

bvkJ.

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

Heft 3/15 · 46. (64.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Sozialpädiatrische
Stufenversorgung
(IVAN-Empfehlung)

Fortbildung:

Neues zum Management
des Harnwegsinfektes

Berufsfragen:

Meningokokken-
B-Impfung

Magazin:

25 Jahre UN-Kinderrechts-
konvention

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

bvkJ.



© gradt - Fotolia.com



25 Jahre UN-Kinderrechtskonvention – Was bleibt zu tun?

S. 131

Inhalt 3/15

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

Forum

- 75 Arbeitslosigkeit und Alkoholvergiftungen
- 76 11. Revision der ICD
- 78 Personalien
- 80 Sozialpädiatrische Stufenversorgung (IVAN)
Ronald G. Schmid et al.
- 92 Das Leser-Forum
- 93 Familienministerium: Service für junge Familien
- 94 Talente gesucht
- 95 Mehr Kinder in Deutschland
- 96 Broschüren Bundesverband Herzkranke Kinder e.V.
- 97 Immer weniger Schwangerschaftsabbrüche
- 97 „Kalendrina“ für Mädchen

Fortbildung

- 98 Pyelonephritis im frühen Kindesalter
Rolf Beetz
- 109 Welche Diagnose wird gestellt?
Maren Fließner
- 112 Highlights aus Bad Orb: Mittelohrerguss
Mehran Baghi, Reza Fotoohi
- 116 Review aus englischsprachigen Zeitschriften
- 119 Impressum
- 120 Consilium: Differenzialdiagnostik und Therapie der Larva migrans
Peter Höger



Berufsfragen

- 122 Meningokokken-B-Impfung/RKI-Befragung
Wiebke Hellenbrand, Anja Takla, Martin Terhardt
- 124 Brief aus der Praxis
Tanja Brunnert
- 125 Kinder- und Jugendgynäkologie
Patricia G. Oppelt
- 129 Zulässige Werbung für Ärzte
Juliane Netzer-Nawrocki

Magazin

- 131 25 Jahre UN-Kinderrechtskonvention
Stephan Eßer
- 133 Erziehung zwischen Elternliebe und Wirtschaftsinteressen
- 134 Dr. Gottfried Huss zum 65. Geburtstag
Elke Jäger-Roman
- 135 Ukraine: 136.000 Kinder auf der Flucht
- 136 Buchtipps
- 137 Personalien
- 140 Fortbildungstermine BVKJ
- 141 Nachrichten der Industrie
- 149 Wichtige Adressen BVKJ

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage das Programmheft 45. Kinder- und Jugendärztetag 2015 (Jahrestagung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. in Berlin) und ein Supplement der Firma GlaxoSmithKline GmbH bei.

Als Teilbeilage finden Sie das Programmheft „Pädiatrie zum Anfassen“ des Landesverbandes Baden-Württemberg und Kongress PRAXISfieber-regio für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen in Karlsruhe sowie den Flyer „Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen“, Landesverband Sachsen.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Arbeitslosigkeit in Stadtteilen korreliert mit Zahl der Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen

Forscher der Klinik für Psychiatrie am Universitätsklinikum Dresden sehen Zusammenhänge zwischen der sozialen Situation in Dresdner Stadtteilen und der Zahl jugendlicher Rauschtrinker.

Der Wohnort eines Jugendlichen gibt wichtige Hinweise auf dessen Gefährdung, Opfer eines behandlungsbedürftigen Alkoholrausches zu werden. Das ergab eine Studie der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, die nun unter dem Titel „A Retrospective Analysis of Psychosocial Risk Factors Modulating Adolescent Alcohol Binge Drinking“ (DOI: 10.1159/000362410) in der Fachzeitschrift „European Addiction Research“ veröffentlicht worden ist. Die Forscher werteten für ihre Studie alle 586 Fälle aus den Jahren 2003 bis 2008 aus, bei denen Jugendliche im Alter zwischen zwölf und 17 Jahren wegen eines Vollrausches in eine der beiden Dresdner Kinderkliniken eingeliefert wurden. Dabei stellten die Forscher bei der Herkunft der Rauschtrinker erhebliche Unterschiede zwischen bestimmten Dresdner Stadtteilen fest, die in Abhängigkeit von der Arbeitslosenquote stehen. Auch der Anteil an alleinerziehenden Familien ist in den Dresdner Stadtteilen mit den höchsten Raten an jugendlichen Rauschtrinkern überdurchschnittlich hoch.

Wohnort und Vollrausch

Die Arbeitslosenquote liegt in den unterschiedlichen Stadtteilen Dresdens zwischen fünf und 18 Prozent. Der Anteil der jeweils dort wohnhaften Jugendlichen, die von 2003 bis 2008 alkoholbedingt ins Krankenhaus kamen, schwankte zwischen 0 und 3,5 Prozent. Bei Bewohnern von Vierteln mit hoher Arbeitslosigkeit,

etwa Pieschen oder Cotta, war auch der Anteil der Jugendlichen mit alkoholbedingten Krankenhausbehandlungen hoch. Umgekehrt kamen deutlich weniger jugendliche Rauschtrinker aus Stadtteilen mit geringerer Arbeitslosigkeit wie Dresden-Klotzsche.

Die Forschungsergebnisse weisen auf einen wichtigen Aspekt des Rauschtrinkens hin, der die positiven Meldungen vom Dezember vergangenen Jahres relativiert, in denen über eine abnehmende Zahl von Kinder und Jugendlichen mit Alkoholvergiftungen berichtet wurde.

„Mehr Prävention!“

„Trotz eines allgemeinen Rückgangs von jugendlichem Komatrinken tritt das Problem häufiger in sozial schwächeren Wohngebieten auf. Das weist auf den spezifischen Bedarf an präventiven Maßnahmen in diesen Gegenden hin, der ungeachtet sinkender Zahlen bestehen bleibt“, sagt Prof. Ulrich Zimmermann, stellvertretender Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie und Leiter des Forscherteams für die Dresdner Studie. Besonderen Handlungsbedarf sieht er im Freistaat: „Vor allem in Sachsen ist der Rückgang an jugendlichen Rauschtrinkern erheblich niedriger als in anderen Bundesländern, so dass wir uns nicht in falscher Sicherheit wiegen dürfen – zumal in Sachsen die Häufigkeit jugendlicher Alkoholvergiftungen zuletzt ziemlich genau im Bundesdurchschnitt aller Länder lag, der Rückgang aber am geringsten ist“, so Prof. Zimmermann weiter.

Typisches und atypisches Trinken

Die Auswertung der Alkoholfälle zeigte neben dem Zusammenhang zwischen Wohnort und Alkoholvergiftung auch noch, dass die überwiegende Mehrheit der untersuchten Jugendlichen am Wochenende auf Partys zusammen mit Gleichaltrigen trank. Dieses „typische“ Trinkverhalten stand im Gegensatz zu „atypischem“ Alkoholkonsum, das heißt Alkoholkonsum, bei dem die Jugendlichen entweder zur Flasche griffen, um zwischenmenschliche Probleme zu bewältigen, oder sich betranken, obgleich der nächste Tag ein Schulbeziehungsweise Arbeitstag war. Jugendliche, die „atypisch“ Alkohol tranken, nahmen auch häufiger illegale Drogen ein, wiesen eine Alkohol- oder Drogengebrauchsstörung und/oder andere psychische Störungen auf. Die Wissenschaftler folgern, dass „atypisches“ Trinkverhalten bei Jugendlichen ein Anzeichen für ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Alkohol- und Substanzgebrauchsstörungen zu sein scheint.

Info:

Link zur Publikation

<http://www.karger.com/Article/Full-Text/362410> (C. Groß, M. Neumann, M. Kalkbrenner, I. Mick, A. Lachnit, J. Reichert, J. Klotsche, U.S. Zimmermann: A Retrospective Analysis of Psychosocial Risk Factors Modulating Adolescent Alcohol Binge Drinking. EurAddict Res 2014; 20:285–292. DOI: 10.1159/000362410)

Kontakt

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Prof. Dr. med. Ulrich Zimmermann,
E-Mail: ulrich.zimmermann@uniklinikum-dresden.de

Red.: ReH

Zwei Fragen an ...



Prof. Ulrich Zimmermann, stellvertretender Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Dresden und Leiter des Forscherteams für die Dresdner Studie.

Sie haben in Ihrer Studie auf den Zusammenhang zwischen Wohnort bzw. Arbeitslosigkeit und Ein-Eltern-Familie und Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen hingewiesen. Wie zwangsläufig ist eine Rauschkarriere, wenn Jugendliche in sozial schwachen Vierteln bei alleinerziehenden Eltern teilen aufwachsen?

Alkoholvergiftungen sind noch lange nicht gleichbedeutend mit Alkoholmissbrauch. Unsere Befunde beschreiben nur ein Risiko, keinen schicksalhaften Zusammenhang. Ob ein Jugendlicher ein Alkoholproblem entwickelt oder nicht, hängt auch von Faktoren ab, die nicht durch äußerliche Lebensumstände vorgegeben sind, z.B. Persönlichkeitsmerkmale, Intelligenz, elterliche Erziehungsstile, Auswahl von Freunden.

Sie fordern mehr und spezifischere Prävention. Wie soll die aussehen?

Im Fall von Alkoholvergiftungen gibt es mittlerweile Möglichkeiten zu unterscheiden, bei welchen Jugendlichen das eher ein einmaliger „Ausrutscher“ war und bei wem dagegen die weitere Entwicklung gefährdet erscheint. Diese Jugendlichen sollten beraten werden, dass und auf welche Weise sie - mit oder ohne Eltern - Beratung und Unterstützung erhalten können. Ein qualifiziertes Angebot hierzu muss vor allem an den Wochenenden vorgehalten werden, da hier die meisten Alkoholvergiftungen vorkommen. Eine Beratung im Familienverbund könnte auch aufsuchend zuhause erfolgen, zumal wenn die Eltern in der Klinik keine Beratung annehmen wollen.

Red: ReH

11. Revision der ICD: WHO stellt Neufassung zur Diskussion

Die elfte Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) schreitet voran. Die WHO (World Health Organisation) fordert Interessierte auf, die aktuelle Beta-Version zu kommentieren und mittels eines neuen Tools strukturierte Vorschläge zu unterbreiten. Darüber hinaus wurde der wissenschaftliche Review-Prozess eröffnet, zu dem die WHO Wissenschaftler aller Fachgebiete einlädt.

Die ICD dient weltweit zur Verschlüsselung von Diagnosen. Die derzeit gültige Revision ist die ICD-10. An der Pflege und Weiterentwicklung dieser und anderer Klassifikationen der WHO beteiligt sich als offizielles Kooperationszentrum auch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Es ist zudem Herausgeber deutschsprachiger Ausgaben, die es im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt.

Ziel der elften Revision der ICD ist es, eine kohärente Klassifikation für unterschiedliche Anwendungsbereiche als internationalen Standard für Wissenschaft, Kommunikation und Information in der Medizin zu schaffen. Dabei soll die einfache Integration in IT-Systemumgebungen auch für die Zukunft sichergestellt sein.

Dazu wird die ICD in Bezug auf Inhalte (medizinisch-wissenschaftliche Aspekte), Struktur (klassifikatorische Aspekte) und Konzeption (informationstechnologische Aspekte) weiterentwickelt, und zwar unter Einbeziehung internationaler und vor allem auch deutscher Expertise sowie der interessierten Öffentlichkeit.

Der Band 2 – Regelwerk wird ebenfalls umfangreich überarbeitet und in seinem Umfang deutlich erweitert, vor allem bezüglich der Morbiditätsverschlüsselung. Auch

ein Alphabetisches Verzeichnis (Band 3) wird es zur ICD-11 geben.

Deutscher Input erwünscht

Die WHO wünscht ausdrücklich auch Input aus Deutschland. Das DIMDI empfiehlt deutschen Experten, sich an Vorschlagsverfahren und Review-Prozess zu beteiligen. Dies soll sicherstellen, dass nationale Anforderungen an die ICD-11 so gut wie möglich berücksichtigt werden.

Um am Vorschlagsverfahren teilzunehmen, ist eine einmalige Registrierung auf der WHO-Website zur ICD-11-Beta-Version notwendig.

Aktuell plant die WHO die Verabschiedung durch die World Health Assembly (WHA) für 2017, eine Implementierung soll ab 2018 möglich sein. Über den Zeitpunkt einer möglichen Einführung der ICD-11 in Deutschland sind noch keine Aussagen möglich.

Red.: ReH

Personalien

Nutricia Wissenschaftspreis zeichnet Arbeiten zur Hepatitis-C-Prävention aus

Wissenschaftler vom TWINCORE Institut in Hannover haben festgestellt, dass gelagerte Muttermilch auf Hepatitis-C-Viren einen ähnlich starken antiviralen Effekt ausübt wie handelsübliche Desinfektionsmittel. Dafür gab es den mit 10.000 Euro dotierten Nutricia Wissenschaftspreis.

Dr. Eike Steinmann und Stephanie Pfänder vom Institut für Experimentelle Virologie des Twincore beschäftigten sich mit der Frage, ob sich Babys über die Muttermilch mit Hepatitis-C infizieren können. Dabei untersuchten sie, was mit Hepatitis-C-Viren in der Muttermilch geschieht, wenn sie durch die Milch zum Baby gelangen. Zur Untersuchung dieser Effekte versetzten die Wissenschaftler gekühlte, gelagerte Muttermilch mit hohen Viruskonzentrationen. Sie konnten in der Folge beobachten, dass die Muttermilch die Viren innerhalb einer Minute um den Faktor 1.000 reduziert, etwa so stark wie 80-prozentiger Alkohol.

Frisch abgepumpte Muttermilch zeigte diesen Effekt nicht. Stephanie Pfänder, Doktorandin im Institut: "Wir gehen davon aus, dass durch die Verdauung der Milch im Darm des Säuglings ein ganz ähnlicher Effekt wie bei der gelagerten Milch im Experiment erzielt wird."

Der Forschungsgruppe gelang es darüber hinaus auch, die antivirale Wirkweise aufzuzeigen. "Verantwortlich für den antiviralen Effekt scheinen freie Fettsäuren in der Milch zu sein, die sich als Zersetzungsprodukte der MilCHFette bei der Lagerung bilden", erklärt Dr. Eike Steinmann, Gruppenleiter im Institut. Diese



Die Preisträger Dr. Eike Steinmann (2. v. li.) und Stephanie Pfänder mit Dr. Andreas Nydegger (wiss. Preiskomitee, li.) und Dr. med. Christopher Mayr (Leiter Nutricia Forum für Muttermilchforschung, re.)

freien Fettsäuren lösen die Hülle der Viren auf, wodurch diese daran gehindert werden, sich an Körperzellen zu binden und diese dann zu infizieren.

Für die Forschungsgruppe ist dies ein weiterer Beleg für die besonderen Eigenschaften der Muttermilch. "Die Ergebnisse machen uns Mut, Stillen auch Müttern mit einer HCV-Infektion zu empfehlen, denn sie hat zumindest auf behüllte Viren einen starken antiviralen Effekt", so Steinmann.

Red.: ReH

Dr. med. Heidrun M. Thaiss ist neue Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



Frau Dr. med. Heidrun M. Thaiss wird neue Leiterin der BZgA

Dr. med. Heidrun M. Thaiss ist die neue Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Sie übernimmt die Position von Prof. Dr. Elisabeth Pott, die aus Altersgründen ausscheidet.

Dr. med. Thaiss wurde an der Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau promoviert. Ihre Promotion fertigte sie zu Fragen der Störung der Hämostase bei Kindern mit Diabetes mellitus Typ I. Nach Facharzt- und begleitender wissenschaftlicher Ausbildung folgten Stationen im Öffentlichen Gesundheitsdienst mehrerer Bundesländer. Seit dem Jahr 2008 war sie im schleswig-holsteinischen Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung tätig. Sie leitete dort insbesondere die Leitstelle Prävention und Gesundheitsförderung des Landes Schleswig-Holstein.

Red.: ReH

● Personalien

Dr. Gundolf Berg neuer Vorstandsvorsitzender des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dr. Gundolf Berg aus Mainz wird den Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (bkjpp) die kommenden drei Jahre leiten. Seine Stellvertreter sind der bisherige Vorsitzende Dr. Maik Herberhold aus Bochum und Dr. Susanne Jödicke-Fritz aus Fürstenwalde. Der bkjpp gehört gemeinsam mit dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) dem Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP) und dem Berufsverband Deutscher Neurologen, dem Spitzenverband ZNS (SPiZ) an. Berg ist stellvertretender Vorsitzender des SPiZ.

„Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, das gilt auch und insbesondere für die psychische Struktur und die sozialen Erforder-

nisse von Kindern“, betonte Berg zum Amtsantritt. Er kündigte an, dies immer wieder deutlich machen zu wollen, damit die Belange von Kindern in der Versorgung auch tatsächlich von den entsprechenden Spezialisten bearbeitet werden.

Auf Bergs Agenda steht außerdem, die sektorenübergreifende Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu verbessern, die Finanzierung von Sozialpsychiatrischen Praxen zu sichern und weiterzuentwickeln sowie sich dafür einzusetzen, dass zeitgebundene kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen angemessen mit einem festen Wert vergütet werden.

Red: ReH

Drei Fragen an ...

Dr. Gundolf Berg,
Vorstandsvorsitzender des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (bkjpp)



„Wir machen viel mehr, als bezahlt wird.“

Wie wollen Sie erreichen, dass Entscheider in der Gesundheitspolitik die Besonderheiten der KJPP verstärkt wahrnehmen?

Berg: Wir versuchen, präsent zu sein, unsere Expertise einzubringen. Wir verfassen oft gemeinsam mit der wissenschaftlichen Fachgesellschaft und den leitenden Klinikärzten Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben und melden uns in der Selbstverwaltung und den relevanten Gremien intensiv zu Wort.

Was steht noch auf ihrer Agenda?

Berg: Die Sozialpsychiatrievereinbarung, ein einzigartiges Versorgungsmodell, das sehr gut die verschiedenen Bedarfe der Kin-

der und Jugendlichen berücksichtigen kann, wurde gerade evaluiert, die Ergebnisse belegen die hohe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von sozialpsychiatrischen Praxen. Mir ist wichtig, dass die Finanzierung sich den wirtschaftlichen Veränderungen anpasst. Seit 1994 ist die Pauschale nie erhöht worden, de facto ist sie durch bei gleicher Bezahlung zu erbringende Mehrleistungen sogar gesenkt worden. Ich werde mich für eine angemessene Erhöhung der Pauschale einsetzen.

Gibt es weiteren Handlungsbedarf?

Berg: Ein weiteres Themenfeld wird die anstehende Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sein. Die zeitgebundenen kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen müssen in Analogie zur Vergütung der Richtlinienpsychotherapie zu einem angemessenen, festen Wert vergütet werden. Ansonsten sind aus Gründen des wirtschaftlichen Überlebens viele Kollegen gezwungen, ihr Leistungsspektrum auf Richtlinienpsychotherapie einzuschränken und könnten nicht mehr das ganze Repertoire ihrer psychiatrisch-psychotherapeutischen Kompetenzen nutzen. Die augenblickliche Vergütung bildet unsere tatsächliche Leistung nicht ab. Die Evaluation der Sozialpsychiatrischen Praxen hat gezeigt, dass wir Kinder- und Jugendpsychiater viel mehr machen, als bezahlt wird.

Red: ReH

Kommentar des Verbandspräsidenten zur Veröffentlichung des IVAN Papiers

Mit großem Engagement hat die interdisziplinäre IVAN-Arbeitsgruppe eine wichtige Grundlage für die täglich in Kinder- und Jugendarztpraxen anfallenden Fragestellungen hinsichtlich des Entwicklungsstands von Kindern in verschiedenen Altersgruppen und der Notwendigkeit weiterführender Diagnostik und/oder einer Therapie erarbeitet. Im Namen des BVKJ, der DGAAP und der DGSPJ danken wir den Autoren und hoffen,

dass diese Arbeitshilfe zum Standard in den kinder- und jugendärztlichen Praxen wird und hilft, die Zusammenarbeit mit den Sozialpädiatrischen Zentren zu optimieren.

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident BVKJ
Dr. Ulrike Gitmans, Vorsitzende DGAAP
Dr. Christian Fricke, Präsident DGSPJ

Die sozialpädiatrische Stufenversorgung bei Entwicklungsstörungen in Deutschland

Stufenversorgung in der Praxis und im SPZ bei Entwicklungsauffälligkeiten (IVAN- Empfehlung)

Autoren und Mitglieder der Arbeitsgruppe: Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid, Altötting (BVKJ) (Kordinator); Dr. med. Folkert Fehr, Sinsheim (DGAAP); Dr. Hedwig Freitag, Berlin (DGSPJ, BAG-Psychologen); Dr. med. Helmut Hollmann, Bonn (DGSPJ); Susanne Kleuker, Essen (DGSPJ,

BAG-Psychologen); Dr. med. Norbert Knieß, Ingolstadt (DGAAP); Manfred Mickley, Berlin (DGSPJ, BAG-Psychologen); Dr. med. Andreas Oberle, Stuttgart (DGSPJ); Armin Wegener, Düsseldorf (DGSPJ, BAG-Psychologen)

Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen werden altersabhängig in den verschiedensten Lebensbereichen beobachtet oder vermutet. Hieran sind primär die Eltern beteiligt, ferner Pädagogen im Kindergarten, in der Schule sowie andere Kontaktpersonen in der Umgebung des Kindes oder Jugendlichen. Diagnostik und ggfs. Behandlung von Entwicklungsauffälligkeiten ist eine Kernaufgabe der Sozialpädiatrie. Sie versteht sich im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin als Gesundheitswissenschaft mit besonderer, systematischer Berücksichtigung körperlich-konstitutioneller, personal-psychischer und familiär-sozialer Bedingungen der Gesundheitsentwicklung. Die Zusammenführung von Individual- und Systemperspektive mit ihrem jeweiligen Spannungsfeld kennzeichnet dabei gleichermaßen einen sozialpädiatrisch erweiterten pathogenetischen Blick, der auch soziale und emotionale Anteile der Gesundheitsentwicklung beachtet.

Entwicklungs- und Sozialpädiatrie ist Kernaufgabe der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte und wird systematisch im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen praktiziert.

Mit der Verabschiedung des § 119 SGB V im Jahr 1989 wurde mit der übergeordneten Zielsetzung, insbesondere bei chronischen Störungen und Behinderungen, die gesellschaftliche Teilhabe der so betroffenen Kinder und Jugendlichen zu sichern, eine neue Dimension der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung definiert. Der Aufbau eines Versorgungsnetzes mit Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) wurde gesetzlich fixiert und im Laufe der letzten Jahrzehnte auf der Basis dieser Gesetzgebung kontinuierlich fortentwickelt. Aus weniger als 20 im Jahr 1989 existierenden sozialpädiatrischen Zentren hat sich inzwischen eine flächendeckende Versorgung mit über 140 (Bode et al. 2014) Sozialpädiatrischen Zentren entwickelt. Sozialpädiatrische Behandlungsplanung und (Komplex-)Behandlung basiert dabei auf

der "Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie (MBS)".

Unabhängig von dieser Entwicklung ist festzustellen, dass die sozialpädiatrische Versorgung schon immer zur Basisaufgabe der kinder- und jugendärztlichen Praxis gehört hat. Neben zahlreichen anderen Aspekten der Sozialpädiatrie besteht ein Schwerpunkt in: Versorgung multimorbider und/ oder chronisch kranker Kinder und Jugendlicher unter Einbeziehung der psychosozialen, emotionalen und sekundären Komorbidität. Im Basissetting findet diese in der Regel in der kinder- und jugendärztlichen Praxis, bei komplexen Fragestellungen im sozialpädiatrischen Zentrum statt.

Das Ziel der Arbeitsgruppe war die Definition eines abgestuften diagnostisch-therapeutisch interagierenden Systems,

welches Rücksicht nimmt auf die Validität der diagnostisch-therapeutischen Ergebnisse. Gleichzeitig sollen die Belastungen des Kindes und Jugendlichen im Behandlungsprozess sowie die Bereitstellung und der Einsatz von Ressourcen berücksichtigt werden. Im Zusammenwirken von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten und den SPZ resultiert damit ein gegliedertes Stufensystem in der entwicklungs- und sozialpädiatrischen Versorgung. Dementsprechend wurde die Arbeitsgruppe zur Formulierung des Stufenkonzeptes der entwicklungs- und sozialpädiatrischen Versorgung bewusst als Interdisziplinäre und Verbände-übergreifende Arbeitsgruppe zur Entwicklungsdiagnostik (IVAN) gebildet.

Bis in die 80er Jahre lag der Schwerpunkt in den SPZ noch in der Behandlung

der klassischen neuropädiatrischen Krankheiten (27 %), sowie Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderungen (66 %), Sinnes- und Sprachstörungen (Hellbrügge 1981). Heute werden unverändert Kinder und Jugendliche mit diesen Störungen behandelt. Umschriebene Entwicklungsstörungen, ADHS und sozial-emotionale Störungen sind in jedoch wesentlichem Umfang hinzugekommen, ebenso eine große Gruppe von Patienten mit psychosomatischen und somatoformen Störungen. Der weitaus größte Teil der heute behandelten Patienten ist normal begabt.

Häufig wird die Frage nach den Ursachen für diese Entwicklung gestellt. Eine mögliche Antwort bieten die Ergebnisse der KiGGS-Studie (2006, 2014). Folgende Morbidität wird bei 8000 Kindern aus ganz Deutschland im Alter von 3-17 Jahren festgestellt: Bei 5 % wird eine ADHS-Diagnose gestellt, bei 4,9 % bestand eine Verdachtsdiagnose auf ADHS. Ein weiterer Diagnosekomplex, der sehr stark den neuen Morbiditäten zugeordnet wird, sind die Essstörungen mit 29 % bei Mädchen zwischen 11 und 17 Jahren, aber auch Übergewicht bei 15 % und Adipositas bei 6 % der 3 – 17-Jährigen. Auch klassisch eher der Somatik zugeordnete Krankheiten weisen hohe Inzidenzen auf, wie die allergischen Erkrankungen mit über 17 %. Weitere Faktoren der oben angesprochenen Entwicklung dürften die sozialen Rahmenbedingungen für Kinder und Jugendliche in Deutschland sein. Zum Beispiel lag die Zahl der Scheidungskinder im Jahr 2010 bei 152.000 (Statistisches Bundesamt Jahrbuch 2012). Trennung und Scheidung der Eltern wird als einer der höchstgewichteten Risikofaktoren für eine gesunde psychosoziale Entwicklung angesehen.

In diesen und zahlreichen anderen, vorwiegend psychosozial bedingten, Faktoren dürfte eine der Ursachen der hohen Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten zur Diagnostik und Therapie von Entwicklungs-, Leistungs- und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter liegen.

Das Stufenkonzept der Entwicklungsdiagnostik (IVAN-Konzept):

Die Interdisziplinäre, Verbändeübergreifende Arbeitsgruppe ENtwicklungsdiagnostik (IVAN) hat das nachfolgende Stufenkonzept entwickelt. Die Arbeitsgruppe wurde von Vertretern des Verbandes der Kinder- und Jugendärzte in der

Bundesrepublik Deutschland (BVKJ), der Deutschen Gesellschaft für ambulante allgemeine Pädiatrie (DGAAP) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGPSJ) gebildet.

Um der stark gestiegenen Inanspruchnahme gerecht zu werden, besteht die Notwendigkeit eines gestuften Vorgehens bei der Behandlung dieser auch zum Teil als neue Morbidität bezeichneten Erkrankungen. Das Stufenkonzept sieht 3 Stufen vor (Überblick Abb. 1, differenzierter Pathway Abb. 6):

Stufe 1: Screening in der Praxis (bis 10 Minuten)

Stufe 2: Basisdiagnostik (15-40 Minuten)

Stufe 3: Differenzierte Diagnostik (4-15 Stunden) im multidisziplinären Setting

Stufe 1 – Screening in der Praxis

Der primäre Einsatz des Screening ist in der Pädiatrie durch das Konzept der Früherkennungsuntersuchungen U1- U9 und J1 bzw. sowie deren Erweiterung U10-U11/J2 (noch fakultativ) gegeben. Zumindest bis zur U9 ist zu erwarten, dass mit dem zukünftigen Früherkennungsprogramm des GBA ein strukturiertes Screening mit standardisierten Items vorgeschrieben wird. Durch das Entwicklungsscreening sollen ca. 90 Prozent unauffälliger Kinder von auffälligen Kindern differenziert werden (Abb. 2). Alle Kinder, die im Screening auffällig sind, aber auch Kinder, die beim Kinderarzt mit dem Verdacht einer Auffälligkeit vorgestellt werden, sol-

len nachfolgend eine Basisdiagnostik erhalten. In der kinder- und jugendärztlichen Praxis sind dies häufig Patienten, bei denen Eltern, Kindergarten, Schule oder auch Therapeuten und andere Personen in der Umgebung des Kindes und Jugendlichen den Verdacht auf Auffälligkeiten äußern. Falls bereits der primäre Eindruck einer schweren globalen Entwicklungsstörung bzw. eine komplexe Problematik besteht oder die Ressourcen in der Praxis begrenzt sind, kann eine direkte Überweisung an die Stufe 3 zur Diagnostik mit einer „Mehrdimensionalen Diagnostik der Sozialpädiatrie (MBS)“ erfolgen. In der Regel sind hierfür Sozialpädiatrische Zentren, aber auch, je nach Ausrichtung des diagnostischen Spektrums, spezielle Praxen, Frühförderstellen oder kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen geeignet.

Stufe 2 - Basisdiagnostik

Mit der Thematik Basisdiagnostik in der kinder- und jugendärztlichen Praxis hat sich die IVAN-Arbeitsgruppe intensiv beschäftigt. Der Bereich der Basisdiagnostik wurde insbesondere durch die Vertreter der DGAAP erstellt (Abb. 3, Abb. 4). Altersbezogen werden Verfahren wie die Münchner Funktionelle Entwicklungsdiagnostik, der ET 6-6, die BUEVA und die BUEGA empfohlen. Erweitert werden kann die Basisdiagnostik durch den Einsatz besonderer Sprachverfahren. Eine ausführliche Analyse und Würdigung der Verfahren ist Bestandteil des IVAN- Papiers.

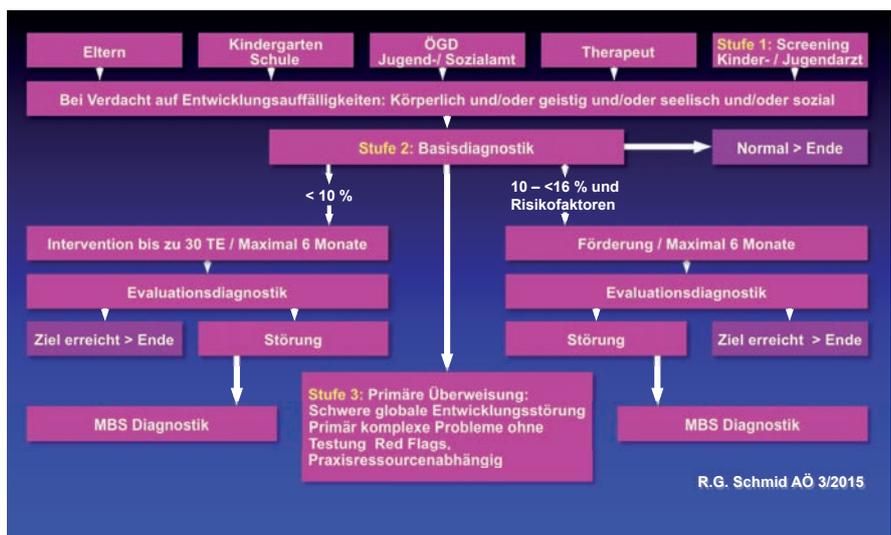


Abb. 1: Stufenmanagement der Diagnostik von Entwicklungsauffälligkeiten. Der Weg vom Screening und anderen Einflussfaktoren über die Basisdiagnostik bis hin zur Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik – MBS

	Grobmotorik	Feinmotorik	Perzeption/ Kognition	Sprache	Soziale/emotionale Kompetenz	Interaktion Kommunikation
4. – 6. Lebenswoche (U3)	<ul style="list-style-type: none"> • Kopf wird in schwebender Bauchlage für wenigstens 3 Sekunden gehalten • Kopf wird in Rumpfebene und in Rückenlage für 10 Sekunden in Mittelstellung gehalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Hände werden spontan geöffnet, insgesamt sind die Hände noch eher geschlossen 	<ul style="list-style-type: none"> • Folgt mit den Augen einem Gegenstand nach beiden Seiten bis mindestens 45 Grad 		<ul style="list-style-type: none"> • Aufmerksames Schauen auf nahe Gesichter nächster Bindungspersonen 	
3. – 4. Lebensmonat (U4)	<ul style="list-style-type: none"> • Kräftiges alternierendes und beidseitiges Beugen und Strecken der Arme und Beine • Hält den Kopf in der Sitzhaltung aufrecht, mind. 30 Sekunden. • Bauchlage wird toleriert, Abstützen auf den Unterarmen, der Kopf wird in der Bauchlage zwischen 40° und 90° mindestens eine Minute gehoben 	<ul style="list-style-type: none"> • Hände können spontan zur Körpermitte gebracht werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Fixiert ein bewegtes Gesicht und folgt ihm • Versucht durch Kopfdrehen, Quellen eines bekannten Geräusches zu sehen 		<ul style="list-style-type: none"> • Kind freut sich über Zuwendung, Blickkontakt kann gehalten werden • Reaktion auf Ansprache, erwidert Lächeln einer Bezugsperson („soziales Lächeln“) 	
6. – 7. Lebensmonat (U5)	<ul style="list-style-type: none"> • Handstütz mit gestreckten Armen auf den Handflächen • Bei Traktionsreaktion Kopf symmetrisch in Verlängerung der Wirbelsäule und Beugung beider Arme • Federn mit den Beinen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wechselt Spielzeug zwischen den Händen, palmares, radial betontes Greifen 	<ul style="list-style-type: none"> • Objekte, Spielzeuge werden mit beiden Händen ergriffen, in den Mund gesteckt, benagt, jedoch wenig intensiv betrachtet; (erkundet oral und manuell) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rhythmische Silbenketten (z.B. ge-ge-ge, mem-mem-mem, dei-dei-dei) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lacht stimmhaft, wenn es geneckt wird • Benimmt sich gegen Bekannte und Unbekannte unterschiedlich • Freut sich beim Erscheinen eines anderen Kindes 	
10. – 12. Lebensmonat (U6)	<ul style="list-style-type: none"> • Freies Sitzen mit geradem Rücken und sicherer Gleichgewichtskontrolle • Zieht sich in den Stand hoch und bleibt einige Sekunden stehen • Selbständiges, flüssiges Drehen von Rückenlage zu Bauchlage und zurück 	<ul style="list-style-type: none"> • Greift kleinen Gegenstand zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger • Klopft 2 Würfel aneinander 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt der Mutter oder dem Vater nach Aufforderung einen Gegenstand • Verfolgt den Zeigefinger in die gezeigte Richtung 	<ul style="list-style-type: none"> • Spontane Äußerung von längeren Silbenketten • Produziert Doppelsilben (z.B. ba-ba, da-da) • Ahmt Laute nach 	<ul style="list-style-type: none"> • Kann alleine aus der Flasche trinken, trinkt aus der Tasse, aus dem Becher mit etwas Hilfe • Das Kind kann zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden • Freut sich über andere Kinder 	
21. – 24. Lebensmonat (U7)	<ul style="list-style-type: none"> • Kann über längere Zeit frei und sicher gehen • Geht 3 Stufen im Kinderschnitt hinunter, hält sich mit einer Hand fest 	<ul style="list-style-type: none"> • Malt flache Spirale • Kann eingewickelte Bonbons oder andere kleine Gegenstände auswickeln oder auspacken 	<ul style="list-style-type: none"> • Stapelt 3 Würfel • Zeigt im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände 	<ul style="list-style-type: none"> • Einwortsprache (wenigstens 10 richtige Wörter ohne Mama und Papa) • Versteht und befolgt einfache Aufforderungen • Drückt durch Gestik oder Sprache (Kopfschütteln oder Nein-Sagen) aus, dass es etwas ablehnt oder eigene Vorstellungen hat • Zeigt oder blickt auf 3 benannte Körperteile 	<ul style="list-style-type: none"> • Bleibt und spielt etwa 15 min. alleine, auch wenn die Mutter/ der Vater nicht im Zimmer, jedoch in der Nähe ist • Kann mit dem Löffel selber essen • Hat Interesse an anderen Kindern 	<ul style="list-style-type: none"> • Versucht Eltern irgendwo hinzuziehen
33. – 36. Lebensmonat (U7a)	<ul style="list-style-type: none"> • Beidseitiges Abhüpfen von der untersten Treppenstufe mit sicherer Gleichgewichtskontrolle • Steigt 2 Stufen im Erwachsenenschritt, hält sich mit der Hand fest 	<ul style="list-style-type: none"> • Präziser Dreifinger-Spitzgriff (Daumen, Zeige-Mittelfinger) zur Manipulation auch sehr kleiner Gegenstände möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Kann zuhören und konzentriert spielen, Als-Ob-Spiele • Öffnet große Knöpfe selbst 	<ul style="list-style-type: none"> • Spricht mindestens Dreiwortsätze • Spricht von sich in der Ich-Form • Kennt und sagt seinen Rufnamen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kann sich gut über einige Stunden trennen, wenn es von vertrauter Person betreut wird • Beteiligt sich an häuslichen Tätigkeiten, will mithelfen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele
43. – 48. Lebensmonat (U8)	<ul style="list-style-type: none"> • Laufrad oder ähnliches Fahrzeug werden zielgerichtet und sicher bewegt • Hüpf über ein 20-50 cm breites Blatt 	<ul style="list-style-type: none"> • Mal-Zeichenstift wird richtig zwischen den ersten drei Fingern gehalten • Zeichnet geschlossene Kreise 	<ul style="list-style-type: none"> • Fragt warum, wie, wo, wieso, woher 	<ul style="list-style-type: none"> • Spricht 6-Wortsätze in Kindersprache • Geschichten werden etwa in zeitlichem und logischem Verlauf wiedergegeben 	<ul style="list-style-type: none"> • Kann sich selbst an- und ausziehen • Gießt Flüssigkeiten ein • Bei alltäglichen Ereignissen kann das Kind seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen, Freude, Ängste, Stress-Situationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele, hält sich an Spielregeln
60. – 64. Lebensmonat (U9)	<ul style="list-style-type: none"> • Hüpf auf einem Bein jeweils rechts und links, und kurzer Einbeinstand • Größere Bälle können aufgefangen werden • Läuft Treppen vorwärts rauf und runter im Erwachsenenschritt (wechselfüßig) ohne sich festzuhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Nachmalen eines Kreises, Quadrates, Dreiecks möglich • Stifthaltung wie ein Erwachsener • Kann mit einer Kinderschere an einer geraden Linie entlang schneiden 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 3 Farben werden erkannt und richtig benannt 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlerfreie Aussprache, vereinzelt können noch Laute fehlerhaft ausgesprochen werden • Ereignisse und Geschichten werden im richtigen zeitlichen und logischen Ablauf wiedergegeben in korrekten, jedoch noch einfach strukturierten Sätzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kann sich mit anderen Kindern gut im Spiel abwechseln • Ist bereit zu teilen • Kind kann seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Kind lädt andere Kinder zu sich ein und wird selbst eingeladen. • Intensive Rollenspiele: Verkleiden, Verwandlung in Tiere, Vorbilder (Ritter, Piraten, Helden), auch mit anderen Kindern

Abb. 2: Darstellung der entwicklungsdiagnostischen Items für das geplante Früherkennungsprogramm des gemeinsamen Bundesausschusses. Die vorliegenden Items sind der Fassung des GBA entnommen, welche im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens 2014 an die Verbände geschickt wurde. Sie stellen damit nicht die endgültige Fassung dar und können nur als Anhalt des zukünftigen Konzeptes gesehen werden.

