

bvkJ.

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

Heft 4/15 · 46. (64.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT



Forum:

Berufsverband
stellt sich gegen
Impfgegner



Fortbildung:

Anämie bei
Migranten



Berufsfragen:

Abwertung des
Notfalldienst-
honorars nicht
akzeptabel



Magazin:

Aegidius-Haus
AUF DER BULT

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkJ.**

Foto: © Sergey Novikov - Fotolia.com



Aegidius-Haus AUF DER BULT S. 206

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

Inhalt 4 | 15

Forum

- 151 **Editorial**
Wolfram Hartmann
- 152 **Der 100.000 Euro Masernfall**
- 152 **Väter-Kind-Kur**
- 154 **Volkskrankheiten**
- 154 **Impressum**
- 157 **Neue Krebsstiftung**
- 158 **Kinderhospiz**
- 160 **Infektionskrankheiten**
Stephan Heinrich Nolte
- 162 **ADHS-Förderpreis**
- 162 **E-Zigarette**
- 164 **Schadstoffe vermeiden!**
- 164 **Kindertagesstätten**
- 167 **Antidepressiva nach Krebserkrankungen**
- 167 **Entwicklungsstörungen**
- 168 **Ernährungsprojekt in Malawi**
Mattis Kupferschmid

Fortbildung

- 170 **Anämie bei Migranten**
Stefan Eber, Roswitha Dickerhoff
- 181 **Impfforum**
Ulrich Heining
- 182 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Anne Siegmund
- 186 **Suchtforum**
Matthias Brockstedt
- 187 **Highlights aus Bad Orb: Der Fuß**
Wolfgang Müller-Felber
- 192 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 194 **Consilium: Informationspflicht des Arztes bei Impfungen**
Ulrich Heining

Berufsfragen

- 196 **Abwertung des Notfalldiensthonorars nicht akzeptabel**
Thomas Kauth
- 198 **Honorarausschuss: Bereitschaftsdienst**
Roland Ulmer
- 200 **PraxisApp**
- 201 **Pressesprechertreffen 2015**
Michael Mühlischlegel
- 201 **Sprung in die Praxis**
- 203 **DAKJ fordert: Vollständiger Impfschutz**

Magazin

- 206 **Aegidius-Haus AUF DER BULT**
Hans-Jürgen Christen
- 208 **Rituelle Beschneidung und Autismus**
Christoph Kupferschmid
- 210 **Fortbildungstermine BVKJ**
- 212 **Personalien**
- 216 **Nachrichten der Industrie**
- 221 **Wichtige Adressen**

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage ein Supplement der Firma Shire Deutschland GmbH sowie Informationen der Firmen Sanofi Pasteur MSD GmbH und Pari GmbH bei. Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Haltung des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V.) zum Impfen und zur Förderung ausreichend hoher Durchimpfungsraten

Eine UN-Sondertagung für Kinder vom 8. bis 10. Mai 2002 in New York hat festgestellt:

„Jedes Kind hat das Recht auf Impfung gegen verhütbare Krankheiten. Die Routineimpfung von Kindern ist notwendig, um das Recht der Kinder auf Gesundheit zu gewährleisten“.

Dies ist auch die Haltung des BVKJ. Ein vollständiger Impfschutz ist ein Grundrecht eines jeden Kindes. Eltern haben nicht das Recht, ihren Kindern diesen Schutz vorzuenthalten und sie dem Risiko einer schwerwiegenden und sogar potentiell tödlichen Infektion bewusst aussetzen. Aus ärztlicher Sicht kann man von unterlassener Hilfeleistung, von Vernachlässigung elterlicher Fürsorgepflicht oder auch von grober Fahrlässigkeit sprechen, wenn man einem Kind den derzeit möglichen Schutz vor impfpräventablen Erkrankungen vorenthält.

Schutzimpfungen sind keine Privatsache

Schutzimpfungen sind nicht ausschließlich eine private, individualmedizinische Maßnahme: Der Staat hat die Ausgestaltung einzelner Aspekte zu Schutzimpfungen dezidiert zur eigenen (öffentlichen) Aufgabe erklärt (§ 20 Abs. IfSG). Auch Kinder, die aus medizinischen Gründen vor allem mit den üblichen Lebendimpfstoffen (z.B. Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Rota-Viren) nicht geimpft werden können (z.B. Säuglinge in den ersten neun Lebensmonaten, Kinder mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten, Kinder unter immunsuppressiver Behandlung) haben ein Recht auf den Besuch von überwiegend staatlich finanzierten Gemeinschaftseinrichtungen. Daher muss sichergestellt werden, dass alle Kinder in diesen Einrichtungen, bei denen keine medizinischen Kontraindikationen vorliegen, vollständig entsprechend den aktuellen Impfempfehlungen geimpft sind (Herdenimmunität).

Impfungen gehören zu den wirksamsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Moderne Impfstoffe sind gut verträglich. Bleibende unerwünschte gravierende Arzneimittelwirkungen werden nur in ganz seltenen Fällen beobachtet und stehen in keinem Verhältnis zu den möglichen Komplikationen, die bei den Erkrankungen auftreten können, gegen die wir in Deutschland impfen. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, den Geimpften vor einer ansteckenden Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten.

