophile Glykoproteinmoleküle von 5–70 kD Größe, die leicht die Schleimhäute passieren und in der Interaktion mit dem Immunsystem sowohl eine „allergische Immunantwort“ mit der Bildung von spezifischen IgE-Antikörpern als auch eine Freisetzung von Mediatoren der allergischen Reaktion, wie am anschaulichsten im Hauttest sichtbar, hervorrufen. Seit der Entdeckung von Immunglobulin E vor 40 Jahren und der Herstellung von rekombinanten Allergenen vor 20 Jahren hat sich die allergologische Diagnostik wesentlich gewandelt. Die heute verfügbaren Allergenpräparationen werden immunchemisch sowie molekularbiologisch standardisiert und man versteht die klinisch lange bekannten Kreuzreaktivitäten zwischen den verwandten wie auch nicht verwandten Allergenen als strukturelle Homologien. Die Auswahl der Patienten für eine spezifische Immuntherapie (therapeutische Indikationsentscheidung) kann gezielter erfolgen, wodurch auch die therapeutische Wirksamkeit gesteigert wird.

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Radvan Urbanek
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
des Universitätsklinikums
Mathildenstraße 1
79106 Freiburg i.Br.
Tel. 0761/2704301
E-Mail: radvan.urbanek@uniklinik-freiburg.de

Red.: Riedel

Praktische Aspekte der spezifischen Immuntherapie

Für allergische Erkrankungen wie das Asthma bronchiale oder die allergische Rhinokonjunktivitis stehen zwei kausale Therapieansätze zur Verfügung: Die strikte Allergenmeidung und die spezifische Immuntherapie (SIT). Da im praktischen Alltag eine Allergenmeidung nur eingeschränkt (bei allergischen Sensibilisierungen gegen Innenraumallergene) bzw. gar nicht (bei Sensibilisierung gegen Pollen) umsetzbar ist, kommt der SIT eine besondere Bedeutung zu. Für die subkutane spezifische Immuntherapie (SCIT) sind sekundär-präventive Effekte beschrieben: Demnach kann mit dieser Therapieform die Ausbreitung neuer Sensibilisierungen und möglicherweise auch das spätere Auftreten eines Asthma bronchiale bei Kindern mit allergischer Rhinokonjunktivitis (Etagenwechsel) durch einen frühzeitigen Beginn der SIT reduziert werden. Nach den aktuell publizierten Leitlinien zur Immuntherapie ist die SCIT im Kindesalter die Standardtherapie. Die sublinguale Immuntherapie (SLIT) findet in den letzten Jahren durch die Zulassung der „Grastablette“ große Beachtung. Hier liegen Daten zur klinischen Wirksamkeit über ein Jahr vor. Studien zu sekundärpräventiven Effekten werden aktuell durchgeführt.

Die große Zahl unterschiedlicher Produkte und Applikationsformen verdeutlicht, dass man immer weniger von „der SIT im Allgemeinen“ sprechen kann. Vielmehr sollte man anstreben, in Abhängigkeit von Applikationsform, Sicherheitsdaten und insbesondere Daten zur klinischen Wirksamkeit zu produkt-spezifischen Aussagen zur SIT zu kommen. Hier sollen die Indikationen zur spezifischen Immuntherapie und praktische Aspekte in der Durchführung auf dem Hintergrund aktueller Daten dargestellt werden.



Prof. Dr.
Matthias Kopp

Einleitung

Der allergologisch tätige Kinder- und Jugendarzt befindet sich heute in einem Dilemma, wenn er einen Patienten mit allergischer Rhinokonjunktivitis oder einem Asthma bronchiale vor sich hat. Auf der einen Seite betont die aktuell publizierte S2-Leitlinie in Übereinstimmung mit zahlreichen wissenschaftlichen Übersichtsarbeiten, dass gerade im Kindesalter die Indikation zu einem frühzeitigen Beginn einer spezifischen Immuntherapie gegeben ist [1]. Auf der anderen Seite muss sich der behandelnde Arzt mit einer Vielzahl an Allergenextrakten zur spezifischen Immuntherapie (modifizierte, native Allergene als wässrige oder physikalisch gebundene Semidepotextrakte, chemisch modifizierte Extrakte wie Allergoide oder Depigoide), zahlreichen unterschiedlichen Protokollen zur Aufdosierung und Anwendung (präseasonal vs. ganzjährige Therapie, konventionelle vs. Rush- oder Ultra-Rushaufsättigung) sowie unterschiedlichen Applikationsformen (subkutane vs. sublinguale Immuntherapie) auseinandersetzen [2]. Überwiegend basieren die Empfehlungen über den Einsatz der SIT aus Studiendaten aus dem Erwachsenenalter. Die Anzahl an klinischen Studien mit Kindern und Jugendlichen ist beschränkt. Bislang gibt es keine guten Daten, die die klinische Wirksamkeit verschiedener SIT-Präparate miteinander verglichen haben. Dieser Übersichtsartikel kann das bestehende Dilemma mit Sicherheit nicht lösen. Er möchte jedoch dazu beitragen, eine Orientierungshilfe in wichtigen Fragen der praktischen Anwendung zu geben.

Worauf zielt die SIT im Kindesalter ab?

Aktuell ist die spezifische Immuntherapie mit Allergenen (SIT) vor allem bei Patienten mit allergischer Rhinokonjunktivitis, mit leichtem bis mittelgradigem allergischem Asthma bronchiale und Insektengiftallergien indiziert. Die SIT greift als einzige kausale Therapieform unmittelbar in den Krankheitsprozess ein und hat zum Ziel, nicht nur die Symptome zu lindern, sondern mittel- bis langfristig die zugrundeliegende Ursache der Allergie zu bekämpfen [3]. Mittlerweile werden die immunologischen Wirkmechanismen zunehmend besser verstanden. Nach dem aktuellen Stand des Wissens sind die T- und B-Lymphozyten die Hauptangriffspunkte der spezifischen Immuntherapie, deren Funktion selektiv geändert wird. Eine Übersicht über die wichtigsten immunologischen Wirkmechanismen ist in Abb. 1 dargestellt.

Wer sollte eine SIT erhalten?

Im Kindesalter ist die Indikation für den Einsatz einer SIT früh zu stellen. Dies rührt daher, dass für die SCIT eine Reihe von Daten aus offenen klinischen Studien [4-7] vorliegen, die konsistent belegen, dass es unter einer SCIT zu weniger Neusensibilisierungen kommt als unter einer rein symptomatischen Therapie.

Ein weiterer sekundärpräventiver Effekt der SCIT besteht darin, dass bei signifikant mehr Patienten der Etagenwechsel von der allergischen Rhinitis zum Asthma bronchiale verhindert werden kann als in der symptomatisch behandelten Kontrollgruppe [8-10]. Die Indikation zur SIT ist in Tab. 1 aufgeführt.

SIT
induziert
Toleranz

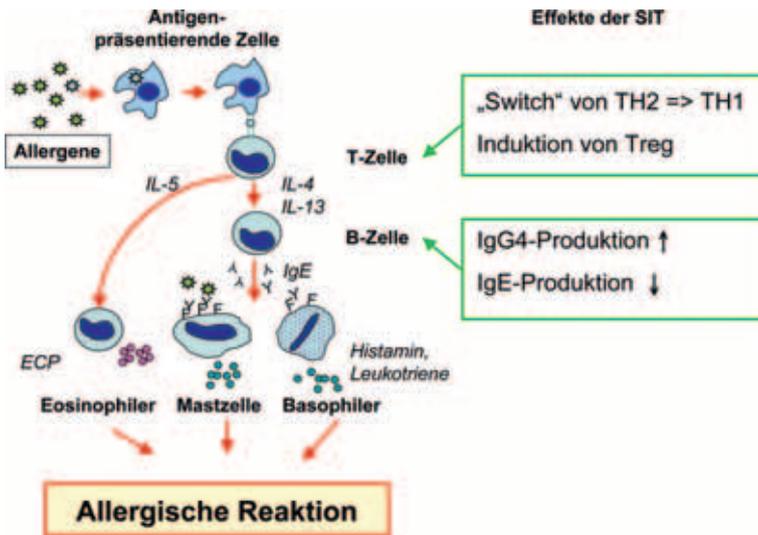


Abb. 1: Immunologische Mechanismen der spezifischen Immuntherapie

Wirkt die SIT auch bei Kindern mit Asthma?

Der klinische Effekt einer SCIT in der Therapie der allergischen Rhinitis (AR) zur Reduktion von Symptomen und Medikamentenverbrauch ist bei bestehender Indikation unbestritten [3]. Besonders geeignet zur SIT sind Pollen- und Hausstaubmilbenextrakte. Ganzjährige und saisonale Allergene dürfen jedoch nicht gemischt werden. Tierallergene und Schimmelpilze (*Alternaria alternata*) werden zurückhaltend in der SIT eingesetzt (Abb. 2).

SIT: Wirksamkeit für Kinder mit AR und Asthma belegt

Die Empfehlungen zur subkutanen SCIT bei Asthma bronchiale stützen sich maßgeblich auf eine mehrfach aktualisierte Cochrane Analyse mit 75 kontrollierten Studien [3]: Durch die SCIT konnten Asthmasymptome, Medikamentenverbrauch sowie die unspezifische und besonders die spezifische Hyperreagibilität signifikant gegenüber Placebo reduziert werden. Besonders Kinder mit wenigen Sensibilisierungen und einem klaren Bezug (Anamnese) zwischen Asthmabeschwerden und Allergenkontakt profitieren von einer SCIT.

Die Indikation zur spezifischen Immuntherapie bei allergischer Rhinitis (AR) sind im Kindes- und Jugendalter vergleichbar mit denen des Erwachsenenalters [1]. Sie ist dann gegeben, wenn der Nachweis erbracht wurde, dass

1. eine allergische Sensibilisierung gegen ein Außenluftallergen besteht (positiver Haut-Prick-Test und/oder positives spezifisches IgE \geq Klasse 2);
2. eine klinische Relevanz dieser Sensibilisierung besteht (Anamnese, Beschwerdetagebuch, ggf. Provokation);
3. die Beschwerden über mindestens zwei Jahre beobachtet wurden;
4. die Exposition nicht vermeidbar ist;
5. eine positive Nutzen-Risiko-Kosten-Abwägung vorgenommen wurde;
6. ein standardisierter und qualitativ hochwertiger Allergenextrakt verfügbar ist;
7. ein Wirksamkeitsnachweis der geplanten SCIT für die jeweilige Indikation erbracht wurde.

Tab. 1: Indikation zur spezifischen Immuntherapie

Ein schweres Asthma bronchiale, bei dem keine Symptomkontrolle erreicht wird, stellt eine relative Kontraindikation dar. Die Nebenwirkungsrate der SCIT ist bei Einsatz von perennialen Allergenen und bestehendem Asthma bronchiale erhöht. Vor der Injektion ist neben einer körperlichen Untersuchung unter Umständen eine Peak-Flow-Messung bzw. eine Spirometrie mit Fluss-Volumen-Kurve erforderlich.

Welche Bedeutung hat die Zulassung von Allergenpräparaten?

Präparate aus nativen oder modifizierten Allergenextrakten sind sowohl als „zugelassene Arzneimittel“ als auch als „individuelle Rezepturen“ erhältlich.

Das Arzneimittelgesetz definiert Individualrezepturen folgendermaßen (§ 21 Abs. 2 Ziff. 1b AMG): Individualrezepturen sind Arzneimittel, „... die für einzelne Personen auf Grund einer Rezeptur als Therapieallergene... hergestellt werden“. Damit sind Individualrezepturen von der Zulassungspflicht ausgenommen und unterliegen keiner behördlichen Kontrolle der Qualität, Wirksamkeit und Verträglichkeit.

	Allergenmeidung	Hyposensibilisierung	Pharmakotherapie
Pollen	-	++	+
Insekten	-	++	+/-
Schimmelpilze	++	-	+
Tierhaare	++	-	+
Hausstaubmilbe	++	++	++

Abb. 2: Therapiemöglichkeiten bei allergischen Erkrankungen

In Deutschland ist für die Zulassung von Allergenpräparaten das Paul-Ehrlich-Institut in Langen zuständig. Für die Zulassung sind Angaben über die Herstellung des Arzneimittels, die Kontrolle der Qualität und die Ergebnisse der präklinischen und klinischen Prüfungen vorzulegen, die aktuell den Anforderungen der Good Manufacturing Practice (GMP)- und Good Clinical Practice (GCP)-Richtlinien genügen müssen. Die Präparate werden jeweils ausschließlich für die Indikationen und Patienten zugelassen, für die die Wirksamkeit und Sicherheit in klinischen Studien gezeigt wurde. Bei älteren Zulassungen wurden zum Teil auch niedrigere Anforderungen an die Belege der Wirksamkeit akzeptiert.

Welche Applikationsformen und Allergenextrakte gibt es?

Momentan stehen zwei Hauptformen für eine Hyposensibilisierungstherapie zur Verfügung: Die subkutane Immuntherapie (SCIT) und, als lokale Anwendungsform, die sublinguale Immuntherapie (SLIT). Weitere Möglichkeiten der lokalen Applikation sind die nasale, orale oder bronchiale Immuntherapie, die aber in der klinischen Routineanwendung für die Behandlung von Inhalationsallergien derzeit keine Rolle spielt.

Für beide Hauptformen der Immuntherapie, die SCIT und die SLIT, gibt es verschiedene Präparate. Die SLIT wird als Tropfen und jetzt neuerdings auch als Tabletten verabreicht. Diese Applikation steht momentan jedoch ausschließlich für Patienten mit Gräserpollensensibilisierung zur Verfügung.

Bei der SCIT werden wässrige, Semidepot- und Depot-Extrakte unterschieden. Um Präparate mit einer langsamen Abgabe des Antigens an das umliegende Gewebe zu erreichen, erfolgen physikalische Modifikationen mit Aluminiumhydroxid, Calciumphosphat oder Tyrosin. Dadurch wird ein Depoteffekt erreicht und gleichzeitig die Rate an Nebenwirkungen reduziert.

Durch chemische Modifikationen – z.B. einer Polymerisierung mit Polyethylenglykol oder einer Behandlung mittels Formaldehyd oder Glutaraldehyd – entstehen die so genannte Allergoide. Bei ihnen sind die allergenspezifischen B-Zell-Epitope so verändert bzw. zerstört, dass sie keine oder nur noch geringe Mengen von IgE binden können (11). Dadurch werden die Nebenwirkungen, insbesondere die anaphylaktischen Reaktionen, deutlich reduziert. Die T-Zellepitope, die für die Induktion der Toleranz essentiell sind, bleiben dabei erhalten. Zumindest theoretisch kann jedoch auch diese durch die Modifikation verändert werden, sodass möglicherweise ein Wirkverlust resultiert (Abb. 3).

Mit Monophosphoryl-Lipid A (MPL) steht ein Lipid-A-Derivat aus dem Lipopolysaccharid der Zellwand von Salmonella minnesota als Adjuvans zur Verfügung. MPL stimuliert Antigen-Präsentierende-Zellen und führt zu einer vermehrten Freisetzung der TH1-Zytokine IFN γ , IL-1, IL-12 und TNF- α [12]. Neben in-vitro Effekten konnte die Sicherheit und Wirksamkeit einer SCIT mit Pollenallergoiden und MPL als Adjuvans demonstriert werden [13].

Wie wird die Aufdosierung bei der SCIT vorgenommen?

In Abhängigkeit vom Hersteller und dem eingesetzten Präparat werden verschiedene Applikationsschemata verwendet. Die folgende Übersicht kann nur die Grundzüge dieser Schemata vorstellen. Geringe Abweichungen zwischen den Präparaten sind üblich. Vor Beginn einer SCIT muss daher unbedingt die genaue Anleitung des jeweiligen Präparats beachtet werden.

Konventionelles Standardschema: Bei der konventionellen SCIT wird die Allergenmenge über einen Zeitraum von 4 Monaten mit einmal wöchentlichen Injektionen gesteigert. Nach Erreichen der Maximaldosis erfolgt üblicherweise nur noch einmal monatlich eine Injektion. Während der jeweiligen Pollenflugzeit wird die Dosis meist reduziert und nach Abschluss des Pollenflugs wieder entsprechend gesteigert. Der Beginn der SCIT sollte mindestens 4 Monate vor der Pollenflugzeit sein.

Verkürztes Standardschema: Die Maximaldosis wird durch eine schnellere Steigerung bereits innerhalb von 3 Monaten erreicht, entsprechend kann auch noch spätestens 3 Monate vor der Pollenflugzeit mit der SCIT begonnen werden.

Cluster-Schema: Bei der Aufdosierung nach dem Cluster-Schema (Cluster = Bündel, Traube, Schwarm) erfolgen an einem Tag der Woche mehrere Injektionen mit einem zeitlichen Abstand von mindestens 30 min. Dadurch wird die Maximaldosis je nach Präparat bereits nach 1–6 Wochen erreicht.

Rush-Schema: Bei der Insektengiftallergie wird neben dem konventionellen Standardschema vor allem die so genannten Rush-Therapie eingesetzt. Dabei wird die Dosis mehrfach täglich gesteigert, die Maximaldosis wird innerhalb von 5 Tagen erreicht.

Ultra-Rush-Schema: Hier wird die Maximaldosis z.B. bei Insektengiftallergie durch 4–6 tägliche Injektionen in 2–3 Tagen erreicht. Wie die Rush-Therapie kann diese schnelle Aufsättigung nur unter stationären Bedingungen erfolgen. Bei allen Formen erfolgt nach der Aufsättigung die einmal monatliche Injektion, z.B. von 100 μ g Insektengift.

Nach der Aufdosierungsphase erfolgen die weiteren Injektionen je nach Präparat im Abstand von 4–6 Wochen. Wird der empfohlene Abstand zwischen den Injektionen überschritten, so muss die Dosis gemäß Fach- und Gebrauchsinformation reduziert werden. Nach jeder Injektion ist eine Beobachtungszeit von 30 Minuten in der ärztlichen Praxis bzw. in der Klinik einzuhalten. Bei Patienten, die eine SCIT aufgrund eines allergischen Asthma bronchiale erhalten, wird empfohlen, vor und 30 min nach jeder Injektion den Peak-Flow-Wert zu messen und in regelmäßigen Intervallen die Lungenfunktion zu überprüfen.

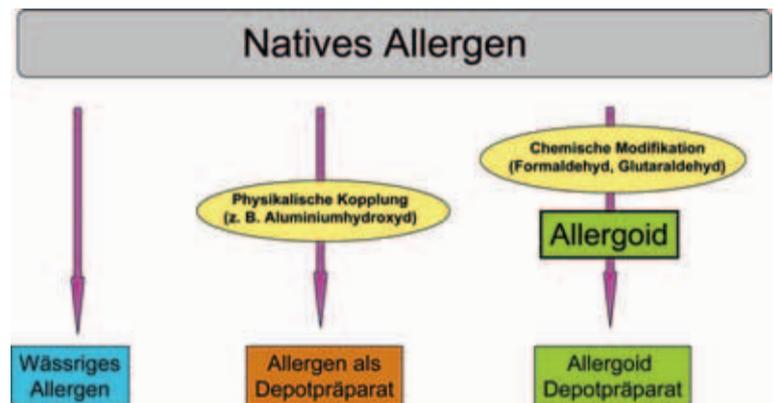
Was hat es mit der „Grastablette“ auf sich?