Die psychoemotionale/soziale Diagnostik wird vorwiegend in Form von Fragebögen (Abb. 3, Abb. 4) empfohlen.

Je nach Ergebnis der Basisdiagnostik wird folgendes weitere Vorgehen empfohlen:

1. **Das Ergebnis ist normal**, eine Pathologie ist nicht nachweisbar. In einem Besprechungstermin wird dies den Eltern mitgeteilt. Eine Therapie ist nicht erforderlich.
2. **Als Ergebnis zeigt sich ein Prozentrang von 10- <16**. Insbesondere wenn dies mit Risikofaktoren oder auch wie im IVAN-Arbeitspapier genannt: „red flags“ kombiniert ist, sollte eine Förderung eingeleitet werden. Diese kann in

Form von Psychoedukation, pädagogischer Förderung oder in einem psychosozialen Setting erfolgen. Für diese Förderung bieten sich u.a. Frühförderstellen, Beratungsstellen und Familien unterstützende Institutionen an. Im Einzelfall kann eine Verordnung geeigneter Heilmittel sinnvoll sein. Nach 3-6 Monaten muss hier eine Evaluationsdiagnostik erfolgen. Erbringt diese ein normales Ergebnis, wird die Maßnahme beendet. Manifestiert sich eine Störung oder wird der Befund sogar auffälliger, so ist eine mehrdimensionale Bereichsdiagnostik in einer hierfür geeigneten Institution empfohlen.

3. **Liegt das Ergebnis der Basisdiagnostik in einem oder mehreren Bereichen un-**

ter Prozentrang 10 (der 10. Perzentile), so ist entsprechend des diagnostischen Ergebnisses eine Heilmittelverordnung mit bis zu 30 Therapieeinheiten, maximal aber über 6 Monate, zu empfehlen. Nach diesem Zeitraum ist eine Evaluationsdiagnostik durchzuführen. Für psychoemotionale und soziale Störungen müssen entsprechend geeignete andere Maßnahmen und Interventionen gewählt werden. Ergibt diese ein normales Ergebnis, ist die Therapie zu beenden. Bleibt die Pathologie bestehen oder verstärkt sich sogar, ist eine Überweisung zu einer Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik zu empfehlen.

4. **Liegt das Ergebnis der Basisdiagnostik in allen Bereichen unter Prozentrang**

Konzept zur entwicklungsdiagnostischen Basisdiagnostik in der allgemeinpädiatrischen Praxis - Empfehlung zur Ausstattung mit entwicklungsdiagnostischen Testmaterialien						
	Obligate Testverfahren					Fakultative, ergänzende Testverfahren
Entwicklungsbereich	bis 12/24 Monate	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	6 Jahre	
Globale Entwicklung	ET 6-6-R (UT: Hand-, Körpermotorik) bzw. MFED 1. Lj., (UT: Lauf-, Krabbel-Sitzalter, Greifalter) oder MFED 2.-3.Lj. (UT: Laufalter, Handgeschicklichkeit)	ET 6-6-R (UT: Hand-, Körpermotorik) bzw. MFED 2.-3.Lj. (UT: Laufalter, Handgeschicklichkeit)	ET 6-6-R (UT: Hand-, Körpermotorik, Nachzeichnen)	ET 6-6-R (UT: Hand-, Körpermotorik, Nachzeichnen)	ET 6-6-R (UT: Hand-, Körpermotorik, Nachzeichnen)	Movement ABC-2 BOT-2 FEW 2
Kognition	ET 6-6-R (UT: Kognition) bzw. MFED 1., bzw. MFED 2.-3.Lj. ¹ (UT: Perzeptionsalter)	ET 6-6-R (UT: Kognition) bzw. MFED 2.-3.Lj. ¹ (UT: Perzeptionsalter)	BUEVA 2 (UT: nonverbale und verbale Intelligenz) bzw. ET 6-6-R (UT: Kognition)	BUEVA 2 (UT: nonverbale und verbale Intelligenz) bzw. ET 6-6-R (UT: Kognition)	BUEVA 2 (UT: nonverbale und verbale Intelligenz) bzw. ET 6-6-R (UT: Kognition)	SON-R 2 ½ -7 SON-R 6-40 K-ABC (-II) bzw. WISC IV/ HAWIK IV IDS-P IDS
Sprache	FRAKIS-K evtl. ergänzend: ET 6-6-R (UT: Sprache) bzw. MFED 2.-3.Lj. ¹ (UT: Sprechalter, Sprachverständnisalter)	SBE-3-KT evtl. ergänzend: ET 6-6-R (UT: Sprache) bzw. MFED 2.-3.Lj. ¹ (UT: Sprechalter, Sprachverständnisalter)	HASE evtl. ergänzend: BUEVA 2 (UT: Expressive Sprache, verbale Intelligenz)	HASE evtl. ergänzend: BUEVA 2 (UT: Expressive Sprache, verbale Intelligenz)	HASE evtl. ergänzend: BUEVA 2 (UT: Expressive Sprache, verbale Intelligenz)	PLAKSS-II(KF) (Artikulation) SETK-2 (UT: Wörter und Sätze verstehen) SETK3-5 AWST-R WWT 6-10 TROG-D LISE-DAZ
Motorik	ET 6-6-R (UT: Hand-, Körpermotorik) bzw. MFED 1. Lj., (UT: Lauf-, Krabbel-Sitzalter, Greifalter) oder MFED 2.-3.Lj. (UT: Laufalter, Handgeschicklichkeit)	ET 6-6-R (UT: Hand-, Körpermotorik) bzw. MFED 2.-3.Lj. (UT: Laufalter, Handgeschicklichkeit)	ET 6-6-R (UT: Hand-, Körpermotorik, Nachzeichnen)	ET 6-6-R (UT: Hand-, Körpermotorik, Nachzeichnen)	ET 6-6-R (UT: Hand-, Körpermotorik, Nachzeichnen)	Movement ABC-2 BOT-2 FEW 2
Emotionale Entwicklung u. Sozialverhalten	ET 6-6-R (UT: Fragebogen z. sozial-emotionalen Entwicklung) bzw. MFED 1./2.-3.Lj. (UT: Sozial-, Selbstständigkeitsalter) MEF	ET 6-6-R (UT: Fragebogen zur sozial-emotionalen Entwicklung) MFED 2.-3.Lj. (UT: Sozial-, Selbstständigkeitsalter) MEF	ET 6-6-R (UT: Fragebogen zur sozial-emotionalen Entwicklung) MEF	ET 6-6-R (UT: Fragebogen zur sozial-emotionalen Entwicklung) MEF	ET 6-6-R (UT: Fragebogen zur sozial-emotionalen Entwicklung) MEF	SDQ CBCL 1½-5 CBCL/4-18
Konzentration, Aufmerksamkeit		FBB-ADHS-V aus DISYPS II	FBB-ADHS-V aus DISYPS II	FBB-ADHS-V aus DISYPS II	FBB-ADHS-V aus DISYPS II	
Auditives Arbeitsgedächtnis			HASE BUEVA 2 (UT: Arbeitsgedächtnis)	HASE (UT: Nachsprechen v. Kunstwörtern, Wiedergabe v. Zahlenfolgen)	HASE (UT: Nachsprechen v. Kunstwörtern, Wiedergabe v. Zahlenfolgen)	
Spielverhalten	Beurteilung n. R.Largo und n. B.Zollinger					

Abb. 3: Empfohlene Verfahren zur Basisdiagnostik über 7 Funktionsbereiche bis zum Alter von 6 Jahren.

Erläuterungen zu den obligaten Testverfahren:

ET6-6-R: bzw. MFED1.Lj, 2.-3.Lj. ¹ :	Entwicklungstest für Kinder von sechs Monaten bis sechs Jahren – Revision Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik - erstes Lebensjahr, -zweites bis drittes Lebensjahr
BUEVA 2: BUEGA:	Basisdiagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen im Vorschulalter - Version 2 Basisdiagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen im Grundschulalter
FRAKIS-K: SBE-3-KT: HASE: FB-ADHS/-V aus DISYPS-II:	Fragebogen zur frühkindlichen Sprachentwicklung (Kurzform) Elternfragebogen zur Früherkennung von sprachgestörten Kindern bei der U7a (32.-40.Lebensmonat) Heidelberger Auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung Beurteilungsbogen für Eltern und Erzieherinnen aus Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche – II (bezgl. Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung)
MEF	Mannheimer Elternfragebogen

¹ die erforderliche Neunormierung der MFED befindet sich gegenwärtig in der Pilotstudienphase

Fakultative ergänzende Testverfahren:

SON-R 6-40: K-ABC (-II): WISC IV/ HAWIK IV: IDS-P: IDS:	Nonverbaler Intelligenztest Kaufman-Assessment-Battery for Children (-2) Wechsler Intelligence Scale for Children - IV (dt. -sprachige Version) Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Kinder IV Intelligence and Development Scales - Preschool Intelligence and Development Scales
PLAKSS-II (KF): SETK-2: SET-K 3-5: AWST-R: WWT 6-10: TROG-D:	Psycholinguistische Analyse kindlicher Aussprachestörungen-II (Screening-Kurzform) Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (v.a. Untertests zur rezeptiven Sprache) Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder Aktiver Wortschatztest für drei- bis fünfjährige Kinder - Revision Wortschatz- und Wortfindungstest für 6-10 jährige Kinder Test zur Überprüfung des Grammatikverständnisses
Movement ABC 2: BOT-2: FEW 2:	Movement Assessment Battery for Children – Second Edition Bruininks-Oseretsky-Test of Motor Proficiency – Second Edition, Dt.Adaptation (voraussichtl. Ende 2013) Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung – 2
SDQ: CBCL 1½-5: CBCL 4-18: HSP 5-9:	Strengths and Difficulties Questionnaire Child Behaviour Checklist 1½-5 – Dt.Fassung Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen Hamburger Schreibprobe N, 5.-9. Klasse

gemäß Konsens der Interdisziplinären verbändeübergreifenden Arbeitsgruppe zur Entwicklungsdiagnostik in der Kinder- und Jugendarztpraxis (IVAN)
Entwurf: Folkert Fehr/ Norbert Knief
Stand:1-2015

10 oder zum Teil sehr stark von Prozentrang 10 in Richtung Pathologie abweichend, so sollte primär eine Überweisung zu einer mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik vorgenommen werden.

5. Eine primäre Überweisung zur Komplexdiagnostik (MBS) an ein SPZ oder eine andere geeignete Institution kann erfolgen, wenn:

- eine ausgeprägte und klar ersichtliche Entwicklungsstörung vorliegt.
- der Kinder- und Jugendarzt die Situation vor Ort aufgrund seiner Kenntnisse des Umfeldes als problematisch einordnet.
- primär komplexe Probleme geschildert werden oder bei Vorliegen von „red flags“

- die anamnestischen Daten als hoch pathologisch eingeordnet werden
- die Ressourcen zur Diagnostik in der Stufe II nicht entsprechend den Erfordernissen vorliegen.

Stufe 3 – Differenzierte Diagnostik (MBS)

Die differenzierte Diagnostik wird in der Pädiatrie nach dem Konzept der mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik (MBS) erbracht. Diese beginnt mit der biografischen Anamnese. Es werden die Bereiche der Entwicklung/Intelligenz, der körperlich-neurologische Befund, der psychische Befund, soziale Einflüsse und der psychosoziale Hintergrund untersucht. Eine Abklärung der Ätiologie wird angestrebt

(EKPSA-Schema). Gleichzeitig werden die Ressourcen von Familie, Schule und Umfeld geprüft und die prognostischen Faktoren der vorliegenden Störung in die Betrachtung mit einbezogen. Hat eine Diagnose günstige prognostische Indikatoren, wie zum Beispiel eine leichte Form einer Dyslalie, so ist eine Therapie weniger dringend erforderlich, als bei Störungen mit grundsätzlich schlechter Prognose, zum Beispiel bei einer expressiven Sprachstörung.

Die Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie wird in den nächsten Jahren durch die zunehmende Einbeziehung der internationalen Klassifikation der Fertigkeiten zur Prüfung der Teilhabe und zur Förderung der Teilhabe (ICF) ergänzt werden (Abb. 5).

	Obligate Testverfahren			Fakultative, ergänzende Testverfahren
Entwicklungsbereich	7-8 Jahre	9-10 Jahre	12-15 Jahre	
Kognition	BUEGA (UT: verbale und nonverbale Intelligenz)	BUEGA (UT: verbale und nonverbale Intelligenz)	-	SON-R 6-40 K-ABC (-II) WISC IV/HAWIK IV IDS
Schulische Leistungen: Lesen Rechtschreibung Rechnen	BUEGA (UT: Lesen, Rechtschreibung, Rechnen)	BUEGA (UT: Lesen, Rechtschreibung, Rechnen)	-	HSP 5-9
Sprache	BUEGA (UT: expressive Sprache, verbale Intelligenz)	BUEGA (UT: expressive Sprache, verbale Intelligenz)	-	TROG-D WWT 6-10
Motorik	-	-	-	Movement ABC-2 BOT-2 FEW 2
Emotionale Entwicklung u. Sozialverhalten	MEF	MEF	MEF	SDQ CBCL/4-18
Konzentration, Aufmerksamkeit	FBB-ADHS aus DISYPS II	FBB-ADHS aus DISYPS II	FBB-ADHS, SBB-ADHS aus DISYPS II	

Abb. 4: Empfohlene Verfahren zur Basisdiagnostik über 6 Funktionsbereiche im Schulalter.

Anforderungen an eine Entwicklungsdiagnostik in der Stufenversorgung

Entwicklungsdiagnostik im frühen Kindesalter birgt in allen 3 beschriebenen Stufen neben einem individuellen und gesamtgesellschaftlichen Nutzen potenzielle Risiken für das Individuum und seine Familie, wie auch die Gefahr unnötiger gesamtgesellschaftlicher Kosten. Bei der Diagnostik sind Sach- und Fachkenntnisse im Umgang mit den zur Verfügung stehenden Instrumenten, wie auch Kenntnisse der entwicklungstheoretischen und systemischen Grundlage unabdingbar und keineswegs nur auf einer Ebene des „Learning by doing“ zu erwerben. Im IVAN-Papier ist dieser Thematik das umfangreiche Kapitel 2 gewidmet, das vor Einsatz dieses Konzeptes in Praxis und SPZ durchgearbeitet und zur Kenntnis genommen werden muss. Ein Einsatz der Aussagen des IVAN-Papieres ohne Kenntnis dieser Grundlage ist nicht mit einem verantwortungsvollen Umgang des Konzeptes zu vereinbaren.

Abrechnung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis

Die Diagnostik in der kinder- und jugendärztlichen Praxis wird grundsätzlich von den Kostenträgern vergütet. Das Screening wird über die Früherkennungsuntersuchungen finanziert. Die Leistungen der Basisdiagnostik können nach den Ziffern 04350-04353 abgerechnet werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit,

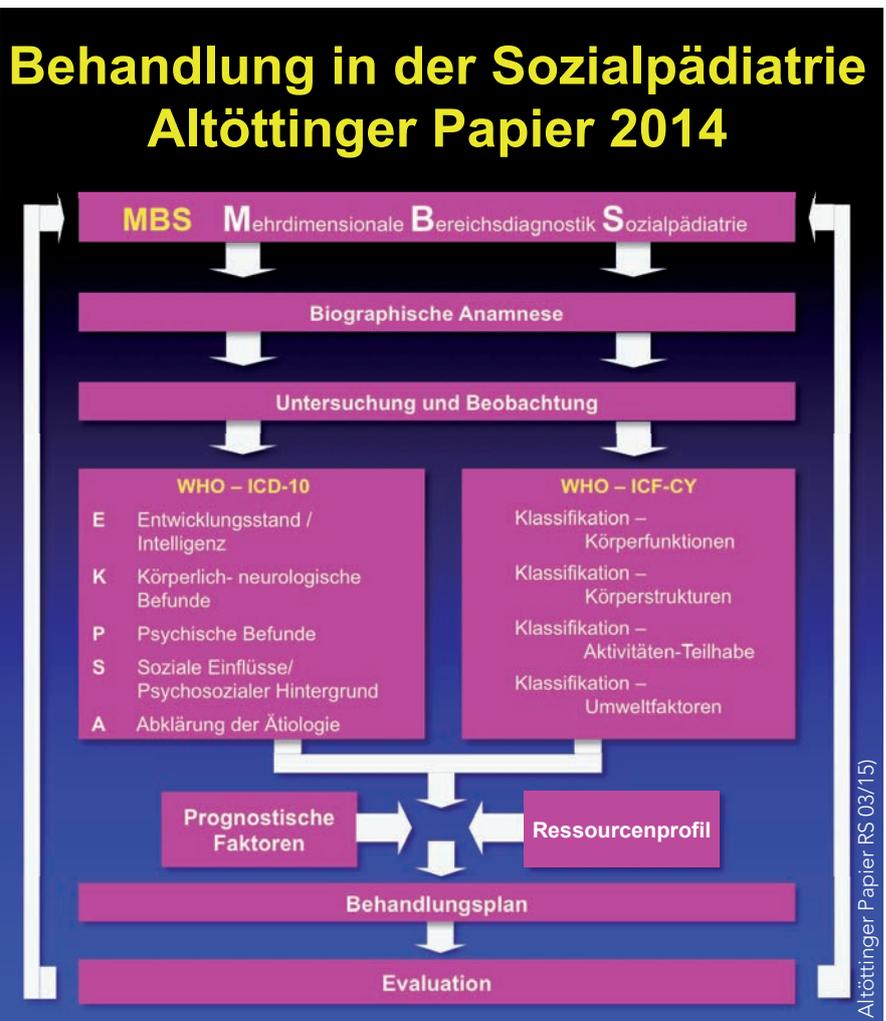


Abb. 5: Die Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik in der Sozialpädiatrie (MBS) in der in Leipzig 2014 verabschiedeten 3. Auflage des Altöttinger Papiers (derzeit gedruckt vorliegend: 2. Auflage 2009). Im Wesentlichen ist jetzt zusätzlich die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) eingefügt.

Abb. 6: Differenzierter Pathway des Stufen- Managements

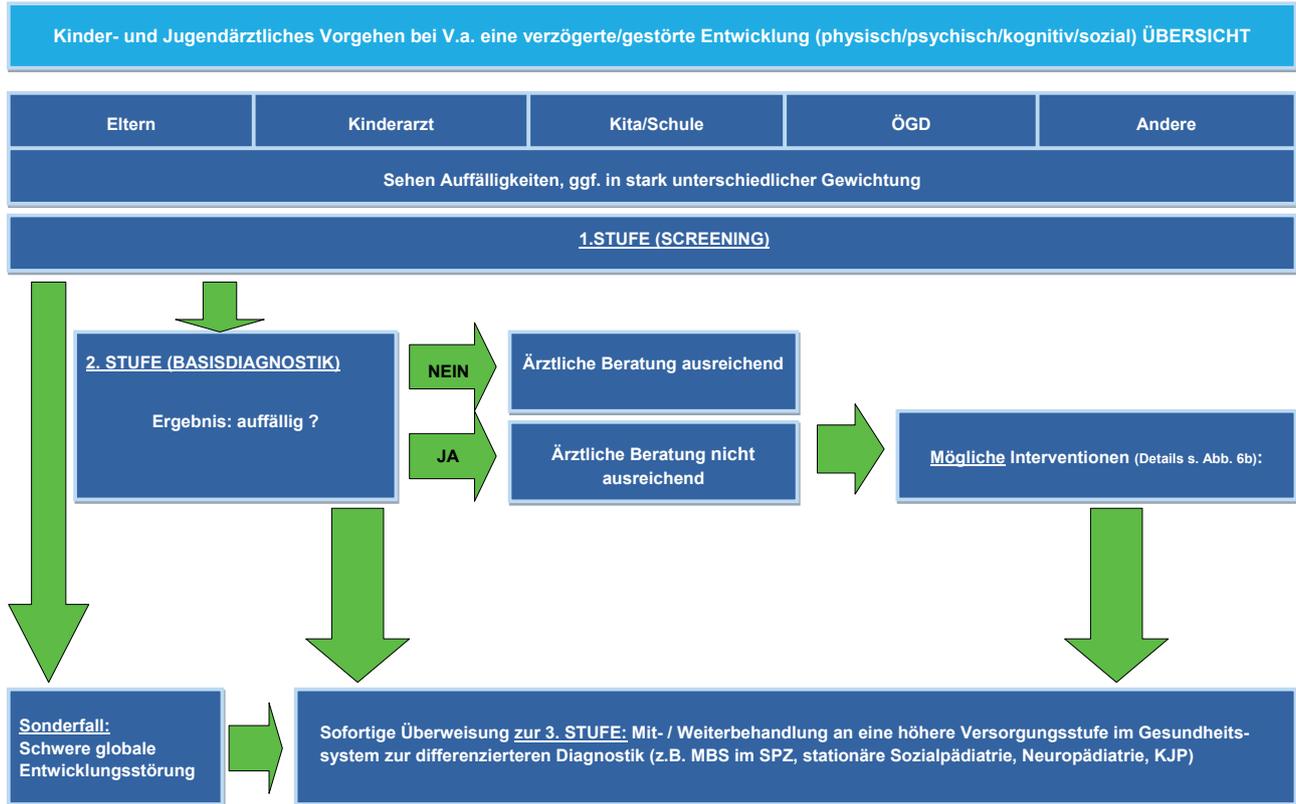
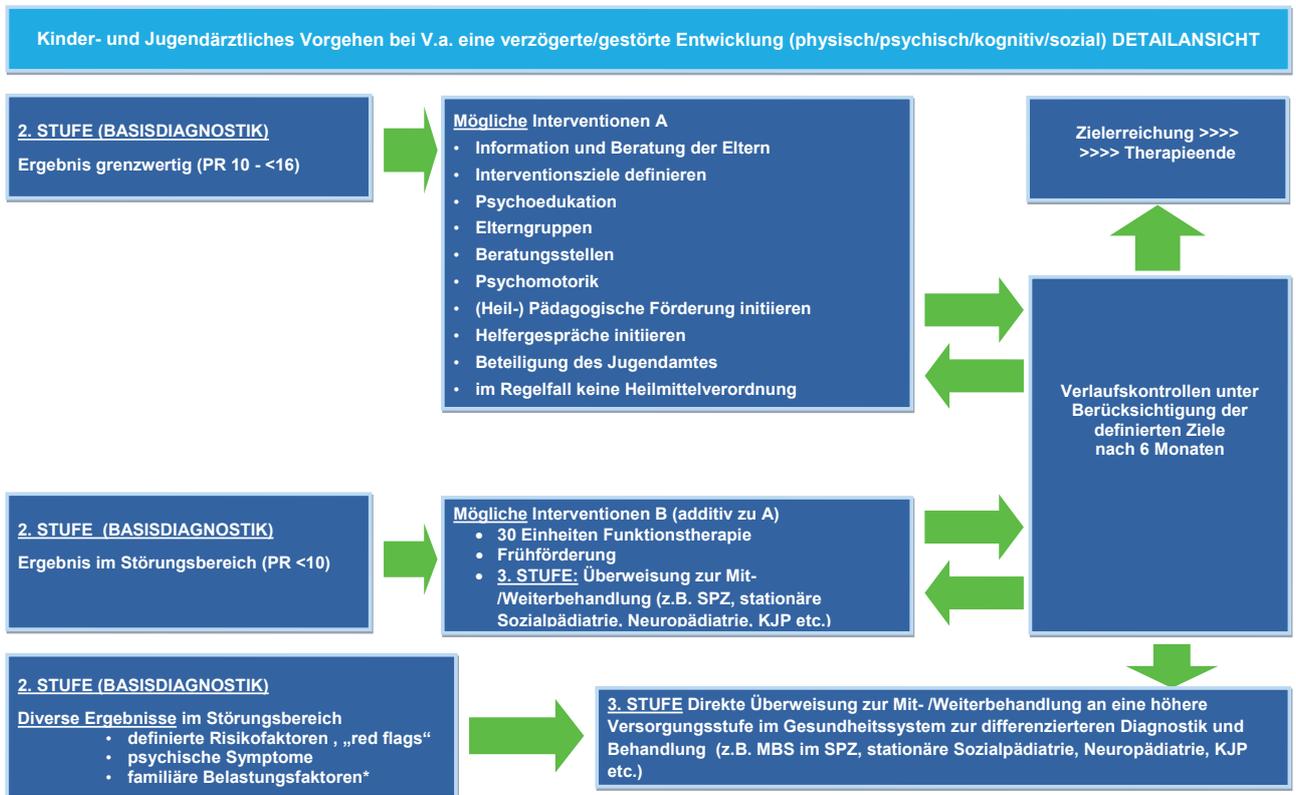


Abbildung 6a zeigt die Übersicht des Algorithmus der Stufendiagnostik. Es wird das Vorgehen der Kinder- und Jugendärzte bei Verdacht auf eine verzögerte oder gestörte Entwicklung des Kindes/Jugendlichen dargestellt.



*Familiäre Belastungen: ICD10 Z60, Z61, Z62, Z63

Abbildung 6b zeigt eine Detailansicht zum Algorithmus der Stufendiagnostik bei unterschiedlichen Ergebnissen der Basisdiagnostik und das Vorgehen der Kinder- und Jugendärzte bei V.a. eine verzögerte bzw. gestörte Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen.

nach den Ziffern 35300-35302 die Abrechnung nach einem 5-Minuten-Raster durchzuführen. Seit 01.10.2013 ist die Abrechnung der Ziffer 04355 und seit 01.01.2015 außerbudgetär der Ziffer 04356 zur sozialpädiatrischen Versorgung bei bestimmten ICD-10-Diagnosen berechnungsfähig.

Wie viele Kinder sind behandlungsbedürftig?

Zur Beantwortung dieser Fragestellung gibt es keine klaren Studienergebnisse. 20-25 % der Kinder und Jugendlichen zeigen im Verlauf ihrer Entwicklung Auffälligkeiten auf der körperlichen, psychischen, sozialen oder emotionalen Ebene (KIGGS-Studie 2006).

Es ist davon auszugehen, dass 60-80 % dieser Auffälligkeiten in der Praxis durch Einsatz eigener Konzepte bzw. einer Heilmittelverordnung oder anderer therapeutischer Ansätze behandelbar sind und keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Schritte benötigen. 20-40 % der Kinder, die in der kinder- und jugend-

ärztlichen Praxis als auffällig diagnostiziert werden (Abb. 6), sollten im weiteren Verlauf einer Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik unterzogen werden. Aus den oben genannten Zahlen ergibt sich, dass 4 -10 % der Kinder und Jugendlichen einer kinder- und jugendärztlichen Praxis eine weitergehende Diagnostik und/ oder auch weitergehende therapeutische Maßnahmen benötigen. Diese große Variationsbreite ist im Wesentlichen unterschiedlichen regionalen Strukturen geschuldet. Kinder- und jugendärztliche Praxen, die eine kleine Risikoklientel haben, dürften eher bei 4-5 %, Praxen mit einem hohen Risikoanteil bei bis zu 10 % und darüber liegen.

Die Umsetzung der Empfehlungen der IVAN-Arbeitsgruppe dürfte im Falle eines Regressverfahrens wegen zu hoher Heilmittelverordnung oder auch anderer veranlasster Kosten eine Abwehr des Regresses erleichtern. Darüber hinaus erweitert die Durchführung der geschilderten Diagnostik das Praxisangebot und führt zur Unabhängigkeit bei der Entscheidung von Therapiebedürftigkeit, was von den Kolle-

ginnen und Kollegen, die dies bereits durchführen, sehr geschätzt wird.

Aus diesen gestuften Maßnahmen resultiert eine Verdichtung der Tätigkeit im SPZ. Dies muss bei der Refinanzierung der SPZ durch Anhebung auf ein angemessenes Finanzniveau berücksichtigt werden.

Literatur beim korrespondierenden Autor.

Das IVAN-Papier wird auf der Homepage: www.DGSPJ.de und beim Berufsverband www.BVKJ.de in elektronischer Form publiziert.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid,
Kinder- und Jugendarzt, Neuropädiatrie, Neonatologie, Allergologie,
Koordinator Arbeitsgruppe IVAN
Vizepräsident BVKJ
Vinzenz-von-Paul-Str. 14
84503 Altötting
praxis@schmid-altoetting.de

Red.: Kup

Das Leser-Forum



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



Gynäkologische Probleme in der Praxis des Kinder- und Jugendarztes

Von Dr. Elke Hammer,
KiJuA (2014), Heft 11, S.619 ff

Obgleich selbst Kinder- und Jugendärztin, wendet sich die Autorin explizit an den „Kinder- und Jugendarzt“. Die Pädiatrie und die Gynäkologie sind heute weiblich, zwei Drittel sind Frauen. „Die Träger der pädiatrischen Zukunft sind die jungen Kolleginnen.“ (Ch. Kupferschmid, KiJuA 2013; Nr.4; S.138).

Einige Bemerkungen und Ergänzungen aus der Praxis:

Zur Vulvovaginitis: Ein Vaginalabstrich gelingt korrekt mit einem Blasenkatheter CH 08, wenn eine Mitarbeiterin (unter Traktion und Separation der Labia majora) die Vulva spreizt. In der Auflistung der sexuell übertragbaren Erreger fehlt Ureaplasma urealyticum. Unter Condylomata acuminata ist sicher deren Erreger Human Papillom Virus (HPV) gemeint. Die Symptompersistenz (Pruritus, Ausfluss, Rötung) der unspezifischen Vulvovaginitis bei präpubertären Mädchen lässt differenzialdiagnostisch eher an Fremd- und Selbstmanipulationen (Sexuellen Missbrauch, Masturbation) als an eine ektope Uretermündung denken; diese wäre sicherlich ab Geburt aufgefallen. Ein vaginaler Fremdkörper verursacht zwangsläufig eine eitrig-vaginitis. Zur Prophylaxe der Infektanfälligkeit der Vulva sollte nicht Estriol-, sondern Estriol-Creme (geringere systemische Wirkung) verwendet werden.

Zum Lichen sclerosus et atrophicus (LSA): Für den Fachbegriff hat die ISSVD (International Society for the Study of Vulva Diseases) den kürzeren Begriff Lichen sclerosus (LS) festgelegt.