Für einen ausreichenden Impfschutz der von ihm betreuten Personen zu sorgen, ist eine wichtige ärztliche Aufgabe. Dies bedeutet, die Grundimmunisierung bei Säuglingen und Kleinkindern frühzeitig zu beginnen, ohne unnötige Verzögerungen durchzuführen und zeitgerecht abzuschließen. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind gemäß den Beschlüssen des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verpflichtet, ihre Patienten nach dem Stand der Wissenschaft zu beraten und zu behandeln. Die Empfehlungen der STIKO beim RKI und des G-BA gelten im vertragsärztlichen Bereich als wissenschaftlicher Standard in Deutschland.

Der BVKJ distanziert sich von Kolleginnen und Kollegen, die vom Impfen abraten und Eltern mit Behauptungen zum Nutzen von Erkrankungen und angeblichen massiven Nebenwirkungen von Impfungen verunsichern. Der Nutzen der derzeit bei uns in Deutschland empfohlenen Impfungen ist weltweit millionenfach bewiesen und viele von uns haben den Rückgang von impfpräventablen Erkrankungen nach Einführung der Impfungen und Kostenübernahme der Krankenkassen selbst erlebt.

STIKO ist Richtlinie

Die Empfehlungen der STIKO haben in Deutschland Leitliniencharakter, ebenso wie die Impfrichtlinien der einzelnen Bundesländer, die sich bis auf Sachsen immer an den Empfehlungen der STIKO orientieren. Auch der G-BA orientiert sich in seiner Schutzimpfungsrichtlinie an diesen Empfehlungen (Die Richtlinie einschließlich ihrer Anlagen ist für die Vertragspartner nach § 132e SGB V (Krankenkassen und deren Verbände, Kassenärztliche Vereinigungen, Vertragsärzte, geeignete Ärzte, deren Gemeinschaften, ärztlich geleitete Einrichtungen und der öffentliche Gesundheitsdienst) sowie für die Versicherten verbindlich).

Um Eltern nicht zu verunsichern, empfiehlt der BVKJ, dass sich alle Kolleginnen und Kollegen an diese Richtlinien halten und keine eigenen, davon abweichenden Impfschemata verwenden. Wer die Notwendigkeit eines geänderten Impfschemas sieht, sollte sich an die zuständige STIKO beim RKI wenden und seine Auffassung eingehend begründen.

Für den BVKJ

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident

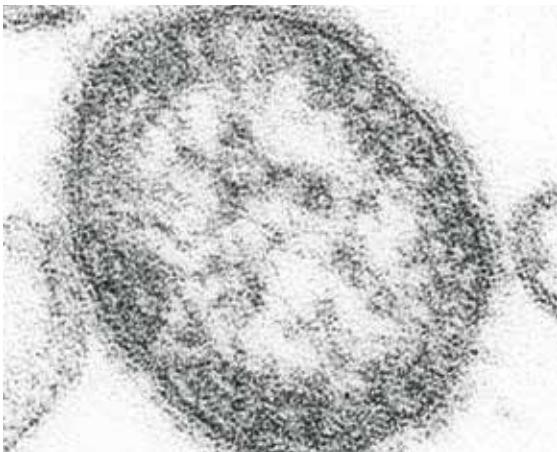


Dr. Wolfram Hartmann

Der 100.000 Euro Masernfall

Eigentlich müsste es Dr. Stefan Lanka besser wissen, denn er ist Diplombiologe. Doch der 51 Jahre alte Wissenschaftler vom Bodensee bestreitet, dass es Viren überhaupt und Masernviren insbesondere gibt. Damit verkörpert er einen Typus von hoch gebildeten Impfgegnern, mit denen wir in der Praxis stets vergeblich diskutieren, weil sie ohnehin alles besser wissen: Viren sind eine Erfindung der Pharmaindustrie, um deren Profite zu erhöhen. Und gibt es keine Viren, braucht man auch keine Impfungen, logisch.

Lanka hat vor vier Jahren einen Preis von 100.000 ausgelobt „wenn eine wissenschaftliche Publikation vorgelegt wird, in der die Existenz des Masern-Virus nicht nur behauptet, sondern auch bewiesen und darin u.a. dessen Durchmesser bestimmt ist.“ Dies stimuliert den Arzt Dr. David Bardens und dieser reichte sechs wissenschaftliche Arbeiten mit den gewünschten Informationen ein.



Quelle: CDC

Abb: Aufnahme eines Masernvirus im Transmissions-Elektronen-Mikroskop

Reich werden wollte Bardens dabei nicht, er möchte den größten Teil des Preisgeldes für Masernimpfung in Entwicklungsländern stiften. Der junge Arzt hatte aber ein traumatisierendes Erlebnis. Ein Mädchen in seinem Bekanntenkreis ist mit 14 Jahren an SSPE verstorben und er wollte deshalb der Desinformation Lankas entgegen. Fast konnte man erwarten, dass Lanka nicht bezahlen würde, da er zu jenen Menschen gehört, die nur ihre eigenen Ideen glauben. Masern hätten beispielsweise psychosomatische Ursachen oder seien Folge einer Vergiftung. So landete der Fall vor dem Landgericht Ravensburg. Der Richter hörte das Gutachten von Prof. Andreas Podbielski, dem Leiter der Mikrobiologie am Klinikum Rostock. Dieser attestiert den vorgelegten Arbeiten eine ausreichende wissenschaftliche Qualität um den geforderten Beweis zu erbringen. Das Urteil: Lanka soll zahlen.