Im vergangenen Jahr sind zwei große Kinderstudien mit unterschiedlichen Grastabletten publiziert worden. Beide Grastabletten (Grazax[®] und Oralair[®]) werden sublingual eingenommen. Bei Grazax[®] beginnt die Therapie ohne Steigerungsphase mit der vollen Erhaltungsdosis. Bei Oralair[®] ist eine Steigerungsphase mit Beginn der 1/3 Startdosis über insgesamt 3 Tage vorgesehen. Unterschiedlich ist auch die Zusammensetzung der Grastabletten: bei Grazax[®] ist Phleum pratense als Major-Allergen enthalten, bei Oralair[®] eine 5-Gräser-Mischung.

Bei erwachsenen Patienten mit einer allergischen Rhinitis und Sensibilisierung gegen Gräserpollen konnte ein

Klinische Daten zur Wirksamkeit sollten für jedes einzelne Produkt vorliegen

Abb. 3: Vom nativen Allergen zu den unterschiedlichen Allergenextrakten



Grastabletten bei Kindern wirksam – allerdings sind Nebenwirkungen häufig

durchschnittlicher Rückgang von Symptomen (–16%) und Medikamentenverbrauch (–28%) während der Pollensaison für die Grazax®-Tablette gezeigt werden [14]. Auch für Oralair® ist ein signifikanter Rückgang der Symptomlast (Symptome + Medikamente) von 4,93 Punkten in der Placebogruppe auf 3,58 (300 IR 1 x tgl.) bzw. 3,74 (500 IR 1 x tgl.) beschrieben worden [15]. Auch für das Kindesalter konnte mit beiden Präparaten eine signifikante Wirksamkeit mit einer Reduktion von Symptomen und Medikamentenscore gezeigt werden [16,17].

In der Grazax-Kinderstudie sind 253 Kinder mit einer allergischen Rhinitis im Alter von 5–16 Jahre eingeschlossen worden. Die Tablette wurde 8–23 Wochen vor und während der Pollenflugzeit gegeben. Der primäre Endpunkt war der Symptomschweregrad, der in der Verum-Gruppe um 24% gegenüber der Placebo-Gruppe signifikant vermindert war. Auch die Medikamenteneinnahme war in der Verum-Gruppe signifikant niedriger als in der Placebo-Gruppe.

Als vorläufiges Fazit kann derzeit festgehalten werden: Nach den Daten aus zwei großen klinischen Studien ist von einer Wirksamkeit der Grastablette im Kindesalter auszugehen. Allerdings erscheinen die Nebenwirkungen bedeutsam – immerhin zeigen 35% der Kinder in der Verumgruppe oralen Juckreiz, 10% Irritationen im Hals und 5% Husten. Dies lässt eine dauerhafte Therapietreue einer täglichen Tabletteneinnahme über Jahre im Kindesalter zumindest fraglich erscheinen. Daten zur Verbesserung der Lebensqualität im Kindesalter sind bislang nicht publiziert.

Ist die Compliance bei der SLIT wirklich besser?

Ein häufig verwendetes Argument für die SLIT ist die angeblich bessere Akzeptanz dieser Therapieform im Vergleich zur subkutanen Immuntherapie (SCIT).

Bislang liegen lediglich aus einer einzigen Studie Daten vor, die die Compliance der sublingualen Immuntherapie und der subkutanen Immuntherapie im Kindesalter verglichen haben [18]. Hierzu wurden Kinder im Al-

ter von 6 bis 15 Jahren mit allergischer Rhinitis oder Asthma bronchiale eingeschlossen. 1886 Kinder erhielten eine subkutane Immuntherapie, 806 Kinder eine sublinguale Immuntherapie über insgesamt 3 Jahre. Non-Compliance war definiert als vorzeitiger Therapie-Abbruch in der jeweiligen Behandlungsgruppe. In allen 3 Behandlungsjahren haben mehr Patienten in der SLIT-Gruppe die Therapie abgebrochen im Vergleich zur SCIT-Gruppe (Abb. 4). Als Gründe für den vorzeitigen Therapie-Abbruch wurden Ineffektivität und hohe Kosten genannt. Auch auf diesem Hintergrund ist die subkutane Immuntherapie derzeit weiterhin als Goldstandard anzusehen.

Wie äußert sich die aktuelle Leitlinie zu der Frage SCIT oder SLIT?

In der aktuell publizierte Leitlinie wird die subkutane Applikationsform im Kindesalter weiterhin als die Standardtherapie angesehen [1]. Lediglich dann, wenn eine SCIT nicht in Frage kommt, z.B. auf Grund fehlender Verträglichkeit, kann in Ausnahmefällen auch bei Kindern eine SLIT erwogen werden. Hierbei sollten Präparate eingesetzt werden, für die eine Wirksamkeit in klinischen Studien dokumentiert ist.

Fazit für die Praxis

Die spezifische Immuntherapie als einzige kausale Therapieoption in der Behandlung allergischer Erkrankungen ist eine der wichtigsten Säulen im Behandlungskonzept von Kindern mit Allergischer Rhinitis (AR), Asthma bronchiale und Insektengiftallergien. Der klinische Effekt einer subkutanen Immuntherapie (SCIT) in der Behandlung der AR zur Reduktion von Symptomen und Medikamentenverbrauch ist bei bestehender Indikation gut belegt. Auch in der Behandlung von Patienten mit leichtem bis mittelschwerem Asthma konnte die SCIT Symptome, Medikamentenverbrauch sowie die bronchiale Hyperreagibilität signifikant gegenüber Placebo reduzieren. Besonders geeignet zur SCIT sind Pollen- und Hausstaubmilbenextrakte. Auch wenn es erste ermutigende Ergebnisse zur Wirksamkeit der SLIT gibt, ist die subkutane Applikationsform derzeit ohne Zweifel die Standardtherapie im Kindesalter.

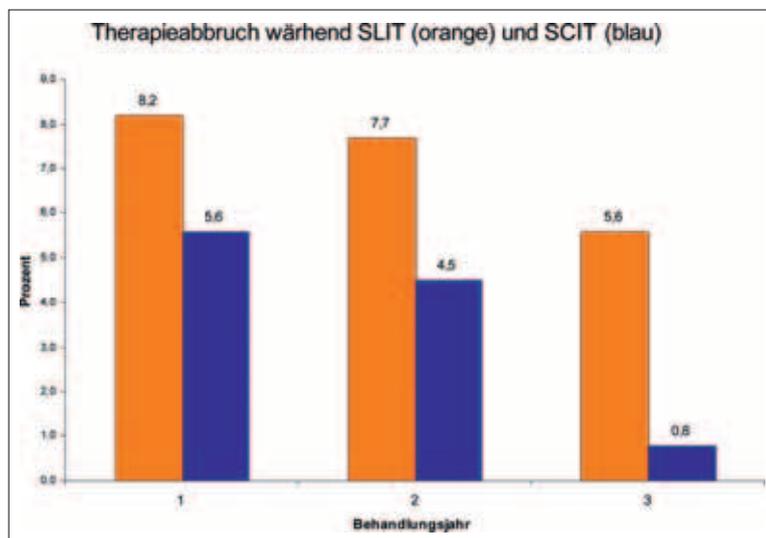
Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor ist Mitglied im Advisory Board Xolair der Firma Novartis, MSD sowie in der „Key Opinion Leadership-Initiative Allergology“ der Firma ALK-Abelló. Er hat für folgende Firmen bezahlte Vorträge gehalten: Novartis GmbH, Bencard, Phadia, Siemens-Healthcare, Roche GmbH und GSK.

Prof. Dr. Matthias Kopp
Leiter des Schwerpunktes Pädiatrische Pneumologie und Allergologie
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
UKSH Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Telefon: 0451 - 500 2550, Fax: 0451 500 2590
kopp@paedia.ukl.mu-luebeck.de

Red.: Riedel

Abb. 4: Therapietreue bei SCIT und SLIT (nach [18])



Rotavirus-Impfung von Frühgeborenen

**CONSILIUM
INFECTORUM**

Prof. Dr. med.
Johannes Forster

Frage:

Im Praxisalltag kommt es häufig zu Diskussionen über die Rotavirusimpfung. Ein besonderer Streitpunkt ist die Impfung von Frühgeborenen. Die Fachinformationen der beiden verfügbaren Impfstoffe enthalten keine eindeutige Kontraindikation, jedoch wird in beiden Fachinformationen darauf hingewiesen, dass es zu wenige Daten über diese Anwendung gibt. Des Weiteren fehlen völlig genauere Angaben zum Impfzeitpunkt bzw. Impfintervall.

Vom Außendienst der beiden Impfstoffhersteller wird die Meinung vertreten, dass Frühgeborene geimpft werden können, jedoch gibt es keine gesicherte Aussage dazu.

- Ist eine Rotavirenimpfung bei Frühgeborenen möglich?
- Wenn ja, zu welchem Zeitpunkt bzw. welches Zeitintervall ist einzuhalten?
- Ist die Impfung bei Frühgeborenen besonders empfehlenswert?

Antwort:

Die Frühgeborenen stellen keine besondere Risikogruppe dar für schwere Rotavirus-Krankheitsverläufe oder Folgeschäden. Von daher besteht keine erhöhte Dringlichkeit – wodurch möglicherweise andere Kinder gefährdet werden könnten.

Die Fragen im Einzelnen:

Die Rotavirus-Impfung ist bei Frühgeborenen möglich, insbesondere für den Impfstoff Rota-Teq liegen Daten über Frühgeborene vor. 2070 solcher Kinder (25.–36. SSW [davon 167 unter der 32. SSW]) sind im Rahmen der Zulassungs-Studie mit untersucht worden. Die Nebenwirkungsrate war wie bei Placebo-Empfängern, die Wirksamkeit wie bei Reifgeborenen (1).

Der Impfzeitpunkt bzw. das Zeitintervall ist entsprechend dem chronologischen Alter wie bei Reifgeborenen zu wählen. Allerdings gilt es zu bedenken, dass die Rotavirus-Impfung eine Lebendimpfung ist, so dass die Impflinge das Virus ausscheiden. Entsprechend ist die amerikanische Impfempfehlung dahingehend eingeschränkt, dass die Kinder wenn sie noch im Krankenhaus (Neonatalogie) versorgt werden, dort nicht geimpft werden sollen.

Der Grad der Empfehlung ist gleich wie bei Reifgeborenen.

Prof. Dr. med. Johannes Forster
St. Josephskrankenhaus mit Kinderklinik St. Hedwig
Pädiatrie/Neonatalogie
Sautierstraße 1
79104 Freiburg

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

NO bei der Diagnostik von Asthma

The Use of Exhaled Nitric Oxide in the Diagnosis of Asthma in School Children

Sivan Y, Gadish T, Fireman E and Soferman R,
J Pediatr;155:211-216, August 2009

Asthma stellt eine chronische entzündliche Erkrankung mit Freisetzung von entzündlichen Mediatoren in den Atemwegen dar, das exhalierete Stickstoffmonoxid (FeNO) ist ein solcher Marker für Atemwegsentzündungen. Um zu überprüfen, ob die Messung des exhaliereten NO's in der primären Diagnose von Asthma bei Schulkindern mit respiratorischen Symptomen hilfreich sein kann, wurden in der Abt. für Päd. Pneumologie des Dana Childrens Hospital in Tel Aviv, Israel, 105 Kinder untersucht, die in die pädiatrisch-pulmologische Ambulanz zur Frage der Asthmaabklärung überwiesen wurden. Die Voraussetzungen waren unspezifische respiratorische Symptome innerhalb der letzten 3 Monate, die verdächtig auf Asthma mit Husten, Pfeifen und Kurzatmigkeit waren. 18 Monate später wurde die Frage des Asthmas von einem erfahrenen pädiatrischen Pneumologen erneut evaluiert, wobei hier die klassischen Asthmakriterien zugrunde gelegt wurden (2 oder mehr klinische Exazerbationen von Obstruktionen, Kurzatmigkeit oder Husten mit positivem Ansprechen auf Bronchodilatoren, Variabilität in FEV1 >15% mit oder ohne antiinflammatorische Medikation). Insgesamt waren 69 Kinder mit Asthma ohne antiinflammatorische Vorbehandlung, 44 Kinder ohne Asthma und 37 Kinder mit Asthma unter antiinflammatorischer Therapie in die Studie eingeschleust. Das exhalierete NO lag bei den Kindern mit unbehandeltem Asthma signifikant höher und trennte diese Gruppe von der Normal-Gruppe deutlich besser als der FEV1-Wert in der Lungenfunktion. Bei einem cut-off von 19 ppb fanden die Autoren eine Sensitivität von 80%, eine Spezifität von 92%, einen positiven prädiktiven Wert von 90% und einen negativen prädiktiven von 86%, somit hervorragende Daten.

Kommentar

In der Regel lässt sich bei Schulkindern und unspezifischen Symptomen die Diagnose eines Asthmas relativ gut aus der Anamnese und den Lungenfunktionsdaten sowie dem Allergiestatus schließen. In wenigen unklaren Fällen mag nach diesen Untersuchungen das exhalierete NO mit einer relativ hohen Spezifität und Sensitivität bei einem cut-off von 19 ppb hilfreich sein, derzeit wird dieser Parameter überwiegend zur Verlaufskontrolle bei überwiegend allergischem Asthma eingesetzt.

(Frank Riedel, Hamburg)

Rotavirus-Impfung und Hospitalisation

Universal Mass Vaccination Against Rotavirus Gastroenteritis: Impact on Hospitalization Rates in Austrian Children

Paulke-Korinek M, Rendi-Wagner P, Kundi M, Kronik R, Kollaritsch H. *Pediatr Infect Dis J*. 29: 319-323, April 2010

Die Rotavirus-Gastroenteritis führt nicht nur in den Staaten der dritten Welt, sondern auch in den reichen Industrieländern zu einer hohen Morbidität. In Österreich besteht seit 2007 ein bundesweites Rotavirus-Impfprogramm. 2007 wurde RotaTeq® und 2008 Rotarix® eingesetzt (Tendermarkt). Die Durchimpfungsrate lag 2007 bei 72%, 2008 bei 87%.

Im Rahmen eines Surveillance-Programms wurden die Daten von 11 Kinderkliniken (akute Rotavirus-Gastroenteritis bis zum Alter von 15 Jahren) im Zeitraum Januar 2001 bis Dezember 2008 analysiert. Bei Kindern unter 90 Lebenstagen, die aufgrund des Lebensalters meist nur 1 Dosis der Rotavirus-Impfung erhalten hatten, kam es zu einer um 42% reduzierten Hospitalisierungsrate wegen akuter Rotavirus-Gastroenteritis. In der Altersgruppe zwischen 90 Tagen bis 20 Monaten betrug der Rückgang 73.6%, in der Altersgruppe der Kinder von 20 bis 48 Monaten fand sich ein Anstieg um 8% – der Großteil der letzten Altersgruppe war noch nicht gegen Rotaviren geimpft und erklärt das Ergebnis. Die Anzahl der Krankenhaustage, die Kinder wegen einer akuten Rotavirus-Gastroenteritis verbringen mussten, sank 2008 im Vergleich zu den Jahren 2001–2006 um 45%. Somit hat 18 Monate nach Einführung hat die allgemeine Rotavirus-Impfung in Österreich innerhalb der geimpften Kohorte zu einem beträchtlichen Rückgang der Hospitalisierungsraten wegen akuter Rotavirus-Gastroenteritis geführt.

Kommentar

Ähnliche überzeugende Erfahrungen hat man auch in den USA, Frankreich und Australien gemacht. Wahrscheinlich werden in naher Zukunft vergleichbare Ergebnisse aus Sachsen berichtet werden können, wo die Rotavirus-Impfung seit Januar 2008 als Standardimpfung empfohlen wurde (erstes Bundesland!). Mittlerweile wird die Rotavirus-Impfung auch in Mecklenburg-Vor-

pommern, Brandenburg und Thüringen empfohlen. Es ist zu wünschen, dass die STIKO baldmöglichst eine allgemeine Impfeempfehlung für die Rotavirus-Impfung ausspricht und dann endlich auch die Kostenübernahme durch die Krankenkassen geklärt ist.

(Volker Schuster, Leipzig)

Vitamin D und Asthma

Serum vitamin D levels and markers of severity of childhood asthma in Costa Rica

Brehm, JM, et al. *Am J Respir Crit Care Med* 179(9): 739-740, Mai 2010

Einige, aber nicht alle epidemiologischen Studien lassen bei einem Vitamin D-Mangel eine Zunahme von Asthma-Symptomen erkennen [1]. Spielt der Vitamin D-Mangel eine Rolle bei der Manifestation des Asthmas? In vitro-Studien zeigen, dass Vitamin D in der Lage ist, die Steroid-Resistenz bei Asthmatikern aufzuheben. Vielleicht kann Vitamin D auch klinisch zur Kontrolle des Asthmas beitragen [2]. Brehm et al. haben in einer aktuellen epidemiologischen Studie untersucht, ob eine Beziehung zwischen dem Vitamin D-Serumspiegel und der Schwere des Asthmas bei Kindern besteht [3].

Methode: Die Autoren untersuchten in einer Querschnittstudie an 616 Kindern aus Costa Rica (Breitengrad 10°N, Central Valley of Costa Rica) im Alter zwischen 6 und 14 Jahren den möglichen Zusammenhang zwischen dem 25(OH)-Vitamin D-Spiegel und mehreren Indikatoren für eine Allergie und für die Schwere des Asthma-Verlaufs.

Ergebnisse: Von den 616 untersuchten Kindern mit Asthma in Costa Rica wiesen 175 (28%) trotz der Nähe zum Äquator unzureichende Vitamin D-Serumspiegel auf (<30 ng/ml). In multivariaten linearen Regressionsmodellen war der Vitamin D-Serumspiegel signifikant invers mit dem Gesamt-IgE und der Eosinophilie korreliert. Ein höherer Vitamin D-Serumspiegel reduzierte die Wahrscheinlichkeit für eine durch Asthma verursachte Krankenhausaufnahme und für das Ausmaß der benötigten anti-inflammatorischen Medikation.

Schlussfolgerungen: Vitamin D-Mangel ist selbst bei Kindern, die unter dem Äquator leben, keine Seltenheit. Bei diesen Kindern ist ein niedriger Vitamin D-Spiegel mit erhöhten Allergie-Markern und einem schwereren Asthma-Verlauf verbunden.

Kommentar

Asthma ist vor allem in den hoch entwickelten Industrieländern eine der häufigsten Erkrankungen im Kindesalter [4]. Die hohe Asthma-Prävalenz wird mit der Hygiene-Hypothese erklärt, wonach eine verminderte Exposition gegenüber Infektionen im frühen Lebensalter zu einer unzureichenden Entwicklung des Immunsystems und einem Missverhältnis von T_H1/T_H2-Zellen führt [5, 6]. Die Evidenz zur Hygiene-Hypothese ist allerdings wider-

sprüchlich, und die bisherigen Studienergebnisse reichen zumindest als alleinige Erklärung für die Zunahme der Asthma-Erkrankungen nicht aus [7]. Litonjua und Weiss diskutieren eine andere, von ihnen aufgestellte Hypothese, nämlich dass im Rahmen des zunehmenden Wohlstandes mehr Zeit in Räumen verbracht wird, was zu einem zunehmenden Vitamin D-Mangel und damit einer zunehmenden Asthma-Prävalenz geführt hat [1]. Muss Vitamin D-Mangel für die Zunahme der Asthmaerkrankungen verantwortlich gemacht werden?