Zur „Labiensynechie“: In Anlehnung an Dr. Francesca Navratil, Zürich, sprechen wir heute von einer Vulvasynechie, da die Synechie zwischen den Vulvarändern und nicht den Labia minora ihren Anfang nimmt. Eine Therapie ist nur dann indiziert, wenn eine medizinische Komplikation vorliegt. Im Extremfall reicht die Synechie über das Orificium externum urethrae, so dass der Urin bei der Miktion (analog zum Hymen altus) in die Vagina fließt. Nach meiner Erfahrung ist die behutsame einzei-

tige stumpfe Lösung der Synechie (unter Lokalanästhesie mit Emla Creme) die Therapie der Wahl, die in geübter Hand schmerzfrei ist und selten rezidiert. Durch sanftes Auseinanderdrehen und -ziehen der Vulvaränder mit beiden Daumen lässt sich die Raphe meist schon bei der ersten Konsultation lösen. Die Applikation von estriolhaltiger Creme für zwei Wochen beugt Resynechien vor. Durch die „Methode Q-Tip und Estriol-Creme“, die je nach Literaturangabe ein- bis dreimal täglich über drei bis acht Wochen angewandt wird, sind die Mädchen nach den wiederholten Manipulationen oft so traumatisiert, dass sie weitere Inspektionen kaum noch zulassen. Siehe dazu eine Statistik von Dr. Nikolaus Weissenrieder <http://www.kindergynaekologie.de/fachwissen/korasion/2013/rezidivierende-vulvasynechien/>

Zum sexuellen Missbrauch: Mit zunehmender kindergynäkologischer Erfahrung wächst auch die Wahrnehmung des sexuellen Missbrauchs – eine wahre Herausforderung, sich der Opfer anzunehmen. „Kinderschutzgruppen“ gibt es nicht überall, und die Kontaktaufnahme mit einer Kinderschutzambulanz entbindet nicht von der primären Dokumentationspflicht. Bei offensichtlichsten Fällen ist die korrekte (Foto-) Dokumentation das Wichtigste. Eine Aufnahme des äußeren Genitales ist nur unter Traktion und Separation der Labia majora gerichtsrelevant. Aber die meisten sexuellen Praktiken hinterlassen keine körperlichen Spuren. Suspekt sind rezidivierende Vulvovaginitiden (STD-Erreger?), Koinzidenz mit Harnwegsinfektionen, Dysurie, sekundäre Enuresis, Bauchschmerzen und Verhaltensauffälligkeiten, wenn sich zum Beispiel das Mädchen nicht ausziehen und untersuchen lässt.

Den Kolleginnen und Kollegen fehlt es meist nicht an Faktenwissen, sondern oft an praktischer Kompetenz. Die erste gynäkologische Konsultation ist für das Mädchen ein Leben lang prägend. Eine tragende Basis für die Patientin-Ärztin-Bindung setzt Empathie, Offenheit und viel Zeit voraus. Es braucht sichere Rahmenbedingungen zum Aufbau einer vertrauensvollen Untersuchungsatmosphäre und Fortbildung des Praxisteam. Der Wunsch, in der eigenen Praxis Kinder- und Jugendgynäkologie zu praktizieren, scheitert oft an den fehlenden Angeboten zur Hospitation. Gerade die jungen Kolleginnen wären für dieses Fach prädestiniert.

Weiterbildungsangebote: Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie: www.kindergynaekologie.de

Dr. Maija Gempp, Konstanz
Kinder- und Jugendärztin
dr.maijagempp@yahoo.de

Red.: Kup

Familienministerium mit Service für junge Familien

Frischgebackene Eltern haben viele Fragen: Wann muss die Elternzeit beantragt werden? Wie viel Elterngeld erhält man? Wer berät in Erziehungsfragen? Antworten auf diese und viele andere Fragen bietet das Serviceportal Familien-Wegweiser des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Dort finden junge Familien zuverlässige Informationen zu staatlichen Leistungen und Regelungen. Mit den Rechnern zu Elterngeld und ElterngeldPlus können sie online die mögliche Höhe des zu erwartenden Elterngeldes ermitteln. Die Rubrik „Familie regional“ hilft bei der Suche nach Ansprechpartnern für Unterstützungsleistungen, Betreuung und Beratung vor Ort.

Serviceangebote von A bis Z

Über das Stichwortverzeichnis gelangen Eltern schnell zum gesuchten Thema und zu weiterführenden Links. Das Ser-

viceportal beantwortet rechtliche Fragen und gibt zahlreiche praktische Tipps – von A wie Aufräumen bis Z wie Zähneputzen.

In der Rubrik „Service“ finden Eltern zusätzlich hilfreiche Links, zum Beispiel zu weiteren Online-Rechnern für Familien.

Außerdem ermöglicht der Familien-Wegweiser einen schnellen Zugriff auf wichtige Formulare und Merkblätter für familienpolitische Leistungen.

Mobil und interaktiv

Das Bundesfamilienministerium informiert und unterstützt Eltern und Familien auch mit zahlreichen nützlichen Apps für Smartphones und Tablets. Die Links zu den Apps finden Eltern auf dem Familien-Wegweiser.

Info: www.familien-wegweiser.de

Red: ReH

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

» Familien-Wegweiser.de

Das Serviceportal für Familien

Informationen auf einen Klick

41. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie und 12. Fortbildungsakademie

Kongresspräsident: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Peter Weber

Termin: 23. – 26. April 2015
 Ort: Congress Center Basel, Messeplatz 21, 4058 Basel, SCHWEIZ
 Kontakt: neuropaediatrie@intercongress.de
 Website: www.neuropaediatrie-congress.de/GNP2015

Talente gesucht

Am 25. April findet das Deutsche Down-Sportlerfestival zum 13. Mal in Frankfurt am Main statt. Erstmals werden Talente gesucht, die eine besondere Begabung im Bereich Sport, Musik, Tanz oder Kunst haben. Die Beiträge können ab sofort eingereicht werden. Die Veranstalter freuen sich, wenn Kinder- und Jugendärzte ihre Patienten mit Down-Syndrom zum Mitmachen beim Festival ermutigen.

Mehr als 2.500 Gäste und knapp 600 Sportler aus ganz Deutschland werden zum Deutschen Down-Sportlerfestival erwartet. Damit ist das Festival weltweit die größte und wichtigste Sportveranstaltung für Menschen mit Down-Syndrom.

drom haben oft ganz besondere Talente: Manche sind musikalisch und können ein Instrument spielen. Andere haben eine tolle Stimme, wieder andere begeistern sich für Tanz oder können gut malen oder zeichnen. Auch sportliche Talente wie bei-

Außerdem werden die drei besten Beiträge aus jeder Kategorie (Musik, Kunst, Tanz, Sport) während des 13. Deutschen Down-Sportlerfestivals auf einer Leinwand gezeigt.

Stiftung „FamilienBande“ kümmert sich um Geschwisterkinder

Für die vielen hundert Geschwisterkinder, die Jahr für Jahr ihre Schwester oder ihren Bruder mit Down-Syndrom nach Frankfurt begleiten, gibt es in diesem Jahr wieder eine Geschwisterolympiade. Das Interesse war im vergangenen Jahr so groß, dass das Angebot weiter ausgebaut wird.

Modenschau mit Peyman Amin

Wer einmal die Modenschau mit Peyman Amin, bekannt aus „Germany's next Topmodel“, erlebt hat, bewundert das Selbstbewusstsein und die Selbstverständlichkeit der Menschen mit Down-Syndrom, mit der sie ihre Lieblingskleider und Accessoires vor zweieinhalbtausend Menschen zeigen.

Gleiches gilt für die Musical- und Tanz-Workshops, deren Teilnehmer das Erlernte kurz vor der Siegerehrung aufführen.

300 freiwillige Helfer und hohe Promidichte

Jedes Jahr sind mehr als 300 Helfer dabei, um Sportler und Gäste zu unterstützen. Unterstützung gibt es auch von den zahlreichen Promis wie zum Beispiel Bobby Brederlow, Schauspieler mit Down-Syndrom und Bambi-Preisträger, Susanne Fröhlich, Buchautorin, Regina Hal-mich, Box-Weltmeisterin, und Andy Möller, Fußball-Weltmeister von 1990.

Red: ReH



„Zeig uns Dein Talent“

Neues Highlight 2015 ist der Wettbewerb „Zeig uns Dein Talent“. Denn Menschen mit Down-Syn-

spielsweise Jonglieren, Schwimmen oder Rollschuh- und Eislaufen sind beim Talentwettbewerb gefragt.

Weitere Informationen und Teilnahmebedingungen gibt es unter www.down-sportlerfestival.de. Die Beiträge können ab sofort in Form von Fotos oder Videos eingereicht werden. Alle eingehenden Beiträge werden ab dem Welt-Down-Syndrom-Tag am 21. März 2015 auf diese Homepage zur Abstimmung gestellt. Dort kann jeder seinen Favoriten anklicken.

Der Gewinner wird kostenlos nach Frankfurt am Main eingeladen. Der Veranstalter übernimmt die Kosten für die Unterbringung und für ein Abendessen der Familie (maximal fünf Personen).



Mehr Kinder in Deutschland



(c) katrinaelena - Fotolia

Im Jahr 2013 wurden nach aktuellen Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis) in Deutschland 682 069 Kinder geboren, rund 8 500 Neugeborene mehr als im Vorjahr. Die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau hat sich dagegen kaum verändert. 2013 lag der Bundesdurchschnitt – nach vorläufiger Schätzung – bei 1,41 Kindern je Frau. 2012 waren es 1,40 Kinder je Frau.

Bei 49 Prozent der Neugeborenen handelte es sich um das erste Kind im Leben der Mutter, bei 34 Prozent um das Zweitgeborene, bei elf Prozent um das Drittgeborene und bei lediglich fünf Prozent um das vierte oder weitere Kind. Deutschlands Kinder bleiben also häufig Einzelkinder, allenfalls dürfen sie sich über ein Geschwisterkind freuen. Allerdings zeigen die seit 2009 verfügbaren Angaben zur Geburtenfolge aller Kinder der Mutter auch, dass insbesondere die Entwicklung bei den Zweitgeborenen die gesamte Geburtenzahl positiv beeinflusst hat.

Immer ältere Mütter

Von 2009 bis 2013 stieg das durchschnittliche Alter der Mutter beim ersten Kind um gut sechs Monate und betrug im Jahr 2013 rund 29 Jahre. 55 Prozent aller Frauen, die ihr erstes Kind 2013 be-

kommen haben, gehörten den Jahrgängen 1980 bis 1987 an und waren damit zwischen 26 und 33 Jahren alt. Lediglich drei Prozent der ersten Geburten entfielen auf Frauen im Alter ab 40 Jahren – vom angeblichen Trend zur Mutterschaft ab 40 also keine Spur.

Abstand halten

Trotz des sich fortsetzenden Aufschubs der Familiengründung auf ein höheres Alter blieben von 2009 bis 2013 die mittleren Abstände zwischen den Geburten einer Mutter unverändert. In der Hälfte der Fälle kommt ein zweites Kind innerhalb von 3,3 Jahren nach dem Erstgeborenen zur Welt. Die anderen 50 Prozent der zweitgeborenen Kinder haben einen größeren Abstand zum älteren Geschwisterkind. Die dritten Kinder folgen in der Regel mit einem noch größeren zeitlichen Intervall nach der Geburt des zweiten Kindes. Die Hälfte aller dritten Geburten ereignet sich innerhalb von 3,9 Jahren, die andere Hälfte erfolgt noch später. Da diese Intervalle seit (mindestens) vier Jahren konstant sind, beträgt die geschätzte mittlere Zeitspanne zwischen dem ersten und dem dritten Kind einer Mutter 7,2 Jahre.

Red: ReH

Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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



Infos und Hilfe für behinderte Kinder und ihre Familien



Bundesverband
Herzkrank
Kinder e.V.

Bundesverband Herzkrank Kinder e. V. mit neuen Broschüren

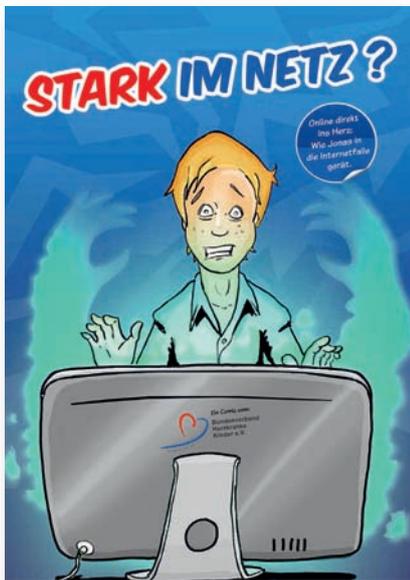
Welche Schule ist die richtige für mein behindertes Kind? Welche Berufe kann es später einmal ausüben? Wie gehen wir vor, wenn es wegen seiner Behinderung gemobbt wird?

Eltern mit behinderten Kindern fühlen sich im Alltag, wenn sie wichtige Entscheidungen für ihr Kind treffen müssen, oft hilflos und allein gelassen mit ihren Problemen. Insbesondere wenn es um Probleme mit den modernen Medien oder um Fragen zu Schule und Berufsfindung geht, wo oft Weichen für das ganze weitere Leben gestellt werden. Der „Bundesverband Herzkrank Kinder“ will Eltern und Kindern helfen, den Alltag besser zu meistern und wichtige Entscheidungen gut informiert zu treffen. Dazu hat er nun gleich mehrere Broschüren herausgegeben.

Herzkrank in der Schule

Die Broschüre „Herzkrank Kinder in der Schule“ wurde aufgrund der UN-Behindertenrechtskonvention und der Forderung nach Inklusion behinderter Menschen überarbeitet und neu aufgelegt. Die Umsetzung der Inklusion verläuft sehr holprig und mit großen regionalen Unterschieden. Lehrer, Regelschulen, Förderschulen, aber

vor allem die Familien sind stark verunsichert und fühlen sich überfordert und ausgeliefert. Die Broschüre bietet den Familien wichtige Informationen über Hilfsmöglichkeiten und Förderangebote der unterschiedlichen Schulformen. Sie ist in drei Teile gegliedert: für Lehrpersonal, für Eltern und für die Jugendlichen selbst.



Stark im Netz

Der Comic „Stark im Netz“ klärt Kinder und Jugendliche am Beispiel der Hauptperson Jonas in leicht verständlicher Sprache über Chancen und Risiken der „Social Media“ auf. Facebook, Whatsapp & Co. bieten gerade für Kinder und Jugendliche mit angeborenen Herzfehlern (AHF) viele Möglichkeiten zu kommunizieren. Ohne die digitale Vernetzung fühlen sich die Teenies abgehängt oder gar ausgegrenzt. Allzu schnell gelangen so jedoch unüberlegt oder ungewollt „gepostete“, sehr persönliche Informationen oder Fotos an falsche Empfänger. Daraus entwickelt sich



Herzkrank Kinder in der Schule

Infobroschüre für Lehrer, Eltern und Kinder



BUNDESVERBAND
HERZKRANKE
KINDER E.V.

schnell Internet-Mobbing (Cyberbullying). Deshalb müssen gerade herzkrank Kinder sehr genau informiert sein, was sie von sich preisgeben, welche Gefahren sie kennen müssen und dass sie ein Recht auf „Nein-sagen“ haben.

Info:

Die Broschüren gibt's per Post gegen Briefmarken im Wert von 1,45 € beim:

Bundesverband Herzkrank Kinder e.V. (BVHK)
Kasinostr. 66
52066 Aachen
Tel. 0241-912332
e-mail: bvhk-aachen@t-online.de
www.bvhk.de

oder als Download unter www.bvhk.de.

Red: ReH

Immer weniger Schwangerschaftsabbrüche

In Deutschland werden immer weniger Kinder abgetrieben, meldet das Statistische Bundesamt. Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nahm im dritten Vierteljahr 2014 gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum um 2,4 Prozent ab auf rund 23 900.

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

96 Prozent der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche wurden nach der Beratungsregelung vorgenommen. Medizinische und kriminologische Indikationen waren in vier Prozent der Fälle die Begründung für den Abbruch. Die meisten Schwangerschaftsabbrüche (67 Prozent) wurden mit der Absaugmethode (Vakuumsaspiration) durchgeführt, bei 18 Prozent wurde das Mittel Mife-gyne® verwendet. Die Eingriffe erfolgten überwiegend ambulant – rund 78 Prozent in gynäkologischen Praxen und 19 Prozent ambulant im Krankenhaus. Sieben Prozent der Frauen ließen den Eingriff in einem Bundesland vornehmen, in dem sie nicht wohnen.

Red: ReH

„Kalendrina“ – Mädchenkalender für Mädchen mit Behinderungen jetzt auch digital

„Kalendrina“, ein in dieser Form einzigartiger Mädchenkalender von Mädchen mit und ohne Behinderung, geht online: Ab sofort gibt es nun auch im Internet unter www.kalendrina.de eine Plattform, die Mädchen mit Behinderung zu allen Fragen ihres Lebens durch das Jahr begleitet und somit die gedruckte „Kalendrina“ multimedial erweitert. Seit zwölf Jahren gestalten Mädchen im Alter von elf bis 17



Jahren den vom NRW-Emanzipationsministerium geförderten Mädchenkalender.

Mit der ‚Kalendrina-Online‘ soll neben einer Informationsplattform ein geschützter Raum entstehen, in dem sich junge Mädchen mit und ohne Behinderung zu Alltagsproblemen und Wünschen, aber auch zu intimen Fragen austauschen können.

Die „Kalendrina“ als Produkt von Mädchen für Mädchen ist in dieser Form ein-

zigartig und zeigt die vielfältigen Sichtweisen zum Thema „Mädchen sein“. Durch das Konzept der Partizipation ist sichergestellt, dass die Themenauswahl die tatsächlichen Interessen der Zielgruppe trifft.

Träger des Projektes „Kalendrina-Online“ ist der Behinderten- und Rehabilitationssportverband Nordrhein-Westfalen (BRSNW). Gefördert wurde das Projekt vom nordrhein-westfälischen Emanzipationsministerium.

Red.: ReH

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

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

(02 21) 6 89 09 21.



Pyelonephritis im frühen Kindesalter – Therapie und Prophylaxe



Priv.-Doz.
Dr. Rolf Beetz

Eine größere Aufmerksamkeit für Harnwegsinfektionen im Säuglings- und Kleinkindesalter bei Kinderärzten, die Verfügbarkeit neuer Medikamente und teils überraschende Studienergebnisse haben in den letzten Jahrzehnten zu einer Optimierung therapeutischer und prophylaktischer Strategien geführt. Zunehmende Erreger-Resistenzen gegenüber einzelnen Antibiotika, unter anderem auch die steigende Inzidenz von MRGN bzw. ESBL-Erregern, zwingen zunehmend zur Anpassung der Therapie an neue Bedingungen. Die kalkulierte Therapie fieberhafter Harnwegsinfektionen im Säuglings- und Kindesalter orientiert sich an der Erregerwahrscheinlichkeit und an der aktuellen regionalen Resistenzsituation. Die Anlage einer Urinkultur erlaubt die resistenzgerechte Weiterbehandlung. Während im frühen Säuglingsalter die parenterale Behandlung empfohlen wird, ist die orale Applikation eines Cephalosporins der Gruppe 3 bei unkomplizierten Pyelonephritiden jenseits des frühen Säuglingsalters angemessen. Bei hohem Rezidiv- und Schädigungsrisiko kann nach sorgfältiger Abwägung eine antibakterielle Langzeit-Infektionsprophylaxe sinnvoll sein. Zu den Risikofaktoren gehören ein höhergradiger vesikorenaler Reflux (VUR) und häufig rezidivierende Pyelonephritiden.

Einleitung

Die ersten beiden Lebensjahre sind ein Prädispositionsalter für erste Harnwegsinfektionen (HWI) bei Kindern. Wegen ihrer oft unspezifischen Symptomatik und den Schwierigkeiten bei der Uringewinnung in dieser Altersstufe wird die Diagnose nicht selten verzögert gestellt. In den letzten Jahrzehnten ließ sich jedoch vielerorts eine Erhöhung der Detektionsrate beobachten. So zeigte die Auswertung einer nationalen Datenbank in Kalifornien für Säuglinge und Kleinkinder im ersten Lebensjahr zwischen 1985 und 2005 eine fast neunfache Zunahme der jährlichen stationären Aufnahmeeraten wegen Pyelonephritis von initial 28/100.000 auf 238/100.000. Eine naheliegende Erklärung für diesen Trend dürfte die zunehmende Aufmerksamkeit der Kinderärzte und eine frühzeitigere Urindiagnostik bei fieberhaften Erkrankungen sein.

Eine frühzeitige antibakterielle Therapie bei Pyelonephritis gilt als wirksamste Maßnahme zur Verhinderung pyelonephritischer Narben. Tierexperimentelle und klinische Daten sprechen dafür, dass mit jedem Tag einer Therapieverzögerung das Risiko einer irreversiblen Parenchymschädigung wächst (1, 2).

Verdacht auf Pyelonephritis: Kalkulierte und risikoadaptierte Therapie

Meist erfordert eine akute, fieberhafte Harnwegsinfektion eine antibakterielle Therapie, bevor der Erreger bekannt ist und das Ergebnis der Resistenztestung vorliegt. Die Antibiotikaauswahl erfolgt daher kalkuliert nach der größten Erreger-Wahrscheinlichkeit. Vor Ein-

leitung der Therapie muss eine Urinkultur (bei hochfieberhaften Infektionen vor allem im Säuglingsalter auch eine Blutkultur) abgenommen werden, um ggfs. die Therapie entsprechend dem Kultur- und Resistenzergebnis später modifizieren zu können.

In der Praxis wird jedoch nicht selten auf eine Urinuntersuchung verzichtet. Im Rahmen des „Urologic Disease in America Project“ untersuchte eine kalifornische Autorengruppe anhand der Patienten-Dateien einer USA-weiten Versicherungs-Datenbank die Versorgungspraxis bei Harnwegsinfektionen (HWI) aus den Jahren 2002 bis 2007 (3). Die Daten von über 40.000 HWI-Episoden bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-18 Jahren, bei denen anhand der dokumentierten ICD-Codes die Diagnose einer HWI gestellt und eine antibakterielle Therapie eingeleitet worden war, wurden in die retrospektive Populationsstudie eingeschlossen. Eine Urinuntersuchung zur Sicherung der Verdachtsdiagnose „HWI“ erfolgte bei 76%, eine Urinkultur bei lediglich 57% dieser Kinder. Im Säuglings- und Kleinkindesalter (< 2 Jahren) wurde sogar in 32% der Fälle weder ein Urinuntersuchung, noch eine Urinkultur vor Einleitung der antibakteriellen Therapie veranlasst! Für das Säuglings- und Kleinkindesalter fordern die aktuellen Leitlinien der American Academy of Pediatrics zur Diagnosestellung einer Harnwegsinfektion sowohl die Urindiagnostik, als auch eine mikrobiologische Urinkultur. Insofern sind die zitierten Studienergebnisse in dieser Altersgruppe ernüchternd. Ein gewisser Trost liegt in der Tatsache, dass sich am ehesten noch Kinderärzte an die Leitlinien-Empfehlungen hielten.

Der Verzicht auf die mikrobiologische Diagnostik ist

im Säuglings- und Kleinkindalter beim klinischen Verdacht auf eine Pyelonephritis problematisch. In dieser Altersgruppe sind „non-E.coli-Keime“ (z.B. Enterokokken) häufiger, die z.B. auf eine orale Cephalosporin-Therapie nicht ansprechen. Zudem setzt die Fehldiagnose einer HWI unter Umständen eine Kaskade unnötiger weiterführender diagnostischer Maßnahmen (z.B. Sonographie, Miktionszystourethrogramm, ggfs. sogar eine operative Refluxkorrektur) in Gang.

Zystitis oder Pyelonephritis?

Die Differenzierung zwischen Pyelonephritis und Zystitis ist ein altes Problem bei Harnwegsinfektionen im frühen Kindesalter. Nicht nur die Symptomatik ist unspezifisch – die üblichen Inflammationsparameter lassen auch keine sichere Höhenlokalisation zu (Tab.1).

Für die alltägliche Praxis hat sich die gemeinsame Beurteilung von Leukozytenzahl und CRP im Blut zusammen mit der klinischen Symptomatik und der Sonographie bewährt (Tab.1), wenngleich diese Parameter den Nachteil einer relativ geringen Spezifität haben (4). Als Goldstandard zur Diagnose einer Pyelonephritis, insbesondere im Zusammenhang mit wissenschaftlichen Fragestellungen, gilt die DMSA-Szintigraphie. Sie ist ein statisches nuklearmedizinisches Untersuchungsverfahren, mit dem entzündungsbedingte Perfusions- und Funktionsausfälle im Nierenparenchym diagnostiziert werden können. Eine etwas geringere Sensitivität und Spezifität besitzt die farbkodierte Power-Doppler-Sonographie. In letzter Zeit erhält Procalcitonin eine zunehmende Bedeutung als Serum-Marker für eine Pyelonephritis (5).

Das Erregerspektrum ist von verschiedenen Bedingungen abhängig

Wie im Erwachsenenalter, so sind auch im Kindesalter in der Mehrzahl der Fälle uropathogene Stämme von *Escherichia coli* für die erste symptomatische HWI verantwortlich. Bei Säuglingen finden sich allerdings häufiger als in der weiteren Kindheit Non-E.coli-Erreger, z.B. Enterokokken (6). Da es bei männlichen Säuglingen nicht selten zu einer Besiedlung des Präputiums mit *Proteus mirabilis* kommt, sind bei ihnen Harnwegsinfektionen mit *Proteus*-Spezies eher zu erwarten als bei Mädchen. Auch bei vorbestehenden Anomalien oder Funktionsstörungen des Harntrakts, nach vorangegangener Harnwegsinfektion und unter antibakterieller Infektionsprophylaxe ist häufiger mit Non-E.coli-Keimen (z.B. *Pseudomonas*, *Proteus*, Klebsiellen) zu rechnen. Dies gilt insbesondere auch für nosokomiale Harnwegsinfektionen.

Zunahme von Antibiotikaresistenzen uropathogener Erreger

Die Antibiotikaempfindlichkeit der Erreger ist abhängig von der natürlichen Resistenz und der aktuellen Resistenzlage, die von Region zu Region sehr unterschiedlich sein kann und Veränderungen unterliegt. Dies hat

Konsequenzen für die kalkulierte Therapie bei symptomatischen HWI. Die Resistenzrate von *E.coli* gegenüber Ampicillin hat in den letzten 20 Jahren vielerorts bis über 50% deutlich zugenommen. Ampicillin oder Amoxicillin gelten für die kalkulierte Monotherapie bei Pyelonephritis daher heute als obsolet. Eine ähnliche Tendenz zeichnet sich international in zahlreichen Studien an Kindern auch bei Cotrimoxazol beziehungsweise Trimethoprim ab. Trimethoprim oder Cotrimoxazol zur kalkulierten Therapie einer Pyelonephritis sollte lediglich in solchen Regionen angewendet werden, in denen die Resistenzrate von *E. coli* deutlich unter 20% liegt. In Europa scheint dies vielerorts nicht mehr der Fall zu sein. Mit resistenten uropathogenen Keimen ist vor allem nach einer antibakteriellen Therapie oder bei „Durchbruchinfektionen“ unter einer antibakteriellen Langzeitprophylaxe zu rechnen (7).

Der Anteil ESBL (Extended Spectrum β -Lactamase)-produzierenden Bakterien nimmt auch bei Harnwegsinfektionen im Kindesalter zu (8). Er hat in verschiedenen Regionen 1-4 % erreicht. Während eine ganze Reihe prädisponierender Faktoren für die Entwicklung einer HWI durch ESBL-Erreger (z.B. rezidivierende HWI, kürzlicher Krankenhausaufenthalt, vorausgegangene antibakterielle Therapie oder Prophylaxe, insbesondere mit Cephalosporinen) existieren, scheinen sich klinischer Verlauf und Outcome wenig von Infektionen mit „gewöhnlichen“ Keimen zu unterscheiden (9-12).

Tabelle 1:
Laborchemische und klinische Parameter, die in der Praxis häufig zur Höhenlokalisation der HWI eingesetzt werden *

	Pyelonephritis wahrscheinlich	Pyelonephritis weniger wahrscheinlich
CRP (C-reaktives Protein)	> 20 mg/l	< 20 mg/l
Procalcitonin ¹	< 0,5 ng/ml	> 0,5 ng/ml
Fieber	> 38,5°C	< 38,5°C
Leukozytose und Linksverschiebung	vorhanden	nicht vorhanden
Leukozytenzylinder	beweisend für Pyelonephritis	-
Nierenvolumen	Vergrößerung (sonographisch > 2 Standard- abweichungen)	keine Vergrößerung
Perfusionsausfälle im DMSA-Scan ²	Vorhanden	Nicht vorhanden

*Voraussetzung für die Diagnose HWI ist ein eindeutiger Befund in der Urinkultur

¹ Procalcitonin gilt heute als einer der sensitivsten inflammatorischen Labor-Parameter für die Diagnose einer Pyelonephritis

² Goldstandard für die Diagnose einer Pyelonephritis ist derzeit der DMSA-Scan, dessen Einsatz in der Primärdiagnostik jedoch nicht empfohlen werden kann (13)

Die Veranlassung einer Urinkultur vor Therapieeinleitung ist nicht zuletzt aufgrund der wachsenden Antibiotikaresistenz gerade im Säuglings- und Kleinkindalter unerlässlich!

Parenterale oder orale Therapie?

Im August 2011 wurde die aktuelle Guideline der American Academy of Pediatrics (AAP) zur Diagnostik und Therapie von Harnwegsinfektionen im Kindesalter veröffentlicht (13). Bewusst beschränkte sich das Subkomitee auf die Altersgruppe der 2 Monate bis 2 Jahre alten Säuglinge und Kleinkinder und auf die Erkennung, Diagnose und Therapie der ersten fieberhaften Harnwegsinfektion. Nachdem in den letzten zehn Jahren mehrere Studien eine Gleichwertigkeit der oralen antibakteriellen Therapie gegenüber der intravenösen Behandlung nachweisen konnten (14-16), überlässt die neue AAP-Leitlinie die Entscheidung über die Applikationsform ganz dem behandelnden Arzt nach „praktischen Erwägungen“. Sie werden leider nicht weiter ausgeführt; man darf jedoch vermuten, dass elterliche Compliance, Notwendigkeit einer stationären Behandlung (aus welchen Gründen auch immer) und organisatorische Gegebenheiten eine Rolle spielen. Empfohlen wird ausdrücklich, bei septischem Krankheitsbild und vor allem dann, wenn eine zuverlässige orale Aufnahme nicht möglich ist, eine parenterale Behandlung einzuleiten, die baldmöglichst auf eine orale Therapie umgestellt werden sollte. Weithin akzeptierte Indikationen zur initial parenteralen Therapie sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Stationäre oder ambulante Behandlung?

Eine angemessene Überwachung, medizinische Betreuung und gegebenenfalls rasche Umstellung einer Therapie müssen bei der Behandlung einer Pyelonephritis garantiert sein. Inwieweit dies alles bei rein ambulanter Behandlung im Säuglings- und Kleinkindesalter immer zu gewährleisten ist, sei dahingestellt (18). Wird die Entscheidung zur ambulanten Behandlung gefällt, so sollte sonographisch eine relevante Harntransportstörung, Nierenfehlbildung und Urolithiasis ausgeschlossen worden sein.

Tabelle 2:

Indikationen zur parenteralen antibakteriellen Therapie

- Neugeborene
- Junger Säugling (<3 Lebensmonate)
- Klinischer Verdacht auf Urosepsis
- Deutliche Beeinträchtigung des AZ
- Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsverweigerung
- Erbrechen, Durchfall
- Non-Compliance
- Komplizierte Pyelonephritis (z. B. bei Harnwegsobstruktion, Urolithiasis etc.)

Eine Klinikeinweisung wird in aktuellen Leitlinien insbesondere dann als notwendig erachtet, wenn das Kind weniger als drei Monate alt, schwerkrank oder dehydriert ist, bei Non-Compliance oder auch bei mehr als 72 Stunden anhaltendem Fieber trotz resistenzgerechter Therapie(19, 20).

Therapiedauer

Angesichts der aktuellen Studienlage fasst die Leitlinienkommission der AAP ihre Empfehlung für die Dauer der Therapie bei Kindern zwischen 2 Monaten und 2 Jahren mit 7–14 Tagen recht weit; die britischen NICE-Guidelines und eine aktuelle italienische Leitlinie legten sich demgegenüber auf 10 Tage fest (19, 20). Auch für Säuglinge unter 2-3 Monaten wird im Allgemeinen eine intravenöse antibakterielle Breitspektrum-Therapie für mindestens 3 Tage, gefolgt von einer oralen Behandlung gemäß Resistogramm bei einer Gesamt-Therapiedauer von 7-14 Tagen, empfohlen. In einer retrospektiven Studie für Säuglinge unter 6 Monaten ließ sich kürzlich zeigen, dass bei einer durchschnittlichen parenteralen Therapiedauer von ≤ 3 Tagen, gefolgt von oraler Behandlung, kein häufigeres Therapieversagen auftrat als bei einer initialen intravenösen Therapiedauer ≥ 4 Tagen(21). Für das frühe Säuglingsalter (<3 Monate) existieren bis heute keine evidenzbasierten Empfehlungen zur optimalen Behandlungsdauer.

Geeignete Antibiotika

Zur antibakteriellen oralen und parenteralen Therapie stehen heute zahlreiche geeignete Substanzen zur Verfügung (Tab.3). Die Wahl des Antibiotikums soll nach aktuellen AAP-Leitlinien die regionalen Resistenzverhältnisse (falls verfügbar) berücksichtigen; sie ist entsprechend dem Resistenzmuster des isolierten Uropathogens gegebenenfalls anzupassen (17).

Im Erwachsenenalter sind Fluorchinolone wie Ciprofloxacin heute Mittel der ersten Wahl zur oralen Therapie unkomplizierter Pyelonephritiden(22). Im Kindesalter ist Ciprofloxacin in Deutschland ausdrücklich für die Behandlung komplizierter HWI ab dem zweiten Lebensalter zugelassen. Laut aktueller deutscher Fachinformation „sollte eine Behandlung von Harnwegsinfektionen mit Ciprofloxacin in Betracht gezogen werden, wenn andere Behandlungen nicht in Frage kommen, und beruhend auf den Ergebnissen mikrobiologischer Tests“. Die früheren restriktiven Zulassungsbeschränkungen für Kinder angesichts des damals befürchteten Risikos von Arthropathien existieren heute nicht mehr. An den klinischen Sicherheit-Studien nahmen allerdings Kinder und Jugendliche im Alter von 1–17 Jahren teil, sodass sich die ausdrückliche Zulassung auf diese Altersperiode beschränkt.

Die American Academy of Pediatrics (AAP) empfiehlt, den Einsatz von Fluoroquinolonen (z.B.Ciprofloxacin) auf Infektionen durch *Pseudomonas aeruginosa* oder multiresistente gramnegative Keime zu beschrän-

ken, bei denen eine parenterale Therapie nicht möglich und kein anderes orales Antibiotikum einsetzbar ist (23).

Antibakterielle Therapie der Pyelonephritis bei Neugeborenen und jungen Säuglingen

Bei neonataler symptomatischer Harnwegsinfektion ist eine parenterale antibakterielle Therapie nicht zuletzt wegen der hohen Inzidenz einer Bakteriämie bzw. Urosepsis in dieser Altersstufe selbstverständlich. Die intravenöse Kombinationsbehandlung mit Ampicillin und einem Aminoglykosid (Tobramycin, Gentamicin) oder mit einem Cephalosporin der Gruppe 3 bringt in dieser

Altersstufe eine große therapeutische Treffsicherheit gegen übliche uropathogene Bakterien. Ein wichtiges Argument für Ampicillin in der Kombinationstherapie ist die „Enterokokkenlücke“ des Kombinationspartners, die durch Ampicillin geschlossen wird (Tab.4).