Lanka wird in Berufung gehen. Einer wie er wird auch keine Ruhe geben, wenn das Ravensburger Ur-

teil vom Oberlandesgericht bestätigt wird. Er wird alle möglichen Bühnen nutzen um am Ende als Opfer dazustehen. Ganz ähnlich wie sein Vorbild Ryke Geerd Hamer, der Begründer der „Neuen Germanischen Medizin“. Er wird weiterhin seine Seminare zu Fehlentwicklungen in der Medizin in den Weinbergen bei Langenargen anbieten, Gebühr 90€ pro Person. Er wird Seminare über Impfen und AIDS in der Schweiz für 200 CHF pro Person halten. Weiterhin wird er seine Schriften „WISSENSCHAFTPLUS“ vertreiben. Mit 5€ sind die Heftchen relativ billig. Darin findet man einen weiteren prominenten Vertreter der „Neuen Germanischen Medizin“, den Heilpraktiker Johannes Mohr.

Einsicht ist nicht zu erwarten. Als der Richterspruch in Ravensburg verkündet erhob sich eine offensichtlich sympathisierende ZuhörerIn wütend mit dem Kommentar: „Das nennt sich also Rechtsprechung. Das lässt tief blicken“. Verschwörung überall, davon lebt die Szene.

Red.: Kup

Mutter-Kind-Hilfswerk berät und hilft bei der Antragstellung

Auch Väter können mit ihrem Kind zur Kur

Das Mutter-Kind-Hilfswerk e. V. weist darauf hin, dass auch Väter mit ihren Kindern eine Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme im Rahmen einer Mutter/Vater & Kind-Kur beantragen können, wenn eine vom Arzt entsprechend attestierte Kurbedürftigkeit vorliegt.

Das Rollenbild innerhalb der Familie hat sich gewandelt. Väter sind weitaus mehr in die Kinderer-

ziehung und in den Haushalt eingebunden als noch vor zehn Jahren.



Allein jeder fünfte Alleinerziehende ist heute männlich. Die damit verbundenen Strapazen einer Mutter spüren nun auch immer mehr Väter.

Väter erhalten die notwendigen Attest- und Antragsformulare bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse, dem Mutter-Kind-Hilfswerk e. V. unter Tel.: 0800 2255100 oder im Internet unter www.mutter-kind-hilfswerk.de zum Download.

Red.: ReH

1,5 Millionen Euro für Pilotstudie im Ruhrgebiet

Adipositas, ADHS und Allergien: Studie zu neuen Volkskrankheiten bei Kindern und Jugendlichen

Chronische Krankheiten zählen heute in den Industriestaaten zu den häufigsten und gesundheitsökonomisch bedeutsamsten Gesundheitsproblemen von Kindern und Jugendlichen.

Im Ruhrgebiet startet deshalb nun eine Studie zu diesen neuen Volkskrankheiten im Kinder- und Jugendalter (NIKI). Untersucht werden 600 Kinder zu den Krankheiten Adipositas, Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADS / ADHS) und Allergien. Dabei spielen Zusammenhänge zwischen körperlichen und psychischen Belastungen eine zentrale Rolle. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse sollen Diagnostik und Therapie verbessern und Basis einer

personalisierten Medizin werden. Wegweisend ist die Kooperation der Fachdisziplinen Ernährungsmedizin, Allergologie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das Wissenschaftsministerium fördert das Projekt mit 1,5 Millionen Euro.

„Kinder und Jugendliche bestmöglich zu fördern, ist eines der wichtigsten Anliegen der Landesregierung. Durch die NIKI-Studie erhoffen wir uns wichtige Erkenntnisse über diese neuen Volkskrankheiten, ihre Entstehung und Wechselwirkungen. Aus diesem Wissen soll schnell ein direkter Nutzen für jungen Patientinnen und Patienten durch eine effektive Vorsorge und Behandlung entstehen“, so Ministerin Svenja Schulze bei der Vorstellung des Projekts am 17. Februar.

„Mit der Studie werden wertvolle Informationen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gewonnen. In diesem Konsortium verbinden vier universitätsklinische Forschungsgruppen des Ruhrgebietes ihre besonderen medizinischen Kompetenzen. Entscheidend ist, dass sich Gesundheitsrisiken und -chancen im weiteren Lebenslauf bereits maßgeblich im Kindes- und Jugendalter entscheiden“, so Dr. Uwe Kremer, Geschäftsführer der MedEcon Ruhr GmbH.

Beteiligt sind die Kliniken LWL Universitätsklinik Hamm, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im St. Josef-Hospital Bochum, LVR Klinikum Essen sowie die Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln.

Red.: ReH

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-bremenmitte.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@kkh-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

– **Redaktionsassistentz:** Christiane Daub-Gaskow, Tel.: (0201) 8130-104, Fax: (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: grafik@schmidt-roemhild.com – **Druck:** Schmidt-Römhild, Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenpreisliste 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.



LA-MED

WEGE ZUR INKLUSION

FRÜHDIAGNOSTIK, FRÜHTHERAPIE, KINDLICHE SOZIALISATION

HERAUSGEGEBEN VON VOLKER MALL, FRIEDRICH VOIGT, NIKOLAI H. JUNG

Kinder sind auf Erwachsene angewiesen, um mit Liebe und Verständnis ihren Weg ins Leben zu finden. Trotz unterschiedlicher Ausgangssituationen soll jedes Kind zu einer selbständigen Persönlichkeit herangebildet werden und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Diesem Ziel haben sich Herausgeber und Autoren dieses Buches verschrieben. So früh wie möglich müssen Entwicklungsprobleme erkannt werden und Anlass zu gezielter Förderung sein – eine Forderung, die Professor Theodor Hellbrügge schon vor über 50 Jahren publizierte und die seitdem nicht an Aktualität verloren hat.