Aufgrund der Ergebnisse von Tierversuchen und Beobachtungen wird Asthma mit Vitamin D in Verbindung gebracht [8]. Die aktuellen Ergebnisse von Brehm et al. weisen ebenfalls auf einen klinischen Zusammenhang zwischen Schwere des kindlichen Asthmas und Höhe des Vitamin D-Serumspiegels hin. Ihre Ergebnisse, die in einer aktuellen Studie an Erwachsenen mit Asthma von Sutherland et al. (preprint online publication, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 14. Januar 2010) bestätigt werden, eröffnen vielleicht eine neue therapeutische Perspektive [3]. Wenn auch mit diesen Studien noch kein ursächlicher Zusammenhang bewiesen werden kann, so sind die Ergebnisse doch mit einer Vielzahl weiterer immunologischer Studien zu Vitamin D vereinbar. Vitamin D moduliert die Funktion der Helfer-T-Zellen vom Typ 1, Typ 2 und der regulatorischen T-Zellen [9, 10]. Die Rolle von Vitamin D bei der Hemmung der T_H1-gesteuerten Immunantworten ist einigermaßen gut untersucht, während der Einfluss auf die T_H2-gesteuerten Immunantworten noch nicht ganz geklärt scheint [11]. Vitamin D reaktiviert die Funktion regulatorischer T-Zellen (T_{regs}) von Patienten mit Steroid-resistentem Asthma und ermöglicht die Sekretion von IL-10, einem potenten, anti-inflammatorisch wirkenden Cytokin. Auch Polymorphismen in dem Vitamin D-Rezeptor kodierenden Gen werden mit Asthma assoziiert. Die vorhandenen experimentellen und klinischen Daten lassen vermuten, dass Vitamin D und ein normal funktionierender Vitamin D-Rezeptor (VDR) für die Entwicklung eines funktionierenden Immunsystems essentiell sind [12, 13]. Vitamin D scheint auch das Airway-Remodelling bei chronischem Asthma einzuschränken oder vielleicht auch zu verhindern. Bei in vitro-Studien konnte ein die Proliferation der glatten Muskulatur hemmender Einfluss nachgewiesen werden [14]. In den westlichen Ländern koexistieren Asthma und Vitamin D-Mangel. Ein möglicher ursächlicher Zusammenhang wird aufgrund widersprüchlicher Studienergebnisse noch kontrovers diskutiert [15]. Es scheint aber gesichert, dass VDR und Vitamin D auf der Ebene der Genregulation eine Rolle bei der Entstehung der Atopie und des Asthmas spielen. Wenngleich der Einfluss von VDR und Vitamin D auf das Immunsystem gesichert und ein Einfluss auf den Verlauf und die Schwere des Asthmas wahrscheinlich ist, so kann über eine Option zur Vermeidung und Behandlung des kindlichen und Erwachsenen-Asthmas mit Vitamin D noch nicht endgültig entschieden werden. Dies wird zukünftigen Studien vorbehalten bleiben.

Literaturzitate über den Autor: juergen.hower@googlemail.com

(Jürgen Hower, Mülheim)

Wirksamkeit der Rotavirus-Impfung in Afrika

Effect of Human Rotavirus Vaccine on Severe Diarrhea in African Infants

Madhi, SA et al., *N Engl J Med* 362: 289-298, Januar 2010

Die Autoren stellen die Ergebnisse einer randomisierten, placebo-kontrollierten Multicenter-Studie aus Südafrika (3166 Säuglinge; 64 %) und Malawi (1773 Säuglinge; 35,9 %) vor. Insgesamt wurden 4939 Säuglinge in die Studie aufgenommen, auch HIV-Infizierte bzw. -Exponierte und randomisiert einer der drei Gruppen zugeordnet. Die gesunden Probanden erhielten entweder im Alter von 10 und 14 Wochen zwei oder im Alter von 5, 10 und 14 Wochen drei orale Dosen einer Rotavirus-Vaccine (Rotarix GSK) – die gepoolte Vaccine-Gruppe – oder drei Placebo-Dosen. Durch aktive Überwachung wurden bei den Probanden alle Episoden einer Gastroenteritis im 1. Lebensjahr erfasst, die durch Rotaviren verursacht waren. Die Ereignisse wurden nach der Vesikari-Skala graduiert.

In der Placebo-Gruppe kam es bei 70 (4,9 %) der Säuglinge zu einer schweren

Rotavirus-Gastroenteritis, in der gepoolten Vaccine-Gruppe bei 56 (1,9 %). Die Anzahl verhüteter Rotavirus-Enteritiden war in Malawi mit 6,7 Fällen/100 geimpfter Säuglinge größer als in Südafrika mit 4,2, da die Häufigkeit der RV-Enteritis in Malawi deutlich größer ist als in Südafrika. Insgesamt war die Präventionsrate mit 61,2 % deutlich niedriger als in Europa (96,4 %) und Lateinamerika (84,8 %). Die verschiedenen möglichen Ursachen für diese auch anderweitig beobachteten Wirksamkeitsunterschiede werden diskutiert, ohne dass eine gemeinsame Erklärung gegeben werden kann.

Die Wirksamkeit auf die Verhütung jeglicher schwerer Gastroenteritis aller Ursachen betrug 30,2 %.

Bei 9,7 % der Säuglinge der gepoolten Vaccine-Gruppe wurde wenigstens 1 ernstes unerwünschtes Ereignis registriert, bei den Säuglingen der Placebo-Gruppe bei 11,5 %. Bei einem Säugling kam es 11 Wochen nach der 3. RV-Impfung zu einer Invagination, die zu einer Darmresektion führte, von der sich der Säugling vollständig erholte.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die RV-Vaccine die Häufigkeit schwerer RV-Gastroenteritiden in der untersuchten Population signifikant reduziert.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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

0211 / 758 488-14

für telefonische Beratungen zur Verfügung.

Stephan Eßer, Hauptgeschäftsführer

Welche Diagnose wird gestellt?

Ulrich Mutschler

Anamnese

Das vierjährige albanische Kind wird wegen eines sich kaum verändernden Hautbefundes in der linken Flankenregion vorgestellt, der seit dem ersten Lebensjahr besteht. Eine subjektive Beeinträchtigung, Schmerzen oder Juckreiz werden nicht angegeben.



Status

Männliches Kleinkind in gutem AZ und EZ, kein Fieber, keine Infektzeichen.

An der gesamten linken Flanke gruppiert stehen multiple rot-bräunliche,

makulo-papulöse reiskorngroße Haut-effloreszenzen mit zystischen Veränderungen apikal.

Wie lautet die Diagnose?



Nur Ihr Urteil bringt uns weiter!

**Wir wollen mehr
Informationsqualität
für Sie.**

Helfen Sie mit, damit Ihnen weiterhin eine gute Fachpresse und ein optimales Informationsangebot zur Verfügung stehen.

In diesen Monaten befragt die Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V. Sie und Ihre

Kollegen zum Leseverhalten und zu Ihren Präferenzen in der Fachpresse.

**KINDER-UND
JUGENDARZT**

+

LA-MED

Diagnose: Lymphangioma circumscriptum cysticum li Flanke (Synonym Mikrozystische lymphatische Malformation)

Lymphangiome können je nach Größe und Lokalisation in 2 Gruppen eingeteilt werden:

- Mikrozystische („kapilläre“) Lymphangiome (Lymphangioma circumscriptum): Kleine Bläschen im Haut- und Schleimhautbereich, auch genital, gelegentlich erosiv.
- Makrozystische („kavernöse“) Lymphangiome (Lymphangioma cysticum oder Hygroma cysticum).

Das Lymphangioma circumscriptum cysticum ist eine naevoide Fehlbildung mit dermalen Lymphangiektasie, wobei diese Lymphgefäße als Anteile des embryonalen Lymphgefäßsystems keinen Anschluss an die übrigen Lymphgefäße erhielten. Die Manifestation erfolgt im Verlauf des ersten Lebensjahres. Bevorzugte Lokalisation sind der Stamm (Brust, Rücken, Nacken) und die proximalen Extremitätenanteile.

Klinisch imponieren gruppiert und unterschiedlich dicht stehende, einige mm große, dickwandige, sagokorn- oder frotschlauchartige, langsam an Größe zu-

nehmende Zysten, die bei längerem Bestand einen warzenähnlicher Aspekt bieten können. Gelegentlich treten Einblutungen auf, die nur langsam resorbiert werden, so dass der Eindruck eines Hämangioms entstehen kann. Subjektive Beschwerden bestehen nicht. Häufig bestehen neben den oberflächlichen Lymphangiomen auch tiefer gelegene Anteile, die gelegentlich zu Funktionseinschränkungen und / oder kosmetischen Problemen führen können.

Therapie

- Exzision bei kleineren läsionalen Arealen, falls von der Fläche her möglich.
- Alternativ: Diathermie (ggf. Stacheln mit Diathermienadel).
- Versuch mit Laserablation (z.B. Erbium-YAG-Laser, Argon-Laser, CO₂-Laser).
- Alternativ Sklerosierung mit Picibanil (OK-432). Picibanil ist ein Lyophilisat von Streptococcus pyogenes. Es wird mehrfach in die Läsion injiziert. Diese

Behandlung ist eine Alternative zur chirurgischen Exstirpation, wenn eine komplette Entfernung des Lymphangioms z.B. mit einer hohen Morbidität verbunden wäre.

Prognose

Benigne, kein Übergang in Lymphangiosarkom beschrieben.

Differentialdiagnose

- Hämangiom (zeigt Dynamik: Progression-Regression)
- Zoster (spontane Rückbildung).

Dr. med. U. Mutschler
Klinikum Hildesheim
Kinderklinik
Weinberg 1
31134 Hildesheim

Red.: Höger

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, 51069 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: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf, Tel. (0211) 5560838, E-Mail: regine.hauch@arcor.de; Dr. 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 13.600
lt. IVW I/2010

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
Kommunikationsforschung im
Gesundheitswesen



LA-MED

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 – **Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel. (0201) 8130-104, Fax (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Druck:** Schmidt-Römhild, 23547 Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 12mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 43 vom 1. Oktober 2009

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.

© 2010. 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.

Strukturverträge in der Kinder- und Jugendarztpraxis



Dr. med.
Roland Ulmer

Gegenwärtig gibt es neben der Gesamtvergütung über die kassenärztlichen Vereinigungen mehrere, Strukturvertragsmöglichkeiten, die im SGB V definiert sind. Dies sind die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b, die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c und die integrierte Versorgung nach § 140 ff. Daneben besteht noch die Möglichkeit, nach § 43 ergänzende Rehabilitationsleistungen vertraglich zu vereinbaren.

Gesetzliche Grundlagen

Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b

Der § 73 b SGB V legt fest, dass die Krankenkassen ihren Versicherten eine **besondere hausärztliche Versorgung** anbieten müssen. Diese Verträge müssen primär mit Organisationen geschlossen werden, die mindestens die Hälfte der Allgemeinärzte vertreten, also in den meisten Gebieten mit dem Hausärzterverband. Erst danach sind auch Verträge mit anderen Gemeinschaften, z. B. den Kinder- und Jugendärzten, aber auch mit Kassenärztlichen Vereinigungen möglich. Gesetzlich vorgegeben ist die Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie, die Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien, die Erfüllung der Fortbildungspflicht und die Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.

Sowohl für die Versicherten als auch für die Ärzte ist die Teilnahme freiwillig. Nach Einschreibung binden die Versicherten sich allerdings für mindestens ein Jahr an den einschreibenden Arzt und können nur aus wichtigem Grund wechseln. Fachärzte können nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Die direkte Inanspruchnahme eines Kinder- und Jugendarztes bleibt allerdings davon unberührt, d.h. auch beim Allgemeinarzt eingeschriebene Kinder und Jugendliche können jederzeit und ohne Überweisung zum Kinder- und Jugendarzt gehen.

Leistungen aus diesen Verträge, die vorher aus der Gesamtvergütung über die Kassenärztliche Vereinigung an die Ärzte bezahlt wurden, werden jetzt der Gesamtvergütung entzogen und von den Krankenkassen nicht mehr an die kassenärztlichen Vereinigungen ausbezahlt. Die Regelleistungsvolumina müssen um die entsprechenden Beträge reduziert werden.

Besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73 c

Diese Verträge können **besondere Versorgungsaufträge** beinhalten, wie die zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen U10 und U11 und die dazu notwendigen Qua-

litätsanforderungen. Sie können sich aber auch auf die gesamte ambulante Versorgung ausdehnen. Für diese Verträge ist kein bevorzugter Vertragspartner definiert.

Die Versicherten verpflichten sich, nur den einschreibenden Arzt in Anspruch zu nehmen, und sind an diesen mindestens ein Jahr gebunden.

Zur Finanzierung dieser Verträge bereinigen die Krankenkassen die Gesamtvergütung an die KV um diese besonderen Leistungen.

Integrierte Versorgung nach § 140a

Das besondere Merkmal der integrierten Versorgungsverträge ist, dass sie verschiedene Leistungssektoren einbeziehen müssen, so z.B. ambulante und stationäre Versorgung, aber auch die Heil- und Hilfsmittelversorgung. Die KV kann hier nicht Vertragspartner sein.

Für die Bezahlung dieser Verträge wurde den Vertragsärzten und den Krankenhäuser in den Jahren 2004–2008 je ein Prozent ihrer Vergütungen von den Krankenkassen als Anschubfinanzierung einbehalten. Seit 2009 wird auch für diese Verträge von den Krankenkassen der finanzielle Behandlungsbedarf einbehalten.

Bestehende Strukturverträge für Kinder- und Jugendärzte

Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b

Die bekanntesten Verträge für eine hausarztzentrierte Versorgung oder besser pädiatriezentrierte Versorgung (PzV) von Kindern und Jugendlichen sind der bundesweit geltende und jetzt durch den Zusammenschluss der GEK mit der Barmer Ersatzkasse erweiterte Vertrag BEK/GEK und der nur in Bayern geltende PzV-Vertrag mit der AOK Bayern. Zusätzlich bestehen § 73b-Verträge mit den Betriebskrankenkassen in Baden-Württemberg und Hessen (dort als Mischvertrag nach den Vorgaben § 73 b und § 140). In Hamburg wurde ein multilateraler Vertrag nach § 73 b mit der AOK, der KV, dem BVKJ, den Allgemeinärzten und den hausärztlichen Internisten geschlossen.

Per definitionem beinhalten diese Verträge die „haus“- kinder- und jugendärztliche Betreuung, d.h.

auch die Sammlung und Aufbewahrung relevanter Befunde und Arztbriefe. Daher ist in diesen Verträgen meistens neben einer **Einschreibebühr** auch eine **Betreuungspauschale pro Quartal** enthalten. Besonders bei Verträgen, die mit einer Bereinigung der Gesamtvergütung einhergehen, ist die Einschreibung an bestimmte Fristen gebunden und ist dann für ein Jahr bindend. In Notfällen ist eine Behandlung in einer anderen Praxis jederzeit möglich. Eine vorzeitige Kündigung ist nur bei Umzug oder bei dauerhaft gestörtem Arzt-Patientenverhältnis möglich. Die Kündigung muss mit schriftlicher Begründung bei der entsprechenden Krankenkasse erfolgen.

Weitere qualitätsorientierte Bestandteile können vereinbart werden, wie die zusätzlichen Vorsorgen U10, U11 und J2 des BVKJ oder Zusatzpauschalen für entwicklungsdiagnostische Untersuchungen zu den regulären Vorsorgen. Auch können Leistungen vereinbart werden, die nicht im EBM enthalten sind, wie z. B. OAE, Nierenscreening bei Säuglingen, Betreuung von Kindern mit ADHS und Betreuung von behinderten Kindern, so geschieht im PzV Bayern mit der AOK.

Jeder Vertrag enthält unterschiedliche Bestandteile, um so wichtiger ist es, dass die Praxis die jeweils gültigen Vertragsinhalte kennt, um sie bei den verschiedenen Patienten der unterschiedlichen Krankenkassen gezielt zu erbringen.

Besonderer ambulante Versorgung nach § 73c

Die Verträge nach § 73 c müssen eine Verbesserung der ambulanten Versorgung zum Ziel haben. Häufiger Inhalt sind hier die neuen Vorsorgen des BVKJ, also die U10, U11 und J2. Die U7 a, die bis zu ihrer Einführung in die Regelversorgung ebenfalls häufiger Vertragsbestandteil war, ist jetzt nur noch selten als Add On für entwicklungsdiagnostische Screeningleistungen enthalten. Die neuen Vorsorgen sind Bestandteil der Verträge mit der deutschen BKK/KKH auf Bundesebene, die Siemens-Betriebskrankenkassen fördern U10, U11 und J2, die BKK Mobil Oil und die BKK-Vertragsgemeinschaft in Bayern ebenfalls alle drei neuen Vorsorgen. Die TK hat in Thüringen und Sachsen die U10 und U11 als Vertragsinhalt vereinbart.

Aber auch andere Qualität verbessernde Strukturleistungen können vereinbart sein, so die ausführliche Beratung der Eltern über die Prävention von Zahnschäden mit der BKK Mobil Oil in Bayern, Niedersachsen und Hamburg, letzterer allerdings als Vertrag nach §140. Der Vertrag der KBV zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADS/ADHS, der in Baden Württemberg erstmals abgeschlossen wurde und sukzessive auch in den anderen KV-Bereichen angestrebt wird, ist ebenfalls ein Vertrag nach § 73c. Hier nehmen auch Kinder- und Jugendpsychiater und die psychologischen Psychotherapeuten teil.

Teilweise werden diese Verträge jetzt, wie der Vertrag Starke Kids mit den bayerischen BKKs, der auch eine augenärztliches und sprachdiagnostisches Screening um-

fasste, zu pädiatriezentrierten Versorgungsverträgen umgearbeitet.

Integrierte Versorgung nach § 140

Bei Verträgen nach § 140 müssen mehrere Versorgungsebenen z. B. der ambulante und der stationäre Sektor einbezogen sein und es werden meistens spezielle Morbidität abgebildet. So die integrierte **Versorgung von Adipositas**, im BKK Fahr Vertrag (Gesund statt rund) und im Kinder-Leicht in Baden-Württemberg oder die integrierte Versorgung adipöser Kinder im Rheinland. **Asthma bronchiale** findet sich im integrierten Konzept, unter Einschluss der Rehabilitation und der Schulung im Asthmavertrag mit der DAK, dem Pädnetz Bayern, der Klinik Santa Maria und dem Asthmazentrum Berchtesgaden. Es sind auch integrierte Verträge unter Einbeziehung von Fachärzten, Krankenhäusern und Kinder- und Jugendärzten mit Einschluss der neuen Vorsorgen abgeschlossen worden (AOK Brandenburg) und der AOK Junior Vertrag in Niedersachsen mit weiterführenden Beratungsangeboten und Gruppenschulungen. Weitere spezielle integrierte Versorgungsmodelle sind die Verträge zur palliativmedizinischen Versorgung in der Region Düsseldorf und der Mukoviszidose im Rheinland.