Unkomplizierte Pyelonephritis jenseits des frühen Säuglingsalters

Bei unkomplizierter Pyelonephritis jenseits des frühen Säuglingsalters zeigte sich in verschiedenen Studien die ausschließliche orale Therapie mit einem Cephalosporin der Gruppe 3 (z.B. Cefixim, Cefitibuten) oder

Tabelle 3:
Auswahl gebräuchlicher Antiinfektiva zur Therapie der Pyelonephritis bei Säuglingen und Kleinkindern* (modifiziert nach (52), (53))

Chemotherapeutikum (Beispiele)	Tagesdosis	Applikation	Bemerkungen
Parenterale Cephalosporine Gruppe 3a, z.B. Cefotaxim	100-200 mg/kgKG	i.v. in 2-3 ED	
Gruppe 3b, z.B. Ceftazidim	100-150 mg/kgKG	i.v. in 2-3 ED	
Oral-Cephalosporine Gruppe 3, z.B. Cefitibuten	9 mg/kgKG	p.o. in 1-2 ED	Für die kalkulierte orale Monotherapie bei unkomplizierter Pyelonephritis im späten Säuglings- und im Kleinkindesalter geeignet
Gruppe 3, z. B. Cefixim	8-12 mg/kgKG	p.o. in 1-2 ED	
Gruppe 3, z.B. Cefpodoximproxetil	8-10 mg/kgKG	p.o. in 2 ED	
Gruppe 2, z. B. Cefuroximaxetil	20-30 mg/kgKG	p.o. in 3 ED	
Trimethoprim oder Trimethoprim/Sulfamethoxazol	5-6 mg/kgKG 5-6 mg/kgKG (TMP-Anteil)	p.o. in 2 ED p.o. in 2 ED	im Alter < 6 Wochen nicht zugelassen. Bei bekannter Erregerempfindlichkeit einsetzbar
Ampicillin	100-200 (-300) mg/kgKG	i.v. in 3 ED	Ampicillin und Amoxicillin für die kalkulierte Monotherapie nicht geeignet
Amoxicillin	50-90 mg/kgKG	p.o. in 2-3 ED ¹	
Amoxicillin/Clavulansäure (parenteral)	60-100 mg/kgKG	i.v. in 3 ED	
Amoxicillin/Clavulansäure (oral) [4:1-Formulierung]	45-60 mg/kgKG (Amoxicillin-Anteil)	p.o. in 3 ED	
Tobramycin	5 mg/kgKG	i.v. in 1 ED	In Kombination mit Ampicillin zur kalkulierten parenteralen Therapie der Pyelonephritis. Drug-monitoring erforderlich
Gentamicin	5 mg/kgKG	i.v. in 1 ED	
Ciprofloxacin	Kinder ab 2.Jj.: 20-30 mg/kgKG (parenteral) Kinder ab 2.Lj.: Jahr 30-40 mg/kgKG (oral)	i.v. in 2-3 ED p.o. in 2 ED	als Zweit- und Drittlinientherapie von komplizierten HWI und Pyelonephritiden ab 2.Lj..
Meropenem	Kinder ab 3 Monate: 60 mg/kgKG	i.v. in 3 ED	Bei MRGN / ESBL

¹ Säugl. 2 ED, Kinder 1-12 J. 3 ED

Tabelle 4:

Empfehlung zur kalkulierten antibakteriellen Therapie einer Pyelonephritis in Abhängigkeit von Alter und Schweregrad.

Erkrankung	Therapievor-schlag	Applikation	Gesamte Therapie-Dauer
Pyelonephritis in den ersten 3 Lebensmonaten	Ceftazidim + Ampicillin oder Aminoglycosid + Ampicillin	3 (-7) Tage parenteral, bis mindestens 2 Tage nach Entfieberung, dann orale Therapie ¹	10 (-14) Tage
unkomplizierte Pyelonephritis jenseits des frühen Säuglingsalters	Cephalosporin Gruppe 3	oral (initial ggf. parenteral)	(7-)10 Tage
komplizierte Pyelonephritis	Ceftazidim + Ampicillinoder Aminoglycosid + Ampicillin	initial parenteral, dann ggf. orale Therapie ¹	mindestens 10-14 Tage

¹ nach Erhalt der Resistenztestung ggf. Anpassung der Therapie und Umstellung auf orale Behandlung

Amoxicillin/Clavulansäure der üblichen 2-4 tägigen intravenösen Therapie mit nachfolgender oraler Behandlung ebenbürtig. Dies gilt sowohl für die Dauer des Fiebers, als auch für die Inzidenz persistierender Parenchymnarben nach überstandener Infektion (14-16, 24). Bei unkomplizierten Pyelonephritiden im späten Säuglings- und Kleinkindesalter kann daher nach sorgfältiger Abwägung die antibakterielle Behandlung mit einem Oral-Cephalosporin der Gruppe 3 erfolgen, sofern eine gute Compliance zu erwarten und die ärztliche Überwachung der Therapie gewährleistet ist (Tab.4) (25).

Komplizierte Pyelonephritis

Als kompliziert werden Pyelonephritiden bei Nierenfehlbildung, Harntraktfehlbildung, dilatierendem vesikorenalem Reflux, obstruktiven Uropathien, Urolithiasis, neurogener Blasenfunktionsstörung, Immundefizienz, Diabetes mellitus, Fremdkörpern (z.B. transurethralem Katheter), Niereninsuffizienz oder Zustand nach Nierentransplantation bezeichnet. Bei komplizierten Pyelonephritiden muss häufiger mit Non-E.coli – Keimen wie *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* spp., Indol-pos. *Proteus* spp., *Pseudomonas aeruginosa*, Enterokokken und Staphylokokken gerechnet werden. Eine initiale parenterale antibakterielle Breitspektrum-Therapie ist hier der oralen Behandlung vorzuziehen. Bei ausgeprägten Harntransportstörungen ist unter Umständen eine passagere perkutane Harnableitung (perkutane Nephrostomie) erforderlich. Eine passagere Entlastung der Blase durch einen transurethralen Blasenverweilkatheter oder eine suprapubische Zystostomie ist bei funktioneller infravesikaler Obstruktion (z.B. bei neurogener Blasenentleerungsstörung) zu erwägen.

Prophylaxe

Bei einer Pyelonephritis im Säuglings- und Kindesalter stellen rasche Diagnose und unverzügliche Therapie

eine wirksame Vorbeugung gegenüber Nierenparenchymdefekten dar. Mit einem Rezidiv muss bei einem Drittel der Kinder gerechnet werden (26). Die Empfänglichkeit für ein Rezidiv ist in den ersten zwei bis drei Monaten nach einer Harnwegsinfektion am größten und korreliert direkt mit der Zahl vorangegangener Infektionen (27). Je länger das Infektions-freie Intervall ist, desto geringer wird die Wahrscheinlichkeit für ein weiteres Rezidiv (27, 28).

Bei hohem Rezidiv- und Schädigungsrisiko kann nach sorgfältiger Abwägung eine antibakterielle Langzeit-Infektionsprophylaxe sinnvoll sein. Zu den Risikokindern gehören u.a. Säuglinge und Kleinkinder mit höhergradigem vesiko-ureteralem Reflux (VUR) und mit häufig rezidivierenden Pyelonephritiden.

Obwohl seit Jahrzehnten in der Praxis eingesetzt, wurde die Effektivität einer antibakteriellen Langzeit-Infektionsprophylaxe zunehmend angezweifelt (29-32). In den zurückliegenden fünf Jahren wurden drei Aufsehen erregende multizentrische Studien in Schweden, Australien und den USA publiziert, die nun doch einen eindeutigen Einfluss der antibakteriellen Infektionsprophylaxe auf die Häufigkeit symptomatischer Harnwegsinfektionen nachweisen und damit den Einsatz einer antibakteriellen Prophylaxe in ausgewählten Fällen mit hoher Prädisposition rechtfertigen(33-35):

In der *schwedischen Refluxstudie* konnte für Kinder mit VUR Grad III und IV ein eindeutiger Benefit der antibakteriellen Infektionsprophylaxe nachgewiesen werden. Bei der Studienpopulation handelte es sich um Kinder im Alter von 1-2 Lebensjahren(34). In 96% der Fälle war der vesikorenale Reflux (VUR) im Anschluss an eine Harnwegsinfektion (HWI) diagnostiziert worden. Drei Therapieformen wurden verglichen:

- 1) antibakterielle Infektionsprophylaxe,
- 2) frühe Akuttherapie bei HWI-Rezidiven ohne Prophylaxe und
- 3) frühzeitige endoskopische Refluxkorrektur (subureterale Deflux®-Unterspritzung) (22-26).

Während des 2-Jahres-Follow up hatten 24 % aller Kinder ein- oder mehrere fieberhafte HWI-Rezidive. Zwischen den Behandlungsgruppen bestanden hinsichtlich der Rezidivrate signifikante Unterschiede: unter antibakterieller Prophylaxe kam es in 19 %, nach endoskopischer Refluxkorrektur in 23 % und unter reiner Beobachtung in 57 % der Fälle zu einem Rezidiv. Unter reiner Beobachtung traten bei Mädchen mit VUR Grad III und IV trotz frühzeitiger Akuttherapie von fieberhaften Rezidiven in mehreren Fällen neue Parenchymdefekte auf, die unter Prophylaxe nicht beobachtet wurden (36).

Die australische prospektive, multizentrische *PRI-VENT-Studie* prüfte den Einfluss einer antibakteriellen Infektionsprophylaxe auf die Häufigkeit von Rezidiven bei Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 17 Jahren, bei denen zuvor mindestens eine Harnwegsinfektion nachgewiesen worden war (33). In der Behandlungsgruppe erlitten 13 % der Kinder eine symptomatische HWI, während in der Placebo-Gruppe bei 19 % der Patienten eine HWI auftrat. Diese Reduktion des Infektionsrisikos durch die Prophylaxe um 6 %-Punkte war unabhängig von Alter, Geschlecht, Zahl vorangegangener HWI und Reflux-Status. Die „number needed to treat“ war 14. Kinder, die vor Einschluss in die Studie eine HWI mit TMP/SMZ-resistenten Keimen aufgewiesen hatten, schienen nicht von der Prophylaxe mit diesem Präparat zu profitieren. Diese Aussage ist durchaus relevant – sie bedeutet, dass in einer solchen Situation ein alternatives Präparat (z.B. Nitrofurantoin) zur Prophylaxe gewählt werden sollte.

In die US-amerikanische multizentrische, randomisierte, Placebo-kontrollierte *RIVUR-Studie*, einer Doppelblindstudie, wurden über sechshundert Kinder (über 90% Mädchen) mit vesikoureteralem Reflux (VUR) Grad I-IV (Altersmedian 12 Monate) aus 19 US-amerikanischen Zentren eingeschlossen (35). Der VUR war bei all diesen Kindern nach einer ersten oder zweiten fieberhaften bzw. symptomatischen Harnwegsinfektion (HWI) diagnostiziert worden. Die Verumgruppe erhielt Trimethoprim/Sulfamethoxazol, die Kontrollgruppe ein Placebo. Während der zweijährigen Beobachtungszeit entwickelten 111 Kinder insgesamt 171 HWI-Rezidive. 72% (80/111) der ersten Rezidive waren fieberhaft. Kinder mit VUR Grad III-IV wiesen eine höhere Rezidivrate auf als Kinder mit VUR Grad I oder II (22,9% vs 14,3%, $p=0.003$). Unter antibakterieller Prophylaxe entwickelten 39 von 302 Kindern (13%) HWI-Rezidive, während in der Placebogruppe 72 von 305 Kindern (ca. 24%) erkrankten (RR 0,55). Die Prophylaxe reduzierte das Rezidivrisiko um 50%. Die Effektivität war bei Kindern mit fieberhafter Indexinfektion und bei PatientInnen mit Blasen- oder Darm-„Dysfunktion“ am höchsten. Die „Number needed to treat“ lag in dieser Studie bei 8. Das Vorhandensein von Nierenparenchymnarben jedoch unterschied sich zwischen den beiden Gruppen nicht. Obwohl also deutlich mehr fieberhafte HWI in der Placebo- als in der Verum-Gruppe auftraten, schien dies keine Bedeutung für die Narbenentstehung zu haben.

Die RIVUR-Studie ist der vorläufig letzte von mehreren wichtigen Meilensteinen auf dem Weg zu einer risiko-orientierten antibakteriellen Prophylaxe von Harnwegsinfektionen. Es gilt nun, diejenigen Kinder zu identifizieren, die den größten Nutzen von ihr haben. Zu ihnen gehören wahrscheinlich insbesondere Kinder mit rezidivierenden Pyelonephritiden und hochgradigem VUR.

Welche Antiinfektiva sind für die antibakterielle Prophylaxe geeignet?

Antibiotika und Chemotherapeutika zur Harnwegs-Infektionsprophylaxe sollten den folgenden Minimalanforderungen genügen (37):

- 1) Effektivität gegen die meisten uropathogenen Keime (regionale Unterschiede müssen beachtet werden),
- 2) geringe und seltene Nebenwirkungen,
- 3) minimale oder keine Induktion einer Resistenzentwicklung,
- 4) kein oder minimaler Einfluss auf die physiologische Darmflora.

Ein ideales Prophylaktikum, das all diesen Anforderungen genügt, gibt es nicht.

Trimethoprim

Die hohe vaginale und perineale Konzentration von TMP führt zu einer Reduktion der ortsständigen Enterobakterien. Dementsprechend wird eine bakterielle Besiedlung der Periurethralregion durch TMP vermindert. Eine Kombination von Sulfonamiden mit TMP gegenüber Trimethoprim alleine für die Prophylaxe von HWI keine Vorteile, sodass zur Harnwegs-Infektionsprophylaxe der Sulfonamidanteil verzichtbar ist (38, 39). Wegen seiner guten Verträglichkeit und seinem Wirkungsspektrum ist Trimethoprim an sich ein ideales Prophylaktikum. Leider ist in vielen Regionen eine zunehmende Resistenzentwicklung insbesondere bei uropathogenen E.coli zu verzeichnen, die seinen Einsatz inzwischen einschränkt (40-42).

Cephalosporine

Cephalosporine haben daher auch in der antibakteriellen Prophylaxe von Harnwegsinfektionen eine wachsende Bedeutung erlangt (43). Problematisch ist jedoch ihr Einfluss auf die Selektion von ESBL-produzierenden Keimen, deren Anteil bei kindlichen HWI beunruhigend zunimmt (44). Nicht zuletzt deshalb sollten Cephalosporine zur Prophylaxe nicht oder nur äußerst zurückhaltend eingesetzt werden (45).

Nitrofurantoin

Ein großer Vorteil von Nitrofurantoin ist der praktisch fehlende Einfluss auf die intestinale Flora. Die in den letzten Jahren zu beobachtende Resistenzentwicklung gegen zahlreiche Antibiotika gilt nicht für Nitrofu-

rantoin, sodass diese Substanz derzeit eine gewisse Renaissance erfährt (46, 47). Im Gegensatz zum Erwachsenenalter sind schwerwiegende Nebenwirkungen von Nitrofurantoin bei Kindern extrem selten berichtet worden (48, 49), sodass es von Experten als ein ausreichend sicheres Medikament zur Infektionsprophylaxe angesehen wird (50, 51). Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat allerdings kürzlich mit der Kommission für Arzneimittel für Kinder und Jugendliche (KAKJ) eine Neubewertung zu Nutzen und Risiken von Nitrofurantoin vorgenommen und erwägt eine Änderung der Produktinformation (<http://www.bfarm.de/DE/Pharmakovigilanz/risikoinfo/2010/stp-nitrofurantoin.html>). Beabsichtigt ist u.a. eine Begrenzung der Anwendungszeit auf sechs Monate. Bereits jetzt wird der Einsatz von Nitrofurantoin in der Fachinformation auf Fälle beschränkt, in denen "effektivere und risikoärmere Antibiotika oder Chemo-

therapeutika nicht einsetzbar sind" (<http://www.fachinfo.de> 13.02.2007). Bei jungen Säuglingen ist die Substanz kontraindiziert.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt:

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Priv.-Doz. Dr. Rolf Beetz

Sektion Pädiatrische Nephrologie

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

der Johannes Gutenberg Universität

Langenbeckstr.1

55101 Mainz

Tel.: 06131/17 3937

E-Mail: rolf.beetz@unimedizin-mainz.de

Red.: Huppertz

Literatur

- Glauser MP, Meylan P, Bille J. The inflammatory response and tissue damage. The example of renal scars following acute renal infection. *Pediatr Nephrol* 1987;1(4):615-22.
- Doganis D, Sifas K, Mavrikou M, Issaris G, Martirosova A, Perperidis G, et al. Does early treatment of urinary tract infection prevent renal damage? *Pediatrics* 2007;120(4):e922-8.
- Copp HL, Yiee JH, Smith A, Hanley J, Saigal CS. Use of urine testing in outpatients treated for urinary tract infection. *Pediatrics* 2013;132(3):437-44.
- Garin EH, Olavarria F, Araya C, Broussain M, Barrera C, Young L. Diagnostic significance of clinical and laboratory findings to localize site of urinary infection. *Pediatr Nephrol* 2007;22(7):1002-6.
- Leroy S, Gervaix A. Procalcitonin: a key marker in children with urinary tract infection. *Adv Urol* 2011;2011:397618.
- Gaspari RJ, Dickson E, Karlowsky J, Doern G. Antibiotic resistance trends in paediatric uropathogens. *Int J Antimicrob Agents* 2005;26(4):267-71.
- Lutter SA, Currie ML, Mitz LB, Greenbaum LA. Antibiotic resistance patterns in children hospitalized for urinary tract infections. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159(10):924-8.
- Megged O. Extended-spectrum beta-lactamase-producing bacteria causing community-acquired urinary tract infections in children. *Pediatr Nephrol* 2014;29(9):1583-7.
- Ozcakar ZB, Yalcinkaya F, Kavaz A, Kadioglu G, Elhan AH, Aysev D, et al. Urinary tract infections owing to ESBL-producing bacteria: microorganisms change--clinical pattern does not. *Acta Paediatr* 2011;100(8):e61-4.
- Tratselas A, Iosifidis E, Ioannidou M, Saoulidis S, Kollios K, Antachopoulos C, et al. Outcome of urinary tract infections caused by extended spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriaceae in children. *Pediatr Infect Dis J* 2011;30(8):707-10.
- Topaloglu R, Er I, Dogan BG, Bilginer Y, Ozaltin F, Besbas N, et al. Risk factors in community-acquired urinary tract infections caused by ESBL-producing bacteria in children. *Pediatr Nephrol* 2010;25(5):919-25.
- Dayan N, Dabbah H, Weissman I, Aga I, Even L, Glikman D. Urinary tract infections caused by community-acquired extended-spectrum beta-lactamase-producing and nonproducing bacteria: a comparative study. *J Pediatr* 2013;163(5):1417-21.
- AAP - Subcommittee on Urinary Tract Infection SCoQIaM. Urinary Tract Infection: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of the Initial UTI in Febrile Infants and Children 2 to 24 Months. *Pediatrics* 2011;128(3):595-610.
- Montini G, Toffolo A, Zucchetto P, Dall'Amico R, Gobber D, Calderan A, et al. Antibiotic treatment for pyelonephritis in children: multicentre randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ* 2007;335(7616):386.
- Neuhaus TJ, Berger C, Buechner K, Parvex P, Bischoff G, Goetschel P, et al. Randomised trial of oral versus sequential intravenous/oral cephalosporins in children with pyelonephritis. *Eur J Pediatr* 2008;167(9):1037-47.
- Hoberman A, Wald ER, Hickey RW, Baskin M, Charron M, Majd M, et al. Oral versus initial intravenous therapy for urinary tract infections in young febrile children. *Pediatrics* 1999;104(1 Pt 1):79-86.
- American Academy of Pediatrics CoQI, Subcommittee on Urinary Tract Infection. Urinary Tract Infection: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of the Initial UTI in Febrile Infants and Children 2 to 24 Months. *Pediatrics* 2011;128(3):595-610.
- Mak RH, Wong JH. Are oral antibiotics alone efficacious for the treatment of a first episode of acute pyelonephritis in children? *Nat Clin Pract Nephrol* 2008;4(1):10-1.
- Ammenti A, Cataldi L, Chimenz R, Fanos V, La Manna A, Marra G, et al. Febrile urinary tract infections in young children: recommendations for the diagnosis, treatment and follow-up. *Acta Paediatr* 2012;101(5):451-7.
- Mori R, Lakhanpaul M, Verrier-Jones K. Diagnosis and management of urinary tract infection in children: summary of NICE guidance. *BMJ* 2007;335(7616):395-7.
- Brady PW, Conway PH, Goudie A. Length of intravenous antibiotic therapy and treatment failure in infants with urinary tract infections. *Pediatrics* 2010;126(2):196-203.
- Wagenlehner F, Hoyme U, Kaase M, Fünfstück R, Naber KG, Schmiermann G. Klinische Leitlinie: Unkomplizierte Harnwegsinfektionen. *Deutsches Ärzteblatt* 2011;108(24):415-23.
- Bradley JS, Jackson MA. The use of systemic and topical fluoroquinolones. *Pediatrics* 2011;128(4):e1034-45.
- Hodson EM, Willis NS, Craig JC. Antibiotics for acute pyelonephritis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(4):CD003772.
- Bloomfield P, Hodson EM, Craig JC. Antibiotics for acute pyelonephritis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2005(1):CD003772.
- Nuutinen M, Uhari M. Recurrence and follow-up after urinary tract infection under the age of 1 year. *Pediatr Nephrol* 2001;16(1):69-72.
- McCracken GH, Jr. Recurrent urinary tract infections in children. *Pediatr Infect Dis* 1984;3(3 Suppl):S28-30.
- Kasanen A, Sundquist H, Elo J, Anttila M, Kangas L. Secondary prevention of urinary tract infections. The role of trimethoprim alone. *Ann Clin Res* 1983;15(Suppl 36):1-36.
- Larcombe J. Urinary tract infection in children. *BMJ* 1999;319(7218):1173-5.
- Le Saux N, Pham B, Moher D. Evaluating the benefits of antimicrobial prophylaxis to prevent urinary tract infections in children: a systematic review. *CMAJ* 2000;163(5):523-9.
- Linshaw MA. Controversies in childhood urinary tract infections. *World J Urol* 1999;17(6):383-95.
- Mangiarotti P, Pizzini C, Fanos V. Antibiotic prophylaxis in children with relapsing urinary tract infections: review. *J Chemother* 2000;12(2):115-23.
- Craig J. Antibiotic prophylaxis and recurrent urinary tract infection in children. *New Engl J Med* 2009;361:1748 - 59.
- Brandstrom P, Esbjorner E, Herthelius M, Swerkersson S, Jodal U, Hansson S. The Swedish reflux trial in children: III. Urinary tract infection pattern. *J Urol* 2010;184(1):286-91.
- Hoberman A, Greenfield SP, Mattoo TK, Keren R, Mathews R, Pohl HG, et al. Antimicrobial prophylaxis for children with vesicoureteral reflux. *N Engl J Med* 2014;370(25):2367-76.
- Brandstrom P, Neveus T, Sixt R, Stokland E, Jodal U, Hansson S. The Swedish reflux trial in children: IV. Renal damage. *J Urol* 2010;184(1):292-7.
- Bollgren I. Antibacterial prophylaxis in children with urinary tract infection. *Acta Paediatr Suppl* 1999;88(431):48-52.
- Olbing H. Trimethoprim bei Kindern mit HWI-Monotherapie oder Kombination (e.g. Cotrimoxazol). *Der Kinderarzt* 1993;24:187 - 9.
- Smellie JM, Gruneberg RN, Normand IC, Bantock HM. Trimethoprim-sulfamethoxazole and trimethoprim alone in the prophylaxis of childhood urinary tract infection. *Rev Infect Dis* 1982;4(2):461-6.
- Towner KJ, Pearson NJ, Pinn PA, O'Grady F. Increasing importance of plasmid-mediated trimethoprim resistance in enterobacteria: two six-month clinical surveys. *Br Med J* 1980;280(6213):517-9.
- Ladhani S, Grandsden W. Increasing antibiotic resistance among urinary tract isolates. *Arch Dis Child* 2003;88(5):444-5.
- Schmitt CP. Keimspektrum und Resistenzlage bei Harnwegsinfektionen im Kindesalter. *Monatsschr Kinderheilkd* 2007;155(3):228 - 33.

43. Kaneko K, Ohtomo Y, Shimizu T, Yamashiro Y, Yamataka A, Miyano T. Antibiotic prophylaxis by low-dose cefaclor in children with vesicoureteral reflux. *Pediatr Nephrol* 2003;18(5):468-70.
44. Bitsori M, Maraki S, Kalmanti M, Galanakis E. Resistance against broad-spectrum beta-lactams among uropathogens in children. *Pediatr Nephrol* 2009;24(12):2381-6.
45. Kizilca O, Siraneci R, Yilmaz A, Hatipoglu N, Ozturk E, Kiyak A, et al. Risk factors for community-acquired urinary tract infection caused by ESBL-producing bacteria in children. *Pediatr Int* 2012;54(6):858-62.
46. Arya SC, Agarwal N, Agarwal S. Nitrofurantoin: an effective and ignored antimicrobial. *Int J Antimicrob Agents* 2006;27(4):354-5.
47. Kashanian J, Hakimian P, Blute M, Jr., Wong J, Khanna H, Wise G, et al. Nitrofurantoin: the return of an old friend in the wake of growing resistance. *BJU Int* 2008;102(11):1634-7.
48. Holmberg L, Boman G, Bottiger LE, Eriksson B, Spross R, Wessling A. Adverse reactions to nitrofurantoin. Analysis of 921 reports. *Am J Med* 1980;69(5):733-8.
49. Coraggio MJ, Gross TP, Roscelli JD. Nitrofurantoin toxicity in children. *Pediatr Infect Dis J* 1989;8(3):163-6.
50. Karpman E, Kurzrock EA. Adverse reactions of nitrofurantoin, trimethoprim and sulfamethoxazole in children *J Urol* 2004;172:448-53.
51. Uhari M, Nuutinen M, Turtinen J. Adverse reactions in children during long-term antimicrobial therapy. *Pediatr Infect Dis J* 1996;15(5):404-8.
52. Scholz H, Bialek R, Abele-Horn M, Höger P, Kern P, Kreth HW, Müller F-M, Noack R, Roos R. Antimikrobielle Chemotherapie. In: (DPGI) DGfPIeV, editor. DPGI Handbuch. Infektionen bei Kindern und Jugendlichen. 5 ed. Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag; 2009. p. 81-121.
53. Beetz R, Wagenlehner F. Diagnostik und Therapie von Harnwegsinfektionen. *Der Urologe* 2013;52:33-8.

Welche Diagnose wird gestellt?

Maren Fließner

Anamnese

Der 6 Monate alte männliche Säugling wird mit einer ausgedehnten Narbenplatte und Atrophieherden am Abdomen vorgestellt. Er wurde in der 24. Schwangerschaftswoche per Sectio bei HELLP-Syndrom der Mutter mit 485g Körpergewicht und 29 cm Körperlänge geboren. Während des 5monatigen Krankenhausaufenthaltes traten unter anderem Atemnotsyndrom und Neugeborenensepsis auf, ferner entwickelten sich bronchopulmonale Dysplasie und Retinopathia praematurorum. Ein persistierender Ductus arteriosus wurde operativ versorgt. Die Hautveränderungen am Bauch seien der Mutter erst nach Entlassung des Säuglings zu Hause aufgefallen. Sie seien nicht progredient. Invasive diagnostische oder therapeutische Maßnahmen in diesem Bereich sind nicht Erinnerungswürdig.

Untersuchungsbefund

Abdominell rechts findet sich eine sich über den gesamten unteren rechten Quadranten erstreckende, teils hypertrophe, teils atrophe, retikuläre Narbenplatte (Abb. 1). Das übrige Integument ist bis auf eine reizfreie OP-Narbe (POA) unauffällig.



Abb. 1: Abdominell ausgedehnte Narbenplatte mit hypertrophen und atrophischen Anteilen bei einem 6 Monate alten ehemaligen Frühgeborenen.

Welche Diagnose wird gestellt?

Diagnose:

Scars of Prematurity

Die Haut von Neugeborenen und insbesondere von Frühgeborenen ist sehr viel verletzlicher als die älterer Säuglinge. Ursache dafür sind neben einer dünneren Epidermis und Dermis die mangelnde Vernetzung der Reteleisten im Bereich der dermo-epidermalen Junctionszone. Diese Vernetzung erfolgt erst im Verlauf der ersten 4 Lebensmonate. Stabilisierende Strukturproteine sind zwar schon früh in der Haut vorhanden, jedoch bei Frühgeborenen noch nicht voll exprimiert. Aus diesen Gründen besteht eine erhöhte Verletzlichkeit der Haut insbesondere gegenüber Scherkräften (1), die sich z.B. bei der Entfernung von EKG-Elektroden oder Pflastern zeigt.

„Scars of prematurity“ (2,3) sind nicht zwingend an den Ort möglicher Verletzungen gebunden, sondern können auch spontan auftreten. Sie wurden erstmals 1981 von Golden bei 2 Frühgeborenen beschrieben (4). Eine größere Fallserie mit 9 Patienten wurde 1996 von Pritzlan et al. veröffentlicht (3). In der Literatur finden sich nach unserer Kenntnis bisher 9 Arbeiten zu dieser Diagnose, zuletzt ausführlich in einem Review von Maffei et al. 2014 zusammengefasst (5).

Diagnostik

Die Diagnose „Scars of prematurity“ wird unter Zusammenfassung von Klinik und Anamnese (extreme Frühgeburtlichkeit in Verbindung mit langfristiger intensivmedizinischer Versorgung) gestellt. Eine histologische Untersuchung ist nicht erforderlich, da sich lediglich unspezifisches Narbengewebe zeigen würde. Das entscheidende Kriterium bei der Diagnosestellung sind die Umstände der Narbenbildung, welche sich anamnestisch ergeben.

Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch muss an Verbrennungsnarben, iatrogene Narben und insbesondere an die „Congenital Erosive and Vesicular Dermatitis“ gedacht werden, da diese nach Abheilung

ebenfalls eine großflächige retikuläre Narbenplatte hinterlassen kann (6).

Therapie und Prognose

Ein „hautschonender“ Umgang mit den Frühgeborenen und eine Reduktion des Einsatzes von stark klebenden Verbandstoffen auf der Haut kann auch das Auftreten von Narben reduzieren. Im Verlauf kann bei psychosozialer Beeinträchtigung eine Glättung der oft großflächigen Narben zum Beispiel mittels CO₂-Laser erfolgen. Falls erforderlich, kann auch eine schrittweise operative Korrektur erfolgen.

Literaturangaben

1. Holbrook KA. Structural and biochemical organogenesis of skin and cutaneous appendages in the fetus and newborn. In: Polin RA, Abnan SH. Fetal and neonatal physiology. St. Louis: Saunders, 4. Aufl. 2010.
2. Cartlidge PH, Fox PE, Rutter N. The Scars of newborn intensive care. Early Hum Dev 1990; 21: 1-10.
3. Prizant TL, Lucky AW, Freiden IJ et al. Spontaneous atrophic patches in extremely premature infants. Anetoderma of prematurity. Arch Dermatol 1996; 132: 671-4.
4. Golden SM. Skin craters – a complication of transcutaneous oxygen monitoring. Pediatrics 1981; 67: 514-16.
5. Maffei L, Pugni L, Pietrasanta C et al. Iatrogenic anetoderma of prematurity: a case report and review of the literature. Case Rep Dermatol Med; Epub 2014 Oct 8.
6. Tlougan BE, Paller AS, Schaffer JV et al. Congenital erosive and vesicular dermatosis with reticulated supple scarring: Unifying clinical features. J Am Acad Dermatol 2013; 69: 909-15.

Dr. Maren Fließner
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Abt. Pädiatrische Dermatologie / Allergologie
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg

Red.: Höger

Wichtige Information der BVKJ-Service GmbH zum Amblyopiecreening Kinder- und Jugendärztetag 12.6.2015 – Praxisfieber live am 13.6.2015

Wie bekannt, haben wir bereits in mehreren Selektivverträgen mit den Krankenkassen die Durchführung des Amblyopiecreenings vereinbart und wollen dies auch noch in weiteren Verträgen regeln. Zum Amblyopiecreening referiert beim Kinder- und Jugendärztetag am 12.6.2015 um 16 Uhr 30 Herr Prof. Ehrh (Strabismologie, Kinder- und Neophtalmologie) von der Augenklinik der Ludwigs-Maximilians-Universität mit dem Thema "Amblyopiefrüherkennung durch Kinder- und Jugendärzte". Bitte merken Sie sich diesen Termin unbedingt vor!

Beim Kongress "Praxisfieber Live" werden am 13.6.2015 um 16 Uhr Vorträge mit dem Thema "Amblyopie(Seh-)screening in der Praxis der Kinder- und Jugendärzte" von einem erfahrenen Kinder- und Jugendarzt und einer Orthoptistin gehalten. Auch hierzu bitten wir um Terminvormerkung.

Information und Anmeldung:

BVKJ e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de
Tel. 0221 - 68 909 15 / 26, Fax 0221 - 68 909 78
www.bvkj.de/kongresse/

Highlights aus Bad Orb ●●●

Vom Mittelohrerguss bis zur Operation

Epidemiologie:

Bei der akuten Mittelohrentzündung handelt es sich um eine der häufigsten Krankheitsbilder, mit der wir in der Praxis konfrontiert sind. Ca. 22,7% aller Arztbesuche sind im ersten Lebensjahr eines Kindes wegen einer akuten Mittelohrentzündung mit steigender Tendenz. Studien zeigen, dass ca. 85% aller Kinder bis zu ihrem 3. Lebensjahr mindestens einen Arztbesuch wegen einer Mittelohrentzündung hatten. Interessanterweise zeigt sich eine Peak-Inzidenz der akuten Mittelohrentzündung in der 2. Hälfte des ersten Lebensjahres¹. In den Vereinigten Staaten betragen die Ausgaben für die Behandlung der akuten Mittelohrentzündung ca. 3,15 Milliarden US- Dollar jährlich. Von der genannten Summe wird ca. 1,4 Milliarden US- Dollar von den Krankenkassen übernommen, die restliche Summe von 1,75 Milliarden geht zu Lasten der Familien².

Pathophysiologie:

Der zur Außenwelt durch das Trommelfell abgegrenzte Mittelohrraum (Paukenhöhle) wird über die Tuba auditiva Eustachii belüftet, so dass physiologischerweise im Mittelohr der Umgebungsdruck herrscht. Die Tuba auditiva weist physiologisch 3 Kardinalfunktionen auf:

- Belüftung
- Drainage
- Protektion

Kommt es zu einer Verlegung oder einer Einengung der Tuba auditiva z. B. im Rahmen einer Infektion der oberen Atemwege, dann entsteht eine Minderbelüftung oder ein Unterdruck des Mittelohrraumes. Der meist zunächst viral beginnende Infekt verursacht eine Tubendysfunktion, geht anschließend in die bakterielle Form über und führt zur Ausprägung der **akuten Mittelohrentzündung**.