Themenschwerpunkte dieses Bandes sind die Inhalte von zwei internationalen und interdisziplinären Symposien:

FRÜHDIAGNOSTIK UND FRÜHTHERAPIE AUF DEM PRÜFSTAND

anlässlich der Besetzung des Stiftungsstuhls für Sozialpädiatrie
an der TU München 2012

KINDLICHE SOZIALISATION, SOZIALE INTEGRATION UND INKLUSION

anlässlich der Verleihung des Arnold-Lucius-Gesell-Preises 2013
an Prof. Dr. Samuel L. Odom, USA.

WEGE ZUR INKLUSION ist der erste Band der neuen Reihe
„Aktuelle Fragen der Sozialpädiatrie“ und wurde mit freundlicher
Unterstützung der Theodor-Hellbrügge-Stiftung realisiert.

Preis 19,90 €, Hardcover, 17,4 x 24,5 cm, 256 Seiten,
zahlreiche s/w-Tabellen und Grafiken, Beiträge dt. /teilw. engl.,
ISBN: 978-3-7950-1921-1



Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs gegründet

Junge Erwachsene mit Krebs benötigen eine spezielle medizinische Behandlung und psychosoziale Versorgung. Die neu gegründete Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs will die Therapiemöglichkeiten junger krebserkrankter Frauen und Männer verbessern. Zudem widmet sie sich dem Aufbau von Versorgungsstrukturen, mit denen spezifische Probleme dieser Patientengruppe besser adressiert werden können. Des Weiteren will die Stiftung dazu beitragen, dass die Forschung in diesem Bereich intensiviert wird.

Nur etwa 3,2 Prozent (ca. 15.000) aller neu diagnostizierten Krebspatienten in Deutschland sind zwischen 15 und 39 Jahre alt. Dennoch benötigt diese Patientengruppe sowohl in der Behandlung als auch in der Nachsorge besondere Aufmerksamkeit. „Bei jungen Erwachsenen kommt die Diagnose Krebs zu einer Zeit, in der Gedanken an Krankheit, Sterben und Tod normalerweise keinen Platz haben“, sagt Dr. Karolin Behringer von der Onkologischen Ambulanz des Universitätsklinikums Köln und Leiterin der Arbeitsgruppe „Survivorship“ in der Deutschen Hodgkin Studiengruppe (GHSG). Die Herausforderung für Ärzte und Betreuer, so Behringer, bestehe darin, Verständnis für das Autonomiebedürfnis und für die besonderen Wünsche und Sorgen dieser Patienten aufzubringen, dabei aber gleichzeitig die rasche und planmäßige Durchführung einer notwendigen und oft intensiven Therapie sicherzustellen.

Bessere Versorgung und Nachsorge als wichtigstes Stiftungsziel

„Die spezifischen Probleme, vor denen junge Krebspatienten und die sie behandelnden Ärzte im heutigen Versorgungssystem stehen, waren die entscheidende Triebfeder für die Gründung der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs“, so Prof. Dr. Mathias Freund, Vorsitzender des Stiftungskuratoriums und Geschäftsführender Vorsitzender der DGHO Deutsche

Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. „Die bestehenden Unterstützungsangebote reichen aus unserer Sicht nicht aus.“

Ein wesentliches Ziel der neuen Stiftung ist die Verbesserung der Versorgungsstrukturen beispielsweise durch Projekte, mit denen sowohl die medizinische und psychosoziale Versorgung als auch die Nachsorge von jungen Krebspatienten verbessert werden können. „Geplant sind konkrete Sprechstunden, die sich speziell mit Fragen der Langzeittoxizität von Anti-Tumor-Therapien befassen“, so Freund. Auch bundesweite Programme zur Armutsprävention und zur Unterstützung bei der Wiedereingliederung ins Berufsleben sind denkbar. „Es muss dringend etwas getan werden: Zwar liegen die Krebserkrankungen bei jungen Erwachsenen nur bei 3,2 Prozent der neuen Diagnosen. Die Heilungsrate liegt jedoch bei 80 Prozent. Auf diese Weise sind in 20 Jahren etwa 250.000 Menschen zu Überlebenden nach Krebs geworden, mit all ihren Problemen“, ergänzt Freund.

Von Chemo-Brain bis Kinderwunsch

Gerade die Langzeittoxizität intensiver Therapiemaßnahmen ist für Menschen, die sich als junge Patienten einer Krebsterapie unterzogen haben, ein zentrales Problem: „Junge Menschen mit Krebs sind ‚Langzeit-Überlebende‘, und sie sind neben an Krebs erkrankten Kindern am längsten mit den

negativen Folgen der Anti-Tumor-Therapien konfrontiert“, betont Prof. Dr. Volker Diehl, Gründer der Deutschen Hodgkin-Studiengruppe und ebenfalls Mitglied des Stiftungskuratoriums. So stellen etwa die kognitiven Folgen der Chemo-/Radiotherapie, auch „Chemo-Brain“ genannt, gerade für junge Akademiker in der Langzeitperspektive ein mögliches Problem dar.



Krebs erforschen. Zukunft spenden.