§ 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Um hier spezielle Rehabilitationsleistungen speziell zu fördern, kann die Krankenkasse Verträge, wie z.B. den Neurodermitisschulungsvertrag in Niedersachsen abschließen.

Zusätzliches Präventionsangebot gemäß Bundesmantelvertrag Ärzte

In Ergänzung zu den Kinderrichtlinien, die die gesetzlich vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen definieren, können Krankenkassen zusätzliche Leistungen, wie hier wieder die neuen Vorsorgen vertraglich regeln. Derartige Verträge bestehen in Hamburg und Nordrhein mit der AOK und mit der Vertragsgemeinschaft BKK und der IKK unter Einbeziehung der KV.

Handhabung von Selektivverträgen in der Praxis

Zur Erleichterung für die medizinischen Fachangestellten sollte eine Information über die Vorgaben der verschiedenen Verträge aktualisiert als Datei im PC, als Ordner oder mittels Zugang zu Pädform (Praxisfieber live) in jeder Praxis vorliegen.

Identifikation der Patienten

Patienten, die für Strukturverträge infrage kommen, müssen im PC oder auf der Karteikarte mit Karteireiter, oder in speziellen Listen markiert werden, damit sie gezielt eingeladen und bei sonstigen Konsultationsanlässen über die sie betreffenden Verträge informiert werden können. Hier empfiehlt es sich, alle Patienten zu markieren, deren Kassen einen Vertrag nach § 73b, also hausärztliche Versorgung, anbieten, da hier eine Einschrei-

bung jederzeit erfolgen sollte, um die entsprechenden Betreuungspauschalen und Einschreibegebühren abrechnen zu können.

Zusätzlich sollten die Altersgruppen U10, U11 und J2 oder Patientengruppen mit speziellen Diagnosen (z. B. Asthma bronchiale oder Adipositas) selektiert werden, damit auch hier die Zielgruppen eingeladen werden können.

Monatliche bzw. quartalsweise Nach-Kennzeichnung der neu dazugekommenen Patienten

Die Markierungsläufe müssen natürlich regelmäßig wiederholt werden, um auch neu in die Praxis gekommene Patienten zu erfassen. Dies kann entweder monatlich oder quartalsweise, aber auch individuell bei jedem neuen Patienten geschehen.

Information der Patienten mit Aufklärung über die Vorteile der Verträge

Alle Patienten sollten auf die ihre zusätzlichen Vertragsmöglichkeiten aufmerksam gemacht werden. Es empfiehlt sich, diese Informationen sowohl an der Anmeldung und bei Belegung des Behandlungszimmers durch die medizinische Fachangestellte als auch nach der Konsultation durch den Arzt durchzuführen. Erfahrungsgemäß können dadurch einige Falschinformationen und Ängste ausgeräumt werden. Die Teilnahme an allen Verträgen ist für Patienten freiwillig. Nicht zur Teilnahme bereite Patienten dürfen keinesfalls diskriminiert werden.

Einschreibung

Die Einschreibung in die Verträge nach § 73 b zur pädiatrieorientierten Versorgung ist jederzeit möglich. Bei einigen Verträgen ist die Vertragsteilnahme und damit die Durchführung von Vertragsleistungen erst im Folgequartal unter Beachtung von bestimmten Stichtagen möglich. Auch kann die Vertragsteilnahme von der Genehmigung durch die entsprechende Krankenkasse abhängen, die zuerst prüfen muss, ob die Patienten bereits in andere Verträge nach § 73b eingeschrieben sind, an die sie ja für ein Jahr gebunden sind oder die sie zumindest unter Angabe von Gründen kündigen müssen.

In Verträge nach § 73c kann meist am Tag der Untersuchung mit sofortiger Wirkung eingeschrieben werden.

Die jeweilige schriftliche Einschreibung sollte in der Praxis-EDV oder der Karteikarte dokumentiert werden, um sie eventuell später nachweisen zu können.

Behandlung

Die Behandlung muss dann entsprechend den definierten Vertragsinhalten erfolgen und muss diese Inhalte auch vollständig aufweisen. Die Dokumentation erfolgt auf den im Vertrag vereinbarten Dokumentationsbögen, die entweder an die Krankenkasse geschickt oder in der Praxis aufbewahrt werden. Sollten keine extra Bögen für die Vorsorgeuntersuchungen notwendig sein, empfiehlt sich das vom BVKJ zu beziehende zusätzliche Grüne Vorsorgeheft.

Abrechnung

Die Verträge, die über die jeweilige KV als Dienstleister abrechnet werden, (z.B. PzV AOK Bayern und der Vertrag BKK Starke Kids in Bayern) werden über die EDV-Abrechnung mit Sonderziffern abgerechnet. Andere Verträge werden über den derzeitigen Dienstleister des BVKJ, die GIV, entweder über gefaxte Abrechnungsbögen oder ebenfalls durch im PC ausgefüllte Dateien abgerechnet. Auch Abrechnungen über regionale Pädnetze oder Direktabrechnung mit Krankenkassen können vereinbart sein.

Die Möglichkeit der Abrechnung über private Dienstleister ist in der Diskussion und möglicherweise nur noch zeitlich begrenzt möglich ist, da hier Zweifel der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit bestehen.

Bei Verträgen nach § 73b ist eine Bereinigung der Gesamtvergütung, also der Geldmenge, die über die KV abgerechnet wird, notwendig. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen Gelder, die für die Bezahlung der Strukturverträge verwendet werden, nicht mehr an die KV bezahlen. Das hat natürlich ein Absinken der Regelleistungsvolumina und einen relativen Anstieg der Verwaltungskostensätze der KVen zur Folge, da die gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben der KVen nicht in gleicher Weise sinken.

Daher sollten alle Kinder- und Jugendärzte an den angebotenen Strukturverträgen teilnehmen, um Verluste aus den bereinigten KV-Umsätzen soweit wie möglich zu kompensieren.

Dr. med. Roland Ulmer
Marktplatz 33
91207 Laufen
Tel.: 09123/97700

Red.:ge



Mehr Sicherheit für Kinder im Straßenverkehr

mobili
SICHER-RATGEBER
Das Verkehrswachstumsheft

„Kinder im Straßenverkehr“
Tipps zur Vermeidung von Kinderunfällen
Dr. Rita Bourauel, 2. überarb. Auflage 2003,
144 Seiten, ISBN 978-3-7950-0791-1
NUR € 9,90

SCHMIDT ROMHILD
DEUTSCHLANDS
ÄLTESTES VERLAGS-
UND DRUCKHAUS
SEIT 1579

AUS DEM INHALT:

- ⚠ Welcher Kindersitz für mein Kind im Pkw?
- ⚠ Schwanger: Noch ans Steuer?
- ⚠ Warum sind Jungen im Straßenverkehr stärker gefährdet als Mädchen?
- ⚠ Vorbereitung auf den Straßenverkehr: Was müssen Eltern wissen?

- ⚠ Spielraum Straße
- ⚠ Wie schicke ich mein Kind zur Schule?
- ⚠ Kinderbeförderung auf dem Fahrrad
- ⚠ Welches Rad für mein Kind?
- ⚠ Mehr als 100 Tipps zur Verkehrssicherheit

Mengstraße 16
23552 Lübeck

Tel. 04 51/70 31-267
Fax 04 51/70 31-281

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

● Recht aktuell

EuGH-Urteil nützt auch MFA

Ärzte, die eine MFA entlassen wollen, müssen ab sofort in vielen Fällen längere Kündigungsfristen einhalten. Denn Arbeitnehmer, die mit jungen Jahren in das Erwerbsleben einsteigen, wurden bislang nach deutschem Recht unzulässig benachteiligt, urteilte der Europäische Gerichtshof (EuGH) in Luxemburg. Er kippte damit eine Gesetzesvorschrift, die im MFA-Tarif nahezu wörtlich übernommen ist.

Laut Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB) beträgt die gesetzliche Kündigungsfrist mindestens vier Wochen. Für den Arbeitgeber erhöht sie sich mit der Betriebszugehörigkeit in mehreren Stufen auf bis zu sieben Monate nach zwanzig Jahren. Dabei zählt allerdings die Beschäftigung vor dem 25. Geburtstag nicht mit.

Im Manteltarifvertrag der MFA ist dies nahezu wörtlich abgeschrieben. Die Regelung soll eine größere Flexibilität der Arbeitgeber und eine finanzielle Entlastung bei der Kündigung jüngerer Arbeitnehmer bewirken.

Nach dem Luxemburger Urteil könnten diese Gründe eine unterschiedliche Behandlung nach Alter durchaus rechtfertigen. Allerdings schieße die deutsche Regelung weit über das Ziel hinaus, weil sie unabhängig davon gelte, wie alt die Arbeitnehmer bei ihrer Entlassung sind.

Im Ergebnis kann sie sich bis zum Alter von 45 Jahren auswirken. Daher verstoße sie gegen das Diskriminierungsverbot, urteilte der EuGH auf die Klage einer nach zehnjähriger Betriebszugehörigkeit entlassenen 28-jährigen Frau aus Nordrhein-Westfalen. Nach dem Luxemburger Urteil dürfen deutsche Gerichte die Klausel ab sofort nicht mehr anwenden. Das Verbot der Altersdiskriminierung gehöre zu den „allgemeinen Grundsätzen des Unionsrechts“.

Info: Urteil des EuGH, Az.: C-555/07

Red: ReH

KINDER-UND JUGENDARZT

im Internet

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

www.kinder-undjugendarzt.de

Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.


bvkj.

 Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Thüringen

Termingerecht findet vom **10.05.2010** bis **31.05.2010** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer, des Schatzmeisters sowie der zusätzlichen Delegierten und Ersatzdelegierten statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **31.05.2010** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Andreas Lemmer, Erfurt
Landesverbandsvorsitzender

Praxiseinführungs-Seminar des BVKJ: Im Gespräch mit Experten und Insidern

Am **Samstag, dem 25. und Sonntag, dem 26. September 2010**, findet das nächste Praxiseinführungs-Seminar des BVKJ in Friedewald statt. Bei diesem zweitägigen Seminar erhalten die Teilnehmer wertvolle Hinweise aus den Bereichen der praktischen Berufsausübung, Recht und Wirtschaftswissenschaften, die bei der Praxisgründung oder -übernahme zu beachten sind.

Die Themen im Einzelnen:

- Neugründung, Übernahme und Eintritt in eine bestehende Praxis
- Die niederlassungsbegleitende Vertragssituation (Übernahmevertrag, Mietver-

trag, Arbeitsverträge, Kooperationsverträge)

- Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
- Wirtschaftliche Aspekte der Niederlassung (Praxisgründung bzw. -übernahme)
- Praxisführung
- Rahmenbedingungen
- Standortwahl und Praxis-Organisation
- Apparative Ausstattung und Labor in der Praxis
- Überblick über die Serviceleistungen des BVKJ

Falls Sie an einer Teilnahme interessiert sind, senden Sie bitte den nachstehenden Coupon an die Geschäftsstelle des BVKJ oder melden sich per PädInform oder E-Mail (bvkj.buero@uminfo.de) an. Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, werden die Rückmeldungen in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt.

Die Seminargebühr incl. Tagungsmappe, Verpflegung und einer Übernachtung in einem 4-Sterne-Hotel in Friedewald (bei Bad Hersfeld) beträgt 100,- €.

Stephan Eßer
Hauptgeschäftsführer des BVKJ

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme am „**Praxiseinführungs-Seminar**“ am 25. und 26. September 2010 an.

Ich plane die Niederlassung

Die Teilnahmegebühr von 100,- € überweise ich bis zum Beginn des Seminares auf folgendes Konto des BVKJ:
0 201 273 779 (BLZ 300 606 01), Deutsche Apotheker- und Ärztebank.

**An BVKJ
per Telefax (02 21) 68 32 04**

Name

Anschrift

Datum, Unterschrift

(Tel. u. Fax)

Bessere Bewertungen für kleine Kliniken

Viele Patienten fühlen sich in kleineren Krankenhäusern besser aufgehoben als in Großkliniken. Bei einer Patientenbefragung der AOK Rheinland/Hamburg war die Gesamtbewertung der Häuser umso besser, je kleiner sie waren. „Ausschlaggebend ist dabei die Organisation der Kliniken, nicht die Qualität der pflegerischen und ärztlichen Versorgung“, sagte Cornelia Prüfer-Storcks, Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg. Die Kasse hatte Fragebögen von 26700 Versicherten ausgewertet, die sie nach einem stationären Aufenthalt ausgefüllt hatten. Einbezogen waren 132 Kliniken, zu denen die Kasse mehr als 75 Rückläufer hatte. Bei einer Spanne von null bis 100 Prozent kamen die Häuser auf ein durchschnittliches Gesamturteil von 76,5 Prozent Zustimmung.

Bei Kliniken mit weniger als 200 Betten betrug der Wert 80,7 Prozent,

bei denen mit über 800 Betten 74,1 Prozent. „Die Daten sollten für die größeren Häuser ein Anlass sein, an ihrer Organisation und den Betriebsabläufen zu arbeiten“, sagte Prüfer-Storcks.

Die subjektiven Bewertungen durch die Versicherten würden ebenso wie die objektiven Daten der Qualitätssicherung in die Budgetverhandlungen einfließen, kündigte sie an. „Wir sind eher bereit, mit einer Klinik über Mehrleistungen zu sprechen, die bei den objektiven und subjektiven Ergebnissen besser als der Durchschnitt abschneidet, als mit Häusern, die schlechter abschneiden“, so Prüfer-Storcks.

Die AOK Rheinland/Hamburg stellt die Ergebnisse der Patientenbefragungen, die regelmäßig fortgesetzt werden sollen, in den „Gesundheitsnavigator“ des AOK-Systems ein. Krankenhäuser müssten sich dieser Art der Transparenz stellen,



Großer Krankensaal im Hôtel de Dieu, Beaune, Frankreich

forderte Prüfer-Storcks. „Sie ist notwendig, damit sich die Patienten und die einweisenden Ärzte ein besseres Bild von den Häusern machen können.“

In der Bewertung der Patienten hat die Gynäkologie (ohne Geburtshilfe) mit einer Zustimmung von 83,6 Prozent am besten abgeschnitten, die schlechtesten Bewertungen bekam die Innere Medizin (74,1 Prozent).“

ÄZ/ge

Autismus-Impfstreit beendet

Das britische Medizinjournal „The Lancet“ hat eine umstrittene Studie zu einem vermeintlichen Zusammenhang zwischen der Masern-Mumps-Röteln-Impfung (MMR) und Autismus widerrufen. Entgegen den Ergebnissen einer früheren Untersuchung habe sich herausgestellt, dass mehrere Teile der Studie inkorrekt seien, teilte das Fachjournal mit. Die 1998 veröffentlichte Arbeit werde daher voll-

ständig zurückgezogen. Die Mehrzahl der Autoren hatte sich bereits vor fünf Jahren von den Schlussfolgerungen der Studie distanziert. Die Arbeit hatte bei zwölf britischen Kindern einen Zusammenhang zwischen Darmentzündungen und Entwicklungsstörungen wie Autismus untersucht. Dabei wurde ein Zusammenhang mit der MMR-Impfung angedeutet. Keine folgende Studie konnte einen solchen Zu-

sammenhang bestätigen. Dennoch sank in der Folge die Impfbereitschaft in Großbritannien und in anderen Ländern teils stark. Für das Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Masern in Europa auszurotten, bedeutete dies einen herben Rückschlag. Masern sind – vor allem in Entwicklungsländern – eine der führenden Todesursachen bei Kleinkindern.

ÄZ/ge

Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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


bvkj.

 Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlergebnis der Nachwahl im Landesverband Bayern des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. für die Legislaturperiode 2010 – 2012

 Landesverbandsvorsitzender und
1. Delegierter:

Dr. Martin Lang, Augsburg

Praxisabgabe-Seminar des BVKJ am 11. und 12.09.2010 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 Kalenberg**, 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. Hd. Frau Gabriele Geße

per Telefax (02 21) 68 32 04

Praxisabgabeseminar des BVKJ am 11. und 12.09.2010 in Friedewald

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme am Praxisabgabeseminar an.

Die Teilnahmegebühr von 310,- € bzw. 500,- € überweise ich bis zum Beginn des Seminars auf Konto 000 127 3779 (BLZ 370 606 15), Deutsche Apotheker- und Ärztebank.

 Name

 Anschrift

 Datum, Unterschrift

 (Tel. u. Fax)



Welche Rechte und Pflichten hat ein angestellter Arzt im Falle einer Hepatitisinfektion?

Von Torsten Nölling, Karlsruhe
– Referiert aus „*arztrecht*“* Heft 8/2009

Eine Hepatitis-Infektion bedeutet für jeden Arzt eine große Bürde. Er selber ist plötzlich ein Infektionsrisiko für seine Patienten. Dem infizierten Arzt stellt sich eine Vielzahl von Fragen. Diese beziehen sich auf juristische Probleme und reichen vom Arbeitsrecht über das Infektionsschutzrecht bis hin zum (zivilrechtlichen) Haftpflichtrecht und Strafrecht. Die beiden letzt genannten Gebiete sind dann relevant, wenn der Infizierte selber wiederum einen Patienten oder Kollegen infiziert. Der Autor konzentriert sich in seinen Ausführungen auf arbeitsrechtlich relevante Fragen einer Infektion mit Hepatitis A, B und C.

Die Ausführungen zum Thema beziehen sich explizit auf die Verfahrensweisen im stationären Bereich, dienen aber auch als Handlungsempfehlungen im ambulanten Sektor, insbesondere aufgrund der hier zunehmenden Zahl von angestellten Kollegen.

Zum Thema **Impfpflicht** müssen folgende Grundsätze beachtet werden.

Im Bereich der Hepatitis A und B ist ein effektiver Impfschutz möglich. Daher besteht für den Arzt zwar nicht die Pflicht, jedoch die **Obliegenheit, sich impfen zu lassen**. Eine Obliegenheit ist eine Verhaltensanforderung, deren Nichteinhaltung das Entstehen eines Vorteils für den Betroffenen verhindert. Sie kann im Gegensatz zur Pflicht nicht eingeklagt werden, ihre Nichtbeachtung führt nicht zur Schadensersatzpflicht.

Regelmäßig wird der **Impfstatus vor Beginn des Arbeitsverhältnisses** vom Arbeitgeber abgefragt. Im Fall einer Weigerung des Bewerbers, sich einer eventuellen Vervollständigung seines Impfstatus zu unterziehen, riskiert er eine Nichteinstellung. Auch wenn grundsätzlich keine gesetzliche Pflicht besteht, ist der Arzt gehalten, sich auf Betreiben des Klinikträgers impfen zu lassen. Diese begründet sich durch die, infolge eines abzuschließenden Arbeitsvertra-

ges bestehenden, auch ungeschriebenen, Nebenpflichten, zum Beispiel eine gesteigerte Rücksichtnahme auf die Rechte und Pflichten des Vertragspartners, so auf den Schutz, den der Klinikträger dem Patienten gewährleisten muss. Eine explizite Formulierung im Arbeitsvertrag, in der der Arzt zur Vornahme einer Hepatitis-Impfung verpflichtet wird, ist unwirksam. Eine echte Pflicht zur Impfung besteht nur im Fall einer (zu befürchtenden) Epidemie. In einem solchen Fall ist das Gesundheitsamt nach dem Infektionsschutzgesetz zur verbindlichen Anordnung von Impfungen ermächtigt.