Der auf dieser Weise entstandene Mittelohrdruck stellt einen Sekretionsreiz für die Mittelohrschleimhaut dar. Es kommt zu einer Sekretion von Flüssigkeit in die Paukenhöhle (Aspiration), ohnmikroskopisch werden teils kleine Bläschen im Mittelohr gesehen (Insufflation, s. Bild 1). Es entsteht zunächst ein Serotympanon. Hält diese Situation an, so kommt es zu einer Viskositätszunahme der Flüssigkeit durch schleimproduzierende Becherzellen der Mittelohrschleimhaut, die Folge ist ein Mukotympanon (s. Bild 2). Bei der Ohrmikroskopie sieht der Untersucher eine gelblich-gräuliche Masse hinter dem Trommelfell. In der Anamnese werden von den Eltern neben häufigen Infekten der oberen Atemwege oft Mittelohrentzündungen und Hörminderung angegeben.

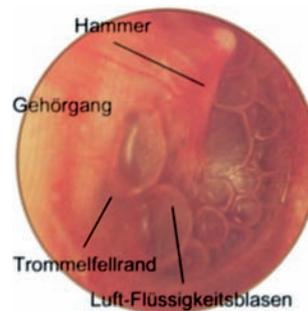


Bild 1: Stadium der Insufflation



Bild 2: Mukotympanon

Klinische Zeichen der akuten Mittelohrentzündung

Klinische Zeichen der akuten Mittelohrentzündung sind allgemein bekannt, hier noch einmal zur Wiederholung in Stichworten:

- Kardinalsymptom: Otalgie in 50-70%, zum Teil pulsierend.
- Bei Kindern < 2 Jahre ist die Otalgie interessanterweise seltener vorhanden.
- Bei Säuglingen meist lokale Irritation, konstantes Weinen, Letargie, Schlaflosigkeit, Anfasseln auf der kranken Seite, Weigerung der Nahrungsaufnahme, Fieber, Erbrechen.
- Fieber wird in 21-45% der Fälle in verschiedenen Studien berichtet*.
- Bei älteren Kindern und Erwachsenen können Hörprobleme vorhanden sein.
- In 50% der Fälle geht der Entzündung eine Infektion der oberen Atemwege voraus.
- Klinischer Befund: in Frühstadien Trommelfell otoskopisch gerötet, vorgewölbt in späteren Stadien Trommelfell entdifferenziert (s. Bild 3).
- Auch spontane Perforationen mit teils blutiger Otorrhö möglich, bei Kindern häufiger, da das Trommelfell noch flexibler ist.
- Alle Symptome bilden sich zurück.
- Manchmal jedoch persistierende Hörprobleme wegen Mittelohrerguss oder Perforation³⁻⁴



Bild 3: Entdifferenziertes Trommelfell bei akuter Mittelohrentzündung

Risikofaktoren, die zur Entstehung einer Mittelohrentzündung beitragen können:

- Alter < 6 Jahre
- Männlich
- Besuch von Kindertageseinrichtungen
- Nikotinexposition
- Kraniofaziale Dysmorphien
- Immundefizienz
- Häufige Infektionen der oberen Atemwege
- Genetische Prädisposition
- Fehlendes Stillen¹

Bakteriologie/Virologie

Die akute Mittelohrentzündung scheint häufig zumindest viral zu beginnen. Mittels virusspezifischer ELISA- Technik und PCR konnte in ca- 75% der Fälle ein Virus nachgewiesen werden. RSV (respiratory syncytial virus), Influenza A und B-Viren, Rhinoviren, Mumpsviren, Enteroviren wurden in absteigender Häufigkeit nachgewiesen.

Aus dem Mittelohrerguss nach einer Parazentese konnten ebenfalls bakteriologische Untersuchungen durchgeführt werden. Ein bakterieller Befall zeigte sich insbesondere bei Kindern in 65-80% der Fälle. Folgende Bakterienkolonien wurden festgestellt: *S. pneumoniae* (27-52%), *H. influenzae* (16-52%), *Moraxella catarrhalis* (2-15%). Des Weiteren wurde eine leichte Häufung gramnegativer Erreger bei Neugeborenen gefunden⁵⁻⁸.

Formen der akuten/subakuten Mittelohrentzündung

Wir unterscheiden 3 Formen der Mittelohrentzündung:

- Akute Mittelohrentzündung
- Akute rezidivierende Mittelohrentzündung
- Mittelohrentzündung mit Erguss (subakut)

Chronische Formen der Mittelohrentzündung sind nicht Gegenstand der aktuellen Diskussion, aus dem Grunde wird auf dieses Thema nicht eingegangen.

Therapie der akuten Mittelohrentzündung

Daten aus 2 Metaanalysen aus 8 randomisierten, Placebo-kontrollierten Studien zeigen positive Effekte des Einsatzes von Antibiotika. Insbesondere belegen diese Studien eine deutliche Besserung des Krankheitsverlaufs durch die Antibiose am 2. und 7. Tag verglichen mit Placebo. Bei diesen Studien wurden Kinder < 2 Jahren und Kinder mit besonderen Erkrankungen ausgeschlossen. Als Antibiotikum wurde das Standardmittel Amoxicillin 40 mg/kg/d für 10 Tage unterteilt in 3 Gaben verabreicht. Kinder mit höherem Risiko erhielten bis 75-90 mg/kg/d. Klinisches Zeichen einer akuten Mittelohrentzündung war ein deutlich gerötetes und vorgewölbtes Trommelfell⁹⁻¹¹.

Komplikationen der akuten Mittelohrentzündung

Gefürchtete Komplikationen einer Mittelohrentzündung sind:

- Mastoiditis mit deutlich sichtbarem abstehenden Ohr (einseitig)
- Meningitis (Durchwanderung)
- Sinusvenenthrombose

- Hirnabszesse
- Selten Bezoldabszesse mit Torticollis
- Innenohrbeteiligung mit Innenohrsymptomen bis hin zur Facialisparesie (bei Kinder selten)

Vor der Ära der Antibiose wurde eine Mastoiditishäufigkeit von bis zu 20% berichtet. Aktuell liegt die Rate der akuten Mastoiditis dank des rechtzeitigen Einsatzes der Antibiose bei < 0,1%¹.

Therapie der akuten rezidivierenden Mittelohrentzündung

Definitionsgemäß handelt es sich bei einer akut rezidivierenden Mittelohrentzündung um eine Form der Mittelohrentzündung, bei der innerhalb von bis zu 12 Monaten mehr als 3 akute Entzündungen sich ereignen. In der entzündungsfreien Phase ist die Paukenhöhle absolut normal belüftet. Als prädisponierende Faktoren können neben der allergischen Rhinopathie weitere Faktoren wie zum Beispiel Besuch von Kindertagesstätten, Nikotinexposition und immunologische Probleme das Krankheitsbild begleiten¹³.

Die prädisponierende Rolle der Adenoide wird bei diesem Krankheitsbild kritisch hinterfragt. Der Einsatz einer Antibiotikaprophylaxe wurde in mehreren Studien untersucht. In 11 randomisierten, Placebo kontrollierten Studien bezüglich einer Antibiotikaprophylaxe wurde die Effektivität der Antibiose nachgewiesen. Das Risiko der Entstehung einer akuten Mittelohrentzündung konnte um den Faktor 0,12 gesenkt werden. Dies bedeutet, dass Betroffene 1-2 Mittelohrentzündungen weniger im Jahr erlitten. Dennoch wird postuliert, dass der Einsatz der Antibiotikaprophylaxe nur in besonderen Fällen gerechtfertigt ist¹⁴.

Die Rolle der Chirurgie (Adenotomie, Paukenröhrcheneinlage) bei rezidivierender Mittelohrentzündung ist immer wieder Gegenstand kontroverser Diskussionen. Drei prospektiv, randomisierte Studien verglichen die Effektivität einer Antibiotikaprophylaxe versus Paukenröhrcheneinlage und Placebo. Es zeigte sich, dass sich die Paukenröhrcheneinlage nicht als besser erwies, verglichen mit Placebo. Was sich jedoch in der Paukendrainagen-Gruppe als positiv erwies, war der deutlich symptomärmere Verlauf der Entzündung und der schnellere Krankheitsverlauf sowie die geringe Rate des Mittelohrergusses ($p < 0.001$)¹⁵⁻¹⁷.

Therapie der Mittelohrentzündung mit Erguss

Definitionsgemäß handelt es sich bei einer Mittelohrentzündung mit Erguss um eine Entzündung der Paukenhöhle mit Ansammlung von Flüssigkeit. Dieser Zustand ist meist schmerzfrei und kann von Hörproblemen oder Druckschwankungen in der Paukenhöhle begleitet sein. In einer Screeningstudie mittels Tympanometrie zeigten 17-41% aller Kinder zwischen 2-3 Jahren teilweise bis zu 3 Monate einen Mittelohrerguss. In weiteren Studien mit einer Beobachtungszeit von 1 Jahr zeigte sich bei Kindern zwischen 2-6 Jahren mittels Otoskopie und Tympanometrie bei 22-61% aller Kinder ein Erguss.

Allgemein gilt: Mittelohrerguss hat seine Peak-Inzidenz im Alter zwischen 1-2 Jahren. Fast alle 3 jährigen hatten schon einmal einen Mittelohrerguss. Die meisten Mittelohrergüsse bilden sich spontan zurück. Bei Kindern zwischen 6-7 Jahren normalisiert sich die Tubenfunktion, so dass die Inzidenz der Mittelohrentzündung mit Erguss in diesem Alter sich deutlich reduziert¹⁹⁻²⁰.

Symptomatik:

- Die Symptome einer akuten Entzündung fehlen.
- Die meisten Kinder sind asymptomatisch.
- Meist auffällig durch schlechtes Gehör oder insbesondere Sprachentwicklungsverzögerung
- Klinischer Befund: otoskopisch eine gelblich bis graue Masse hinter dem Trommelfell sichtbar.
- Trommelfell kann retrahiert sein, teilweise können Bläschen hinter dem Trommelfell sichtbar sein.
- Wichtiger Aspekt ist die Untersuchung des Nasenrachenraums, um adenoide Vegetationen oder andere Tumore, die eine Obstruktion der Tuba auditiva hervorrufen können, auszuschließen.

Nomenklatur Mittelohrerguss:

Es gibt 3 verschiedene Formen des Mittelohrergusses, die voneinander zu unterscheiden sind:

- Serotympanon: akuter wässriger Erguss, meist weniger als 10 Tage anhaltend, zeigt eine hohe spontane Rückbildungstendenz
- Seromukotympanon (vgl. Abb. 2): subakuter Erguss mit mittlerer Konsistenz, meist zwischen 10 Tagen und 3 Monaten anhaltend.
- Mukotympanon: Erguss mit harter Konsistenz, länger als 3 Monate anhaltend, schlechte Prognose bezüglich spontaner Rückbildung¹¹.

Therapie :

Die Therapie mittels Antibiotikum zeigt in mehreren Studien (insgesamt 13) für subakut oder sogar chronische Verläufe eine moderate Besserung mit statistisch signifikanten Ergebnissen. Jedoch die Heterogenität zwischen den einzelnen Studien erschwert eine Interpretation der Ergebnisse²¹⁻²². Eine Effektivität durch den Einsatz von Antihistaminika oder Kortikosteroide konnte bis heute nicht nachgewiesen werden²³⁻²⁴. Eine randomisierte, 3-armige TARGET Studie (Trial of Alternative Regimens in Glue Ear Treatment) zeigte bezüglich der Behandlung des Mukotympanons wichtige Ergebnisse. Insgesamt 325 Kinder wurden in diese Studie aufgenommen. Alle Kinder waren zum Zeitpunkt der Aufnahme 3,5 Jahre alt oder älter. Alle Kinder zeigten bei der Aufnahme beidseits einen Mittelohrerguss mit mindestens 20 dB Hörabfall oder mehr. Die Nachbeobachtungszeit betrug 2 Jahre. 376 von 425 potenziell geeigneten Kindern konnten rekrutiert werden. Letztlich waren die Daten von 253 Kinder (67%) vollständig. Die Kinder wurden in folgenden 3 Armen eingeteilt:

- Observatio
- Paukenröhrcheneinlage
- Paukenröhrcheneinlage + Adenotomie (Rachenmandelentfernung)

Innerhalb der ersten drei bis sechs Monate waren die Paukenröhrchen allein für die Hörverbesserung verantwortlich (8,8 dB [7,1;10,5dB], die Adenotomie erbrachte keinen zusätzlichen Benefit. Erst ab dem zwölften Monat lieferte die Adenotomie einen eigenen Beitrag von 4,2 dB [2,6dB;5,7], wohingegen die Röhrchen keinen Benefit mehr erbrachten. Beide Behandlungsmaßnahmen trugen in etwa gleich zum Therapieerfolg bei und hatten einen additiven Effekt. Kinder mit Adenotomie erreichten um 50% seltener die definierte 25 dB Schallleitungsschwelle für eine erneute

Paukenröhrcheneinlage als Kinder ohne Adenotomie. (15% vs. 33% nach 18 Monaten). Bei der Adenotomie kam es zu einer operationspflichtigen Nachblutung. Die Autoren resümieren, dass die Adenotomie einen relevanten Beitrag bei der Behandlung der chronischen Tubenbelüftungsstörung liefert.

Unbeantwortet lässt diese Studie allerdings die Frage der alleinigen Parazentese versus Paukenröhrcheneinlage. Immerhin fanden sich bereits nach 2 Jahren in der Paukenröhrchengruppe in 27% der Kinder tympanosklerotische Veränderungen des Trommelfells. Wichtig wäre also die Frage, ob eine alleinige Parazentese mit Adenotomie auch ausreichend sei²⁵.

Rolle der Pneumokokkenimpfung bei akuter Mittelohrentzündung

Cohen et al. verglichen die 13-valente mit der 7-valenten Pneumokokken-konjugatimpfung. Bei 943 Kindern (6-24 Monate) mit akuter otitis media wurden Nasopharynxabstriche entnommen, 651 waren mindestens einmal mit PCV 13 geimpft. 285 mit PCV 7. Bei den PCV-13 Kindern fanden sich signifikant weniger Pneumokokken im Nasopharynx als bei den PCV-7 Kindern (53,9% vs. 64,6%, p=0,002). Die Serotypen 19A, 7F, 6C waren bei PCV13 jeweils signifikant seltener zu finden als bei PCV 7. Die Autoren konkludieren, dass die PCV 13-Vakzine die Trägerschaft von Pneumokokken im Nasopharynx umfänglicher reduzieren kann als die PCV 7-Vakzine²⁶⁻²⁷.

Zusammenfassung

Bei der akuten Mittelohrentzündung handelt es sich um eine der häufigsten Krankheitsbilder im Kleinkindesalter. Die klinischen Zeichen sind variabel. Als nachgewiesen gilt die Diagnose, wenn das Trommelfell eindeutig gerötet und vorgewölbt ist. Der Einsatz von Antibiotikum bei nachgewiesener Mittelohrentzündung ist ratsam. Hierdurch können der Krankheitsverlauf eindeutig verkürzt und Komplikationen vermieden werden. Durch rezidivierende Mittelohrentzündungen kann es zu einer Flüssigkeitsansammlung in der Paukenhöhle kommen. Das sogenannte Mukotympanon bezeichnet eine chronische Ansammlung von Sekret mit hoher Viskosität, die eine erhebliche Mittelohrschwerhörigkeit bei Kindern hervorrufen kann. Eine Operation (Adenotomie mit Paukenröhrcheneinlage) kann in dieser Situation indiziert sein.

Interessenkonflikt:

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Autoren:

PD. Dr. med. Mehran Baghi, Reza Fotoohi
Praxis für HNO-Heilkunde
Plastische Operationen
Leipzigerstrasse 1c
63179 Obertshausen
info@hno-drbaghi.com
http://www.hno-drbaghi.com

Red.: Keller

Literaturverzeichnis

1. Essnetial otolaryngology, Head and Neck Surgery, K.J. Lee, 8. Edition
2. Gates, GA. Cost- effectiveness considerations in otitis media treatment. Otolaryngol Head Neck Surg 1996;114:525-530
3. Niemi M. et al., Lack of specific symptomatology in children with AOM, Ped infec disease J, 1994;13:765-768
4. Hayden GF et al., characteristics of earache in children, with AOM, 1985;139:721-723
5. Celin SE et al., Bacteriology of AOM , JAMA 1991;266:2249-2252, Tetzlaff TR et al., AOM in children less than 12 weeks of age, Pediatrics, 1977;59:827
6. Kamra P. et al., middle ear fluid bacteriology in neonates and very young infants, Int J. Pediatr Otolaryngol., 1987;14:141
7. Pitkaranta A. et al., Detection of RV , RSV and coronarvirus in AOM, by severe PCR , Pediatrics 1998;102:291-295,
8. Heikkinen T. et a., Prevalence of various RSV in the middle ear during AOM. N Engl J Med 1999;340:260-264,
9. Taylor S et al., Impact of pneumococcal conjugate vaccination on otitis media:a symmetric review. Clin Infect Dis. 2012;54:1765-1773
10. Rosenfeld RM, et al., Clinical efficacy of antimicrobial drugs for acute otitis media:Meta- analysis of 5400 children from 33 randomized trials.J Pediatr. 1994;124:355-357
11. Del Mar C et al., Are Antibiotics indicated as initial treatment for children with acute otitis media?BMJ 1997;314:1526-1529
12. Dowell SF et al. Acute otitis media , Pediatr Infect Dis J 1999 ;18:1-9
13. Rosenfeld RM et al., natural history of untreated otitis media.Evidence based otitis media, Hamilton, Ontario, Canada:Decker;1999,157-177
14. Williams RL, et al. Use of antibiotics in preventing recurrent otitis media and in treating otitis media with effusion. A metaanalysis to attempt to resolve the brouhaha. JAMA 1993;270:1344-1351
15. Gebhart De et al. Tympanostomy in otitis media prone children , Laryngoscope. 1981;91:849-866
16. Gonzalez C, et al.Prevention of recurrent otitis media :chemoprophylaxis versus tympanostomy tubes.Laryngoscope 1986;96:1330-1334
17. Casselbrant ML, et al. Efficacy of antimicrobial prophylaxis and of tympanostomy tube insertion for prevention of recurrent otitis media:results of a randomized clinica trial.Pediatr Infect Dis J 1992;11:278-286
18. Poulsen G. Repetitive tympanometric screenings of 2 years old children. Scan Audiol 1980;9:21-28
19. Tos M et al. Spontaneous course and frequency of secretory otitis media in four year old children.Arch Otolaryngol 1982;108:4-10
20. Fielau Niolajsen M, Epidemiology of secretory otitis media: A discriptove cohort study. Ann Otol Rhinol Laryngol 1983;92:172-177
21. Williams RL, et al. Use of antibiotics in preventing recurrent otitis media and in treating otitis media with effusion. A metaanalysis to attempt to resolve the brouhaha. JAMA 1993;270:1344-1351
22. Stool SE et al. Otitis media with effusion young children. Clinical practice guideline number 12, AHCPR Publication No 94-0622, Rockville, MD US Department for Human services;July 1994.
23. Cantekin EL.Lack of efficacy of decongestant-antihistamine combination for otitis media with effusion in children:Results of a double blind randomized trial.N Engl J Med 1983;308:297-301
24. Macknin ML et al. Oral dexamethasone for treatment of persistent middle ear effusion.Pediatrics 1985;75:329-335
25. MRC Multicentre Otitis media study group:Adjuvant adenoidectomy in persistent bilateral otitis media with effusion:hearing and revision surgery outcomes through 2 years in the TARGET randomised trial.Clin Otolaryngol 2012;37:107-116
26. Cohen R et al., Nasopharyngeal flora in children with acute otitis media before and after implementation of 7 valent pneumococcal conjugate vaccine in France. BMC Infect Dis 2012;12:52
27. Handbuch der HNO Update 2012, Praxis – HNO, H. Iro und F. Waldfahrer, Kapitel 8, S. 9-17



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Stress im Kindes- und Jugendalter führt zu Veränderungen im Gehirn

Glucocorticoid Receptor Gene (NR3C1) Methylation Following Stressful Life Events Between Birth and Adolescence

Van der Knaap LJ et al., *Transl Psychiatry*; 4: e 381, April 2014

Glucocorticoide sind Steroidhormone, die circadian und stressabhängig unterschiedliche metabolische und homöostatische Funktionen im menschlichen Körper regulieren. Glucocorticoide übertragen ihre Signale über den Glucocorticoid-Rezeptor (GR), einem Mitglied der Nuclear-Rezeptoren (NR3C1 – nuclear-receptorsubfamily 3, group C, member 1), auf die Zelle. Der GR bindet Glucocorticoide und reguliert in unterschiedlichen Geweben die Gen-Aktivität (Transskription). Das GR-Protein wird durch das NR3C1-Gen auf Chromosom 5 (5q31) kodiert.

In einer Vielzahl von Studien konnte nachgewiesen werden, dass Vernachlässigung und Misshandlung im Kindesalter Spuren hinterlassen, die sich auf das spätere Leben, möglicherweise auch auf die nachfolgende Generation, auswirken können. Die durch Stress bewirkten genomischen Veränderungen werden mit affektiven Störungen und einer veränderten Programmierung der Glucocorticoid-Rezeptoren der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) assoziiert. Veränderungen in der epigenetischen Programmierung der HHNA können zu psychiatrischen Erkrankungen, wie Angststörungen und Depressionen, führen. Bei der epigenetischen DNA-Methylierung wird an Cytosin-Phosphat-Guanin (CpGs) eine Methylgruppe angehängt. Dies führt in den entsprechenden Gen-Regionen zu einer verminderten Gen-Expression.

Während das Genom nach der Bildung der befruchteten Eizelle sich nicht mehr verändert, wird das Epigenom als variable, von Umwelteinflüssen abhängige Struktur betrachtet. Im Rattenversuch konnte gezeigt werden, dass mütterliches Verhalten die Expression der GR steuert. Fehlendes mütterliches Verhalten

führt im Rattenexperiment zum Stress der Neugeborenen und zu einer verstärkten Methylierung des Glucocorticoid-Rezeptor (GR)-Gens (NR3C1), einer Reduktion der GR im Hippocampus und einem damit verbundenen reduzierten Sozialverhalten (Pflege und Lecken des Nachwuchses), welches, wie Tierversuche ausweisen, auch an die nachfolgende Generation weitergegeben wird.

McGowan et al. konnten zeigen, dass die tierexperimentellen Ergebnisse, die Verminderung der GR-Expression im cortico-limbischen Gehirn und die daraus resultierende erhöhte HHNA-Aktivität, auch auf den Menschen übertragen werden können. Die Autoren wiesen bei Selbstmordopfern post mortem epigenetische Unterschiede in der Methylierung der GR zwischen den Gehirnen mit einer Misshandlungsvorgeschichte im Kindesalter und solchen ohne Misshandlungsvorgeschichte nach. Das hypophysär ausgeschüttete ACTH (adreno-corticale Hormon) spiegelt die zentrale Aktivierung bei Stress wider. Der GR im Hippocampus dämpft die Aktivität der HHNA. Die Art der postnatalen elterlichen Betreuung beeinflusst die epigenetische Regulation des GR im Hippocampus.

Spielen auch bei heranwachsenden Jugendlichen Stress-Erlebnisse (stressful life events -SLE-) eine Rolle bei der Methylierung des NR3C1-Gens?

Van der Knaap et al. haben die Methylierung des GR-Rezeptors bei 488 Teenagern aus der longitudinal durchgeführten Trail-Studie (mittleres Alter 16 Jahre; 50% weiblich) an drei Stellen des NR3C1-Gens untersucht. Die Methylierung des NR3C1-Gens war bei den Jugendlichen mit einem Trauma-Erlebnis (Misshandlung, sexueller Missbrauch, Trennung der Eltern) im Adoleszentenalter signifikant höher als bei den Probanden ohne Trauma-Erlebnis. Sie lag sogar über der Methylierungsrate für perinatale oder kindliche SLEs (stressful life events). Nicht nur im frühen Kindesalter, auch im jugendlichen Alter beeinflusst Stress das „Methylierungs-Make-up“ des Gehirns. Die Gesellschaft sollte diese Ergebnisse bei der Fürsorge um die nachfolgenden Generationen im wohlverstandenen eigenen Interesse berücksichtigen

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

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

Die antibiotische Behandlung der akuten Otitis media und die Rückbildung des Paukenergusses

Effect of Antimicrobial Treatment of Acute Otitis Media on the Daily Disappearance of Middle Ear Effusion: A Placebo-Controlled Trial

Taplainen T et al., *JAMA Pediatr*; 168 (7): 635-41, Juli 2014

Die akute Otitis media (AOM) gehört zu den häufigsten Erkrankungen im frühen Säuglings- und Kindesalter. Eine antibiotische Behandlung mindert im Vergleich zu Placebo die Schmerzsymptome zwischen dem 2. und 7. Tag, wie in randomisierten Stu-

dien nachgewiesen werden konnte. Welchen Einfluss hat die antibiotische Behandlung auf den Paukenerguss (PE) und die damit einhergehende Beeinträchtigung des Hörvermögens? Finnische Autoren haben in einer randomisierten, Plazebo-kontrollierten Doppelblind-Studie (AOM Prevention Trial) an 84 Säuglingen und Kindern untersucht, inwieweit die Gabe von Antibiotika den Rückgang eines Paukenergusses beschleunigt.

Die Probanden wurden auf zwei Arme randomisiert und erhielten entweder 40mg/Kg Körpergewicht Amoxicillin-Clavulansäure oder ein Plazebo über 7 Tage. Primäres Studienziel war die Zeit bis zum Verschwinden des PE, definiert als ein Typ A Tympanogramm auf beiden Ohren an 2 aufeinander folgenden Tagen. Der Studienarzt führte eine Tympanometrie und Otoskopie zu Beginn der Studie, nach 3 und 7 Tagen und danach wöchentlich durch, bis beide Ohren gesund waren. Sekundäres Ziel war die Erfassung der Zeit bis zur otoskopischen Normalisierung und des Anteils der Kinder, bei denen der PE nach 14 Tagen und nach 2 Monaten noch persistierte. Ergänzend führten die Eltern jeden Tag zuhause eine Tympanometrie durch.

Der PE verschwand im Vergleich zwei Wochen (13,7 Tage) früher bei den Kindern, die antibiotisch (mittlere Zeit 2,7 Wochen, 95% KI 1,7-3,7) behandelt worden waren. In der Plazebo-Gruppe betrug die mittlere Zeit bis zur Rückbildung des PE 4,7 Wochen (95% KI 3,6-5,7). Die Otoskopie-Befunde normalisierten sich 1,4

Wochen früher als in der Plazebo-Gruppe. Am 14. Tag wiesen 69% der Kinder in der Antibiotika-Gruppe und 38% in der Plazebo-Gruppe ein normales Tympanogramm auf. Am 60. Tag litten noch 2 Kinder (5%) in der Antibiotika-Gruppe und 10 Kinder (24%) in der Plazebo-Gruppe unter einem PE.

Die Autoren konnten zeigen, dass eine antibiotische Behandlung die Dauer des PE reduziert und damit auch die mit dem Paukenerguss verbundenen möglichen Höreinschränkungen bei Kindern verbessert. Die antibiotische Behandlung mindert hiernach bei finnischen Kindern das Risiko für einen persistierenden Paukenerguss.

Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zu den Ergebnissen einer Cochrane-Analyse, in der keine signifikanten tympanometrischen Unterschiede zwischen Antibiotika- und Plazebo-Gabe mit 4 oder 6 Wochen nachgewiesen werden konnten. Möglicherweise ist die vorliegende Studie auch zu klein, um weiterreichende Aussagen zu treffen. Die vorhandenen Daten dürften nicht dazu geeignet sein, jedes Kind mit einer AOM antibiotisch zu behandeln, um die Dauer des PE zu verkürzen. Die Entscheidung für oder gegen eine antibiotische Therapie bei einer AOM muss weiterhin sorgfältig und wahrscheinlich individuell abgewogen werden.

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

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

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

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

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

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

Druckauflage 13.433

lt. IVW IV/2014

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 48 vom 1. Oktober 2014

Bezugspreis: Einzelheft € 10,50 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 105,- zzgl. Versandkosten (€ 7,80 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

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

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

© 2015. 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.

Differenzialdiagnostik und Therapie der Larva migrans

Frage:

In meiner Praxis wurde mir ein 10-jähriger Junge vorgestellt mit zwei roten Streifen an Fuß und Rücken. Beide gehen von einer geschwollenen Effloreszenz aus, die wie ein Insektenstich aussieht. Ein Auslandsaufenthalt wurde verneint, auch Fieber ist nicht feststellbar. Dagegen jedoch Juckreiz.

- Könnten es Gänge eines Hakenwurms sein?
- Können Sie anhand des beigefügten Bildes den Verdacht auf Larva migrans bestätigen?
- Wie sähe eine therapeutische Vorgehensweise in diesem Falle aus?

Antwort:

Bei bogenförmig verlaufenden lineären Effloreszenzen, die urtikariell erhaben sind und in ihrem kaudalen Abschnitt eine Schorfkruste aufweisen, ist zwar differentialdiagnostisch an eine Urticaria factitia zu denken, jedoch ist der vorliegende Befund in erster Linie verdächtig auf eine Larva migrans. Dabei handelt es sich um eine kutane Infestation mit Nematodenlarven. Die Larven leben in feuchter Erde, z. B. am Strand, wohin sie durch die Faeces von Überträgern gelangen. Der häufigste Erreger der Larva migrans (engl. creeping eruption) ist *Ancylostoma brasiliensis*. Daneben kommen Hakenwürmer bei Hunden (*Ancylostoma caninum*), Rindern (*Bunostomum phobotum*) und beim Menschen (*Ancylostoma duodenale* und *Necator americanus*) vor; auch *Strongyloides*-Infestationen können ein ähnliches klinisches Bild auslösen (*Larva currens*). *A. duodenale* und *N. americanus* beschränken sich nicht auf die Ausbreitung in der Haut, sondern können sich hämatogen ausbreiten (*Larva migrans visceralis*) und Lungeninfiltrate verursachen.

Die Larven dringen durch die Epidermis und bilden in tieferen Epidermisschichten gewundene Gänge, die an der sich einstellenden Entzündungsreaktion (Rötung, Juckreiz) zu erkennen sind. Der Juckreiz setzt nach einer Inkubationszeit von 1-5 Tagen (gelegentlich aber auch > 4 Wo-

chen) ein. Der Gang ist in der Regel mehrere Zentimeter lang; die Ausbreitungsgeschwindigkeit liegt bei etwa 2,7 mm/Tag (1, 2); die durch *Strongyloides stercoralis* verursachte *Larva currens* hingegen breitet sich wesentlich schneller (bis zu 10 cm pro Stunde) aus. Da der Mensch nur ein zufälliger Wirt ist, ist die Erkrankung letztlich selbstlimitierend; auch ohne Behandlung sterben die Larven nach einigen Wochen, gelegentlich Monaten ab.

Hierzulande wurden Fälle nach Überflutungen der Elbstrände beobachtet. Auch an Stränden einheimischer Seen kann nach direktem Hautkontakt mit Sand, der durch Kot nicht "entwurmter" Junghunde kontaminiert wurde, eine Infestation erfolgen (3).

Zur Lokaltherapie kann Thiabendazol in 5-15 %iger Konzentration eingesetzt werden (in Ungt. alcohol. lanæ okklusiv für 3-4 Tage); die Erfolgsrate liegt bei 90 % (4). Allerdings muss Thiabendazol aus dem Ausland bezogen werden. Zur oralen Therapie geeignet ist Albendazol (Erwachsenendosis: 400 mg/d für 3 Tage), alternativ Ivermectin (200 µg/kg/d als Einmaldosis; Handelsname Stromectol®; Import aus Frankreich). Hier liegen die Erfolgsraten bei 77-100 %. Von einer chirurgischen Therapie (Exzision oder Kryotherapie) ist dringend abzuraten.

Prof. Dr. med. Peter Höger
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH/Pädiatrie
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg

Literatur:

1. Fox TG, Manaloor JJ, Christenson JC. Travel-related infections in children. *Pediatr Clin North Am.* 2013, 60: 507-527.
2. Kienast AK. Cutaneous larva migrans. In: Irvine AD, Hoeger PH, Yan AC (eds.) *Harper's Textbook of Pediatric Dermatology*. Oxford: Wiley-Blackwell, 3rd edit. 2011, 68: 1-5.
3. Kienast AK, Bialek R, Hoeger PH. Cutaneous larva migrans in northern Germany. *Eur J Pediatr* 2007, 116: 1183-1185.
4. Welzel J. Würmer. In: Plewig G, Landthaler M, Burgdorf WHC, Hertl M, Ruzicka T (Hrsg.) *Braun-Falco's Dermatologie, Venerologie und Allergologie*. Heidelberg: Springer-Verlag, 6. Aufl. 2012, 398-402.

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

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

Meningokokken-B-Impfung – Herausforderungen aus Sicht der impfenden Ärztinnen und Ärzte

Ergebnisse der RKI-Befragung von niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten zur Akzeptanz.

Im Januar 2013 erfolgte die Zulassung für den Meningokokken-B-Impfstoff für Europa. In Vorbereitung auf die Beschäftigung der STIKO mit der neuen Impfung entschied das RKI, im November 2013, noch vor Markteinführung im Dezember 2013, eine Befragung der impfenden Kinder- und Jugendärzte und -Ärztinnen bezüglich ihrer Einstellung zur Meningokokken-B-Impfung und der möglichen Anwendung bei Kindern in Deutschland durchzuführen. Hierzu wurde mit Hilfe des BVKJ ein Fragebogen an alle 5.677 niedergelassenen Mitglieder gesandt, die Rücklaufquote betrug 55%. Wir möchten an dieser Stelle den BVKJ-Mitgliedern ganz herzlich für Ihre rege Beteiligung danken.

Beinahe 80% befürworteten eine Meningokokken-B-Impfung, drei Viertel sprachen sich dafür aus, diese im ersten Lebensjahr zu verabreichen. Eine deutliche Mehrheit würde jedoch lieber nach dem fünften Monat und getrennt von den anderen Standardimpfungen impfen (Abb. 1 Option 2) und lehnte generell drei Impfinjektionen an einem Termin ab. Mehr als ein Drittel befürchtete, dass Eltern andere Impfungen zugunsten der Meningokokken-B-Impfung vernachlässigen könnten, am ehesten die Impfungen gegen Pneumokokken und Rota. Pädiaterinnen lehnten häufiger die Simultangabe mit den anderen Impfungen ab und bevorzugten eher die Option 2 gegenüber Option 1 (Abb. 1). Option 1 stieß im Süden Deutschlands auf die meiste Ablehnung. Dort erwarteten die Ärzte auch am ehesten, dass andere Impfungen zugunsten der Meningokokken-B-Impfempfehlung vernachlässigt werden könnten.

Es wurde auch erfasst, ob Ärzte, das zugelassene 2+1- statt dem von der STIKO empfohlenen 3+1- Schema für die Pneumokokken bzw. hexavalente Impfung anwenden – dies war nur bei 5% bzw. 1% der Befragten der Fall. Eine ausführliche, frei zugängliche Darstellung der Befragung finden Sie in der Zeitschrift Vaccine unter <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X14013085>

Bewertung (aus Sicht des Pädiaters und STIKO-Mitglieds Dr. Martin Terhardt)

Diese Befragung zeigt, wie heterogen die Einstellungen zu dieser neuen Impfung sind. Besonders herrscht Skepsis oder zumindest Unsicherheit gegenüber der Integration dieses neuen und von den meisten als wichtig eingeschätzten Impfstoffs in den Praxisalltag. Wegen der Krankheitslast durch Meningokokken B im ersten Lebens(halb-)jahr wäre eine frühe Impfung (Option 1) medizinisch der sinnvollste Weg. Die Befragungsergebnisse lassen jedoch befürchten, dass die ärztliche Compliance sowohl zum Impf-Zeitpunkt als auch zur Koadministration nicht optimal sein würde. In anderen Ländern ist es allerdings schon lange Tradition, bis zu vier Injektionen zeitgleich zu applizieren, in Deutschland scheint diesbezüglich eine irrationale Angst vorzuherrschen.