JUNGE ERWACHSENE MIT KREBS BENÖTIGEN EINE SPEZIELLE MEDIZINISCHE BEHANDLUNG UND VERSORGUNG. UNSER ZIEL IST ES, THERAPIEMÖGLICHKEITEN UND VERSORGUNG ZU VERBESSERN. HELFEN SIE UNS DABEI!



LISA D., 21 JAHRE, AUSZUBILDENDE ZUR GROSS- UND AUSSENHANDELSKAUFFRAU

„Gerade bei den jungen Erwachsenen, wenn die Familienplanung im Vordergrund steht, sind die Folgen einer zytotoxischen Therapie auf Libido, Sexualität und Kinderwunsch häufig gravierend“, so Diehl weiter. Ärzte, die nicht regelmäßig mit Krebspatienten im jungen Erwachsenenalter zu tun haben, sind hier nicht selten in der Arzt-Patienten-Kommunikation überfordert.

Dabei schließen sich Krebserkrankung im jungen Alter und Kinderwunsch heute häufig nicht mehr aus: „Wir verfügen über eine Reihe von Möglichkeiten, die Fruchtbarkeit zu erhalten, beispielweise die Kryokonservierung, also das Einfrieren von Eizellen. Entsprechende Informationen sollten ein wesentlicher Inhalt des Arzt-Patienten-Gesprächs sein. Nur dann können fertilitätserhaltende Maßnahmen frühzeitig eingeleitet werden“, betont Behringer.

Wer ist zuständig?

Beitragen möchte die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs auch zu einer notwendigen Diskussion über die Zuständigkeiten und Anlaufstellen für junge Patienten mit Krebserkrankungen.

Beitrag zu Forschung, Aus- und Fortbildung

Ein weiteres Ziel der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs ist, die Erforschung der spezifischen medizinischen und psychosozialen Probleme von Adoleszenten mit Krebs deutlich zu intensivieren. „Wir wissen beispielsweise noch längst nicht genug darüber, wie wir bei einer Krebsbehandlung, speziell bei jungen Erwachsenen, die optimale Balance zwischen Heilungschancen und unerwünschten Wirkungen herstellen können“, so Freund.

Schließlich muss jungen Erwachsenen mit Krebs im Rahmen der Ausbildung von Studenten und besonders Krebsfachärzten sowie nachbetreuenden Ärzten mehr Aufmerksamkeit als bisher gewidmet werden. Auch dazu möchte die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs beitragen. Unter anderem will sie medizinische Einrichtungen bei der Ausbildung und der Fort- und Weiterbildung von entsprechendem Fachpersonal unterstützen. Darüber hinaus sollen Internet-„Chatrooms“ für junge Krebspatienten initiiert und gefördert werden, in denen diese sich austauschen, helfen und vielleicht sogar als „Paten“ für andere fungieren können.

Infos: <http://www.junge-erwachsene-mit-krebs.de>

(s. auch Seite 167)

Red.: ReH

Chronisch unterfinanziert:

Bundesverband Kinderhospiz fordert öffentliche Gelder für Trauerbegleitung verwaister Eltern

Symbolzeichnung des Cartoonisten Peter Gaymann, Botschafter des Bundesverbands Kinderhospiz



Der Bundesverband Kinderhospiz kritisiert die fehlende Finanzierung der Trauerarbeit aus öffentlichen Mitteln und fordert neue politische Regelungen, um verwaiste Eltern, Geschwister und andere Angehörige nach dem Tod eines Kindes angemessen unterstützen zu können. „Der Bundesgesundheitsminister muss durch entsprechende Vorschriften dringend dafür sorgen, dass die Kinderhospizarbeit über ausreichend Geld für die Trauerbegleitung verfügt“, sagte Sabine Kraft, Geschäftsführerin des Bundesverbands Kinderhospiz

(BVKH), bei der Tagung „Aus der Trauer wächst die Kraft“ am 24.1. im fränkischen Rödelsee. Ambulante und stationäre Kinderhospize in Deutschland müssen Trauerbegleitung seit Jahren aus Spendengeldern finanzieren; nur in seltenen Ausnahmen bewilligen Jugendämter Zuschüsse.



**Sabine Kraft,
Geschäftsführerin
Bundesverband
Kinderhospiz**

In Deutschland sind neuesten Schätzungen zufolge etwa 40 000 Kinder und Jugendliche so schwer krank, dass sie wahrscheinlich nicht erwachsen werden.

www.bundesverband-kinderhospiz.de

Red.: ReH

C'est les microbes qui auront le dernier mot (Louis Pasteur)

Das letzte Wort haben die Mikroorganismen: Infektionskrankheiten melden sich zurück



Foto: Klemens Ocheil

Ebola: Schutzkleidung ist zum Alltag geworden in der normalen Gesundheitsversorgung, hier in Liberia

33. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Tropenpädiatrie (ATP) und internationale Kindergesundheits, Mainz, 6.-8.2.2015

Die präventive Pädiatrie in Entwicklungsländern war Thema der diesjährigen Jahrestagung. Daher lag der Hauptakzent auf Impfungen und impfpräventablen Erkrankungen. Im Festvortrag berichtete Rudi Eggers, WHO, der über situationsangepasste Verbesserungen der Impfpraxis in verschiedenen Ländern. Bei Raten unter 50 % gehe es darum, unzureichende Strukturen des Gesundheitswesens zu stärken, oder gar zu ersetzen, etwa in Somalia, im Tschad oder Südsudan. Problematisch sind die Verfügbarkeit von Impfstoffen, der Transport und die Kühlkette. Ein wichtiges

Problem sind verpasste Gelegenheiten: Kontakte mit dem Gesundheitswesen werden nicht zur Ergänzung des Impfschutzes genutzt. Aber auch Kriege, Krisen und nicht funktionsfähige Regierungen sind Hindernisse für erfolgreiche Impfkampagnen, oder die Ausgrenzung bestimmter Gemeinschaften, etwa von Flüchtlingen.