In der Praxis bedeutet dies, dass der Arzt (mit Ausnahme des Falls einer zu befürchtenden Epidemie) nicht gezwungen werden kann, sich impfen zu lassen. Sollte er sich jedoch weigern, muss er mit negativen Folgen rechnen, angefangen bei der Nichteinstellung in der Bewerbungssituation bis zur Versetzung in einen anderen Arbeitsbereich.

Die Kosten einer Impfung sind vom Arbeitgeber zu tragen

Dem **infektiösen Arzt** können von staatlicher Seite Schutzmaßnahmen, wie (Teil-) **Berufsverbot** auferlegt werden. So kann das Gesundheitsamt denjenigen Ärzten eine berufliche Tätigkeit (teilweise) unter-

sagen, die entweder an Hepatitis erkrankt sind oder aber „die Krankheitserreger so in oder an sich tragen, dass im Einzelfall die Gefahr einer Weiterverbreitung besteht“.

Im Fall einer Infektion ist der Arzt verpflichtet, den Arbeitgeber auf seine Infektion hinzuweisen. Diese **Meldepflicht / Offenbarungspflicht** ergibt sich aus dem Arbeitsschutzgesetz und aus der nebenvertraglichen, auch ungeschriebenen, Schutzpflicht gegenüber dem Arbeitgeber, weil dieser seiner Schutzpflicht gegenüber den Patienten nur so nachkommen kann. Weiterhin kann der Klinikträger auch nur durch eine Information vom betroffenen Arzt seiner Meldepflicht gegenüber der zuständigen Behörde nachkommen. Danach ist das Gesundheitsamt unverzüglich über eine Infektion von Hepatitis B oder C zu informieren.

Grundsätzlich unterliegt auch der **Betriebsarzt der ärztlichen Schweigepflicht**. Diese bezieht sich auch auf die Information gegenüber dem Arbeitgeber. Im Einzelfall kann jedoch eine Abwägung der widerstreitenden Interessen geboten sein und zu einem Melderecht (keine Meldepflicht) des Betriebsarztes führen. Dieses ergibt sich aus dem Tatbestand des rechtfertigenden Notstandes und dient dem übergeordneten Interesse der gefährdeten Patienten und übrigen Mitarbeitern. Diese



Prof. Hans-Jürgen
Nentwich

Verfahrensweise ist jedoch sehr restriktiv anzuwenden. An andere Stellen (Gesundheitsamt, Unfallversicherungsträger) muss der Betriebsarzt unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften die Infektion melden.

Im Falle einer Hepatitis-Infektion bzw. einem begründeten Verdacht darauf hat das Gesundheitsamt aus infektionsschutzrechtlichen Gesichtspunkten zahlreiche Kompetenzen. Es kann so z.B. eine Kontrolluntersuchung verbindlich anordnen.

Hingegen besteht gegenüber dem Arbeitgeber (Betriebsarzt) keine Untersuchungspflicht des (infizierten) Arztes. Es ergibt sich daraus eine Interessenabwägung zwischen dem Arbeitnehmer mit dem grundrechtlich geschützten Recht auf körperliche Unversehrtheit (Blutentnahme) und den Interessen des Arbeitgebers, zum Beispiel einer Schadensersatzpflicht gegenüber infizierten Patienten und Kollegen vorzubeugen.

Sollte der angestellte Arzt sich gegen eine Hepatitis-Impfung entscheiden, hat er die Obliegenheit zu einer regelmäßigen, engmaschigen, zumindest jährlichen **Kontrolluntersuchung**. Eine Pflicht zur Vorsorge- oder Kontrolluntersuchung besteht auch hier nicht.

Wenn die Infektionserkrankung während der Arbeit erworben

wurde, handelt es sich bei einer ausgebrochenen Hepatitis um eine **Berufskrankheit**. Der Krankheitsbegriff ist dabei sehr weit gefasst. Auch bei einem infektiösen Arzt, der selber keinerlei Krankheitssymptome zeigt, liegt aufgrund seines Carrier-Status ein regelwidriger Körperzustand vor, der ärztlicher Behandlung – und sei es nur der Diagnosestellung – bedarf. **Bei einer Berufskrankheit besteht ein unfallversicherungsrechtlicher Leistungsanspruch.**

Zum Nachweis einer arbeitsbedingten Infektion sollte unmittelbar nach der möglichen Infektionssituation (z. B. Stichverletzung) mit der entsprechenden Postexpositions-kontrolle begonnen werden. Diese ist sowohl beim exponierten Arzt als auch bei dem Quellpatienten erforderlich. Weitere Kontrolluntersuchungen sollten beim exponierten Arzt durchgeführt werden. Der Arzt ist dazu jedoch nicht verpflichtet, riskiert jedoch in Folge erheblicher Erschwerung der Aufklärung des Sachverhaltes die Anerkennung als Berufskrankheit. Die Berufsgenossenschaft muss auf diese Folgen hinweisen und dem Arzt eine Frist zum Überdenken seiner Entscheidung geben.

Bevor die Berufsgenossenschaft Dritte zum Sachverhalt befragen darf, benötigt sie die Zustimmung

des infizierten Arztes. Verweigert er diese, riskiert er ebenfalls die Anerkennung als Berufskrankheit.

Besteht **Kündigungsschutz** und hohe Infektiosität sowie risikovolle Tätigkeit des Arztes (Operator), sollte im Rahmen einer Änderungskündigung eine risikoärmere Tätigkeit in Erwägung gezogen werden. Ist dies unternehmensbedingt nicht möglich oder wird vom Arzt abgelehnt, kann eine Kündigung ausgesprochen werden. Zu berücksichtigen ist dabei, dass sich der Arzt die Infektion berufsbedingt zugezogen hat.

Eine solche Entscheidung bedarf immer einer intensiven Interessenabwägung zwischen Arbeitgeber (Schutz von Personal und Patienten) und Arbeitnehmer (Verlust von Sozial- und Karrierestatus). Empfehlenswert ist dafür die Einrichtung einer Kommission, die die entsprechenden Schritte aus unterschiedlicher Interessenlage beurteilt.

* Mit freundlicher Genehmigung des Verlags für „arztrecht“

Kindesmissbrauch

Zuhören und Bedeutung geben

© Mikael Damkier – Fotolia.com

Seit am Canisius-Kolleg in Berlin Missbrauchsfälle durch Priester bekannt geworden sind, beschäftigt sich ganz Deutschland mit dem Thema.

In der Ärztlichen Kinderschutzambulanz am Evangelischen Krankenhaus in Düsseldorf widmen sich Experten schon seit 1988 dem Problem des sexuellen Missbrauchs. Die Kinderschutzambulanz ist eine offene Einrichtung, in der Eltern wie Kinder unbürokratisch und schnell Unterstützung durch ein eingespieltes Team aus Ärzten, Psychologen und Sozialpädagogen bekommen. Die Behandlung ist für die Familien kostenlos, alle Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht. Die Ambulanz wird teilweise durch staatliche Subventionen finanziert, hauptsächlich aber durch Spenden. Das Düsseldorfer Modell gilt als vorbildlich für andere Einrichtungen.

Ein Gespräch mit Dr. Dr. Eberhard Motzkau, Leiter der Ärztlichen Kinderschutzambulanz am Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf über die Arbeit der Kinderschutzambulanz, über frühe Zeichen des Missbrauchs und das Recht der Kinder, zu schweigen.



Dr. Dr. Eberhard
Motzkau

? In der Kinderschutzambulanz arbeiten Experten. ? Wie gehen sie bei dem Verdacht auf Missbrauch vor?

Unsere Arbeit besteht darin, mit Kindern diese Dinge diagnostisch aufzuklären, vor allem in Gespräch, im Spiel, im Testverfahren aufzuklären, wenn jemandem aufgefallen ist, mit diesem Kind stimmt etwas nicht. Oft machen auch die Kinder selbst Andeutungen in die Richtung oder auch klare Aussagen.

? Was sind das für Aussagen?

Andeutungen wie „Ich finde den Opa doof, ich will da nicht mehr hin.“ „Was die mit mir spielen, ist so komisch.“ Oder Kinder sagen: „Mama, ich will deine Mutschi küssen.“ Und wenn die Mama dann ganz entsetzt sagt: „Nein das macht man nicht,“ dann sagen die Kinder etwa: „Aber der Papa macht das auch bei mir.“

Allerdings ist es auch bei einer solchen Aussage nicht unbedingt klar, ob das jetzt wirklich geschehen oder ob es eine Phantasie ist. Letzteres haben wir hier auch schon erlebt.

Aktuell melden sich viele Erwachsene, die als Kinder sexuell missbraucht worden sind. Ihr langes Schweigen erklären sie mit der Angst, dass man ihnen den Missbrauch als Kind nicht geglaubt hätte.

Erwachsene sind häufig zunächst unfähig, die Aussagen der Kinder als klare Mitteilung auch ernst zu nehmen, auch in ihrer Bedeutung ernst zu nehmen. Eltern nehmen den Missbrauch oder die Information ihres Kindes über den Missbrauch ja meistens wahr, aber sie nehmen das oft nicht ernst, sie geben ihm keine Bedeutung oder keine ausreichende Bedeutung. Wir sprechen deshalb nicht von Fehler, weil man einen Fehler berichtigen kann. Das geht hier aber nicht. Das hinter dem Negieren



© Georg Preißl – Fotolia.com

stehende Gefühl ist oft sehr komplex. Oft haben Mütter aus ihren Lebensgeschichten viele Gründe, Mitteilungen ihrer Tochter, die in Richtung Missbrauch gehen, nicht ernst nehmen zu können.

? Wie reagieren Kinder auf die Unfähigkeit von Eltern, ihrer Geschichte Bedeutung beizumessen?

Das Negieren führt dazu, dass die allermeisten Mitteilungen, wenn Kinder darüber Mitteilungen machen, nicht an die Eltern gehen, sondern Außenstehende, an Lehrerinnen, an Menschen im Verein, an Erzieher. Eltern sind dann immer furchtbar gekränkt und sagen: „Hat denn unser Kind gar kein Vertrauen zu uns?“

Unsere Erfahrung ist, dass Kinder sehr genau einschätzen können, ob die Eltern in der Lage sind, diese Mitteilungen überhaupt emotional auszuhalten, sie zu verstehen, ihnen die richtige Bedeutung zu geben und dann auch entsprechend zu reagieren. Alle diese Einschätzungen können Kinder sehr genau vornehmen und sagen dann z. B.: „Der Mama hab ich das nicht erzählt, ich dachte, die glaubt mir das nicht.“

Und wir haben noch keinen Fall erlebt, in dem diese Einschätzung verkehrt gewesen wäre.

? Gibt es „typische“ Opfer sexuellen Missbrauchs?

Wenn wir uns angucken, welche Kinder trifft es, dann ist unsere Erfahrung, dass die Kinder, die sexuellen Missbrauch erfahren, zu 99 Prozent nicht selbstbewusst sind, sich nicht wirklich vom Grundgefühl her geliebt fühlen. Es sind Kinder, die wenig Aufmerksamkeit von ihren Eltern haben, die gelernt haben, sich anzupassen, sich durchzuwursteln, die mit dem Gefühl, unglücklich zu sein, gelernt haben, groß zu werden und das innerlich auszugleichen oder einfach auszuhalten.

Die emotionale Vernachlässigung macht Kinder so anfällig dafür, auf Verlockungen, manchmal auch auf Bedrohungen von außen, sehr schnell einzugehen. Weil ihnen da die Idee kommt, dass da einer ist, der aufmerksam für sie sein könnte, der ihnen etwas geben könnte. Pädosexuelle Menschen gehen ja dann auch mit solchen Angeboten auf solche Kinder zu, und die Kinder sind dann

nicht in der Lage zu sagen: „Nein, ich will das nicht, ich frage erst mal meine Mama.“

? Gibt es aus Ihrer Beratungserfahrung bei der Verarbeitung von sexuellem Missbrauch Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen?

Ich glaube ja, und zwar deshalb, weil Mädchen sehr viel anpassungsfähiger sind und Jungen sehr viel weniger Anpassungsmöglichkeiten von ihrer psychischen Ausstattung her aufbringen, was mit ihrer Sozialisation von früh auf zusammenhängt. Für Jungen, das hat mit dem Rollenbild zu tun, ist es offenbar noch viel schwieriger, sich als Opfer zu sehen. Es ist für sie noch viel schwieriger, zuzugeben, dass ihnen etwas Gewalttätiges passiert ist.

Dieses Zugeben ist tatsächlich dann auch etwas, was Eltern oft fordern: „Sag jetzt, ob dir jemand etwas getan hat.“ Das ist wie das Verhör eines Missetäters. Und so erleben vor allem die Jungen das auch. Mädchen tun sich weniger schwer, sich als Opfer darzustellen und sich zu öffnen.

? Mädchen finden also leichter Hilfe?

Das ist richtig. Es ist lange der Irrglaube gewesen, dass Mädchen drei- bis viermal häufiger missbraucht werden als Jungs, weil der Missbrauch leichter zu entdecken war. Die Mädchen haben es uns leichter gemacht, dahinter zu kommen, was da passiert. Die Jungs halten das viel länger und mit sehr viel mehr Energie, auch schädlicher Energie, zurück.

? Aktuell geht es vor allem um den Missbrauch in Institutionen, durch Erzieher, Lehrer, Priester. Tatsache ist aber, dass der gefährlichste Platz für ein Kind die eigene Familie ist, wenn es um sexuellen Missbrauch geht. Gibt es einen Unterschied im Erleben, ob der Missbraucher ein Familienmitglied oder ein Fremder ist?

Die Zielsetzung dieser Missbrauchsabläufe ist unterschiedlich. Bei dem, was wir innerhalb der Familie als Inzest bezeichnen, geht es nicht in erster Linie um Sexualität, Erregung und Befriedigung, sondern es geht um bedeutsam sein, um Macht haben, darum, jemanden zu haben, der mir zugewandt und damit ausgeliefert ist. Also, da geht es um die Nähe und um die Beziehung. Dazu ist die Sexualität das Vehikel.

Anders ist es bei den Missbrauchsabläufen, die von außen kommen. Da geht es sehr klar um die sexuelle Komponente, natürlich auch darum, Geheimnisse zu bewahren, Gemeinsamkeiten zu haben. Aber das steht nicht so im Vordergrund, sodass die Kinder, die die Schädigung von außen erleben, das eher als fremd erleben und nicht so verwirrt sind, wie die Kinder, die Missbrauch innerhalb der Familie erlebt haben, wo die zwei Rollen miteinander vermischt werden: lieber Opa und schlimmer Schädiger.

? Die erwachsenen Missbrauchsoffer sprechen von lebenslangen Wunden. Kann man lernen, mit einer Missbrauchserfahrung zu leben?

Das kann man sicher überwinden, aber das kommt

auch wieder auf die Voraussetzungen an, die die Kinder und späteren Erwachsenen mitbringen, auf ihr Selbstbild, ihr Selbstbewusstsein. Und natürlich auf die Ressourcen, die das soziale Umfeld zur Verfügung stellt.

Lebt dieses Kind, wenn der Missbrauch aufgehört hat, was ja auch nicht immer der Fall ist, in einer Umgebung, in der es gemocht wird, in der deutlich wird, dass es zwar Opfer ist, aber daneben auch ein wertvoller Mensch, dass die Angehörigen dafür sorgen, dass der Missbrauch nicht wieder passiert und dass das Kind mit seinen Sorgen jemanden findet, sie zu überwinden. Oder ob diese Menschen alleine gelassen sind.

Wir kennen erwachsene Frauen, die heute noch, obwohl sie verheiratet sind und Kinder haben, sich von ihren Vätern und Großvätern missbrauchen lassen. Man kann das nicht glauben, aber es ist so.

? Welche Art der Hilfe brauchen missbrauchte Kinder?

Manche Kinder schaffen es auch ohne Hilfe, aber die meisten brauchen therapeutische Hilfe und dann in mehreren Entwicklungsphasen immer wieder.

Sie können sich vorstellen, ein Kind braucht erst mal das Gefühl: die Welt ist jetzt wieder sicher für mich und ich weiß, dass ich an der nächsten Ecke keinen treffe, der wieder auf mich wartet.

Der zweite Schritt ist dann die Pubertät, wo dieses Mädchen oder dieser Junge dann wissen will, welche Stellung hat Sexualität in meinem Leben, wo will ich hin und wie kann ich der oder die werden, der ich sein möchte? Die nächste Phase wäre die dauerhafte Partnerschaft, wo man sich fragt:

Was ist das da für ein Mensch, auf den ich mich näher einlasse? Dann kommen diese ganzen Erinnerungen noch mal.

Die nächste Phase wird dann sein, wenn diese Menschen Eltern werden und Verantwortung für ein Kind übernehmen, das in einer ähnlichen Situation ist wie die, in der sie als Kind waren. Dann erwachen diese Gefühle wieder und die Menschen, besonders die Mütter, nehmen sich dann sehr genau vor, das passiert meinem Kind nicht, aber sie wissen selber noch nicht, wie ihnen das selbst widerfahren ist. Ohne therapeutische Unterstützung wissen sie nur, dass man das ausblenden muss, wenn man weiter leben will.

Und mehr als das Ausblenden haben sie dann auch nicht gelernt, sodass in den Fällen, wo Eltern Missbrauch erlebt haben, den sie nie verarbeiten konnten, ihren Kindern das zu einem höheren Prozentsatz wieder passiert als das bei anderen Menschen passiert. Denn sie haben nicht gelernt, hinzugucken und Bedeutung zu geben.



© Jane – Fotolia.com

Eine weitere Folge ist, dass diese Menschen, wenn sie nicht unterstützt werden, einen sehr niedrigen Selbstwert haben. Sie können nicht spüren, wer sie wirklich sind, wer sie mag, welche Menschen sie mögen. Sie haben nicht gelernt, mit Fremden vorsichtig umzugehen, mit Vertrauen offener umzugehen, sie kennen diesen Unterschied nicht, sie vertrauen nicht auf ihre eigene Leistungsfähigkeit und versuchen, mit unangenehmen Gefühlen, wie sie es als Kind gelernt haben, genauso umzugehen. Das heißt z. B., Alkohol zu Hilfe zu nehmen, Drogen zur Hilfe zu nehmen, in anderer, psychischer Form nicht selbständig zu sein.

Ein anderer Punkt ist die seelische Abhängigkeit, die dann oft Konstellationen bewirkt, die wir als Außenstehende nicht verstehen können. Frauen lassen sich z. B. von Männern immer wieder verprügeln, aus Angst, verlassen zu werden, niemanden mehr zu finden und die Einsamkeit nicht auszuhalten.

? Was ist die größte Leerstelle im Leben von Missbrauchsoffern?