Man sollte jedoch einige zusätzliche Faktoren berücksichtigen:

Reaktogenität: In den Studien zum neuen Meningokokken-B-Impfstoff wurden bei gleichzeitiger Impfung mit anderen Impfstoffen mehr fiebriger Reaktionen dokumentiert als bei getrennter Verabreichung (2), was sicher einige hinsichtlich ihrer Entscheidung verunsichert. Bislang wurden jedoch keine beunruhigend hohen Wiedervorstellungsraten bei geimpften Säuglingen berichtet. Eine gute Aufklärung der Eltern ist hilfreich. Die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung wegen Fieber nach der Impfung war seltener, wenn die Eltern wussten, dass ihr Kind mit dem neuen Meningokokken-B-Impfstoff geimpft wurde, als wenn sie dies nicht wussten (3).

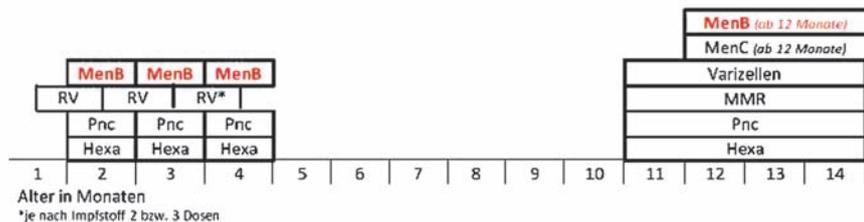
Drei Impferte? Manche haben Sorge, zwei Impferte mit genügendem Abstand an einem Oberschenkel von kleinen Säuglingen zu finden, einige erwägen sogar, auf den M. Gluteus als dritten Impfort auszuweichen, obwohl dieser in den Zulassungsstudien gar nicht benutzt wurde. An vielen Orten der Welt und auch in einigen deutschen pädiatrischen Praxen, die den Impfstoff bereits verimpfen, sind Impftermine mit drei Impfungen an drei Impforten gut gelebte Routine.

Praxis-Organisation: Der Aufwand für Impfungen ist unterschiedlich. Oft werden Impfentscheidungen erst nach ärztlicher Beratung, Aufklärung und Untersuchung des Impflings gefällt, so dass der räumliche, persönliche und zeitliche Aufwand bei einer neuen, eventuell reaktogeneren Impfung groß werden kann. Das Delegieren der Injektion an die medizinischen Fachangestellten ist eher die Ausnahme als die Regel. Die in manchen Praxen durchgeführte synchrone Impfung von zwei Impfstoffen an zwei Impforten durch zwei Personen ist bei drei Impfungen kaum denkbar.

Aufklärungsbedarf: Der Beratungsbedarf zu dieser neuen Impfung ist groß, bevor sie von der STIKO empfohlen ist. Eltern werden gerade bei der ersten Impfung vor die Entscheidung zwischen zwei Ängsten gestellt: vor der Erkrankung oder vor der Impfung. Außerdem ist die Einstellung der Beratenden und Aufklärenden sehr heterogen, sei es in Bezug auf juristische oder inhaltliche Aspekte der Aufklärung und die Aufklärungspflicht.

Option 1 – Meningokokken-B-Impfung im Alter von 2, 3, 4 und 12 Monaten

- Vorteile:** Beginn Impfschutz früh im 1. Lebenshalbjahr, keine zusätzlichen Impftermine
Nachteile: erhöhte Reaktogenität durch simultane Gabe mit anderen Impfstoffen, drei Impfinjektionen an einem Termin, eine Impfstoffdosis mehr im Vergleich zu Option 2



Option 2 – Meningokokken-B-Impfung im Alter von 6, 8 und 12 Monaten

- Vorteile:** Durch separate Gabe Reaktogenität vergleichbar mit Routineimpfungen, eine Impfdosis weniger im Vergleich zu Option 1
Nachteile: zusätzliche Impftermine, Beginn Impfschutz erst im 2. Lebenshalbjahr, möglicherweise schnellere Abnahme des Impfschutzes nach nur 3 Dosen

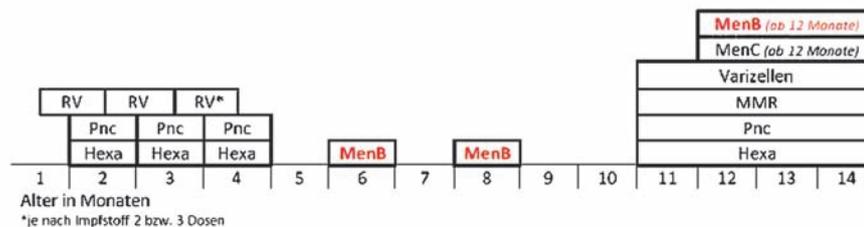


Abbildung: Potentielle Impfschemata zur Integration einer möglichen Meningokokken-B-Impfung in den aktuellen STIKO-Impfkalender, Stand November 2014, (adaptiert nach Takla et al. (1)).

Hexa = Hexavalente Impfung (Diphtherie, Tetanus, Polio, Pertussis, *Haemophilus influenzae* Typ b, Hepatitis B), MMR = Masern-Mumps-Röteln-Impfung, MenB = Meningokokken-B-Impfung, MenC = Meningokokken-C-Impfung, Pnc = Pneumokokken-Impfung, RV = Rotavirus-Impfung

Einfluss der Einstellung der Impfen auf ihre Patienten: Die Einstellung der Impfenden ist der größte Einflussfaktor bei der Durchimpfung ihrer Patienten (4-6). Eine eventuelle STIKO-Empfehlung ab dem Alter von zwei Monaten würde nach den Befragungsergebnissen vielleicht nur sehr zögernd und nur von einer Minderheit umgesetzt.

Wirksamkeit: Derzeit haben wir noch keine ausreichenden Kenntnisse über die Auswirkung der Meningokokken-B-Impfung auf eine große Kohorte. Folgt man den heute verfügbaren Informationen, ist nach Beginn einer routinemäßigen Meningokokken-B-Impfung der Säuglinge zusammen mit opportunistischen Nachholimpfungen aufgrund der wahrscheinlich kürzeren Wirksamkeitsdauer (2) und dem wahrscheinlich nur mäßigen Herdeneffekt (7) zu erwarten, dass wir einen geringeren Effekt auf die Inzidenz an Me-

ningokokken-B-Erkrankungen erleben werden als die Effekte, die durch die Meningokokken-C- oder die Pneumokokken-Impfung erzielt wurden.

Alle diese Informationen müssen transportiert, verstanden und akzeptiert werden, wenn es um die rasche, gute und nachhaltige Umsetzung einer eventuellen STIKO-Empfehlung geht.

Literatur bei den Verfassern

Autoren:
 Dr. Wiebke Hellenbrand und Dr. Anja Takla
 Fachgebiet Impfprävention
 Robert Koch-Institut, Berlin
 E-Mail: HellenbrandW@rki.de und TaklaA@rki.de

Dr. Martin Terhardt
 Mitglied BVKJ-Ausschuss Prävention und Frühtherapie, STIKO-Mitglied
 E-Mail: martin.terhardt@t-online.de

Red.: Kup

Brief aus der Praxis ● ● ●



Dr. Tanja
Brunnert

Zwischen Klinikärzten und Niedergelassenen knirscht es manchmal gewaltig. Zu unterschiedlich sind die Berufswelten, zu zahlreich die Sollbruchstellen in der Zusammenarbeit, zu wenig wird miteinander geredet. Das wollen wir ändern.

Die Kinder- und Jugendärztin Tanja Brunnert hat vor einigen Jahren den Sprung in die Praxis gewagt. An dieser Stelle berichtet sie regelmäßig ihren Kolleginnen und Kollegen in der Klinik über ihren Alltag als niedergelassene Kinder- und Jugendärztin – heute über ein interessantes Phänomen, das sich besonders gut in der Infektsaison beobachten lässt.



Liebe Kollegen,

immer wieder ein großes Thema in Gesprächen ist die Frage, ob man sich zum Zeitpunkt der Niederlassung ausreichend dafür vorbereitet fühlte. Eine sehr wichtige und schwer zu beantwortende Frage! Letztlich soll ja auch die Weiterbildungsordnung in diesem Sinne geändert werden.

Auch ich bemerke immer wieder, dass es Bereiche gibt, von denen ich als stationär tätige Kinder- und Jugendärztin nur wenig Ahnung hatte.

Meine Defizite: Mit meiner langjährigen Intensiv- erfahrung hatte ich nur relativ wenig fundierte Kenntnisse der Entwicklungsbeurteilung, insbesondere bei älteren Kindern, Hautausschläge und Co. waren mir ein Gräuel, daneben dann die ganze Abrechnungssystematik usw. Durch Fortbildung und interkollegialen Austausch (Danke, PädInform!) konnten diese Defizite gemindert werden.

Aber auch nach nun knapp acht Jahren Niederlassung zeigen sich mir immer noch die Fallstricke derselben. Nie hätte ich gedacht, dass ich solchen Unsicherheiten und Gefahren ausgesetzt sein werde! Kein Mensch bereitete mich darauf vor: Hausbesuche!!!

Zugegeben, viele davon mache ich nicht. Die wenigen meist für die U2, und natürlich können wir jetzt trefflich diskutieren, ob es sinnvoll ist. Meine Intention: die Familie im häuslichen Umfeld kennen zu lernen. Immer wieder sehr lehrreich.

So wie bei der Familie, die aus Vater, Mutter, Kind und fünf Vogelspinnen bestand. Zur Untersuchung bekam ich den Wohnzimmertisch zugeteilt, drum herum die Terrarien. Darin die haarigen Biester, die mich ungerührt anglotzten bei meiner Arbeit. Eigentlich mag ich ja Tiere. Aber Beine und davon maximal vier sollte so ein Viech schon haben. Acht Beine, die nicht nur blitzschnell laufen, sondern vielleicht auch Hindernisse wie eine Terrarienwand mühelos überspringen können... Eine leicht irritierende Vorstellung!

„Aber nein, die sind ganz freundlich und tun nichts“, versicherte mir der Vater. Da war ich aber beruhigt!

Sehr speziell auch mein Besuch bei Familie M. Anlass: die dritte häusliche U2 bei der nun 20-jährigen Mutter innerhalb von 22 Monaten. Ich wusste also, was auf mich zukommt.dachte ich jedenfalls.

Mein Klingeln an der Wohnungstür wird von hektischer Betriebsamkeit hinter selbiger beantwortet. Ich höre, wie der Vater versucht, sich den Weg an seinen Kindern vorbei zum Wohnungseingang zu bahnen. Dann öffnet sich die Tür und vor mir steht der Erzeuger der Kinderschar, gewandet in einen Leopardenbademantel. Meine Augen wandern an ihm herab: Immerhin, er trägt einen Schlafanzug.

„Hat Ihre Frau Ihnen nicht gesagt, dass ich komme?“

„Wieso?“

„Naja, weil Sie sich nicht angezogen haben.“

Ich ernte nur einen fragenden Blick. Wir betreten die Wohnung. Ich bemühe mich krampfhaft, nicht auf den Leoparden zu achten. Im Wohnzimmer liegt das Baby mit der Mutter. Nach einer kurzen Begrüßung bitte ich, den Fernseher auszumachen. Hinter mir ein enttäuschtes Grunzen. Die knapp Zweijährige? Nein, der Vater! Bockig weist er darauf hin, dass jetzt seine Lieblingssendung kommt. Mit strengem Blick erkläre ich, dass während meiner Anwesenheit die Glotze aus und der Bademantel zu bleibt.

Die Mutter und ich bringen den Rest der Untersuchung einigermaßen strukturiert hinter uns. Nur ab und zu mischt sich Papa mit Fragen in das Gespräch der Erwachsenen ein.

Wie kann man Kollegen auf solche Situationen vorbereiten? Selbstverteidigung, Yoga, Meditation? Ich wähle eine Sozialpädiatrie-Fortbildung und hoffe, dass es so etwas ist wie Sozialadulterie. Andererseits: dann wäre ich ja gar nicht zuständig! Sicherlich werden wir aber auch hierfür nach entsprechender Zusatzqualifikation eine Abrechnungsziffer erhalten. Zehn Hausbesuche, drei davon nachweislich mit Kontakt zu Fremden in Leopardenbademänteln könnte ich mir als ausreichende Qualifikation vorstellen.

Ich bin also auf einem guten Weg.

Tanja Brunnert
Dr. Tanja Brunnert
37077 Göttingen
E-Mail: tanja.brunnert@kinderarzt-goe.de

Red.: ReH

Mädchen sind anders – Die Kinder- und Jugendgynäkologie ist keine Gynäkologie „en miniature“

Die Kinder- und Jugendgynäkologie ist ein interdisziplinäres Gebiet in den Grenzbereichen der Fachgebiete Frauenheilkunde und Geburtshilfe und der Kinder- und Jugendmedizin. Zusätzlich spielen angrenzende Fächer wie beispielsweise die Kinderurologie, die Kinderchirurgie oder die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine wichtige Rolle. Für Ärztinnen und Ärzte, die dieses Teilgebiet innerhalb der Gynäkologie oder innerhalb der Pädiatrie ausüben, ist dies eine vielschichtige und ernst zu nehmende Aufgabe – sowie zugleich eine wunderbare Herausforderung, den Mädchen und Jugendlichen zu einer positiven Einstellung zum eigenen Körper und dem eigenen Selbstkonzept zu verhelfen.

Kinder- und Jugendgynäkologie ist nicht Erwachsenen-Gynäkologie „in kleinem Maßstab“. Bei der Behandlung, Betreuung und Begleitung der Patientinnen stehen auch das physiologische Wachstum und die Entwicklung in somatischer sowie in psychischer Sicht im Vordergrund. Dies beeinflusst sämtliche ärztliche Maßnahmen. Ärztinnen und Ärzte, die Kinder- und jugendgynäkologisch tätig sind, müssen Kenntnisse über die verschiedenen Hormonphasen und denen damit einhergehenden anatomischen Besonderheiten des weiblichen Körpers haben, um zwischen Normvarianten und Pathologie unterscheiden zu können. Diese Qualifikation ist besonders wichtig, um kein Mädchen und keine Jugendliche unnötig als krank einzustufen bzw. um wichtige Diagnostik und Therapiemaßnahmen frühzeitig einleiten zu können. Ein wichtiger Aspekt ist darüber hinaus, Patientinnen altersentsprechend psychologisch beraten zu können.

Chancen der Prävention nutzen

Das Aufgabengebiet der Kinder- und Jugendgynäkologie ist nicht nur kurativ. Die besonderen Herausforderungen und zugleich Chancen liegen auch und vor allem in der Prävention. Diese beginnt im Neugeborenenalter und erstreckt sich über die Kindheit bis in die Pubertät und Adoleszenz. Angeborene Anomalien, aber auch später auftretende Störungen sind rechtzeitig zu erkennen und die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Schritte einzuleiten. Die Früherkennung hat in der Kinder- und Jugendgynäkologie eine besonders zentrale Funktion, weil viele Erkrankungen erst in der Pubertät manifest werden. Daneben ist die Prävention in Hinblick auf sexuell übertragbare Erkrankungen und die Vermeidung von Teenager-Schwangerschaften ein wichtiges Thema. Hier kann die Kinder- und Jugendgynäkologie

durch gezielte Aufklärung über die Möglichkeiten des Schutzes – wie der HPV-Impfung oder dem Benutzen von Kondomen – einen wesentlichen Beitrag leisten.

Die AG Kinder- und Jugendgynäkologie unterstützt Sie bei dem Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten

Ausbildungsziel der Arbeitsgemeinschaft ist die umfassende Förderung der Kinder- und Jugendgynäkologie in der pädiatrischen und gynäkologischen Lehre, Praxis und Fortbildung. Die wissenschaftlichen Grundlagen der Kinder- und Jugendgynäkologie sollen als integrative Elemente in der pädiatrischen und gynäkologischen Versorgung etabliert werden. Der medizinische Fortschritt auf diesem Gebiet soll stärker in die Versorgung einfließen. Interessierte Ärzte und Vertreter verschiedener Disziplinen sollen zum Wohl der Patientinnen zusammengeführt werden.

Kompetenz und Handlungssicherheit erwerben – www.kindergynaekologie.de zeigt Fortbildungsmöglichkeiten auf

Alle Ärztinnen und Ärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin, sowie angrenzender Fachgebiete, die ihre kinder- und jugendgynäkologischen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten erweitern möchten, können sich über ihre Möglichkeiten auf der Website der AG Kinder- und Jugendgynäkologie e. V. – www.kindergynaekologie.de – zu Fortbildungsangeboten informieren. Dort finden Sie Informationen zu wissenschaftliche Kongressen, Symposien und Treffen sowie zum IFEPAG-Examen (International Fellowship of Pediatric and Adolescent Gynecology), das als ausweisbare Befähigung auf dem Gebiet der Kinder- und Ju-



Priv.-Doz. Dr.
Patricia G. Oppelt

¹ niedergelassene Frauenärztin und Funktionsoberärztin mit dem Schwerpunkt gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin an der Frauenklinik der Universität Erlangen, 1. Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.

gynäkologie betrachtet werden kann.

Intensivkurse geben Ihnen die Möglichkeit, Ihr Wissen kompakt aufzubauen, den Zusammenhang zwischen den gesundheitlichen Problemen und Risiken von Mädchen und Jugendlichen zu erkennen und entsprechende Schlussfolgerungen zu ziehen. Darüber hinaus finden Sie auf der Website Empfehlungen wie z. B. ab wann ein zytologischer «PAP-Abstrich» bei Jugendlichen entnommen werden sollte, aber auch aktuelle Empfehlungen aus Expertenworkshops aus unserem Gebiet. Nicht zuletzt erhalten Sie praktische Tipps zur Gesprächsführung, die Ihre Arbeit erleichtert und dazu beiträgt, das Gebiet der Kinder- und Jugendgynäkologie mit großer Begeisterung ausüben zu können.

Die Kinder- und Jugendgynäkologie ist ein interessantes Zwischengebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe und der Kinder- und Jugendheilkunde. Es ermöglicht Ärztinnen und Ärzten zum frühesten Zeitpunkt nach der Geburt wichtige Weichen zu stellen und unser medizinisches Vermögen zu einem Zeitpunkt auszuschöpfen, zu dem Wachstum und Entwicklung noch bevorstehen. Mit unseren Angeboten möchten wir Sie dazu ermutigen, das Gebiet in Theorie und Praxis kennen zu lernen und mehr Kompetenz und Handlungssicherheit im Praxisalltag zu erwerben.

PD Dr. med. Patricia G. Oppelt
patricia.oppelt@uk-erlangen.de

Red.: Kup

Zulässige Werbung für Ärzte – Darf sich eine Einzelpraxis „Zentrum“ nennen?

Der Außenauftritt des Arztes wird durch § 27 der Musterberufsordnung beschränkt. Werbung darf danach nicht berufswidrig – also z. B. nicht anpreisend, irreführend oder vergleichend – sein. Was im Einzelfall in die Kategorie „berufswidrige Werbung“ fällt, war bereits Gegenstand vieler gerichtlicher Entscheidungen. Jüngst hat nun das Verwaltungsgericht Düsseldorf (VG) eine Entscheidung über die Außendarstellung einer Einzelpraxis als „Zentrum“ getroffen (VG Düsseldorf, Urt. v. 19.09.2014, Az. 7 K 8148/13).

Auch wenn das Urteil von einem Augenarzt erstritten wurde, so kann es doch auf alle anderen Fachbereiche übertragen werden und ist daher sicherlich auch für den niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt interessant.



Dr. jur. Juliane
Netzer-Nawrocki

Der Sachverhalt

Der Kläger ist Facharzt für Augenheilkunde und betreibt eine Einzelpraxis mit einer genehmigten Zweigpraxis. Er beschäftigt drei Fachärztinnen für Augenheilkunde. Der Arzt bietet in seiner Praxis nahezu das komplette Leistungsspektrum der Augenheilkunde an. Hierzu gehören u. a. die gesamte konservative Augenheilkunde, ein Sehschulangebot durch eine angestellte Orthoptistin, umfassende diagnostische Leistungen sowie diverse operative und kosmetische Eingriffe. Der Kläger verwendet für seinen Außenauftritt, u. a. auf dem Praxischild, die Bezeichnung „Augenzentrum S“. Die Beklagte (Ärztammer Nordrhein) erließ ihm gegenüber eine Ordnungsverfügung mit der sie ihm aufgab, es zu unterlassen, die Bezeichnung „Augenzentrum S“ zu führen. Die Ankündigung der Einzelpraxis mit angestellten Ärzten als „Augenzentrum S“ verstoße gegen § 27 Abs. 3 der Berufsordnung (BO). Die Ankündigung der Einzelpraxis mit zwei Standorten und angestellten Fachärzten als „Zentrum“ sei irreführend und damit berufswidrig. Durch die Bezeichnung „Augenzentrum S“ werde der Eindruck geweckt, die Einzelpraxis weise im Hinblick auf Kompetenz, Ausstattung und Erfahrung eine besondere Bedeutung auf, die über den Durchschnitt vergleichbarer Arztpraxen hinausgehe. Das vom Arzt vorgehaltene Leistungsspektrum rechtfertige die Bezeichnung „Augenzentrum S“ nicht. Auch die Tatsache, dass er drei angestellte Ärztinnen beschäftige, begründe nicht die besondere Bedeutung und Größe der Praxis. Ermittlungen zum tatsächlichen Leistungsangebot des Arztes nahm die Ärztekammer nicht vor. Hiergegen hat der Arzt erfolgreich Klage vor dem VG erhoben.

Die Entscheidung

Das VG hat der Klage des Arztes stattgegeben. Es hat sich zunächst ausführlich mit dem Verkehrsverständnis des Begriffs „Zentrum“ auseinandergesetzt und im Anschluss das konkrete Leistungsangebot der Praxis bewertet. Die Bezeichnung „Augenzentrum S“ sei demnach keine irreführende Werbung.

Verkehrsverständnis des Begriffs „Zentrum“

Das Gericht nimmt zwar grundsätzlich an, dass die Bezeichnung „Augenzentrum“ in der Vorstellung der angesprochenen Verkehrskreise die Erwartung wecke, ein „Mehr“ an Augenheilkunde geboten zu bekommen, als der durchschnittliche Facharzt für Augenheilkunde erfahrungsgemäß anbiete. Was das genau bedeutet, lasse sich aus dem Begriff „Zentrum“ allein jedoch nicht ableiten. Rein geographisch betrachtet, erfülle die Praxis des Arztes jedenfalls die „Zentrumslage“ und eine Irreführung sei nicht erkennbar.

Auch die Einzelpraxis kann ein „Zentrum“ sein

Die Ärztekammer hatte zur Definition des „Zentrumsbegriffs“ an die personellen Voraussetzungen der Praxis angeknüpft und behauptet, ein „Zentrum“ verspreche eine Berufsausübungsgemeinschaft mit mindestens zwei niedergelassenen Ärzten. Diese Argumentation hat das VG als unzutreffend zurückgewiesen. Für den unbefangenen Marktteilnehmer sei es gleichgültig, in welchem Verhältnis die in einem „Zentrum“ tätigen Ärzte zueinander stünden. Die Tatsache, dass in der Praxis des Arztes überhaupt mehrere Ärzte tätig seien, sei schon nicht zwingend erforderlich, in jedem Falle aber ausreichend. Die weiteren Ärzte könnten damit auch Angestellte sein, ohne dass eine Irreführung vorliege.

Festzuhalten bleibt aus Sicht des Gerichts, dass die zulässige Verwendung des Begriffs „Zentrum“ nicht allein an formalistischen Merkmalen gemessen werden dürfe. Eine generalisierende Betrachtung eines etwaigen Verkehrsverständnisses des Begriffs „Zentrum“ scheide aus. Dies folge auch daraus, dass sich der Begriff im ständigen Bedeutungswandel befinde. Für den vorliegenden Fall komme es darauf aber auch gar nicht an.

Das konkrete Leistungsspektrum ist entscheidend

Denn tatsächlich biete der Arzt ein Leistungsspektrum in seiner Praxis an, welches ein deutliches „Mehr“

an Kompetenz und Leistungsangebot gegenüber dem durchschnittlichen Augenarzt aufweise. Die Ärztekammer habe versäumt, sich mit dem diesbezüglichen Vortrag des Arztes auseinanderzusetzen. Sie habe sich darauf beschränkt, pauschal zu behaupten, das Leistungsangebot des Arztes gehe über das Spektrum einer augenfachärztlichen Praxis nicht hinaus und das Gericht möge hierzu durch Sachverständigen-gutachten Beweis erheben. Das Verwaltungsgericht hat dies zum Anlass genom-

men, die Ärztekammer auf ihre ureigenen Aufgaben als Ordnungsbehörde hinzuweisen und den Erlass einer Ordnungsverfügung ohne vorherige Ermittlungen scharf kritisiert.

Bedeutung des Urteils für die Praxis

In praktischer Hinsicht folgt aus dem Urteil eine Liberalisierung der Außendarstellung als „Zentrum“, auch für Kinder- und Jugendarztpraxen. Zu begrüßen ist

auch die Kritik des VG an der Ärztekammer, eine Ordnungsverfügung zu erlassen, ohne überhaupt Ermittlungen zum Leistungsangebot der jeweiligen Praxis durchgeführt zu haben.

Dr. jur. Juliane Netzer-Nawrocki, Rechtsanwältin
Möller & Partner – Kanzlei für Medizinrecht
(www.m-u-p.info)

Die Anwälte der Kanzlei sind als Justiziarer des
BVKJ e.V. tätig.

Red: ReH

25 Jahre UN-Kinderrechtskonvention – Was bleibt zu tun?

Die SPD-Bundestagsfraktion nutzte das 25-jährige Jubiläum der Verabschiedung der UN-Kinderrechtskonvention zu einer Bestandsaufnahme, inwieweit die Bundesrepublik Deutschland die Inhalte der Konvention mittlerweile umgesetzt hat. Zu diesem Zweck fanden sich eine Vielzahl von Experten aus Familienverbänden, Organisationen der Jugendhilfe und pädiatrischen Verbänden zu einem Workshop im Reichstagsgebäude in Berlin ein, um gemeinsam zu diskutieren, wie die Rechte von Kindern in Deutschland weiter gestärkt werden können. Für den BVKJ nahmen Präsident Dr. Wolfram Hartmann, die Geschäftsführerin Christel Schierbaum und der Verfasser teil.

Einführend würdigte SPD-Fraktionsvorsitzender Thomas Oppermann die Bedeutung der Konvention, deren wesentlicher Erfolg darin zu sehen sei, dass Kinder weltweit in der Gesetzgebung einen Wandel von Objekten zu eigenständigen Rechtssubjekten durchlaufen hätten, mit entsprechenden Auswirkungen auf die Gesetzgebung und Rechtsprechung in fast allen UN-Mitgliedsstaaten. Dies hieße zwar nicht, dass alle in der Konvention aufgeführten Kinderrechte bereits umgesetzt wären, hinderlich sei auch, dass eine Nichtbeachtung der Vereinbarung keine Sanktionen nach sich ziehe. Dennoch seien aufgrund der Konvention weltweit deutliche Verbesserungen festzustellen. Oppermann sprach sich ausdrücklich für die Aufnahme von Kinderrechten in das deutsche Grundgesetz auf. Dies werde sich nachhaltig auf die Entscheidungen von Verwaltungen und Gerichten auswirken. Die Erfordernis dieses Schrittes zeige sich in den Erfolgen bei der Gleichstellung von Frauen in allen Bereichen des öffentlichen Lebens, die ebenfalls maßgeblich auf eine Aufnahme von Frauenrechten in die Verfassung zurückzuführen sei.

Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig unterstützte diese Position und bezweifelte die Meinung von Gegnern einer Aufnahme von Kinderrechten in das Grundgesetz, es handele sich hierbei um einen rein symbolischen Akt ohne weitere Bedeutung. Wenn dies wirklich so sei, leuchte ihr der Widerstand gegen die Aufnahme gar nicht ein, andererseits zeigten die Erfahrungen in anderen Staaten, dass Kinderrechte in der Verfassung sich sehr wohl auf alle staatliche Ebenen auswirken, sei es bei den Entscheidungen von Gerichten, aber auch bei Entscheidungsträgern in

öffentlichen Verwaltungen, so z. B. bei der Städteplanung. Energisch widersprach sie dem ebenfalls häufig geäußerten Einwand, der Staat wolle sich mittels der Verfassungsänderung in die Familien einmischen und die Rechte der Eltern beschneiden. Die Ministerin zeigte sich im Gegenteil davon überzeugt, dass Deutschlands Eltern in ihrer großen Mehrheit die Aufnahme der Kinderrechte in das Grundgesetz befürworteten, zumal es auch in ihrem eigenen Interesse sei.

Nach Schwesigs Ansicht ist die Chance zur Umsetzung des Vorhabens deutlich gestiegen: Der Bundesrat befürwortet die Aufnahme der Kinderrechte in die Verfassung, ebenfalls alle Bundestagsfraktionen mit Ausnahme der Union. Deren Abgeordneten seien sich noch nicht einig, es gebe aber Anzeichen für ein Umdenken, nachdem mehrere Familienpolitiker der CDU/CSU ihre Unterstützung bekundet hatten.

Dr. Sebastian Sedlmayr, Leiter der Abteilung Kinderrechte und Bildung bei UNICEF Deutschland, forderte, bei der Verabschiedung aller Gesetze zu prüfen, ob das Wohl der Kinder ausreichend berücksichtigt wurde. Außerdem sollten Kinder feste Ansprechpartner in Form von Ombudsmännern oder -frauen bekommen, an die sie sich wenden könnten, wenn sie das Gefühl haben, dass ihre Rechte verletzt wurden.

Mittel- bis langfristig ist das den Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten allerdings nicht genug. Zusätzlich zum aktuellen SPD-Kernthema, der Unterstützung von Familien, will die Fraktion Kinder und Jugendliche in Deutschland auch rechtlich noch besser stellen. Daher lud die SPD-Bundestagsfraktion diese Woche Fachleute und interessierte Bürgerinnen und Bürger zu einem interaktiven Wissensaustausch in den Bundestag ein.



Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig (li.) im Gespräch mit Dr. Sebastian Sedlmayr, UNICEF Deutschland

Rund 100 Gäste kamen, darunter zahlreiche Expertinnen und Experten aus Verbänden und Vereinen – vom Deutschen Kinderhilfswerk und dem Deutschen Bundesjugendring über den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und

den Bundesverband für Kindertagespflege bis hin zu UNICEF oder Plan International. Aber auch Lehrkräfte, Wissenschaftler/-innen sowie Vertreter/-innen aus Verwaltung und Politik suchten den Austausch.



SPD-Fraktionschef Thomas Oppermann (li.) und die Abgeordneten Susann Rührich (2. v. li.) und Sönke Rix (2. v. re.)

Ideensammlung

Die Teilnehmer des Workshops diskutierten anhand der Themen „Kinderschutz“, „Kindergesundheit“, „Kinder und Bildung“, „Kinderarmut“ sowie „Kinder und Beteiligung“, auf welche Weise Kinder in diesen Bereichen heute nicht zu ihrem Recht kommen und was konkret getan werden muss, um dies zu ändern.

Sönke Rix, Sprecher der Arbeitsgruppe Familie, Senioren, Frauen und Jugend der SPD-Fraktion, versprach, die Ergebnisse der Beratungen in die Arbeit seiner Fraktion aufzunehmen und in politische Initiativen umzusetzen. Zu diesem Zweck soll eine offene Projektgruppe gebildet werden, die den Wissensaustausch in den nächsten Jahren fortsetzen und die Umsetzung der im Workshop erarbeiteten Vorschläge verfolgen soll. Es bleibt abzuwarten, inwieweit diesen guten Absichten auch Taten folgen.

Stephan Eßer
stephan.esser@uminfo.de

Red: ReH

Förderpreis 2014

der Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Der Vorstand und das Kuratorium der Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter vergeben den mit insgesamt 10.000 € dotierten Förderpreis. Im Jahr 2014 ging der Förderpreis gleichberechtigt mit jeweils 5.000 € an zwei Projekte:

- Prof. Dr. Tina In-Albon, „Transdiagnostische Behandlung von Jugendlichen mit Angst- und depressiven Störungen“
- Dr. med. Michael Kaess, „Ambulanz für Risikoverhalten und Selbstschädigung (AtR!Sk)“

Der Förderpreis wurde auf der Jahrestagung des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. am 13. November 2014 in Weimar vergeben.

Den Preisträgern ist aufgegeben, die eingereichten Projekte bis Februar 2016 durchzuführen, zu evaluieren und als Publikation der Stiftung und der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen.

Informationen:

Stiftung KJPP

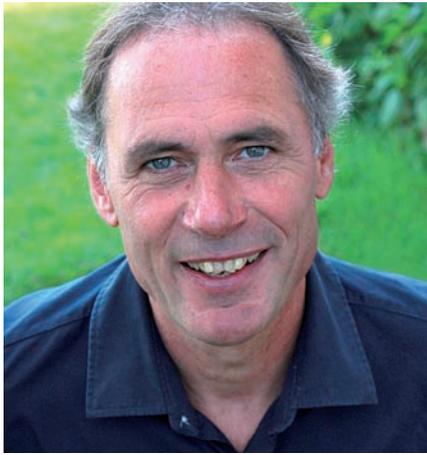
Christian K. D. Moik

Lütticher Str. 512 b, 52074 Aachen

info@stiftung-kjpp.de

Erziehung zwischen Elternliebe und Wirtschaftsinteressen

Je mehr sich Staat und Gesellschaft den Märkten unterwerfen, desto größer wird der Druck auf unsere Kinder. Darüber hat der Kinder- und Jugendarzt Herbert Renz-Polster ein Buch geschrieben. Im Gespräch mit unserer Zeitschrift erklärt er, worauf es bei der Erziehung und Förderung von Kindern ankommt und wie Kinder- und Jugendärzte die Eltern stärken können.



Dr. Herbert Renz-Polster

(c) Judith Polster

Herr Renz-Polster, Sie haben ein Buch mit dem Titel "Die Kindheit ist unantastbar" geschrieben. Wie unantastbar ist denn die Kindheit tatsächlich?

Wie die Kindheit verlaufen soll, war ja schon immer Verhandlungssache. Und da haben beileibe nicht nur die Eltern eine Stimme, und die Kinder schon gar nicht. Sondern da werden immer auch gesellschaftliche, wirtschaftliche und staatliche Interessen mit verhandelt. Der Blick in die Geschichte zeigt das Muster: Da haben sich in Erziehungsfragen immer auch die zu Wort gemeldet, die in der Gesellschaft gerade das Sagen haben. Und bei diesen Ansagen ging es nicht unbedingt um die Kinder selbst, sondern um deren spätere *Funktionen* - ob als Fabrikarbeiter, Soldaten, fruchtbare Mütter, Bewohner eines angeblich freien Raumes im Osten oder als sozialistische Normerfüller. Insofern ist die Kindheit schon antastbar, und der von mir gewählte Titel bestimmt auch eine Anregung zum Nachdenken.