Malaria

Mit der weltweit bewährten Standardtherapien für unkomplizierte Malaria, Artemisinin-basierte Kombinationen, gelang eine Mortalitätsreduktion in Asien um ein Drittel und in Afrika um ein Viertel. Resistenzen entstehen, wie Nicolas Day, Bangkok, berichtete, durch falsche Eigenbehandlung, zu niedrige Dosierungen und Medikamentenfälschungen. Vor allem die Unterdosierung stellt ein großes

Problem für eine Resistenzentwicklung dar. Deren erstes Zeichen ist ein verlangsamter Wirkungseintritt. Malaria werde erheblich unterdiagnostiziert, im Ausstrich findet sich nur die „Spitze des Eisberges“. Häufig seien subklinische Parasitämien. Bei zunehmender Insektizid- und Drogenresistenz ist die Vakzineentwicklung vorrangig: Martina Oneko, Kisumu, Kenia, stellte eine Phase III Malariavakzine Studie bei über 15.000 Kindern vor. Die Vakzineeffektivität betrug 27 bis 46%, nachlassend im Verlauf. Aus unerklärlichem Grund trat Meningitis in der geimpften Gruppe häufiger auf.

Dengue

Dengueinfektionen nehmen, wie Thomas Jaenisch, Heidelberg, berichtete, massiv zu. Ca. 400 Mio. Infektionen sind pro Jahr zu verzeichnen, von denen nur ein Teil klinisch manifest werden. Dengue ist im Äquatorialgürtel angesiedelt und breitet sich durch Urbanisierung und Globalisierung aus. Es gibt weder eine Impfung noch eine antivirale Therapie. Der letzte Dengue-Ausbruch in Europa war 1927/28 in Athen, sowie auf Madeira 2012/13. Warnhinweise für schwere Verläufe sind Permeabilitätsstörungen, Blutungen und Organbeteiligungen sowie die Thrombozytopenie. Derzeit sind etwa 12 Impfstoffe in der Entwicklung, von denen TDV (takeda dengue vaccine) in Phase III eintritt. Die Vakzine wurde aus einem attenuierten Dengue-2 Virus entwickelt und wird 2x im Abstand von 3 Monaten appliziert.

Kinder sterben nicht nur durch, sondern viel häufiger wegen Ebola

Denn die ohnehin rudimentären Gesundheitsstrukturen funktionieren nicht mehr oder werden

gemieden. „Es war vorhersehbar, dass größere Epidemien drohen, berichtete Christa Kitz, Würzburg. Die Umstände der Behandlung, selbst die Entsorgung der Toten, sind grauenhaft. Dazu kommt, dass unterschiedliche soziokulturelle Vorstellungen und Religionen sowie Verschwörungstheorien wichtige Maßnahmen unterlaufen.“

Der Medizinstudent Till Eckert wurde mit zwei Kommilitonen während einer Famulatur in Sierra Leone von der Epidemie überrascht. Als erste Fälle auftraten, bauten sie, anstatt vor der Epidemie zu flüchten, auf eigene Initiative mit einfachsten Mitteln eine Ebola-Isolierstation. Zunächst stießen sie auf wenig Gegenliebe, schließlich wurde ihre Station Modell für weitere ähnliche Einrichtungen an Krankenhäusern. Christian Kleine war für Ärzte ohne Grenzen (MSF) in Monrovia, wo bei 400 Neuerkrankungen pro Woche ein Zentrum mit 250 Betten aufgebaut wurde. Hierzu gibt es fertige Bausätze, die MSF bereitstellen kann.

Die beste Prävention ist die Unterstützung der Gesundheitssysteme der Epidemieländer. Die Entwicklung einer Ebola-Vakzine ist ein Wettlauf mit der Zeit, berichtete Marylyn Addo, Hamburg. Derzeit sind zwei Kandidaten fortgeschritten: Der nicht replizierende cAd3-EBOV und rVSVΔG-ZEBOV-GP, letzterer replizierend auf Basis des tierpathogenen Vesicular stomatitis Virus als Träger. Die formalen Anforderungen sind höchst kompliziert, da für diesen Impfstoff ein genetisch veränderter Organismus hergestellt wird. In kürzester Zeit, vier Monaten, wurde der Impfstoff weiterentwickelt und bislang an 20 Freiwilligen erprobt.

Aus- und Weiterbildung: Was wir anbieten können – uns selbst, den Rest kann man nachlesen

Christian Schmidt stellte das Ausbildungsprogramm für angehende einheimische Pädiater am Bugando Medical Center, Mwanza, Tansania vor. Die lokale Ausbildung von Fachkräften ist besonders

wichtig, weil der „brain drain“ die Gesundheitswesen auszudünnen droht, was nicht nur am Geld und an der Sicherheit liegt, sondern auch an unzureichenden Weiterbildungsmöglichkeiten. Seit Nov. 2006 wurden 21 einheimische Kinderärzte ausgebildet. Alle sind im Land geblieben. Ein „brain drain“ geht eher in Richtung besser bezahlender NGOs und private Institutionen. Stellen gibt es ausreichend, und das Gehalt eines Facharztes sei in Tansania höher als in manchen osteuropäischen Ländern.