Ich glaube, so etwas, wie eine Lebenszuversicht fehlt vielen Menschen, die einen Missbrauch erlebt und nicht überwunden haben oder nicht gelernt haben, ihn als Teil des Schicksals einzuordnen. Das Fehlen dieser Lebenszuversicht ist etwas, was viel Energie bindet. Wenn man diesen Menschen zum Beispiel eine Umschulung im Rahmen von Hartz IV anbietet, werden sie das alles artig machen, aber sie werden keinen Punkt finden, an dem sie merken, dass sie Freude haben, an dem was sie tun.

Das Interview führte Regine Hauch.



Mehr Sicherheit für Kinder im Straßenverkehr

mobil SICHER-RATGEBER „Kinder im Straßenverkehr“
Tipps zur Vermeidung von Kinderunfällen, Dr. Rita Bourauel,
2. überarb. Aufl. 2003, 144 Seiten, ISBN 978-3-7950-0791-1
NUR € 9,90

DEUTSCHLANDS
SCHMIDT ROEMHILD
ÄLTESTES VERLAGS-
UND DRUCKHAUS
SEIT 1879

Mengstr. 16 · 23552 Lübeck
Telefon 04 51/70 31-267
Telefax 04 51/70 31-281
www.schmidt-roemhild.de · E-Mail: vertrieb@schmidt-roemhild.com

AUS DEM INHALT:

<ul style="list-style-type: none"> ⚠ Welcher Kindersitz für mein Kind im Pkw? ⚠ Schwanger: Noch ans Steuer? ⚠ Warum sind Jungen im Straßenverkehr stärker gefährdet als Mädchen? ⚠ Vorbereitung auf den Straßenverkehr: Was müssen Eltern wissen? 	<ul style="list-style-type: none"> ⚠ Spielraum Straße ⚠ Wie schicke ich mein Kind zur Schule? ⚠ Kinderbeförderung auf dem Fahrrad ⚠ Welches Rad für mein Kind? ⚠ Mehr als 100 Tipps zur Verkehrssicherheit
---	--

Wissenschaftliche Datenbank zu sexuellem Missbrauch

Die Universität Trier hat eine Datenbank mit wissenschaftlicher Literatur zum Thema sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche zusammengestellt. Wie die Universität am Montag mitteilte, listet die Psychologie-Datenbank PSYNDEX insgesamt mehr als 1.100 Fachpublikationen auf, die sich anderem mit der

Verbreitung, der Erkennung, den Gründen und den Folgen von sexuellem Missbrauch aus psychologischer, pädagogischer, soziologischer, medizinischer und juristischer Sicht beschäftigen.

Zudem werden in der Datenbank Erfahrungen aus der therapeutischen Praxis, theoretische Überle-

gungen und Ansätze der systematischen empirischen Forschung von Missbrauchsfällen vorgestellt.

Zu finden ist die Datenbank auf der Website des Leibniz-Zentrums für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) unter zpid.de.

© ddp/ReH

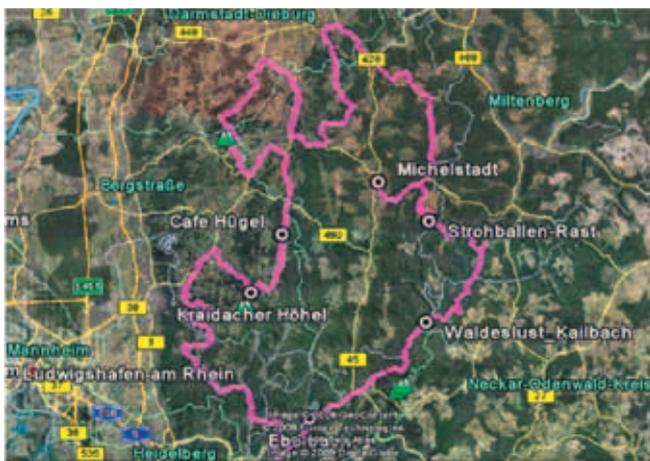
2. BVKJ-Motorradtour – Odenwald 2009

Und weil's so schön war: jetzt anmelden für 2010

Durch den sommerlichen Odenwald tourten im vergangenen Sommer die BVKJ-Biker und -Bikerinnen. Es war bereits die zweite Tour der motorradbegeisterten siebenköpfigen Gruppe: Christel Schierbaum auf einer Honda CB 1000 R, André Kunz auf einer Honda Varadero 1000 (die Beiden aus Köln hatten die Tour organisiert), Nikolaus Weissenrieder auf einer BMW 1200 GS mit Sohn Max und Freundin auf einer BMW K 1200 S aus München, Heinz-Peter Gabriel auf einer Harley-Davidson aus Wertheim und Heiner Mersmann auf einer BMW 1150 GS aus Köln.

Am Freitagnachmittag waren die Frühreisenden bereits Strecken gefahren, die wegen ihres Kurven- und Gefährdungscharakters samstags und sonntags für Motorräder gesperrt sind.

Die 250 km-Tagestour am Samstag (8.8.) grenzte im Nordwesten an Darmstadt, im Westen an Weinheim/Bergstraße, im Süden an Neckarsgmund und führte im Osten durch so wohl klingende Orte wie Waldeslust, Amorbach und Michelstadt.



Zunächst ging es nach Südwesten entlang der Bergstraße, dann nach Südosten über Eberbach und Waldeslust Richtung Michelstadt mit kurzer Rast auf einer frisch gemähten Wiese.



In Michelstadt konnte die Gruppe bei herrlichem Sonnenschein Eis und Kaffee genießen ...

... um nach einem weiteren Stopp an einem bekannten Bikertreff schließlich im Café Hügel erneut zu Kaffee und Kuchen einzukehren.



Am Abend wurde auf der Kraidacher Höhe dann die auf der Tour kaum vermisste warme Mahlzeit ausgiebigst nachgeholt.

Die Teilnehmer waren sich einig, dass 2010 eine 3. Auflage der BVKJ-Bikertour folgen wird. Angekündigt wird die Tour rechtzeitig in PÄDIFORM.

Red: ReH

Fortbildungstermine des BVKJ

Mai 2010

29. Mai 2010

23. Fortbildungsveranstaltung mit praktischen Übungen der LV Rheinland-Pfalz u. Saarland

des bvjk e.V., Worms

Auskunft: Prof. Dr. Heino Skopnik, Kinderklinik Stadt Krankenhaus GmbH, Gabriel-von-Seidl-Str. 81, 67550 Worms, Tel. 06241 / 5013600, Fax 06241 / 5013699 ①

Juni 2010

25.–27. Juni 2010

Kinder- und Jugendärztetag 2010

40. Jahrestagung des bvjk e.V., Berlin

Neue Medikamente – Kenne ich mich aus? Pharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter ①

26.–27. Juni 2010

5. 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 (bvjk.kongress@uminfo.de) ①

Juli 2010

10. Juli 2010

Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Baden-Württemberg, Nellingen

Auskunft: Dr. Rudolf von Butler, Wäldenbronner Str. 42, 73732 Esslingen, Tel. 0711/374694, Fax 0711/3704893 ②

August 2010

28. August 2010

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvjk e.V., Dresden

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

September 2010

3.–4. September 2010

13. Seminartagung des LV Hessen

des bvjk e.V., LV Hessen, Bad Nauheim
Auskunft: Dr. Josef Geisz, Bahnhofstr. 24, 35576 Wetzlar, Tel. 06441 / 42051, Fax 06441 / 42949 ①

11.–12. September 2010

Pädiatrie zum Anfassen

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

Auskunft: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Tel. 0421/570000, Fax 0421/571000; Dr. Stefan Renz, Hamburg, Tel. 040/43093690, Fax 040/430936969; Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Tel. 04531/3512, Fax 04521/2397 ②

11.–12. September 2010

Praxisabgabe-Seminar des BVKJ e.V.

in Friedewald (bei Bad Hersfeld)

Auskunft: BVKJ, Tel. 0221/6 89 09-10, Fax 0221/68 32 04

25.–26. September 2010

Praxiseinführungs-Seminar des BVKJ e.V.

in Friedewald (bei Bad Hersfeld)

Auskunft: BVKJ, Tel. 0221/6 89 09-11, Fax 0221/68 32 04

Oktober 2010

9.–13. Oktober 2010

38. Herbst-Seminar-Kongress

des bvjk e.V., Bad Orb

Funktionelle Störungen

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

November 2010

12.–13. November 2010

4. Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., Berlin

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

20.–21. November 2010

8. Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Bayern, Bamberg

Auskunft: Dr. H. Reininger, Prof. Dr. C. P. Bauer, Prof. Dr. K. J. Deeg, Cosimastr. 133, 81925 München, Tel. 089/4209547500, Fax 089/4209547509 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 Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-9297-850, Fax 09321-9297-851

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

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

Buchtipps

BVSS (Hrsg.)

Mein Kind stottert – was nun?

Ein Ratgeber für Eltern

2010, 120 Seiten, 12,50 €, ISBN 978-3-921897-56-0



Die Bundesvereinigung Stotterer Selbsthilfe (BVSS) hat ihren Ratgeber für Eltern unflüssig sprechender Kinder überarbeitet und neu herausgebracht. Der vor ca. 15 Jahren von Ruth Heap erstmals veröffentlichte Leitfaden wurde weitgehend von denselben Autoren bearbeitet.

Der Aufbau unterteilt sich wie folgt: Informationen zur Sprachentwicklung, zur Frage „Stottert mein Kind?“, Ursachenforschung, Hilfestellungen für Eltern bzw. Umgang mit dem unflüssig sprechenden Kind, Informationen zu professionellen Diensten wie Ärzte und Therapeuten sowie therapeutische Behandlungsansätze, eine Unterscheidung zwischen Stottern und Poltern, Umgang mit Rückfällen. Es werden viele für Eltern relevante Themen angeschnitten und fachlich fundiert besprochen. Die Eltern werden in ihren Befürchtungen und Unsicherheiten ernst genommen und erhalten auf viele Anliegen Antworten.

So ist der Umgang mit unsachlichen und problematischen Hilfestellungen, die allerseits von Laien erteilt werden ein Thema: dazu gehören

so unsinnige Ratschläge wie Stottern nicht beachten, Blickkontakt abwenden, wenn jemand stottert oder die Rede des Stotternden mit eigenen Worten zu beenden. Anschaulich und anregend auch die gezielten Fragestellungen, mit denen Eltern ihre Einstellung zum Stottern und das eigene Gesprächsverhalten reflektieren können, sowie das Unterkapitel zur Indikation für eine Therapie und/oder Beratung durch Fachkräfte.

Zu den Stärken der überarbeiteten Auflage zählen die Informationen zum Poltern. Sehr gut ist die Abgrenzung von alternativen Methoden und der Warnung vor „Wunderheilmethoden“ des Stotterns wie Hypnose, Akupunktur, Homöopathie oder Bachblütentherapie, die den wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis schuldig geblieben sind.

Was in dieser Auflistung fehlt, sind Behandlungsformen wie Biofeedback, auditive Wahrnehmungstrainer etc. – Ansätze, die Stotternden auch alle möglichen Versprechungen machen, die nicht eingehalten werden können.

Gut auch die klare Absage an Förderschulen für stotternde Kinder nur wegen des Stotterns. Lehrer der Regelschule sollten sich um einen adäquaten Umgang und die Integration stotternder Kinder bemühen. Eine echte Bereicherung der Neuauflage sind die zeichnerischen Darstellungen stotternder Kinder zum Stottern, entnommen aus dem Buch „Meine Worte hüpfen wie ein Vogel“ der BVSS. Hilfreich für Eltern ist die Kontaktadressenliste am Ende des Werks.

Schwierigkeiten habe ich als Fachkraft mit dem Kapitel zur Differentialdiagnose des Stotterns. Dass Eltern und somit meist Laien eine Checkliste an die Hand gegeben wird, mit denen sie entwicklungsbe-

dingte Unflüssigkeiten von einem beginnenden Stottern unterscheiden könnten, halte ich für problematisch. Die Diagnostik stotternder Kinder ist komplex und selbst für erfahrene Fachkräfte, die mit einer Vielzahl stotternder Kinder arbeiten, anspruchsvoll. Hier gibt es aus meiner Sicht Grenzen einer sinnvollen fachlichen Aufklärung von Laien, denn damit kann auch Unsinn betrieben werden und es kann zu Fehlinterpretationen kommen. Es wäre günstiger gewesen, an dieser Stelle auf Untersuchungen durch Fachkräfte zu verweisen.

Zum Punkt aufrechterhaltende Faktoren der Sprechunflüssigkeiten werden sonstige Sprachauffälligkeiten und -störungen angegeben. Es fehlt der Hinweis, dass diese medizinisch-therapeutisch abgeklärt werden müssen und man nicht aus dem Grund zum bloßen Abwarten der weiteren

Sprachentwicklung tendieren kann. Sinnvoll wäre ein Hinweis auf die Gefahrensignale („Danger signs“ nach Johannsen & Schulze) gewesen, die als einen Punkt der Abklärung durch Fachkräfte bei unflüssig sprechenden Kindern sonstige Auffälligkeiten im Spracherwerb benennen.

Im Kapitel zur Darstellung der Inhalte einer Stottertherapie und den Therapieformen fehlt mir die Struktur und Systematik aus sprachtherapeutischer Sicht (das Kapitel wurde von einer Pädagogin verfasst, die einen anderen Blick auf Therapien wirft als Therapeuten). Grundsätzliche Unterscheidungen zwischen Fluency- Shaping-Ansätzen und Stottermodifikation zu vermitteln, ist sinnvoll, jedoch sollte auch darauf eingegangen werden, dass viele Therapeuten heute eine methodische Vielfalt anbieten und die Ansätze kind- und störungsspezifisch flexibel ausrichten.

In Kapitel VI werden Probleme im Therapieverlauf beschrieben, bspw. dass die Eltern sich nicht an besprochene Verhaltensweisen halten, therapeutische Hausaufgaben nicht umsetzen, für den Therapeuten wichtige Informationen verschweigen. Hier fehlen motivierende Hinweise für die Eltern, wie sie die Therapie ihres Kindes verantwortlich, lösungsorientiert und in enger Kooperation mit dem Therapeuten unterstützen können.

Fazit:

Trotz der genannten Kritikpunkte, die ich aus therapeutischer Sicht darstelle, ein insgesamt empfehlenswertes Buch, das jedoch an manchen Stellen eines fachlichen Kommentars bedarf.

Anja Mannhard
Logopädin
Basler Str. 78
79540 Lörrach

Red.:ge



Geschichten gegen Angst und Stress

Die Kapitän-Nemo-Geschichten

Die Kapitän-Nemo-Geschichten gehören inzwischen zum Standardrepertoire von Entspannungsverfahren zum Abbau von Angst- und Stress bei Kindern zwischen 5 und 13 Jahren. Unterwasserausflüge, Unternehmungen, Abenteuer, Überraschungen, Unbekanntes, vielfältige Fische und Tiere – unter dem Schutz des erfahrenen Kapitäns Nemo und in der sicheren Geborgenheit des Unterwasserbootes Nautilus kann ein Kind solchen Dingen begegnen und lernen, allem zuversichtlich, gelassen und angstfrei ins Auge zu sehen. Die 14 Geschichten haben das Ziel, dass sich ein Kind angenehm, ruhig und nicht aufgeregt fühlt, sich besser konzentrieren lernt, weniger Angst hat und auch besser einschlafen kann.

Die Unterwassergeschichten werden in Kindergärten, Schulen, Kinderheimen, Kinderkliniken, Rehabilitationskliniken ebenso mit Erfolg eingesetzt wie im Alltag von Familien.

Taschenbuch, 120 Seiten, ISBN 978-3-451-04648-3, € 7,90
2 CDs, Teil 1 + 2, Laufzeit ca. 180 Min., ISBN 978-3-935105-16-3, € 20,50



ELVIKOM Kronprinzenstr. 13 Telefon 02 01/81 30-0
Film-Verlag GmbH 45128 Essen Telefax 02 01/81 30-108

Erhältlich im Buch- und CD-
Handel oder direkt beim Verlag.

Wir gratulieren zum Geburtstag im Juni 2010

65. Geburtstag

Herrn Peter *Hantschel*, Schneeberg, am 01.06.
 Frau Dr. med. Elisabeth *Strehl*, Spardorf, am 02.06.
 Frau Dr. med. Michaela *Schmitz-Valckenberg*, Koblenz, am 04.06.
 Herrn Dr. med. Jürgen *Höhfeld*, Bochum, am 06.06.
 Herrn Dr. med. Michael *Krins*, Lohne, am 06.06.
 Frau Dr. med. Dorothea *Bogner*, Heilbronn, am 07.06.
 Frau Dr. med. Gerda *Tenhonsel*, Nettetal, am 11.06.
 Herrn Dr. med. Heinz-Jürgen *Rüdiger*, Vörstetten, am 13.06.
 Frau Dr. med. Isolde Martha *Decker*, Erfstadt, am 14.06.
 Herrn Dr. med. Wolfram *Hartmann*, Kreuztal, am 21.06.
 Herrn Dr. med. Detlev *Thimm*, Berlin, am 21.06.
 Herrn Dr. med. Asad *Abdo*, Bitburg, am 27.06.

70. Geburtstag

Frau Dr. med. Birgit *Bruch*, Panke-
 tal, am 01.06.
 Frau Dr. med. Sigrid *Schöne*, Leip-
 zig, am 07.06.
 Frau Dr. med. Adelheid *Boesing*,
 Münster, am 08.06.
 Herrn Dr. Dr. med. Peter *Meyburg*,
 Heidelberg, am 08.06.
 Frau Elisabeth *Olchawa*, Ham-
 burg, am 08.06.
 Herrn Dr. med. Helge-Harald *Boe-
 ger*, Gustavsburg, am 11.06.
 Herrn Dr. med. Rolf *Huenges*, Vil-
 lingen-Schwenningen, am 11.06.
 Frau Dr. med. Helga *Peteler*, Neuss,
 am 11.06.
 Frau MR Dr. med. Rosemarie
Wolf, Plauen, am 11.06.
 Frau Dr. med. Amaryll *Scherer*,
 Berlin, am 13.06.
 Herrn Dr. med. Jonathan *Aryee*,
 Geldern, am 15.06.
 Herrn Dr. med. Wolfdieter *Jenett*,
 Großbritannien, am 18.06.
 Herrn Dr. med. Wolfgang *Gutten-
 son*, Bruchsal, am 22.06.
 Frau Heide *Holtzege*, Stadtroda,
 am 22.06.
 Frau Dr. med. Käte *Aurin*,
 Nordhausen, am 24.06.

Herrn MR Dr. med. Georg *Müller*,
 Lausa, am 27.06.
 Frau Dr. med. Karin *Gause*,
 Bismark, am 30.06.
 Herrn Dr. med. Christian *Hofert*,
 Hamburg, am 30.06.
 Herrn Dr. med. Helmut *Keudel*,
 München, am 30.06.

75. Geburtstag

Herrn MR Dr. med. Manfred *Kes-
 sel*, Seehausen, am 01.06.
 Frau Dr. med. Christine *Neumayer*,
 Dachau, am 03.06.
 Frau Dr. med. Klara *Fietzek*,
 Dahme, am 04.06.
 Herrn Dr. med. Klaus *Roggen-
 kamp*, Dortmund, am 06.06.
 Frau Dr. med. Renate *Koeberich*,
 Glashütten, am 20.06.
 Frau Dr. med. Dorothea *Bleuler*,
 Eberswalde, am 21.06.
 Herrn Dr. med. Hermann-J. *Schu-
 macher*, Stegen, am 23.06.