Kinder- und Jugendärzte testen und untersuchen Kinder, der BVKJ ist ein starker Be-

fürworter der frühkindlichen kompensatorischen Förderung. Ist Ihr Berufsstand damit dann nicht auch Teil des Systems der Kinderoptimierer?

Puuh, mal langsam. Wer Kinder fördern will, ist ja nicht gleich ein Kinderoptimierer. Aber an Ihrer Frage zeigt sich schon das Problem. Alle sind sich einig, dass Kinder frühe Förderung und Bildung brauchen. Diese Chance sollten wir doch mal nutzen und uns überlegen, was frühe Förderung denn genau ist. Und gerade als Kinder- und Jugendarzt fällt einem da vielleicht als erstes nicht gleich die Vorbereitung auf die spätere Funktion am Arbeitsplatz ein. In der frühen Kindheit legen es die Kinder doch auf den Aufbau ihrer Metakompetenzen an. Da müssen sie lernen, mit ihren Gefühlen und Impulsen klar zu kommen. Sie müssen lernen, sich in andere einzudenken und in der Gruppe zurecht zu kommen. Sie müssen innerlich stark, widerstandsfähig und kreativ werden. Aber wie fördern wir das? Da stehen wir doch vor einem riesigen Dilemma! Denn diese Entwicklungsschritte kann man einem Kind ja nicht vermitteln oder beibringen, auch nicht mit dem tollsten pädagogischen Programm. Diese Schätze müssen die Kinder selber heben. Ich glaube, dass das in dieser ganzen Förder-Debatte viel zu wenig berücksichtigt wird. Da kommen ganz groß die Ziele der Erwachsenen vor, die sich kleine Forscher und kleine Wettkämpfer im Innovationswettbewerb wünschen. Aber ganz wenig die Kinder selbst.

Wie sieht Ihre Position aus?

Ich denke wir Kinder- und Jugendärzte sollten in die Diskussion einbringen, wie Kinder eigentlich lernen und ihre Persönlichkeit entwickeln. Wir sollten darauf hinweisen, dass man Kinder nicht stark MACHEN kann, sondern dass sie nur stark

werden, wenn sie sich selbst bewähren können. Und das wollen sie ja auch, von morgens bis abends, von ganz klein auf! Aber sie stellen eben Bedingungen, und wir Kinder- und Jugendärzte kennen sie: Kinder werden nur dann mutig und bekommen große, neugierige Augen, wenn sie sich in ihren alltäglichen Beziehungen wohl fühlen. Wenn sie sich verlässlich angenommen, geschätzt und beachtet fühlen - das gilt für Kitas genauso wie im Elternhaus. Gestresste Kinder lernen nicht. Verunsicherte Kinder sind nicht mutig. Aber stehen in der heutigen Frühpädagogik denn die Beziehungen im Mittelpunkt? Die Gelegenheiten zur Selbstbewährung? Da gibt es doch jeweils nur

Notraktionen. Stattdessen betreibt man so etwas wie pädagogisches Catering mit Programmen, Modulen, „Bildungsinseln“ und Portfolio-Arbeit.

Sie beschreiben ja sehr ausführlich, wie die Wirtschaft die Ansagen macht, wie Erziehung auszusehen hat. Und sie fordern die Eltern auf, sich wieder ihre Erziehungskompetenz zurückzuholen. Aber ich vermisse in Ihrem Buch die konkreten Tipps.

Ich bin ja kein Lebensberater. In der Erziehung geht es im Grunde darum, wie wir Beziehungen leben, bewerten und gestalten können. Da hat jeder eine andere Vorstel-

lung, andere Ressourcen und eine andere persönliche Geschichte im Gepäck. Aber ich glaube schon, dass ich das für Eltern wesentlich herausarbeite: Kinder gedeihen, wenn sie in funktionierenden, verlässlichen Beziehungen leben. Wenn sie sich geschätzt fühlen. Diesen Rückenwind nutzen sie, um sich selbst zu bewähren und ihre Persönlichkeit zu bilden. Das zu ermöglichen, ist für mich echte, kindgerechte Förderung.

Weitere Informationen: Herbert Renz-Polster: *„Die Kindheit ist unantastbar“*, Beltz, 2014

ReH

Dr. Gottfried Huss zum 65. Geburtstag

Am 14. März 2015 wurde Gottfried Huss, unser Kollege mit den zwei Seelen in seiner Brust, 65 Jahre alt. Er hat diesen Zeitpunkt gewählt, seine Praxis als Kinder- und Jugendarzt in der Grundversorgung weiterzugeben und wieder Aufgaben zu übernehmen, die sich mit globaler Kindergesundheit beschäftigen. Sein ganzer beruflicher Lebensweg spiegelt diese Dichotomie von klinisch-pädiatrischer Praxis und Gesundheitsmanagement in Projekten für die sogenannte Dritte Welt wieder.

Gottfried Huss wurde am 14. März 1950 in Lörrach, Baden-Württemberg geboren. Er studierte Medizin an der Universität Freiburg und machte dort 1976 Staatsexamen. Er schrieb sich für zwei Semester ins Architekturstudium ein, begann aber dann seine medizinische Weiterbildung zuerst für drei Jahre in Innerer Medizin und Chirurgie und ab 1980 in Pädiatrie. Den Doktorgrad der Medizin erlangte er 1979, die Anerkennung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin 1988 und die Anerkennung des Schwerpunktes Neonatologie 1997. Gottfried Huss ist ein Vorbild in Sachen „Continuous Professional Development“, er erwarb weitere Qualifikationen, die von seinem großen Interesse am Gesundheitsmanagement zeugen: 1989 das Diplom in Tropischer Medizin und Hygiene der „London School of Hygiene and Tropical Medicine“, 1996 den Master in Public Health des „Dept. of International Health, School for Public Health Johns Hopkins University, Baltimore U.S.A.“ und im Jahr 2000 den



Titel „Ärztlicher Qualitätsmanager“ der Ärztekammer NR. Er wurde als Praxis-Visitor durch das Institut „European Practice Assessment-AQUA“ akkreditiert.

So vielfältig wie Gottfried Huss' berufliche Qualifikationen, so interessant war und ist sein professionelles Leben als Kinder- und Jugendarzt. Von 1982 – 1985 arbeitete er für das Gesundheitsministerium in Nicaragua, war verantwortlich für die Planung eines Programms für unterernährte Kinder und beteiligte sich an der Perinatalstudie der UNICEF in der Region Carazo; außerdem leitete er die Kinderabteilung im Hospital San Jose in Dirimba.

Danach ging er zurück an die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Universität Essen, arbeitete als Assistenzarzt und anschließend als leitender Oberarzt der Neugeborenenabteilung. 1997 wurde er zum kommissarischen Leiter der Kinder-

klinik des Elisabethkrankenhauses ernannt, bevor es ihn wieder nach Lateinamerika und Afrika als Senior-Fachplaner der GTZ (Gesellschaft für technische Zusammenarbeit) zog. In dieser Position arbeitete er eng zusammen mit der WHO (s.a. „WHO Millenniumsziele“) in verschiedensten Projekten zur Kinder- und Jugendgesundheit, reproduktiver und sexueller Gesundheit und zum Management von Erkrankungen im Kindesalter.

Vor 10 Jahren hat sich Gottfried Huss in eigener Praxis niedergelassen und war engagiert als Kinder- und Jugendarzt in der pädiatrischen Grundversorgung tätig. Für ihn als Analytiker, Denker und Manager war selbstverständlich, dass er im BVKJ und Pädnetz Baden-Württemberg seinen Platz suchte. Er ließ sich zum Obmann und Ersatz-Delegierten wählen, ist Mitglied im QM-Ausschuss (BVKJ), stellvertretender Vorsitzender im Paednet-Südbaden und organisiert Fortbildungen und Qualitätszirkel. Wie könnte es anders sein, als dass er auch seinen bisherigen beruflichen Interessen im Ausland als Hobby weiter nachgeht. Er übernimmt die Aufgabe als BVKJ-Beauftragter für den Preis „Pädiater für Kinder in Krisensituationen“, vertritt den BVKJ in der European Academy of Paediatrics (EAP), im dessen Vorstand repräsentiert er zwei Jahre lang die Primary Care Working Group als deren Vorsitzender. Er bringt das ambitionierte Projekt COSI auf den Weg, das ist die Konsentierung von Indikatoren für die pädiatrische Praxis in Europa. Seit der Grün-

derung der „Confederation of Primary Care Paediatricians (ECPCP)“ arbeitet er konzeptionell und organisatorisch in zentraler Position in der ECPCP mit, deren Präsident er derzeit ist.

Selbstredend, dass Gottfried Huss auf eine beachtliche Liste von Veröffentlichungen und Lehrtätigkeiten zurückblicken kann.

Lieber Gottfried,

nun habe ich viel über Deine „technischen“ Lebensdaten berichtet, viel wichtiger erscheint mir, dass wir BVKJ'ler Dich

getroffen haben, Dich als zugewandten warmherzigen, anregenden und immer auch kritischen Kollegen und Freund erleben und von Dir und Deinen profunden Erfahrungen profitieren konnten. Unsere Arbeit in den europäischen Projekten der EAP und ECPCP, über die wir regelmäßig berichtet haben, wären ohne Deine Beiträge und Deine Synergien nicht halb so erfolgreich geworden.

Hab' einen wunderbaren Geburtstag, Du weißt, „mit 65 fängt das Leben erst an“, man muss nicht mehr arbeiten, aber es gibt

noch so viel Interessantes zu tun. Grüße Giobla, Deine wunderbare Frau, die Du in Nicaragua kennengelernt hast und mit der und den Kindern Du eine kosmopolitische bilinguale Lebensgemeinschaft führst.

Alles Gute für die Zukunft.

Elke

Dr. Elke Jäger-Roman
Stellv. Generalsekretärin der DAKJ

Red.: Kup



Ukraine: 136.000 Kinder auf der Flucht durch Eis und Schnee

© UNICEF/NYHQ2014-3500/Volpi

Der Konflikt in der Ukraine trifft die Kinder besonders. Rund 920.000 Menschen (Stand: Ende Januar) sind auf der Flucht – darunter mehr als 136.000 Kinder. Innerhalb kurzer Zeit haben sie alles verloren, ihre Häuser liegen in Schutt und Asche. Manche haben den Tod von Angehörigen und Freunden miterleben müssen.

Jetzt prägen Bombenangriffe und Schusswechsel den Alltag. 50.000 Kinder können nicht mehr zur Schule gehen. Bomben haben viele Wasserleitungen beschädigt, so dass oft kein sauberes Trink-

wasser zur Verfügung steht.

Der Winter hat die Situation der Flüchtlingsfamilien zusätzlich verschlechtert. Tausende Familien sind der Kälte nahezu schutzlos ausgesetzt. Die Häuser, in denen sie Unterschlupf finden, sind durch die Angriffe oft unbewohnbar.

So wurde in der Ostukraine in den Regionen um Donezk und Luhansk die Wasserversorgung für rund 750.000 Menschen zerstört. Ohne sauberes Trinkwasser und Hygieneartikel sind vor allem die Kinder Krankheiten schutzlos ausgesetzt.

Fast die Hälfte der in der Ukraine lebenden Kinder ist nicht ausreichend geimpft. Der unzureichende Impfschutz und die mangelnde Versorgung mit Medikamenten bringen Kinder in den betroffenen Gebieten zusätzlich in Gefahr.

UNICEF ruft dringend zu Spenden auf:
UNICEF, Konto 300 000, Bank für Sozialwirtschaft, BLZ 370 205 00, IBAN DE57 3702 0500 0000 3000 00, Stichwort: Ukraine

Red: ReH

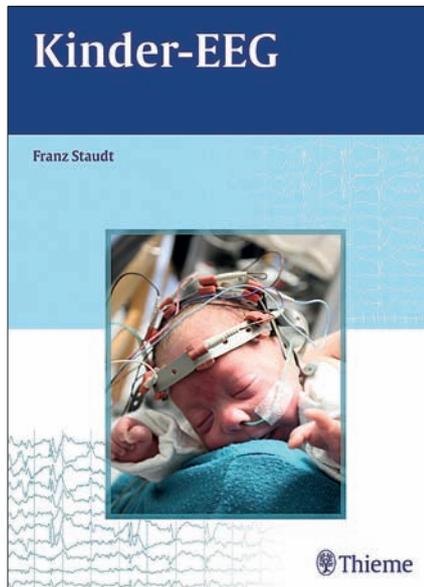
Buchtipps

Franz Staudt u.a.

Kinder-EEG

Georg Thieme Verlag Stuttgart New York
2014

ISBN: 978-3-13-163981-3



Im Frühjahr 2014 erschien im Thieme Verlag das „Kinder-EEG“, herausgegeben von Prof. F. Staudt / Passau unter Mitarbeit von KollegInnen aus Frankfurt, Passau, Vogtareuth und Wien. Das Buch umfasst 311 Seiten und ist gegliedert in 11 Kapitel, denen ein 12. Kapitel zur „Geschichte der Enzephalographie“ angefügt wurde.

Im ersten Drittel werden in drei Kapiteln der technische Hintergrund und die Methodik der EEG-Ableitung, die für die Beschreibung des EEG zu verwendenden Begrifflichkeiten sowie das normale, das ab-

norme und das pathologische EEG dargestellt.

Es folgt dann ein großer Abschnitt über die Epilepsiesyndrome im Kindes- und Jugendalter mit ihren spezifischen EEG-Veränderungen, gefolgt von kleineren Abschnitten über das EEG bei genetischen Syndromen sowie bei verschiedenen kinderneurologischen Erkrankungen.

Sinnvollerweise finden sich erst gegen Ende des Buches eigene Abschnitte über das EEG des Früh- und Neugeborenen, das ja – nicht nur dem Anfänger – erhebliche Schwierigkeiten in der Beurteilung bereitet; Kapitel über das Amplituden-integrierte EEG, speziell auf der neonatologischen Intensivstation, über das EEG in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, zum Notfall-EEG und in der pädiatrischen Epilepsiechirurgie runden das Buch ab.

Gerade die Kombination eines klassischen, detaillierten EEG-Lehrbuchs mit einem ausführlichen Kompendium der Epilepsien mit zahlreichen, gut ausgewählten EEG-Beispielen stellt den großen Vorzug dieses Buches dar. Daher ist das Buch auch für einen großen Leserkreis geeignet: für Anfänger, die sich ernsthaft mit dem EEG, aber auch den Epilepsien und Epilepsie-Syndromen auseinandersetzen wollen; für den Kinderarzt in Klinik und Praxis, dessen primäres Interesse nicht gerade die Kinderneurologie ist, der sich aber rasch informieren muss, wenn einer seiner Patienten ein neurologisches Problem entwickelte und auf seinen Schreibtisch ein für ihn vielleicht sich nicht sofort erschließender EEG-Befund flattert und er sich rasch informieren will; aber auch für den Fortgeschrittenen, der hier sehr schöne Über-

blicke – zudem mit einer guten Bibliografie – findet. Gerade die Darstellung der historischen Bezüge, wie ein Epilepsiesyndrom begann, welche Hypothesen der Genese man mit ihm verband, wie es heute aufgefasst wird und welche Terminologieänderung mit diesen unterschiedlichen Auffassungen verbunden sind, ist eine weitere und besondere Qualität dieses Lehrbuchs.

Das Buch besticht durch seine vielen, ausgezeichneten Abbildungen von EEG-Beispielen, die stets mit einer entsprechenden klinischen Kasuistik verbunden sind. Zusätzliche, sehr umfangreiche Materialien sind in einer für den Käufer dann auch online verfügbaren Datenbank abgelegt. Darunter viele EEG-Beispiele, so dass man das ganze EEG, Seite für Seite, durchblättern, sich auch selbst unterschiedliche Montagen, Verstärker und Filter einstellen kann. Ferner findet sich ein „EEG-Glossar“: Es werden Erklärungen gleicher Termini gegenübergestellt, wie sie in verschiedenen gängigen EEG-Lehrbüchern gegeben wurden, so dass man die verschiedenen gebräuchlichen Definitionen nachlesen kann – sehr spannend. Das Buch ist – mit einem merkwürdig krummen Preis von 149,99 € - nicht gerade billig, aber ich denke, es ist diesen Preis wert, und kann es uneingeschränkt zum Kauf empfehlen.

Prof. Dr. Dietz Rating
Am Schlierbachhang 43 b
D 69118 Heidelberg
Tel: 0171.204 65 97
E Mail: dietz.rating@gmx.net

Red.: Christen



Geburtstage im April 2015

65. Geburtstag

Herr Dr. med. Gisbert *Voigt*,
Melle, am 03.04.
Frau Dr. med. Barbara *Herbrand*,
Duisburg, am 06.04.
Frau Elke *Schenk*,
Hamburg, am 07.04.
Frau Dr. med. Silvia *Krüger*,
Berlin, am 08.04.
Herr Dr. med. Heiner *Schaub*,
Hannover, am 09.04.
Frau Dr. med. Franziska *Lorenzen*,
Hannover, am 11.04.
Herr Dr. med. Ali *Tarhan*,
Ratingen, am 11.04.
Herr Dr. med. Thomas *Noss*,
München, am 12.04.
Frau Dr. med. Birgit *Erxleben*,
Potsdam, am 12.04.
Herr Wilhelm *Fröhlich*,
Köln, am 12.04.
Frau Dr. med. Bärbel *Kröner-Beglau*,
Mülheim, am 14.04.
Frau Renate *Rockstroh*,
Friedberg, am 15.04.
Herr Gebhard *Kersten*,
Lehrte, am 16.04.
Herr Dr. med. Hans *Hoepner*,
Singen, am 17.04.
Herr Dr. med. Norbert *Puls*,
Pinneberg, am 18.04.
Frau Dr. med. Hannelore *Mahdi*,
Lübeck, am 18.04.
Herr Dr. med. Dr. phil. Dieter *Schlegel*,
Welzheim, am 20.04.
Frau Dr. med. Gabriele *Prümke*,
Friedrichsdorf, am 22.04.
Frau Dr. med. Christiane *Pöhls*,
Hofgeismar, am 23.04.
Herr Dr. med. Joachim *Altmann*,
Immenstadt, am 23.04.
Frau Dr. med. Susanne *Joost*,
Kleinmanchow, am 29.04.
Herr Dr. med. Gerhard *Bösche*,
Lohmar, am 30.04.
Frau Dr. med. Sabine *Klavehn*,
Eberswalde, am 30.04.

70. Geburtstag

Herr Wolfgang *Schmidts*,
Bad Dürkheim, am 05.04.
Frau Dr. med. Hannelore *Siegle-Joos*,
Gundelfingen, am 07.04.
Frau Dr. med. Barbara *von Kries*,
Ahrensburg, am 07.04.

Frau Dr. med. Aniko *Pfeifer*,
Naumburg, am 08.04.
Frau Dr. med. Irmtraud *Limbach*,
Riesa, am 09.04.
Herr Dr. med. Harald *Rönitz*,
Frankfurt/Oder, am 16.04.
Frau Dipl.-Med. Renate *Greupner*,
Rostock, am 18.04.
Herr Dr. med. Friedemann Alfred *Puls*,
Friedrichshafen, am 19.04.
Frau Karin *Haase*,
Eisenhüttenstadt, am 20.04.
Frau Dr. med. Ursula *Augener*,
Hamburg, am 22.04.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursel *Holdhoff-Krauel*,
Hamburg, am 04.04.
Herr Peter *Jäckel*,
Wolfsburg, am 11.04.
Frau Dr. med. Marianne *Edelmann*,
Freiberg, am 14.04.
Frau SR Ingrid *Kluge*,
Berlin, am 15.04.
Frau Dr. med. Ursula *Wacker*,
Schwäbisch Gmünd, am 19.04.
Frau Dr. med. Marianne *Pohlmeyer*,
Bielefeld, am 21.04.
Herr Dr. med. Wolfgang *Schöntag*,
Kronach, am 26.04.
Herr Dr. med. John-M. *Schmidt*,
Greven, am 26.04.
Herr Dr. med. Peter-Caspar *Altfeld*,
Hannover, am 27.04.
Frau Dr. med. Barbara *Böhme*,
Dresden, am 28.04.
Herr Dr. med. Guntram *Salzer*,
Regensburg, am 30.04.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Türkan *Schnieders*,
Geilenkirchen, am 01.04.
Herr Prof. Dr. med. Kurt *Baerlocher*,
St. Gallen, am 02.04.
Frau Dr. med. Karin *Lembcke*,
Berlin, am 03.04.
Herr MR Dr. med. Horst *Meyer*,
Berlin, am 07.04.
Herr Priv.Do. Dr. Heinz G. *Terheggen*,
Köln, am 10.04.
Herr Prof. Dr. med. Eberhard *Straub*,
Königstein, am 12.04.
Frau Dr. med. Magdalena *Kießling*,
Berlin, am 17.04.
Frau Dr. med. Ursula-Ruth *Bauch*,
Chemnitz, am 19.04.
Frau Dr. med. Anke *Althaus*,
Schrecksbach, am 22.04.
Herr Dr. med. Hovsep *Sarkissian*,
Landau, am 28.04.
Frau Dr. med. Rodica *Draia*,
Duisburg, am 29.04.
Herr Dr. med. Hans-Gernot *Bohlmann*,
Mönchengladbach, am 30.04.

81. Geburtstag

Herr Dr. med. Theophil *Schleihauf*,
Ilvesheim, am 06.04.
Herr Dr. med. Hans-Joachim *Landzettel*,
Darmstadt, am 25.04.
Herr Dr. med. Horst *Lison*,
Hemmingen, am 28.04.
Frau Dr. med. Margrit *Esklony*,
Suderburg, am 30.04.

82. Geburtstag

Herr Dr. med. Arnold *Vahle*,
Landshut, am 03.04.

83. Geburtstag

Herr Dr. med. Wolfgang *Müller*,
Augsburg, am 03.04.
Herr Dr. med. Bernhard *Bucke*,
Erlangen, am 13.04.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Renate *Köhler*,
Eisenach, am 04.04.
Herr Dr. med. Johann *Schwenk*,
Achern, am 29.04.

85. Geburtstag

Herr Dr. med. Faruk Ömer *Erdem*,
Izmir, am 01.04.
Frau Dr. med. Gisela *Feldheim*,
Kronshagen, am 21.04.

87. Geburtstag

Herr Dr. med. Otto *Oertel*,
Metzingen, am 01.04.
Frau Dr. med. Susanne *Stein*,
Köln, am 25.04.

88. Geburtstag

Herr Dr. med. Rudolf *Schlanstedt*,
Goslar, am 06.04.

89. Geburtstag

Herr Dr. med. Bertold *Klüser*,
Köln, am 04.04.

91. Geburtstag

Herr Dr. med. Heinz *Wilutzky*,
Bad Kreuznach, am 05.04.

92. Geburtstag

Herr Dr. med. Edward *Jung*,
Mölln, am 07.04.
Frau Dr. med. Maria *Ott*,
Allensbach, am 24.04.

95. Geburtstag

Frau Dr. med. Agnes *Cohors-Fresenborg*,
Münster, am 18.04.

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Hans-Hermann
Dorsch, Duisburg
Frau SR Dr. med. Christel *Drechsel*,
Gornsdorf
Herrn Dr. med. Rüdiger *Posth*, Ber-
gisch Gladbach
Herrn Dr. med. Friedrich *Scheidt*, Ans-
bach
Herrn Dr. med. Reiner B. *Schulten*,
Köln

Im Monat Januar durften wir 82 neue Mitglieder begrüßen.

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



Landesverband Bayern

Frau Dr. med. Bettina
Habermann
Herrn Dr. med. Hans-Werner
Knüppel
Herrn Dr. med. Jochen
Kornelius Noss
Frau Dr. Zühal *Tomas*



Landesverband Berlin

Herrn Thomas *von Stamm*



Landesverband Brandenburg

Frau Gerlinde *Vieweg*



Landesverband Hamburg

Herrn Joel Simeon *Iffland*



Landesverband Hessen

Frau Karen *Neumann*



Landesverband Niedersachsen

Frau Shahinaz Mohamed
Ezzaldeen
Frau Dr. med. Christina
Grünebaum
Herrn Dr. med. Volker *Koch*
Frau Sabine *Weisheit*



Landesverband Sachsen

Frau Dr. med. Mandy
Nestler-Ullmann
Frau Cornelia *Wenschuh*



Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Dr. med. Anja *Fritz*
Frau Elena *Schmahl*



Landesverband Nordrhein

Frau Christina *Baumgartner*
Frau Dr. med. Shino
Junghänel-Welzing



Landesverband Thüringen

Frau Juliane *Körner*
Herrn Torsten *Rauch*



Landesverband Rheinland-Pfalz

Herrn Bernhard *Dietzler*
Herrn John Moritz Claudio
Wütscher



Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Svantje *de Vries*
Frau Dr. med. Maike *Lachenicht*
Frau Dr. med. (Ro) Viorica
Petrescu
Frau Claudia *Tewes*



Landesverband Saarland

Herrn Dr. med. Guido *Holbeck*

Fortbildungstermine



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

März 2015

19.-22. März 2015

Päd-Ass 2015

12. Assistentenkongress in Köln

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

21. März 2015

Seminar für Medizinische Fachangestellte, Dresden

des LV Sachsen, Tag.-Leiter: Dr. Klaus Hofmann, Auskunft: ①

April 2015

18. April 2015

38. Pädiatref 2015

des BVKJ, LV Nordrhein, Köln und

7. Kongress PRAXISfieber-regio für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen, Köln

Auskunft: www.paediatreff.de ④

18. April 2015

27. Pädiatrie zum Anfassen

des LV Rheinland-Pfalz und Saarland, Worms
Tag.-Leiter: Prof. Dr. Heino Skopnik
Auskunft: ①

24.-25. April 2015

13. Pädiatrie à la carte des BVKJ, LV

Westfalen-Lippe, Hilstrup

Tag.-Leiter: Dr. Marcus Heidemann, Dr.

Andreas Schmutte

Auskunft: ④

25. April 2015

Patientenorientierte Selbsterfahrung

Essen

Info: dr.kohns@t-online.de

Mai 2015

29.-30. Mai 2015

25. Pädiatrie zum Anfassen des LV Thüringen, Erfurt

Tag.-Leiterin: Dr. Anette Kriechling

Auskunft: ①

Juni 2015

12.-14. Juni 2015

45. Kinder- und Jugendärztetag 2015

Jahrestagung des BVKJ, Berlin

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-16/26, Fax: 0221/68909-78,

bvki.kongress@uminfo.de ①

13.-14. Juni 2015

10. PRAXISfieber-live Kongress für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen, Berlin

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-16/26, Fax: 0221/68909-78,

bvki.kongress@uminfo.de ①

Juli 2015

4. Juli 2015

Pädiatrie zum Anfassen

des bvki e.V., LV Baden-Württemberg, und
Kongress PRAXISfieber-regio für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen in Karlsruhe

Tag.-Leiter: Dr. Christian Stock ③

September 2015

5. September 2015

Jahrestagung des LV Sachsen

des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V., in Dresden, Sächsische LÄK, Tagungsleitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul. Auskunft: ①

11.-13. September 2015

19. Pädiatrie zum Anfassen des BVKJ, LV Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein und Niedersachsen, Lübeck

Auskunft: ②

12. September 2015

18. Seminartagung des LV Hessen, Bad Nauheim

Tag.-Leiter: Dr. Ralf Moebus, Dr. Lutz Müller

Auskunft: ①

Oktober 2015

9.-14. Oktober 2015

43. Herbst-Seminar-Kongress

des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V., Bad Orb

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-15/26, Fax: 0221/68909-79,

(bvki.kongress@uminfo.de) ②

November 2015

7. November 2015

Jahrestagung des LV Niedersachsen des BVKJ in Verden, Verantwortlich: Dr. Tilman Kaethner und Dr. Ulrike Gitmans

Auskunft: ③

14.-15. November 2015

13. Pädiatrie zum Anfassen

des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V., LV Bayern, in Bamberg, Tagungsleiter: Prof. Dr. C. P. Bauer, Gaißach/München, Verantwortlich: Dr. Martin Lang, Bahnhofstr.4, 86150 Augsburg, Auskunft: ③

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

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

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

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

Produktiven Husten bei Kindern wirksam behandeln

Ambroxol: Signifikante Symptomverbesserung nach nur drei Tagen

Kinder leiden pro Jahr an drei bis zehn fieberhafte Atemwegsinfektionen.¹ Dabei ist akuter Husten, der meist im Rahmen einer Erkältung auftritt, das häufigste Symptom, das zur Vorstellung beim Kinderarzt führt.² Bei der Behandlung akuter sowie chronischer Atemwegserkrankungen, die mit einer Störung der mukoziliären Clearance einhergehen, bewährt sich der Wirkstoff Ambroxol seit über 35 Jahren als wirksame, verträgliche und sichere Therapieoption.

Ambroxol (z. B. in Mucosolvan®) regt die Produktion von dünnflüssigem Sekret an, sodass sich die Schichtdicke der Sekretphase normalisiert. Darüber hinaus verbessert der Wirkstoff die Zilientätigkeit, indem er deren Schlagkraft und -geschwindigkeit erhöht. So wird zähflüssiger Schleim besser oralwärts befördert und die mukoziliäre Clearance angeregt. Zusätzlich stimuliert der Wirkstoff die Bildung des natürlichen Schutzfaktors Surfactant, wodurch das Sekret weniger stark an den Zellen der Schleimhaut anhaften kann.

Zuverlässig wirksam und gut verträglich

Die in klinischen Studien geprüfte Wirksamkeit und Verträglichkeit von Ambroxol bestätigt sich auch in der Praxis: Eine Anwendungsbeobachtung³ hat gezeigt, dass der produktive Husten bei 87 Prozent der mit Ambroxol behandelten Kinder nach sieben Tagen abgeschwächt bzw. nicht mehr vorhanden war. In dieser Untersuchung konnte bei 56 Prozent der Patienten bereits ab Tag 3

eine signifikante Symptomverbesserung beobachtet werden. Gleichzeitig wurde die Verträglichkeit bei 96 Prozent der behandelten Kinder mit „gut“ bewertet. Insbesondere in der Pädiatrie stellt die Sicherheit und Verträglichkeit des bewährten Wirkstoffs einen entscheidenden Vorteil dar. Daher wird Ambroxol unter anderem auch bei der Förderung der pränatalen Lungenreifung und Atemnotsyndrom-Prophylaxe angewendet.⁴

Kindgerecht und in verschiedenen Darreichungsformen

Seit Markteinführung sind in Deutschland bereits 100 Millionen Patienten mit Mucosolvan® behandelt worden. Aufgrund der verschiedenen Darreichungsformen, wie zum Beispiel Hustensaft, Lutschpastillen oder Tropfen, können Kinder bzw. Eltern zwischen vielen Einnahmemöglichkeiten wählen. Der Mucosolvan® Kindersaft kann bereits Kindern ab 0 Jahren verordnet werden. Zudem ist er ohne Zucker, Alkohol und Farbstoffe, schmeckt nach Waldbeere und verfügt über einen kindergesicherten Verschluss.



Literatur

- 1 Krause JC et al. The role of multiplex PCR in respiratory tract infections in children. Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 639–45
- 2 Meyer S et al. Pädiatrie 2012; DOI: 10.1055/b-002-35702
- 3 Weinmann HM et al. Ambroxol (Mucosolvan) in der Pädiatrie. Therapiewoche 1981; 31: 7940–7947
- 4 Zhang ZQ et al. Prevention of respiratory distress syndrome in preterm infants by antenatal ambroxol: a meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Perinatol 2013, 30: 529–536

Nach Informationen von
Boehringer Ingelheim, Ingelheim

Neu: Doregrippin® Online-Beratungstraining

Wenn die Erkältungssaison in vollem Gange ist, ist Ihre Beratung bei lästigen Erkältungssymptomen besonders gefragt. Ihr individueller Beratungs-Tipp: Doregrippin®

Mit seiner einzigartig ausgewogenen Wirkstoffkombination aus 500 mg Paracetamol und 10 mg Phenylephrinhydrochlorid wirkt Doregrippin® schnell und gezielt gegen Erkältungsschmerzen, Fieber und verstopfte Nase. Damit Sie immer bestens für die Beratung zu Doregrippin® gewappnet sind, bieten wir Ihnen unter www.doregrippin-training.de ein praxisorientiertes „Beratungs-Warm-up“. In dem neuen Online-Training haben

Sie die Möglichkeit, Ihr Wissen zu Doregrippin® zu vertiefen und Ihre Beratungskompetenz zu stärken. Ein Wissenstest am Ende rundet das Training ab. Aufgepasst: Noch bis zum 31.03.2015 werden unter den erfolgreichen Teilnehmern des Trainings **10 attraktive Reisethele Kosmetiktaschen verlost** (Teilnahmebedingungen unter www.doregrippin-training.de)! Loggen Sie sich am besten gleich ein und machen Sie sich fit für die Beratung zu Doregrippin®.



Nach Informationen von
Medice Arzneimittel Pütter GmbH, Iserlohn

Angepasste STIKO-Empfehlung: Neue Verantwortung für den Kinder- und Jugendarzt bei der HPV-Impfung

Neue STIKO-Empfehlung und neuer Impfanlass U11

STIKO-Empfehlung:

- Um die Krankheitslast durch Gebärmutterhalskrebs und seine Vorstufen zu senken, empfiehlt die STIKO eine generelle Impfung gegen die HPV-Typen 16 und 18 für alle Mädchen im Alter von 9 bis 14 Jahren. Durch das vorgezogene Impfalter sollen mehr Mädchen frühzeitig vor einer Ansteckung mit den über Haut- und Schleimhautkontakt übertragbaren Viren geschützt werden.¹
- Versäumte Impfungen sollen spätestens bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (d. h. bis zum Tag vor dem 18. Geburtstag) nachgeholt werden.¹
- Die vollständige Impfserie soll möglichst vor dem ersten Geschlechtsverkehr abgeschlossen sein. Je nach Alter besteht diese aus 2 oder 3 Impfstoffdosen.^{3,6} Die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) erstatten die Kosten der HPV-Impfung für alle Mädchen zwischen 9 und 17 Jahren.

U11:

- Die extrabudgetäre U11 ist keine Pflichtleistung der GKV, die Kosten werden jedoch als freiwillige Satzungsleistung von den meisten Krankenkassen übernommen.
- Die U11 kann nicht wie die Regelleistungen (U1–9, J1) über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet werden. Damit der Patient nicht in Vorleistung treten muss, hat die BVKJ-Service GmbH für freiwillige Satzungsleistungen der Kassen Selektivverträge abgeschlossen. Hier muss sowohl der Arzt als auch das Kind eingeschrieben sein, damit direkt abgerechnet werden kann. Der BVKJ informiert hierzu regelmäßig seine Mitglieder.

Seit August 2014 empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO), Mädchen bereits ab einem Alter von 9 statt 12 Jahren gegen die Typen 16 und 18 des humanen Papillomvirus (HPV) zu impfen.¹ Die Kosten für die Impfung, z. B. mit dem tetravalenten HPV-Impfstoff Gardasil®, werden ab sofort von den gesetzlichen Krankenversicherungen für Mädchen zwischen 9 und 17 Jahren erstattet. Durch die vorgezogene Altersempfehlung soll ein Beitrag zur Steigerung der Impfrate geleistet werden, die für eine Herdenimmunität aktuell zu niedrig ist.² Somit rückt die HPV-Impfung stärker in den Fokus der Kinder- und Jugendärzte. Was das für die Umsetzung in der pädiatrischen Praxis bedeutet und wie man Eltern von der Impfung überzeugt, berichtet Dr. med. Burkhard Ruppert, Kinder- und Jugendarzt aus Berlin.