Jugendmedizin und HIV

Mercy Minde berichtete aus Mwanza von ihrer Arbeit mit Jugendlichen mit HIV. Etwa 25 Mio. HIV-Patienten leben im subsaharischen Afrika. Jährlich kommt es zu 250.000 Neuinfektionen, 40% davon bei Jugendlichen. Eine der Gründe ist, dass Jugendliche ihren HIV Status nicht kennen, sodass die Verbreitung in dieser Altersgruppe unkontrolliert verläuft. Wann und wie soll ein Kind über seinen HIV-Status aufgeklärt werden? Depressive Reaktionen bis zum Suizid sind reale Gefahren. Eine angepasste Aufklärung steht ganz oben an, sie lüftet bestehende Familiengeheimnisse und führt zu offeneren Gesprächen und zu einem besseren Verhältnis zu den Eltern. Weiter Hilfsangebote sind Teen Clubs, Camps und der Dialog mit den Lehrern. Ein solcher Teen Club in Mwanza wurde in einem Kurzvortrag vorgestellt. Die regelmäßige Teilnahme fördert durch den Austausch in der Peer group das Selbstwertgefühl, die Krankheitsbewältigung und auch die Therapieadhärenz. Am Beispiel HIV-positiver Jugendlicher zeigt sich, welche ganz unterschiedlichen Problem und Herangehensweisen in der Jugendmedizin notwendig sind.

Die Armen zuerst

Michael Kunert, Geschäftsführer des missionsärztlichen Instituts Würzburg erläuterte die Lehren aus der Befreiungstheologie für die medizinische Hilfe in armen Ländern: Das Wesen und die Aufgabe der

Kirche sei, die Stimme für die Armen zu erheben. Man muss bereit sein, sich von den Armen bekehren lassen und als persönliche Grundmotivation das Engagement für die Armen im Sinn haben, nicht Expertise sein, der sein Programm durchzieht. Wie gestalte ich das im Alltag? Vor allem kein Stress zum Erfolg, die Armen brauchen nicht das, was uns hier selbst krankmacht, kein Export eines paternalistischen Medizinsystems. Cap Anamur stehe dafür, wie der Vorsitzende und Pädiater Werner Strahl erläuterte, unabhängig und unbürokratisch selbst dort, wie in Syrien und Südsudan Hilfe zur Selbsthilfe zu geben, wo selbst das auswärtige Amt vom Aufenthalt abrät. Die problematischen „Großen K“ seien Kriege, Katastrophen, Krankheiten, Kapital und Klima. Heute ist die Zahl der Flüchtlinge fünfmal höher als vor 30 Jahren, das UNHCR schätzt die Zahl auf 50 Mio. Er schloss mit einem Gedicht von Heinrich Böll „Die Poesie des Tuns“ für Rupert Neudeck, 1984, das auch diesen Bericht abschließen soll.

Es ist schön,
ein hungerndes Kind zu sättigen
ihm die Tränen zu trocknen,
ihm die Nase zu putzen,
es ist schön, einen Kranken zu heilen.

Ein Bereich der Ästhetik,
den wir noch nicht entdeckt haben,
ist die Schönheit des Rechts.

Über die Schönheit der Künste,
eines Menschen, der Natur
können wir uns halbwegs einigen.

Aber RECHT und
GERECHTIGKEIT sind auch schön,
wenn sie vollzogen werden.

*Dr. Stephan Heinrich Nolte, Marburg
shmol@t-online.de*

Red.: Kup

12. ADHS-Förderpreis von Shire ausgeschrieben

Besonderer Einsatz verdient Auszeichnung!

Innovative praxisorientierte Projekte, die sich für eine verbesserte Versorgung von Menschen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) einsetzen, sind aufgerufen, sich um den 12. ADHS-Förderpreis bewerben. Der von der Shire Deutschland GmbH ausgelobte Förderpreis ist mit insgesamt 10.000 Euro dotiert. Die Bewerbungsfrist läuft bis zum 30. April 2015.

Die in Schule und Gesellschaft geltenden Rahmenbedingungen mit den spezifischen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in Einklang zu bringen, ist eine große Herausforderung. Eine praxisnahe und individuelle Förderung der Betroffenen hilft ihnen, ihren Platz in der Gemeinschaft zu finden und Selbstvertrauen und Zufriedenheit zu entwickeln. Sie trägt auch dazu bei, dass der Wechsel vom Kindergarten in die Grundschule, in die weiterführende Schule und schließlich ins Studium

bzw. den Beruf gelingt. Selbstgesteckte Ziele können erreicht werden. Eine fundierte und umfassende Aufklärung über das Krankheitsbild ADHS vor Ort und in den Medien ist notwendig, damit die von der Erkrankung betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihre Familie nicht ausgegrenzt werden, sondern ihnen mit Verständnis und Akzeptanz begegnet wird.

Praxisnahe innovative Projekte gesucht

In diesem Jahr liegt daher das besondere Interesse auf praxisnahen und innovativen Projekten, die ADHS mit den alltagsrelevanten Themen „Inklusion“, „Verbesserung der Alltagsfunktionalität“, „Transition“ oder „Öffentlichkeitsarbeit und Medien“ verknüpfen.