80. Geburtstag

Herrn Dr. med. Joachim *Heidrich*,
 Oppenheim, am 06.06.
 Herrn Dr. med. Robert *Feldmann*,
 Bergisch Gladbach, am 11.06.

81. 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.

82. Geburtstag

Herrn Dr. med. Anton *Schäffner*,
 Grafing, am 27.06.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Gerta *Weidner*,
 München, am 03.06.
 Frau Hanna *Schüler*, Solingen,
 am 23.06.

85. Geburtstag

Herrn Dr. med. Wilhelm *Pletten-
 berg*, 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.

86. Geburtstag

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

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

87. 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.

88. Geburtstag

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

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

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

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

89. 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.

90. 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.

93. 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.

96. Geburtstag

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

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Wolfgang *Babst*,
Hameln

Herrn Dr. med. Hans Jürgen *Geratz*,
Osnabrück

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Ausland

Frau Dr. med. Kathi *Eberhardt*, Schweiz
Herrn Dr. med. univ. Stefan Paul *Mantke*,
Großbritannien
Frau Petra *Zimmermann*, Schweiz

Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Stefanie *Gangl*
Frau Dr. med. Ines Maria *Magunia*
Frau Dr. med. Ruth *Adam*
Frau Dr. med. Franka *Hodde*
Frau Dr. med. Catharina *Schütze*
Herrn Dr. med. Hans-Paul *Kienzle*
Frau Dr. med. Dorit *Fabricius*
Frau Dr. med. Anna *Lahner*
Herrn Dr. med. Franz *Baumgärtner*
Frau Monika *Schmidt-Kitt*
Frau Dr. med. Cornelia *Bausenhardt-Ahl*

Landesverband Bayern

Frau Karoline *Emge*
Frau Heike *Nägele*
Frau Bernd *Geißbreiter*
Frau Susanne Theresia *Dürr*
Herrn David *Rieger*
Frau Carolin *Hauck*
Herrn Dr. med. Franz *Herrndobler*
Frau Corina *Esche*
Frau Dr. med. Simone *Herbertz*

Landesverband Berlin

Frau Natasha *Diller*
Herrn Oliver *Berthold*

Landesverband Brandenburg

Herrn Dr. med. Bent *Kurzweg*

Landesverband Hamburg

Frau Dr. med. Sabine *Vöhringer*
Frau Dr. med. Katrin *Schirmer*

Landesverband Hessen

Frau Alexandra *Rueping*
Herrn Dr. med. Christian *Weber*
Frau Uta *Liebert*
Herrn Malte *Wedel*
Frau Christine *Grabrucker*

Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Frau Christine *Treu*

Landesverband Niedersachsen

Herrn Dr. med. Daniel *Schüler*
Frau Anja *Klockow*
Frau Daniela *Hornbrock*
Frau Kristina *Otto*
Frau Dr. med. Jasmin *Isa*

Landesverband Nordrhein

Herrn Ozcan *Sönmez*

Frau Dr. med. Mareike *Sabarstinski*
Frau Annekatriin *Gregor*
Herrn Dr. med. Nils *Welchering*
Frau Miriam *Klöcker*
Frau Midori *Hahn*
Frau Andrea *Peters*
Frau Diana *Grunwald*
Frau Anna Katharina *Yelin*
Frau Thi Ngoc Duyen *Nguyen*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Frau Yvonne *Bossenz*

Landesverband Saarland

Herrn Dr. med. Alexander *Larsen*

Landesverband Sachsen

Frau Anja *Knötzschn*
Herrn Silvio *Zill*

Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Brigitte *Krüger*

Landesverband Schleswig-Holstein

Herrn Yves *Kuhn*

Landesverband Thüringen

Frau Jette *Wegner*

Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Ghazal *Moein*
Herrn Sebastian *Schua*
Frau Dr. med. Elisabeth *Rolfes*
Frau Mieke *Roschinsky*

Tagungen

Mai 2010

28.–30. Mai 2010, Erfurt
55. Ergotherapie-Kongress
Info: www.kongress.dve.info

Juni 2010

11.–12. Juni 2010, Hannover
2. Bundeskongress der Arbeitsgemeinschaft
Kinderschutz in der Medizin
Info: wygold@hka.de

17.–19. Juni 2010, Saarbrücken
36. Jahrestagung der Gesellschaft für Neonatologie
und pädiatrische Intensivmedizin GNPI mit Ar-
beitstreffen der niedergelassenen Neonatologen
Info: irisbraun@t-online.de

18.–19. Juni 2010, Leipzig
17. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für
Neugeborenen-Screening
Info: www.screening-dgns.de/jahrestagung

23.–26. Juni 2010, Gürzenich Köln
KIT 2010 – 10. Kongress für Infektionskrankheiten
und Tropenmedizin
Info: www.kit2010.de

Juli 2010

2.–3. Juli 2010, Wangen/Allg.
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer
Info: www.aabw.de

16.–17. Juli 2010, Wangen/Allg.
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer
Info: www.aabw.de

22.–27. Juli 2010, Landshut
Spezialseminar: Echokardiografie und Doppler-
sonografie in der Neonatologie und Pädiatrischen
Intensivmedizin
Info: herterich@st-marien-la.de

Oktober 2010

21.–23. Oktober 2010, Basel
2. gemeinsamer Kongress Verband Europäischer
Laktationsberaterinnen und International Lactation
Consultant Association
Info: www.velb.org oder www.ilca.org

September 2010

16.–19. September 2010, Potsdam-Babelsberg
106. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
Info: www.dgkj2010.de

Praxistafel

Suche **FÄ/ FA der Pädiatrie** zur Mitarbeit in Augsburger
Praxis zunächst auf Honorarbasis 2 Tage pro Woche,
späterer Einkauf mgl.
Mobil 0172-1915229.

Flourierende **Kinderarztpraxis in Südbaden** (zwischen
Baden-Baden und Karlsruhe) aus Altersgründen **abzu-
geben**. 1,5-fache Kassenzulassung, ideal für Ehepaar
oder zwei Kollegen/innen.
Kontakt: Tel. 0172-7752262 ab 20.00 Uhr

Suche Nachfolger für kinder-jugendärztliche GMPX in
Berlin-Charlottenburg zu 4/2011 bis 4/2012. Zusatzbe-
zeichnung **Neuropädiatrie** erwünscht, nicht ausschließ-
lich Bedingung.
Fax: 0 30 – 3 45 91 87, Tel.: 0 30 – 3 22 28 55

Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Kinder- und
Jugendmedizin in **Hagen sucht Nachfolger** für aus-
scheidenden Teilhaber.
Tel. 0 23 31 – 5 50 73/74

Weiterbildungsassistent/in für kinder- und jugend-
medizinische überörtliche Praxisgemeinschaft in **Hagen**
gesucht. 18 Monate WB-Berechtigung vorhanden.
Tel.: 0 23 31 – 5 50 73/74

Kinder- und Jugendarztpraxis in Berlin-Wilmersdorf*
mit hohem Privatanteil zum 01.10.2010 oder später ab-
zugeben. Zuschriften unter Chiffre 1852 KJA 5/10 an den
Verlag erbeten.

Ländliche Kinderarztpraxis, Rheinland-Pfalz, 30.000
EW Einzugsbereich, U2 an Gyn-Beleg., aus Altersgrün-
den sofort oder später zu übergeben, Tel. 0178 1561784

3er-GP in Süddeutschland sucht **Praxisnachfolger**.
Teilzeitanstellung möglich. Zuschriften unter Chiffre 1854
KJA 5/10 an den Verlag erbeten.

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

Unsere **Top-Seller** für Ihre Praxis



€ 25,50

Das 1. Lebensjahr des Kindes

Tabelle nach *Vojta*

Dreifarbige, großformatige Wandtafel für die Praxis

Ideal nicht nur für Arztpraxen, sondern auch für Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Osteopathen etc.

60 x 85 cm, zum Aufhängen



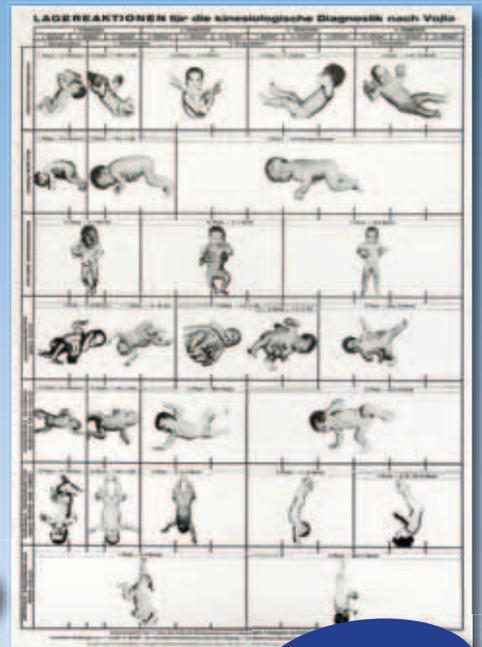
€ 20,50

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings

Tabellarische Übersicht nach der Münchener Funktionellen Entwicklungsdiagnostik zusammengestellt von Prof.

Dr. Theodor Hellbrügge
Farbige, großformatige Wandtafel, dt./engl.

57 x 83,5 cm, zum Aufhängen



€ 13,-

Lagereaktionen für die kinesiologische Diagnostik nach Vojta

1. bis 12. Lebensmonat

Großformatige, einfarbige Wandtafel für die Praxis

42 x 59,5 cm, zum Aufhängen

Wind in den Windeln

Szenen aus der Kinderarztpraxis

Mit leichter Hand gelingt es dem Bremer Pädiater Hendrik Crasemann, seine Beobachtungen und Kuriosa aus dem Praxisalltag mit spitzer Feder ins Bild zu setzen. Er spricht den Pädiatern aus der Seele, und wer wollte in diesen Szenen nicht die Erlebnisse aus der eigenen Praxis wiedererkennen? Machen Sie sich, ihren Freunden oder Kollegen eine unbeschwertere Freude; das fröhliche Schmunzeln beim Lesen und Betrachten kommt dabei von ganz allein!



€ 7,50

80 Seiten, 17 x 24,5 cm, Hardcover

Kindliche Sozialisation und Sozialentwicklung

haben ihren berechtigten Platz in der Pädiatrie, Kinderpsychologie und Pädagogik gefunden. Vor allem die Vorstufen der kindlichen Sozialentwicklung in den ersten Lebensjahren und die Kopplung an die frühe Sprachanbahnung haben dazu geführt, daß sie zur Grundlage der Entwicklungs-Rehabilitation geworden sind und damit neue Chancen für betroffene Kinder und ihre Eltern boten. Darüberhinaus haben die neuesten Erkenntnisse auf diesem Gebiet in überzeugender und eindringlicher

Weise die Sensibilität des jungen Kindes und seine Abhängigkeit von der bewussten und unbewussten Vorbildwirkung seiner Umwelt bewiesen. Dieses Buch will auf wissenschaftlicher Basis dazu beitragen, daß sich Erwachsene – nicht nur Ärzte, Lehrer, Psychologen und Eltern, sondern auch Politiker und Wirtschaftsexperten – dieser großen Verantwortung bewußt werden.

3. überarb. Aufl., hrsg. von Theodor Hellbrügge, 336 Seiten, 107 Abbildungen, Hardcover



€ 48,-

So können Sie bestellen:

per Tel.: 0451-70 31 267, per Fax: 0451-70 31 281,

per e-mail an: vertrieb@schmidt-roemhild.com oder über

unseren Online-Shop auf: www.hansisches-verlagskontor.de



**HANSISCHES
VERLAGSKONTOR GMBH**

Prävention atopischer Hauterkrankungen: Hautpflege nicht unterschätzen!

Welche Bedeutung kommt einer adäquaten Hautpflege von Neugeborenen und Säuglingen bei der Vorbeugung atopischer Hauterkrankungen zu? Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse geben erste Antworten.

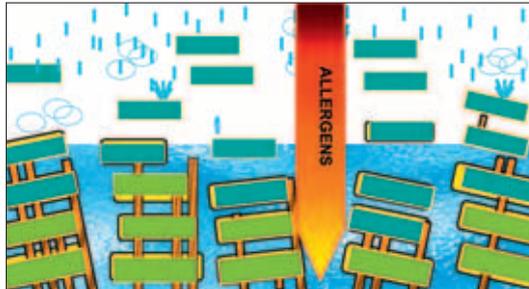
Die natürliche Hautschutzbarriere ist mindestens im ersten Lebensjahr noch nicht voll entwickelt und unterscheidet sich in Struktur, Zusammensetzung und Funktion signifikant von der Hautbarriere Erwachsener¹. Dies gilt es auch bei der Entstehung atopischer Hauterkrankungen zu berücksichtigen.

Schutz vor Umwelteinflüssen zentral

In den letzten 30 Jahren konnte eine deutliche Zunahme atopischer Hauterkrankungen beobachtet werden. Erste Symptome treten zumeist im Säuglingsalter auf, in einer häufig beobachteten sog. atopischen Karriere folgen Lebensmittelallergien und Asthma. „Bis zu 25 Prozent der Neugeborenen entwickeln eine atopische Dermatitis, die Rate der genetischen Veranlagung ist noch höher“, erläuterte Prof. M. Cork, Universität Sheffield, auf der internationalen Expertenveranstaltung „Baby Skin Care: An Evolving Science“ von Johnson & Johnson. Doch nicht alle Kinder mit genetischer Disposition zeigen Symptome. Laut Cork spielt die Interaktion von Veranlagung und Umwelteinflüssen eine wichtige Rolle: Der Dermatologe stellte wissenschaftliche Erkenntnisse² vor, die die Bedeutung einer intakten Hautbarriere zum Schutz vor Umwelteinflüssen im Allgemeinen und zur Prävention atopischer Hauterkrankungen im Besonderen verdeutlichen.

Auf die richtige Pflege achten

„In den ersten Lebensmonaten existiert ein Zeitfenster für die Vermeidung atopischer Dermatitis“, glaubt Cork. Die Förderung einer intakten Hautbarriere – vor allem mit einer adäquaten Hautpflege – könne dem Ausbruch der atopischen Dermatitis und deren Folgeerkrankungen vorbeugen, erklärte er. Dies gelte insbesondere für hautgesunde Säuglinge mit genetischer Disposition, lässt sich aber, vor dem Hintergrund der noch nicht voll entwickelten



Die Haut ist täglich vielen Umwelteinflüssen ausgesetzt. Ist die Hautbarrierefunktion gestört, können schädliche Substanzen leichter eindringen – mögliche Folgen sind Ekzeme und allergische Immunreaktionen. nach Cork, M. et al., *J Allergy Clin Immunol* 2006; 118: 3-21

Hautbarrierefunktion, auf die Altersstufe insgesamt ausweiten.

Untersuchungen seiner Forschungsgruppe zeigen, dass etwa der Einfluss von Wasser mit einem hohen Härtegrad kritisch zu bewerten ist, da es einen besonders austrocknenden Effekt hat³. Außerdem kann Wasser allein keine fettlöslichen Substanzen wie Fäkalreste entfernen. Dies ist aber sinnvoll, um eine unerwünschte mikrobielle Besiedlung zu vermeiden. Gleichzeitig führt die Verwendung von alkalischen Seifen oder Produkten mit einem hohen pH-Wert zu einem Anstieg des hauteigenen pH-Werts, was ebenfalls eine Störung der Hautbarrierefunktion verursacht. Die Folge: Die Hautschutzbarriere wird aufgebrochen, schädliche Substanzen können leichter in die Haut eindringen und Ekzeme sowie allergische Immunreaktionen auslösen. Deshalb ist es laut Cork empfehlenswert, ein mildes, seifenfreies Babywaschgel zu verwenden, das dazu beiträgt, die Hautschutzbarriere zu erhalten.

Erste evidenzgestützte Pflegeempfehlungen bieten Orientierung

Ebenso haben Art und Häufigkeit der Pflege Einfluss auf die Hautschutzbarriere gesunder Säuglinge. Die Dermatologinnen Prof. U. Blume-Peytavi und Dr. N. Garcia Bartels, Charité-Universitätsmedizin Berlin, untersuchten in zwei klinischen Studien den Einfluss mehrerer Pflegeroutinen auf die gesunde Hautbarriere im Säuglingsalter. Daraus und aus den Empfehlungen eines europäischen Experten-Roundtables⁴ lassen sich erste evidenzge-

stützte Pflegeempfehlungen zum Baden und Waschen ableiten, die Orientierung für eine optimale Hautpflege bieten. So wirkte sich Baden zwei Mal pro Woche in einigen Körperregionen besser auf die Hautfunktion aus als Waschen mit dem Waschlappen⁵. Auch das zweimal wöchentliche Baden mit einem Babypflegeprodukt und anschließendem Eincremen zeigte an einigen Körperstellen eine positive Wirkung auf die Hautfunktion gegenüber Baden mit Wasser allein⁶.

Ausblick

Insgesamt bleibt festzustellen, dass zu den Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die Säuglingshaut und deren Interaktion mit genetischen Faktoren weitere Studien notwendig sind. Als erwiesen gilt, dass die Erhaltung und Förderung einer intakten Hautschutzbarriere den Ausbruch atopischer Hauterkrankungen verhindern kann. Eine optimale Hautpflege kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten.

¹ Nikolovski J. et al., *J Invest Dermatol* 2008; 128: 1728-1736; Stamatas G.N. et al., *Ped Dermatol* 2009; 1-7

² u. a. Cork, M. et al., *J Allergy Clin Immunol* 2006; 118: 3-21; Cork, M. et al., *Drug Discovery Today* 2008; 5

³ vgl. McNally N. J. et al., *The Lancet* 1998; 253: 527-531

⁴ Blume-Peytavi U. et al., *J Eur Acad Dermatol* 2009; 23: 751-759

⁵ Garcia Bartels N. et al., *Skin Pharmacol Physiol* 2009; 22: 248-257

⁶ Garcia Bartels N. et al., *Ped Dermatol* 2010; 27 (1): 1-8

Nach Informationen von Johnson & Johnson Consumer Health Care, Germany

Höhervalenter Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff PCV13 löst PCV7 ab

Die Europäische Kommission hat den konjugierten Pneumokokken-Impfstoff PCV13 (Prevenar13[®]) am 9. Dezember 2009 zugelassen. Phase-III-Studien haben gezeigt, dass die 13-valente Vakzine eine Immunantwort auslöst, die der des 7-valenten Vorgängers PCV7 gleichwertig ist. Zusätzlich deckt PCV13 jedoch sechs weitere Serotypen ab. Der Wechsel von PCV7 zu PCV13 ist zu jedem Zeitpunkt der Impfsreihe möglich. Der Impfstoff aus dem Hause Wyeth gilt als sicher und auch in Kombination mit anderen Standardimpfungen als gut verträglich.