Welche Bedeutung hat die neue STIKO-Empfehlung zur HPV-Impfung für den Kinder- und Jugendarzt?

Durch die neue Empfehlung wird die HPV-Impfung in jedem Fall „normaler“. Sie fungiert als Präventionsmaßnahme und hebt insbesondere den Schutz vor Krebs hervor. Die Impfaufklärung bezieht sich daher nicht auf die sexuelle Aktivität, sondern stellt vielmehr die Vorsorge in den Mittelpunkt. Ein früherer Schutz kann gleichzeitig eine höhere Sicherheit vor einer möglichen HPV-Infektion bedeuten. Wir können bei einem jungen Impfalter auch höhere Immunantworten erwarten. Das herabgesetzte Impfalter auf 9 Jahre ist auf jeden Fall ein Schritt in die richtige Richtung (s. Kasten links).

Wie ist die generelle Einstellung der Eltern zur HPV-Impfung im Vergleich zu anderen Standardimpfungen?

Die meisten Eltern sehen die HPV-Impfung mittlerweile als Standardimpfung an. Sie wissen, dass sie im Impfkalender vermerkt ist und von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet wird. Ich werde jedoch nur sehr selten aktiv auf die Impfung angesprochen. Wir erinnern die Eltern durch ein praxiseigenes Recall-System an die Impfung und schicken ihnen im Vorfeld Informationsmaterialien zu. Natürlich spreche ich die Eltern u. a. im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen auch gezielt

auf die HPV-Impfung an. Es gibt darüber hinaus viele Fragen zum richtigen Zeitpunkt der Impfung, zur Sicherheit und zur Schutzdauer.

Was sind Ihrer Meinung nach geeignete Impfanlässe?

Durch die neue STIKO-Empfehlung sind wir als Kinder- und Jugendärzte gefordert. Die Impfaufklärung rückt zeitlich nun weiter nach vorne. Generell ist jeder Patientenkontakt dazu geeignet, auf die HPV-Impfung hinzuweisen. Ab sofort werde ich das Thema vor allem bei der U11 ansprechen, da hier die Prävention im Mittelpunkt steht (s. Kasten links). Eltern sind dann gleich viel aufgeschlossener. Doch auch die J1 und alle weiteren Be-



Dr. med. Burkhard Ruppert

suche für Auffrischimpfungen eignen sich selbstverständlich für die Ansprache.

Wie wichtig ist die Empfehlung des Arztes für die Impfentscheidung?

Die Empfehlung für die HPV-Impfung durch den Arzt spielt eine zentrale Rolle. Viele Eltern und Kinder kenne ich seit Jahren persönlich. In dieser Zeit hat sich ein besonderes Vertrauensverhältnis entwickelt. Ich werde daher auch oft gefragt: „Wie stehen Sie selbst zu der Impfung?“ Wenn ich dann über meine persönlichen Erfahrungen spreche, schafft das eine gewisse Glaubwürdigkeit. Ich bin selbst vom Nutzen der HPV-Impfung voll und ganz überzeugt – das ist dann oft ein Türöffner. Grundsätzlich sind viele Eltern mit meinen persönlichen Einstellungen zur Impfung gut zu überzeugen.

Wie gehen Sie im Aufklärungsgespräch mit den Eltern vor? Mit welchen Argumenten arbeiten Sie dabei konkret?

Vorab erhalten bei uns alle Eltern einen Aufklärungsflyer vom Deutschen Grünen Kreuz. So haben sie die Chance, sich schon einmal über HPV zu informieren. Darauf aufbauend findet dann ein Aufklärungsgespräch statt, in dem wir mögliche Unklarheiten und Fragen von Seiten der Eltern besprechen. Gleich zu Beginn weise ich ausdrücklich darauf hin, dass es sich bei der HPV-Impfung um eine öffentlich empfohlene Impfung handelt, die alle Mädchen zwischen 9 und 14 Jahren erhalten sollen. Meine weitere Argumentation bezieht sich primär auf die Themen Sicherheit und Prävention. Durch ein frühes Impfalter dürfen wir aufgrund der HPV-Naivität und einer höheren Immunantwort mit einer höchstmöglichen Effektivität der Impfung rechnen. So könnten höhergradige Dysplasien an Zervix, Vulva und Vagina sowie operative Maßnahmen wie Konisationen verhindert werden. Einer der beiden verfügbaren Impfstoffe schützt zudem vor HPV-16/18-assoziierten analen Dysplasien und Genitalwarzen, die durch die HPV-Typen 6 und 11 verursacht werden.³ Zusätzlich ist möglicherweise ein Verweis auf wissenschaftliche Studien hilfreich, um Eltern von der Wirkung der Impfung zu überzeugen. In Australien wurde beispielsweise durch ein staatliches Schulimpfprogramm der Rückgang neu aufgetretener HPV-assoziiierter CIN-2+-Läsionen bei Frauen unter 18 Jahren um fast die Hälfte beobachtet.⁴ Darüber hinaus verringerte sich die Inzidenz

von Genitalwarzen bei unter 21-jährigen Frauen und heterosexuellen Männern um 94% bzw. 75%.⁵ Solche Erfolge sind nur mit einer hohen Impfrate von mindestens 80% zu erzielen, die wir uns auch in Deutschland zum Ziel setzen sollten. Ein weiteres Argument für eine rechtzeitige HPV-Impfung ist das 2-Dosen-Impfschema: Im Alter von 9 bis 13 bzw. 14 Jahren sind lediglich zwei Impfungen mit einem Abstand von 6 bzw. von 5 bis zu 13 Monaten notwendig.^{3,6} Dieser Fakt ist für viele Eltern durchaus von Bedeutung, da sie darauf bedacht sind, ihren Kindern zusätzliche Impftermine möglichst zu ersparen.

Was sind die häufigsten Einwände gegen die Impfung und wie begegnen Sie diesen?

Eltern haben zum Teil Bedenken hinsichtlich möglicher Nebenwirkungen. Daher weise ich immer darauf hin, dass durch die HPV-Impfung – wie bei jeder anderen Standardimpfung auch – meist nur geringe Nebenwirkungen, wie z. B. Rötungen und Schmerzen an der Einstichstelle, auftreten können. Das bestätigen meine positiven Erfahrungen aus bisher achtjähriger Anwendung der Impfung. Es gibt zudem aktuelle Daten aus Skandinavien, wonach kein Zusammenhang zwischen der HPV-Impfung mit dem tetravalenten Impfstoff und der Entwicklung von Multipler Sklerose oder anderen demyelinisierenden Krankheiten besteht.⁷ Alle randomisierten klinischen Studien, sowohl zum bivalenten als auch zum tetravalenten Impfstoff, weisen ein hervorragendes Sicherheitsprofil auf. Einige Eltern sind auch der Meinung, ihr Kind sei noch zu jung für solch eine Impfung. Eine zu späte Impfung birgt jedoch das Risiko, einen Teil der Mädchen erst nach dem ersten Geschlechtsverkehr zu erreichen. Schließlich können HP-Viren über Haut- und Schleimhautkontakt bereits beim Petting übertragen werden. Warum also ein unnötiges Risiko eingehen, wenn wir die Mädchen rechtzeitig schützen können? Ich betone den Eltern gegenüber daher: Wir tun hier etwas für die Zukunft ihres Kindes!

Wie wichtig ist Ihnen persönlich die HPV-Impfung?

Die HPV-Impfung ist für mich eine der wichtigsten Impfungen der letzten Jahre. Deutschlandweit haben wir bisher jedoch nur eine Impfrate von ca. 40%. Für eine angestrebte Gesellschaftsim-

munität ist das viel zu wenig. Dazu sind Impfraten von mindestens 80% nötig. Die HPV-Impfung kann – in Kombination mit der regelmäßigen Früherkennungsuntersuchung beim Frauenarzt – neben Gebärmutterhalskrebs vor allem Krebsvorstufen im Genitalbereich bzw. Anogenitalbereich sowie Genitalwarzen verhindern.^{3,6} Wir als Pädiater haben somit die Möglichkeit, präventiv tätig zu werden und schon frühzeitig eine Erkrankung zu verhindern. Die aktuellen Konisationsraten in Deutschland sind eine enorme Belastung. Jährlich werden ca. 100.000 dieser Eingriffe, bei denen erkranktes Gewebe entfernt wird, durchgeführt.^{8,9} Ich würde mir wünschen, dass wir die Impfaufklärung zu HPV auch in die Schulen bringen, um damit dem Ziel eines flächendeckenden Bevölkerungsschutzes näher zu kommen.

3 Tipps für das Aufklärungsgespräch

1. Nutzen Sie jeden Patientenkontakt, um auf die HPV-Impfung aufmerksam zu machen. Fokussieren Sie sich im Gespräch auf die Aspekte Prävention und Sicherheit.
2. Weisen Sie darauf hin, dass die HPV-Impfung eine von der STIKO empfohlene Standardimpfung ist.
3. Binden Sie Ihre persönliche Einstellung zur HPV-Impfung ein – die ärztliche Empfehlung ist für viele Eltern entscheidend.

Literatur

- 1 Ständige Impfkommission (STIKO). Epidemiologisches Bulletin 2014; 34: 305-340.
- 2 Robert Koch-Institut. KiGGs – Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. 2013.
- 3 Sanofi Pasteur MSD. Fachinformation Gardasil*. Stand: Oktober 2014.
- 4 Brotherton JM et al. Early effect of the HPV vaccination programme on cervical abnormalities in Victoria, Australia: an ecological study. Lancet 2011; 377: 2085-2092.
- 5 Chow EP et al. Ongoing decline in genital warts among young heterosexuals 7 years after the Australian human papillomavirus (HPV) vaccination programme. Sex Transm Infect 2014. [Epub ahead of print].
- 6 GlaxoSmithKline. Fachinformation Cervarix*. Stand: November 2014.
- 7 Scheller NM et al. Quadrivalent HPV vaccination and risk of multiple sclerosis and other demyelinating diseases of the central nervous system. JAMA 2015; 313: 54-61.
- 8 Kühn W. Kolposkopie zur Früherkennung des Zervixkarzinoms. Pathologie 2011; 32: 497-504.
- 9 Soergel P et al. Die Versorgung von Zervixdysplasien mittels Konisationen in Deutschland. Frauenarzt 2011; 52: 210-215.

Mit freundlicher Unterstützung der
Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen

Einführung des GSK-Sechsfach-Impfstoffes als 50er-Großpackung

- Hohe Sicherheit in der Anwendung
- Platzsparend, umweltfreundlich, fälschungssicher

Auf Wunsch vieler Pädiater führt GSK Infanrix hexa® als Packung mit 50 Impfdosen ein. Die Großpackung ist für den Einsatz im Sprechstundenbedarf vorgesehen. Der Sechsfach-Impfstoff von GSK wird entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission an Säuglinge bzw. Kleinkinder im Alter von 3, 4, 5 und 11 bis 14 Monaten zum Schutz vor Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Polio, Hepatitis B und Haemophilus influenzae Typ b (Hib) verabreicht.^{1,2}

Hohe Sicherheit in der Anwendung

Die übersichtliche Anordnung der Komponenten in der Packung ermöglicht eine klare Zuordnung (Abb. 1). Dies gewährt erhöhte Sicherheit in der Anwen-

dung, da jeder Spritze ein Hib-Fläschchen direkt gegenüber liegt und damit eindeutig zugeordnet ist. Jedes Hib-Fläschchen trägt einen abziehbaren Chargenaufkleber, um eine korrekte Dokumentation zu erleichtern. Durchsichtige Etiketten auf der Spritze ermöglichen ein Überprüfen des rekonstituierten Impfstoffes vor der Applikation durch Sichtkontrolle.

Platzsparend, umweltfreundlich, fälschungssicher

Der Sechsfach-Impfstoff von GSK ist als platzsparende und umweltfreundliche Kartonverpackung erhältlich. Die Kartonverpackungen bieten außerdem eine hohe Fälschungssicherheit, da die Entnahme der jeweiligen Impfstoffe zwingend mit dem Aufbruch der Sicherheitsverpackung



Abb. 1: Erhöhte Anwender-Sicherheit – Übersichtliche Anordnung der Komponenten ermöglicht klare Zuordnung

jeder einzelnen Dosis einher geht. Das heißt, die Karton-Lasche muss entfernt werden, um den Impfstoff zu entnehmen. Manipulationen an der Packung sind damit sofort erkennbar.

- Quellen:
 1 Fl Infanrix hexa®, Stand Oktober 2014
 2 Epidemiolog. Bulletin 34/2014

Neu: Flexibles 2-Dosenimpfschema für HPV-Impfstoff von GSK



HPV-Impfung für Mädchen ab neun Jahren (Quelle GSK)

Der HPV-16/18-Impfstoff von GSK (Cervarix®) hat nun für sein 2-Dosen-Impfschema, das für Mädchen zwischen 9 und 14 Jahren gilt, ein flexibles Dosierungsschema in der Fachinformation:¹ Die zweite Dosis kann im Abstand von 5 bis 13 Monaten nach der ersten Dosis verabreicht werden. Wenn die zweite Impfstoffdosis früher als 5 Monate

nach der ersten Dosis verabreicht wird, sollte immer eine dritte Dosis gegeben werden. Die Daten wurden in die aktualisierte Fachinformation aufgenommen (Tab. 1). Dies bietet eine höhere Flexibilität sowohl für den Arzt als auch für den Impfling.

Das 3-Dosen-Impfschema (Monat 0, 1 und 6) ist für Mädchen bzw. Frauen ab

15 Jahren gültig. Das Impfschema richtet sich nach dem Alter der zu impfenden Person zum Zeitpunkt der ersten Impfung.

- Quelle:
 1 Fachinformation Cervarix®, Stand November 2014

Nach Informationen von GlaxoSmithKline GmbH, München

Alter zum Zeitpunkt der ersten Dosis	Impfschema
9-14 Jahre*	2 Dosen (je 0,5 ml). Die zweite Dosis kann im Abstand von 5 bis 13 Monaten nach der ersten Dosis verabreicht werden
15 Jahre und älter	3 Dosen (je 0,5 ml) im Monat 0,1 und 6**

* Wenn die zweite Impfstoffdosis früher als 5 Monate nach der ersten Dosis verabreicht wird, sollte immer eine dritte Dosis gegeben werden.
 ** Wenn ein flexibles Impfschema notwendig ist, kann die zweite Dosis im Abstand von 1 bis 2,5 Monaten nach der ersten Dosis und die dritte Dosis im Abstand von 5 bis 12 Monaten nach der ersten Dosis verabreicht werden.

Tab. 1: Flexibles Impfschema für Cervarix®, entsprechend dem Alter der zu impfenden Person zum Zeitpunkt der ersten Impfung¹

Basispflege ist mehr als Hautpflege

Das Dr. Hauschka Med Pflegekonzept aus dem Hause WALA Heilmittel GmbH eröffnet neue Ansätze zum Thema Prävention beim atopischen Ekzem

Das atopische Ekzem ist eine chronisch entzündliche, genetisch determinierte Konstitutionsdermatose – es stellt die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter dar.

90 % der Erstmanifestationen sind innerhalb der ersten fünf Lebensjahre zu beobachten.^{1,2}

Neben der genetischen Disposition spielen Provokationsfaktoren wie klimatische und mechanische Reize aber auch Umweltfaktoren eine Rolle. Zur Umwelt gehört im besonderen Maße das soziale, und seelische Umfeld disponierter Kinder. Die soziale Hülle, die sich u. a. in der Lebensqualität ausdrückt, gewinnt für Prophylaxekonzepte der Erstmanifestation zunehmend an Bedeutung.

Während die Therapie und die Schubprophylaxe des atopischen Ekzems in den letzten Jahren intensiv untersucht wurden, blickt die Forschung heute verstärkt auf Rahmenbedingungen einer Erstmanifestation:³

Die Studie der WALA Heilmittel GmbH in Zusammenarbeit mit der Charité Universitätsmedizin Berlin nimmt diesen Ansatz auf.⁴

Inkludiert wurden 73 Säuglinge und Kleinkinder mit trockener Haut und familiärem Atopierisiko.⁷

Grundlage war die Untersuchung der Verträglichkeit und Wirksamkeit eines medizinischen Pflegekonzepts bezüglich

für die Hautbarriere relevanter Parameter, wie des transepidermalen Wasserverlust (TEWL) und der Hydratation des Stratum corneum (HSC). Das klinische Hautbild wurde mittels SCORAD Index, der Juckreiz mittels SCORAD Pruritus Index⁸ beurteilt.

Neben diesen Untersuchungsparametern wurde auch der Einfluss regelmäßiger Pflege auf die Lebensqualität untersucht.^{5,6}

Kinder der Gruppe 1 (G1) erhielten Dr. Hauschka Med Pflege Lotion Mittagsblume (großflächige Anwendung) und Intensiv Creme Mittagsblume (Kopf und Beugen), die Kontrollgruppe (G2) eine adaptierte Basiscreme - DAC Zubereitung (Lipid- und Alkoholgehalt analog Verum). Die Präparate wurden über einen Zeitraum von 4 Monate einmal täglich appliziert.

Die Studie fand im Herbst/Winter statt, begleitet von einem vierwöchigen Schwimmkurs.

Alle Präparate zeigten eine sehr gute klinische Verträglichkeit.

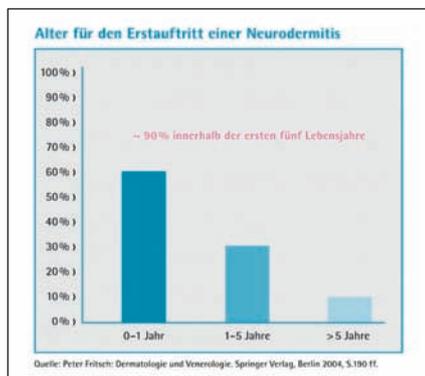
Durch das G1-Pflegekonzept stieg die Hautfeuchtigkeit über 12 Wochen hinweg

stetig und signifikant an und stabilisierte sich bis zum Ende der Studie. Die Hydratation war zu allen Messzeitpunkten gegenüber G2 überlegen. Der TEWL zeigte nach 12 Wochen ($p < 0,008$) und nach 16 Wochen ($p < 0,039$) eine signifikante Überlegenheit gegenüber G2. Der SCORAD Index verbesserte sich zu allen Messzeitpunkten signifikant bei allen Probanden. Der SCORAD Pruritus Index zeigte in G1 eine hoch signifikante Reduktion des Juckreizes nach 12-wöchiger ($p < 0,005$) und 16-wöchiger ($p < 0,002$) Applikation, in G2 zeigte sich keine signifikante Juckreizminderung im Vergleich zur Eingangsvisite.

Innovativ war die Verknüpfung mit Fragen zur Lebensqualität. Innerhalb des Studienzeitraums sank der Anteil der sich sorgenden Eltern deutlich.

Auch in das Schlafverhalten kehrte zunehmend Beruhigung ein. 9 von 10 Eltern schliefen zum Studienende gut.

Eine frühzeitige Basispflege disponierter Menschen erscheint auf vielfältigen Ebenen wirksam.



Atopische Disposition eines Neugeborenen



Beide Eltern haben Neurodermitis
 > Risiko: 60 – 80 %



Beide Eltern haben Asthma,
 Heuschnupfen oder Neurodermitis
 > Risiko: 40 – 60 %



Nur ein Elternteil hat Neurodermitis
 > Risiko: 20 – 40 %



Ein Geschwister hat Neurodermitis
 > Risiko: 25 – 35 %

Quelle: Karl Heinz Niessen: Pädiatrie. Thieme Verlag, Stuttgart 2001, S. 48.

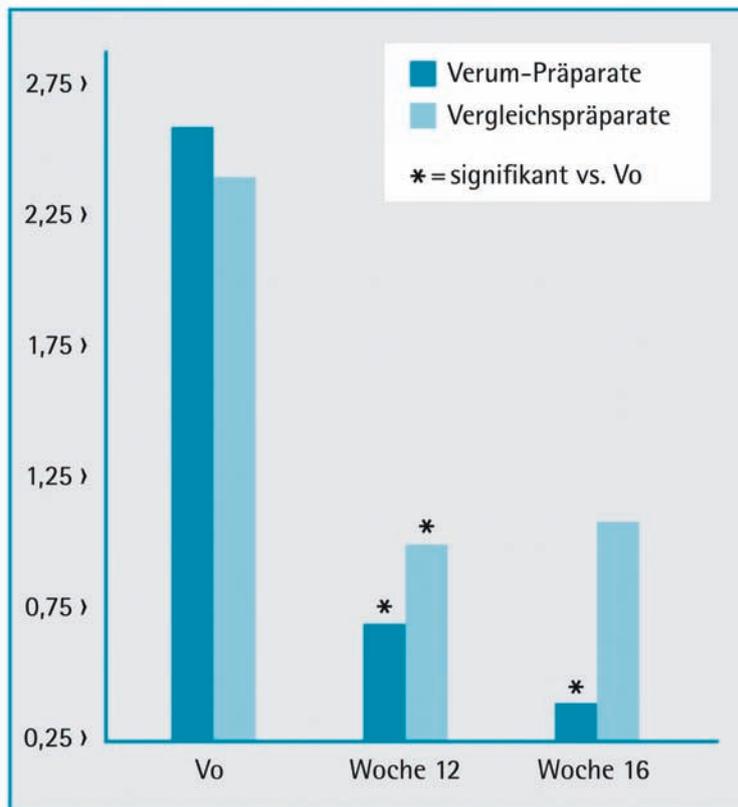
Die Ergebnisse der klinischen Studie der WALA Heilmittel GmbH weisen auf positive qualitative Veränderungen im familiären Miteinander hin, die nicht ausschließlich präparatbezogen sind. Körperkontakt, die Zuwendung der Eltern aber auch des Arztes wirken stärkend und beruhigend auf

die soziale Hülle. Die regelmäßige Anwendung von Körperpflegepräparaten schafft Rituale, die sozial wirksam sind. Dieses ist eine essentielle Komponente von Prophylaxe-konzepten für disponierter Kinder.

Die Studie zeigt aber auch die Überlegenheit der Dr. Hauschka Med Präparate

hinsichtlich der Hautbarrierestabilisierung und der Juckreiztherapie. Anwendungsspezifisch entwickelte Präparate, die in ihrer Wirksamkeit und Verträglichkeit umfänglich getestet wurden, sollten Grundlage für Empfehlungen sein. Auch wenn Forschungsaktivitäten weiterhin notwendig sind, sollten Eltern mit familiärem Atopierisiko frühzeitig auf die vielschichtige Bedeutung einer maßgeschneiderten Basispflege hingewiesen werden – denn Basispflege ist mehr als Hautpflege.

SCORAD Index Juckreiz



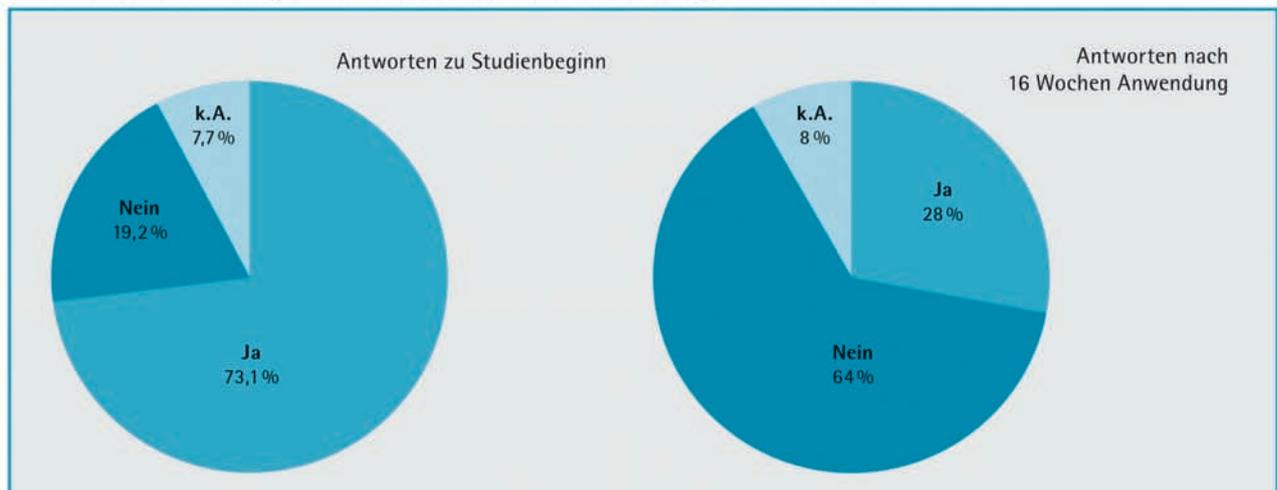
Quelle: WALA Heilmittel GmbH; Elternbefragung disponierter Kleinkinder unter Anwendung von Dr.Hauschka Med Pflege vs. Vergleichspräparat; 2011/2012. Dr.Hauschka Med Pflege: n=20; Vergleichspräparate: n=18.

Literatur

- 1 P. Fritsch: Dermatologie Venerologie, Springer Verlag, Berlin 2004, S.190
- 2 G. Plewig, M Landthaler, W.H.C. Burgdorf, M Hertl, T. Ruzicka: Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Springer Verlag, Berlin, 2012, S.508
- 3 Deutsche Dermatologische Gesellschaft: Leitlinie zur Neurodermitis, Punkt 3.1
- 4 M. Schario, L. Lünemann, A.Stroux, A. Reissbauer, T. Zuberbier, U. Blume-Peytavi, N. Bartels: Children with Dry Skin and Atopic Predisposition: Daily Use of Emollients in a Participant-Blinded, Randomized, Prospective Trial. Skin Pharmacology and Physiology 2014; 27:208-216
- 5 Pflegekonzept mit und Verträglichkeit von Intensiv Creme Mittagsblume und Pflege Lotion Mittagsblume bei Kindern mit atopischer Disposition-mo- zentrische, prospektive, randomisierte, einfach verblindete Studie-ECARE, Chariteeplatz 1, Berlin
- 6 L. Lünemann, L. Ludrikson, M. Schario, A.Stroux, U. Blume-Peytavi, N. Bartels: Wirkung von Hautpflege auf die Barrierefunktion von Säuglingen mit trockener Haut und atopischer Prädisposition. Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie Ausgabe S01 Volume 217, November 2013 (26. Dt. Kongress für Perinatale Medizin Berlin 2013)
- 7 Böhme M. et al: Hanifin's and Raika s minor criteria for atopic dermatitis: which do 2-year-olds exhibit? J Am Acad Dermatol 2000; 43:785-792
- 8 Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. Dermatology 1993; 186:23-31

Nach Informationen von
WALA Heilmittel GmbH, Bad Boll

Machen Sie sich Sorgen um eine atopische Erkrankung Ihres Kindes?



Quelle: WALA Heilmittel GmbH; Elternbefragung disponierter Säuglinge unter Anwendung Dr.Hauschka Med Pflege 2011/2012; n=25.

Milchschorf physikalisch lösen:

Neue Studie bestätigt Therapieerfolg mit LOYON®

Milchschorf ist eine Hautveränderung bei Säuglingen und Kleinkindern, die sich meist zwischen dem zweiten und neunten Lebensmonat entwickelt. Hauptmerkmal sind gelbliche Krusten und Schuppen auf der Kopfhaut, die häufig jucken. Bei der Entfernung der Schuppen sollten blutige Abrisspunkte vermieden werden – denn sie sind die Eintrittspforte für Krankheitserreger und können Entzündungen auslösen. Dieses Risiko vermeidet die physikalische Keratolyse mit LOYON® – einer Kombination aus Dicaprylyl Carbonat und Dimeticonen. Die hohe Wirksamkeit und sehr gute Verträglichkeit dieses Präparates bei Milchschorf dokumentierte jetzt eine aktuelle Studie: Nach nur drei Anwendungen besserten sich bei 80 % der behandelten Säuglinge und Kleinkinder die Milchschorf-Symptome.¹ Dieses Fazit zogen die Experten auf dem Mittagsseminar „Neue Perspektiven für die Keratolyse“ anlässlich der 24. Fortbildungswoche für Praktische Dermatologie und Venerologie 2014 in München.

Die Ursache von Milchschorf ist unbekannt. In der Regel ist Milchschorf harmlos, er kann jedoch auch Zeichen eines atopischen Ekzems oder einer Neurodermitis sein“, so Prof. Dr. Ulrich Hengge (Düsseldorf).

Pflanzliche Öle gegen Milchschorf werden in aktuellen Untersuchungen kritisch bewertet. So zeigten Danby et al., dass Olivenöl die Barrierefunktion der Epidermis beeinträchtigt und zu leichten Erythemen führen kann¹. Die Kombination aus Dicaprylyl Carbonat und Dimeticonen (LOYON®) stellt dagegen in einer aktuellen Untersuchung seine starke Wirksamkeit und gute Verträglichkeit unter Beweis².

Das neue Keratolytikum LOYON® besitzt ein einzigartiges, rein physikalisches Wirkprinzip zur Entfernung von Schuppen und Krusten. Durch die patentierte Kombination von Dimeticonen und dem Trockenemollients Dicaprylyl Carbonat



Kopfhaut vor (Abb. li., Tag 1) und nach (Abb. re., Tag 8) Behandlung mit LOYON®. Der Schuppungsgrad verringerte sich von schwer auf gering.

hat das Medizinprodukt eine niedrige Oberflächenspannung und fließt leicht unter die Schuppen. Mit seinen besonders hohen Kriech- und Spreiteigenschaften löst LOYON® Schuppen und Krusten effektiv und schonend, ohne dass blutige Abrisspunkte entstehen.

Wirksamkeit bei Milchschorf bestätigt

Eine unizentrische, offene Studie bestätigt nun das besondere Wirkprinzip von LOYON® bei der Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern mit klinisch diagnostiziertem Milchschorf bzw. Kopfgneis². In der Studie wurden 20 Jungen und Mädchen im Alter von drei bis 36 Monaten mit LOYON® behandelt. Dabei wurde das Produkt einmal täglich – abhängig vom Behandlungserfolg – über ein bis drei Tage auf die betreffenden Kopfhautpartien aufgetragen und leicht einmassiert. Die Einwirkzeit betrug mindestens drei Stunden, anschließend wurde ein mildes Babyshampoo zum Abwaschen verwendet. Ergänzende Produkte, Pflegemittel oder lokal wirkende Therapeutika waren während des 8-tägigen Beobachtungszeitraumes nicht erlaubt. Eine klinische Dokumentation des Therapieerfolgs erfolgte vor Behandlung, an Tag 2 und Tag 8. Waren zwei oder drei Behandlungen notwendig, erfolgten zusätzliche Visiten an Tag 3 und 4.

Als Primärparameter wurden während der Untersuchung einer definierten

Kopfhautpartie der Grad der Schuppung und der anschließende Behandlungserfolg erfasst. Als erfolgreich galt die Behandlung bei einer Schuppenreduktion um 2 Punkte (Skala: 0 – 3).

80 % der Teilnehmer meldeten Besserung

Nach nur ein bis drei Anwendungen konnte bei 50 % der Patienten eine Besserung um zwei Stufen erzielt werden (Skala 0 – 3), bei 80 % um mindestens eine Stufe (Abb. 1). Punktblutungen traten nicht auf. Die Rückmeldung der Eltern und Pflegepersonen ergab, dass LOYON® leicht aufzutragen ist (90 %), eine angenehme Konsistenz hat (80 %) und eine signifikante Verbesserung des Hautbildes des Kindes bewirkt (85 %) (Abb. 2). Besonders angenehm für die Patienten und Anwender: LOYON® klebt und riecht nicht – dies ist ein besonderer Vorteil, wenn eine Keratolyse auf der Kopfhaut notwendig ist.

Literatur

- 1 Danby SG et al.: Effect of Olive and Sunflower Seed Oil on the Adult Skin Barrier: Implications for Neonatal Skin Care: *Pediatric Dermatology* Vol 30 No.1 42-50,2013
- 2 Hengge UR: Topical, Non-Medicated LOYON® in Facilitating the Removal of Scaling in Infants and Children with Cradle Cap: A Proof-of-Concept Pilot Study. *Dermatol Ther*, 2014; 4(2):221-32

Nach Informationen von
Pohl-Boskamp, Hohenlockstedt

Ab 1 mg ist weniger mehr

Jetzt neu: Omnitrope® 15 mg mit SurePal™ 15

Jetzt gibt es den SurePal™ auch für Omnitrope® 15 mg. Seit Ende 2013 bietet Sandoz die innovative Injektionshilfe SurePal™ für Omnitrope® in den Stärken 5 mg und 10 mg in Deutschland an. Im neuen ansprechenden Design ist der SurePal™ ab sofort für drei Wirkstärken verfügbar – erkennbar an den unterschiedlich farbigen Metallic-Lackierungen: der SurePal™ 5 in Weiß, der SurePal™ 10 in Grün und jetzt neu - der SurePal™ 15 in Blau. Der neue SurePal™ 15 bietet in 0,1 mg Dosierschritten eine Dosiermöglichkeit von 0,1 mg bis zu einer maximalen Menge von 5,4 mg.

Der SurePal™ 15 – Weniger ist mehr!

Der neue SurePal™ 15 bietet besonders für Patienten mit einer täglichen Dosis von 1 mg und mehr große Vorteile: Das Injektionsvolumen kann im Vergleich zur niedrigeren Wirkstärke um bis zu einem Drittel reduziert werden. Auch der Patronenwechsel muss seltener durchgeführt werden.

Einfach und sicher!

Das geringere Injektionsvolumen führt zu einer Verringerung des Injektions Schmerzes und erhöht damit die Motivation zur regelmäßigen Injektion – ein wichtiger Schritt zur optimalen Compliance. Zudem kann die Anzahl der Doppelinjektionen verringert werden und es müssen weniger Patronen im Kühlschrank gelagert werden – das sind wesentliche Erleichterungen für den Patienten, verbunden mit einem wirtschaftlichen Vorteil.

Omnitrope® 15 mg mit dem SurePal™ 15 komplettiert jetzt die SurePal™ Familie.

Nach Informationen von Sandoz Pharmaceuticals GmbH, Holzkirchen



Abbildung 3: Weniger ist mehr! – Im Vergleich zur niedrigeren Wirkstärke kann beim SurePal™ 15 das Injektionsvolumen um bis zu einem Drittel reduziert werden.



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@kinderaezte-lauf.de

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/6 89 09-0

www.bvkj.de

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag/Mittwoch/Donnerstag

von 8.00–16.30 Uhr,

Dienstag von 8.00–17.00 Uhr

Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-11

christel.schierbaum@uminfo.de

Büroleiterin:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Bereich Mitgliederservice/Zentrale

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

bvkj.buero@uminfo.de

Bereich Fortbildung/Veranstaltungen

Tel.: 0221/68909-15/16,

Tfx.: 0221/68909-78

bvkj.kongress@uminfo.de

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag/Mittwoch/Donnerstag

von 8.00–16.30 Uhr,

Dienstag von 8.00–17.00 Uhr

Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführer: Herr Klaus Lüft

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Tfx.: 0221/6890929

Ansprechpartnerinnen:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-27

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28

E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Prof. Dr. med. Stefan Zielen

E-Mail: stefan.zielen@kgu.de

Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. med. Christoph Kupferschmid

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaezte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de