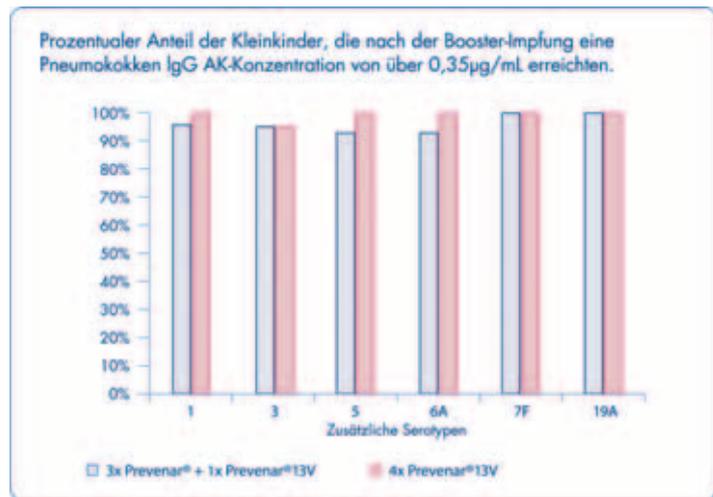
Pneumokokken zählen zu den häufigsten bakteriellen Erregern von Pneumonien und Otitis media. Sie können auch schwere invasive Infektionen wie Sepsis oder Meningitis auslösen. Jährlich werden weltweit 1 Million Todesfälle bei Kindern unter 5 Jahren mit Pneumokokken-Erkrankungen in Zusammenhang gebracht (1).

Andere bakterielle Erreger erkennt das Immunsystem anhand des körperfremden Antigenmusters auf deren Oberfläche. Bei Pneumokokken ist das anders, wie Dorothee Kieninger, Leiterin des Zentrums für Klinische Studien an der Universitäts-Kinderklinik Mainz auf einem Workshop von Wyeth erklärte. Danach maskierten sich Pneumokokken mit einer Polysaccharidkapsel. Dies verhindere bei Menschen ohne Immunität die unspezifische Immunantwort. „Der Weg durch die Blutbahn ist damit für die Pneumokokken vorläufig frei“, so Kieninger.

Wirkung von Konjugat-Impfstoffen

An das schwach immunogene Polysaccharid, aus dem auch die Kapsel besteht, wird ein stark immunogenes Trägerprotein gebunden. Zum einen würden dadurch funktionale Antikörper induziert, erläutert Kieninger. Zum anderen würden nur so – im Gegensatz zu einfachen Polysaccharid-Impfstoffen – Gedächtniszellen aktiviert und dadurch erst ein langfristiger Immunschutz möglich.

Seit 2006 konnte auf diese Weise mit PCV7 (Prevenar[®]) die Rate an invasiven Pneumokokken-Infektionen bei unter Zweijährigen um 90 Prozent gesenkt werden. Bezogen allerdings auf die sieben im Impfstoff enthaltenen Serotypen. Nicht im 7-valenten Impfstoff enthaltene Serotypen verursachten weiterhin schwerste Krankheitsverläufe. Vor allem der Erreger-Typ 19A breitet sich weltweit stark aus und hat inzwischen vielfach eine Multiresistenz entwickelt.



modifiziert nach Gringrel et al. (ESPID), June 9-13 2009, Brussels, Belgium

Der Nachfolge-Impfstoff PCV13 deckt nun zusätzlich 19A mit ab sowie die Serotypen 1, 3, 5, 6A und 7F. Damit weist die Vakzine die breiteste Serotypenabdeckung unter den Konjugat-Impfstoffen auf und lässt einen Schutz vor invasiven Pneumokokken-Erkrankungen von mehr als 90 Prozent erwarten (2).

Was heißt das für den Kinder- und Jugendarzt?

Matthias Gründler ist niedergelassener Kollege in Offenbach und Mitglied des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte. Er berichtete auf demselben Wyeth-Workshop aus seiner Praxis vom einfachen Übergang von Prevenar[®] zu Prevenar13[®]. Dieser bedeute für den Kinderarzt keinen zusätzlichen Aufwand: „Der weiterentwickelte Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff enthält das gleiche Trägerprotein CRM₁₉₇, so dass ein Wechsel innerhalb einer Impfsreihe zu jedem Zeitpunkt möglich ist.“

Laut STIKO-Empfehlung kann eine Grundimmunisierung gegen Pneumokokken mit drei Impfdosen erfolgen, beginnend im zweiten Lebensmonat (3). Die beiden weiteren Impfungen folgen dann jeweils in Intervallen von vier Wochen. Die

abschließende Boosterung wird im Alter von elf bis 15 Monaten verabreicht. Die Grafik zeigt, selbst wenn bei Kindern die ersten drei Impfungen noch mit PCV7 erfolgten und mit PCV13 nur geboostert wurde, ist der Anteil derjenigen, die ausreichend Antikörper gegenüber den sechs zusätzlichen Serotypen aufweisen, nahezu gleich hoch wie bei denjenigen Kindern, bei denen alle vier Impfungen mit PCV13 erfolgten.

Deswegen akzeptieren auch die Eltern den Wechsel gut, berichtet Gründler, „vor allem, wenn ihnen erläutert wird, dass mit dem neuen Impfstoff ein breiterer Schutz erreicht wird.“ Hersteller Wyeth tauscht PCV7 seit Dezember 2009 kontinuierlich gegen PCV13 aus. Danach steht der 7-valente Impfstoff nicht mehr zur Verfügung.

(1) Vgl. Pneumococcal conjugate vaccine for childhood immunization – WHO position paper. *WHO Weekly Epidemiological Record*. 2007;82:93-104.

(2) Vgl. 2007 version (public document); GSP Summery Report (Stage1; Version 1) for SAGE meeting November 6-8, 2007 October 18.

(3) Laut Fachinformation Prevenar13[®] beginnend im Alter von sechs Wochen.

Nach Informationen der Wyeth Pharma GmbH, ein Unternehmen der Pfizer-Gruppe

Mehr Engagement für die HPV-Impfung gefordert

- **Interesse an HPV-Impfung nimmt ab – mit fatalen Folgen**
- **DGGG, BVF und BNGO fordern aktive Ansprache durch Ärzte**
- **Bivalenter Impfstoff schützt effektiv vor onkogenen HPV**

Die HPV-Impfung wurde direkt nach ihrer Einführung in den Medien hoch gelobt und von Ärzten und Frauen gut angenommen. In den folgenden Jahren erschwerten jedoch einige kontroverse Publikationen und teilweise unsachliche Stellungnahmen zur HPV-Impfung den Überblick und verunsicherten viele Frauen sowie Teile der Ärzteschaft. In der Folge ging die Nachfrage nach der HPV-Impfung zurück – eine Entwicklung, die Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), des Berufsverbands der Frauenärzte (BVF) sowie des Berufsverbands Niedergelassener Gynäkologischer Onkologen in Deutschland (BNGO) mit Sorge erfüllt. Diese drei maßgeblichen Gesellschaften bzw. Verbände haben bereits Position bezogen: sie empfehlen die HPV-Impfung uneingeschränkt gemäß der Zulassung, ebenso wie die Ständige Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut.

Alle Arztgruppen sollten an einem Strang ziehen

Gynäkologen, Kinderärzte und Allgemeinmediziner sollten die HPV-Impfung von sich aus ansprechen und sich weit mehr als bisher engagieren, um die Impfung deutschlandweit zu implementieren. Dies fordern Prof. Dr. Klaus Friese (Mitglied des Vorstandes und erster Vizepräsident der DGGG), Sanitätsrat Dr. Werner Harlfinger (Vorsitzender des BVF-Landesverbandes Rheinland-Pfalz) sowie Dr. Dimitrios Chatsipriou (Vorstandsvorsitzender des BNGO). „Was wir brauchen, ist eine flächendeckende Impfung, aber das wird nur gelingen, wenn Frauenärzte, Kinderärzte, Allgemeinmediziner und Internisten an einem Strang ziehen“, betonte Friese beim Pressegespräch „HPV-Impfung – zwischen Hype und Hysterie“ in München anlässlich der vierten European Cervical Cancer Prevention Week. „Die volle Wirksamkeit der HPV-Impfung in der Prävention des Zervixkarzinoms wird sich erst in einigen Jahrzehnten bemerkbar machen; eine wichtige Voraussetzung ist aber eine hohe Durchimpfungsrate bei Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren.“

Belastung durch HPV beginnt nicht erst mit dem Krebs

Die Vermeidung von Karzinomen ist das Hauptziel der HPV-Impfung. Chatsipriou forderte jedoch dazu auf, bei der Diskussion rund um die Immunisierung zu berücksichtigen, dass HPV-Infektionen

auch Probleme bereiten, die bereits wesentlich früher und häufiger auftreten als die Tumoren. Die Entwicklung von der gesunden Zervix bis zum invasiven Zervixkarzinom dauert meist Jahre und verläuft über die drei Stufen der zervikalen intraepithelialen Neoplasie (CIN). Frauen mit CIN 2 und 3 werden häufig durch eine Konisation behandelt – pro Jahr unterziehen sich etwa 140.000 junge Frauen in Deutschland diesem Eingriff. Dabei wird infiziertes Gewebe aus Portio und Zervix kegelförmig entfernt. „Konisationen sind nicht frei von Nebenwirkungen“, warnte Chatsipriou, „neben den üblichen Operationsrisiken – Blutung, Infektion und Schmerzen – erhöht sich das Risiko für Fehl- und Frühgeburten deutlich.“ Die Ängste der Frauen vor diesen Schwangerschaftskomplikationen oder vor einem Rezidiv der Neoplasie seien ebenfalls nicht unbedeutend. „Ziel sollte es daher sein, bereits die Entstehung von zervikalen intraepithelialen Neoplasien zu verhindern“, unterstricht Chatsipriou. „Auch sexuell aktive Frauen können von der Immunisierung profitieren. Die Impfung wirkt zwar nicht gegen bestehende HPV-Infektionen, sie bietet aber Schutz vor Neuinfektionen.“

GlaxoSmithKline verweist auf belegte Sicherheit und Wirksamkeit

Der Impfstoffhersteller GlaxoSmithKline trägt durch eine faktenbasierte Kommunikation dazu bei, Missverständnisse

rund um die HPV-Impfung zu klären und die Diskussion zu versachlichen. Im Vordergrund steht dabei die wissenschaftliche Datenlage. Im Mai 2009 erbrachte beispielsweise die PATRICIA-Studie neue, aussagekräftige Studienergebnisse zur Wirksamkeit und Sicherheit der HPV-Impfung: Cervarix® schützt verlässlich vor CIN2+-Läsionen mit den beiden häufigsten onkogenen HPV-Typen 16 und 18. Dass der hohe Schutz auch lange anhält, zeigte eine aktuelle Auswertung der initialen Phase-II-Studie: Die Wirksamkeit gegen HPV-16/18-assoziierte CIN2+-Läsionen betrug 100 Prozent über den Gesamtzeitraum von bisher 6,4 Jahren. Die geimpften Mädchen und Frauen waren auch nach mehr als sieben Jahren seropositiv sowohl für HPV 16 als auch für HPV 18. Die mittleren Antikörpertiter für Gesamt-IgG blieben mindestens 13-fach über dem Niveau natürlicher Infektionen für HPV 16 und mindestens 11-fach über dem Niveau natürlicher Infektion für HPV 18. Der bivalente HPV-Impfstoff hat sich in klinischen Studien mit mehr als 30.000 Mädchen und Frauen als gut verträglich erwiesen.

Damit steht Ärzten ein hoch wirksamer und sicherer Impfstoff zur Verfügung, mit dem Frauen zu einem großen Anteil vor dem Zervixkarzinom und seinen Vorstufen geschützt werden können.

Nach Informationen von GlaxoSmithKline GmbH, München

Neuer Preis für Schluckimpfstoff RotaTeq®

Das Impfstoffunternehmen Sanofi Pasteur MSD senkt den Preis für seinen Rotavirus-Schluckimpfstoff RotaTeq®. Der Apothekenverkaufspreis wird dann 45,36 Euro betragen. RotaTeq® ist weltweit in vielen Ländern zugelassen und wird seit 2006 auch in Deutschland erfolgreich eingesetzt. Der Impfstoff kann ab der vollendeten sechsten Lebenswoche bis zur vollendeten 26. Lebenswoche mit einem Drei-Dosen-Schema gegeben werden.

Vermeidung von schweren Rotavirus-Gastroenteritiden steht im Vordergrund

Rotaviren zählen zu den weltweit häufigsten Ursachen für schwere akute Gastroenteritiden bei Säuglingen und Kleinkindern. Ein Großteil aller Kinder infiziert sich bis zum Alter von zwei Jahren mindestens einmal mit den hartnäckigen Erregern. In Deutschland müssen jährlich schätzungsweise über 22.000 Kinder unter fünf Jahren wegen einer Rotavirus-Gastroenteritis im Krankenhaus behandelt werden. Vor allem Säuglinge und kleine Kinder sind häufig von schweren Verläufen betroffen. Eine Impfung ist die einzige Maßnahme zur gezielten Prävention vor einer Rotavirus-Erkrankung. Die WHO empfiehlt deshalb, weltweit alle Kinder gegen Rotaviren zu impfen. Im März 2010 hat die WHO die Präqualifikation für RotaTeq für einen weltweiten Einsatz ausgeweitet. RotaTeq® wirkt bereits zwei Wochen nach der ersten Impfdosis und bietet nach Gabe aller drei Impfdosen einen hohen und lang anhaltenden Impfschutz über die gesamte Haupterkrankungszeit bis ins vierte Le-



bensjahr. Dank seiner pentavalenten Zusammensetzung wirkt der Lebendimpfstoff direkt gegen die fünf Rotavirus-Typen, die in Europa etwa 98 % aller Rotavirus-Gastroenteritiden verursachen. Auch in Deutschland haben immer mehr Krankenkassen den Nutzen der Rotavirus-

Schluckimpfung erkannt und übernehmen die Kosten. Damit könnte hier inzwischen schätzungsweise jedes zweite Kind von einer Erstattung profitieren.

Nach Informationen von Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen

Alle 14 Minuten verunglückt ein Kind im Straßenverkehr



Leben schützen, Unfälle vermeiden. Die Sicherheit im Straßenverkehr ist unsere Aufgabe. Auch Ihre Spende hilft, Menschenleben zu retten. Helfen Sie mit!



Wir sind Ihr Partner in Sachen Verkehrssicherheit

Deutsche Verkehrswacht e.V. · Alexanderstr. 10 · 53111 Bonn · www.deutsche-verkehrswacht.de
Deutsche Bank AG Bonn · Kto.-Nr. 0 251 900 · BLZ 380 700 59 · Kennwort: Verkehrssicherheit

Aluminium im Körper von SIT-Patienten?

Über vieles machen sich Menschen Gedanken – der Schutz der Umwelt und damit unseres natürlichen Lebensraums, erneuerbare Energien und Erhaltung der Gesundheit gehören dazu. In diesem Zusammenhang lohnt es sich, auch über die Substanzen einer Impfung nachzudenken, die Patienten über mindestens drei Jahre begleitet.

Gegenstand dieser Überlegungen ist der Depotvermittler Aluminiumhydroxid. Der Einsatz dieses Metalls hat sich in Impfstoffen bewährt und wurde aufgrund dessen von vielen Pharmaunternehmen auch als Depotvermittler für Präparate zur subkutanen Hyposensibilisierung übernommen. Aber was bei herkömmlichen Impfungen mit nur einer oder ganz wenigen Spritzen abgeschlossen ist, weitet sich bei der spezifischen Immuntherapie zu einer stattlichen Anzahl von Injektionen aus. Dies gilt zum Beispiel für die Behandlung von Hausstaubmilben-Allergien mit monatlichen Injektionen über mindestens drei aufeinander folgende Jahre. Was sich im Fall einer Einmal-Impfung auf geringste Mengen an Aluminiumhydroxid reduziert, kumuliert bei einer SIT zu einer Vielzahl an Impfdosen und damit auch einer entsprechenden Menge an Aluminium. Aber was geschieht mit diesem Aluminium im Körper der Allergiker?

Bekannt ist, dass Aluminium zu Sensibilisierungen und bei bis zu 6% der Patienten zur Bildung dauerhafter Granulome mit Rötung, Schmerzen und Juckreiz an

der Einstichstelle führen kann, deren Auftreten und Persistenz teilweise auch noch Jahre nach Therapieende zu beobachten ist. Unabhängig von diesen unangenehmen Folgen, die teilweise auch mit ästhetischen Beeinträchtigungen einhergehen, besteht aktuell keine letztendliche Klarheit darüber, wo sonst im Körper Aluminium abgelagert wird und welche Auswirkungen es auf Organismus und Gesundheit mit sich bringt. Immerhin handelt es sich um einen „Fremdkörper“, der von außen zugeführt wurde und unter Umständen nicht mehr wieder abgebaut wird. Nicht ohne Grund schreibt die FDA (Food and Drug Administration) vor, dass Injektionen nicht mehr als 0,85 mg Aluminium enthalten dürfen.

Für Bencard Allergie war dies bereits vor Jahren Grund genug, Forschung und Entwicklung auf einen alternativen Depotvermittler auszurichten. Es sollte sich um eine natürliche Trägersubstanz handeln, die zugleich vollständig metabolisierbar ist. Ziel war und ist es, die Gesundheit der Patienten zu schützen und bei erhaltener immunologischer Wirkung ohne

einen körperfremden Stoff als Depotvermittler auszukommen. Ergebnis der Forschungsarbeit ist der Einsatz von L-Tyrosin. L-Tyrosin ist eine körpereigene Aminosäure, als physiologisches Depotadjuvans vollständig metabolisierbar und wird damit rückstandslos wieder ausgeschieden. Granulome und mögliche andere durch Aluminiumhydroxid induzierte unerwünschte Begleiterscheinungen werden durch den Einsatz von L-Tyrosin vermieden. Bencard Allergie vertraut mit seiner gesamten Produktpalette für die subkutane Hyposensibilisierung mit POLLI-NEX® Quattro, TA Gräser/Bäume/Kräuter top und TyroMILBE auf L-Tyrosin. Mit der Wahl eines Präparats von Bencard Allergie entscheidet sich ein Verordner automatisch für einen vollständig metabolisierbaren Depotvermittler. Im Fall einer Langzeittherapie zum Beispiel mit TyroMILBE zahlen sich die Vorteile ganz besonders aus.

Nach Informationen von Bencard Allergie GmbH, München

Nur Ihr Urteil bringt uns weiter!

Wir wollen mehr Informationsqualität für Sie.

Helfen Sie mit, damit Ihnen weiterhin eine gute Fachpresse und ein optimales Informationsangebot zur Verfügung stehen.

In diesen Monaten befragt die Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V. Sie und Ihre

Kollegen zum Leseverhalten und zu Ihren Präferenzen in der Fachpresse.

**KINDER-UND
JUGENDARZT**

+

LA-MED

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer

E-Mail: dr.roland.ulmer@onlinemed.de

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer

Tel.: 030/28047510, Tfx.: 0221/683204

stephan.esser@uminfo.de

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum

Mielenforster Str. 2, 51069 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

BVKJ Service GmbH

Geschäftsführer: Herr Klaus Lüft

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Ansprechpartnerin in Geschäftsstelle:

Frau Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-18, Tfx.: 0221/683204

E-Mail: Uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

E-Mail: Christen@HKA.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Frank Riedel

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

Dr. med. Wolfgang Gempp

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinder- und Jugendarzt

www.kinder-undjugendarzt.de

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Pädiatisches Intranet PädInform

www.kinderumwelt.de/kontakt.htm