Der ADHS-Förderpreis richtet sich fachübergreifend an alle, die in der ADHS-Versorgung tätig

sind. Gesucht werden richtungsweisende Projekte aus Deutschland, die sich bereits in der Umsetzung befinden und zu einer messbaren Verbesserung der Versorgung von Menschen mit ADHS beitragen. Die eingereichten Projekte werden durch ein unabhängiges interdisziplinäres Expertengremium aus den Bereichen Kinder- und Jugendmedizin, Sozialpädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Psychologie und Psychiatrie beurteilt.

Die Teilnehmerunterlagen und weitere Informationen können über Shire Deutschland GmbH, Stichwort: 12. ADHS-Förderpreis, Friedrichstr. 149, 10117 Berlin oder per Email an ADHSfoerderpreis@shire.com angefordert werden. Bewerbungen, auch online unter www.adhs-foerderpreis.de, sind bis zum 31. Mai 2015 möglich.

Red.: ReH



Schwerpunkte

- Inklusion
- Verbesserung der Alltagsfunktionalität
- ADHS in den Medien
- Transition

Gefährlicher Dampf

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) veröffentlicht Positionspapier zur elektronischen Zigarette (E-Zigarette)

Seit etwa 2008 werden E-Zigaretten frei verkauft, zunächst via Internet-Vertrieb, später in Spezialgeschäften, jetzt auch in nicht spezialisierten Verkaufsstellen. Bei E-Zigaretten wird Nikotin nicht konventionell geraucht, sondern „gedampft“. Auch Aromastoffe ohne Nikotin kommen zum Einsatz. Viele Menschen halten die E-Zigaretten wegen des Dampfes und der Möglich-



Foto: © hdimages - Fotolia.com

keit, nikotinfreie Stoffe zu inhalieren, für unschädlich. Unschädlich sind die E-Zigaretten aber keineswegs. Im Gegenteil. Um über die möglichen

Gefahren aufzuklären, hat die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin unter Mitwirkung unter anderem des BVKJ ein klärendes Positionspapier verfasst.

Es ist in PädInform im Ordner Aktuelles und unter www.bvkj.de im Ordner Stellungnahmen nachzulesen.

(s. auch Seite 186)

Red.: ReH

Kinder schützen, Schadstoffe vermeiden!



Foto: © vechliching - Fotolia.com

Der gemeinnützige Verein WECEF (Women in Europe for a Common Future) hat die App „Giftfrei einkaufen“ entwickelt. Die App hält für die Produktgruppen Kosmetikartikel, Reinigungsmittel, Renovierungsbedarf, Spielsachen, Babypflege und ab jetzt auch für Bekleidung und Textilien wertvolle Tipps zum möglichst schadstofffreien Einkauf bereit.

Kostenloser Download ab sofort über <http://nestbau.info/app-download/> oder für Android Smartphones (Kategorie: Fitness und Gesundheit) <https://play.google.com/store/apps/details?id=net.appropo.nestbau> und im iOS Format <https://itunes.apple.com/de/app/id681158181?mt=8&affid=1860684> im Apple Store.

Textilien enthalten, wie viele Produkte, die Menschen täglich

nutzen, häufig gesundheits- und umweltschädliche Chemikalien. Unter anderem werden Bakterizide und Fungizide beigefügt, um Fasern resistent gegen Bakterien und Pilze zu machen. Auch Substanzen wie Formaldehyd, Epoxidharz und Dispersionsfarbstoffe oder Chlorphenole finden häufig ihren Weg in die Verarbeitung. Sie belasten die Umwelt, die Mitarbeiter(innen) in der Produktion und können als Rückstände auf der Kleidung bestehen bleiben. Die Regulierungen von politischer Seite sind schwach und für Laien ist meist schwer zu erkennen, welches Produkt annähernd bedenkenlos ist. Die App „Giftfrei einkaufen“ hilft aus der Fülle von Produkten verschiedener Bereiche wie Kosmetikartikel, Reinigungsmittel, Renovierungsbedarf, Spielsachen, Babypflege und ab sofort auch bei Textilien und Bekleidung diejenigen herauszufinden, die möglichst frei von gesundheitsschädigenden Schadstoffen sind.

Red: ReH

Wie gute Kitas noch besser werden

Die Stiftung Kindergesundheit stellt Leitlinien für die Betreuung junger Kinder in Kindertagesstätten und in der Tagespflege vor

Im Rahmen des Kinderförderungsgesetzes (KiföG) hat sich viel getan, um den Ausbau der Krippenplätze zu fördern. Der Erfolg: Bereits über 660.000 Kinder unter drei Jahren werden in einer Kindertageseinrichtung oder durch eine Tagespflegeperson betreut, fast 300.000 mehr als im Jahr 2008. Damit nehmen mehr als ein Drittel aller Eltern von Kindern im Alter unter drei Jahren ein Betreuungsangebot in Anspruch. Doch es kommt nicht nur auf den zahlenmäßigen Ausbau an: Wichtig ist auch die Qualität der frühkindlichen Betreuung, betont

die Stiftung Kindergesundheit. Sie hat dazu detaillierte Leitlinien und Aus- und Weiterbildungsmodule für pädagogische Fachkräfte herausgebracht, die jetzt der Öffentlichkeit vorgestellt werden.

Unter der Federführung der Stiftung Kindergesundheit haben ausgewiesene Experten aller Fachbereiche zum Thema Kindergesundheit interdisziplinär zusammengearbeitet, um das „Curriculum Gesundheitsförderung für Kinder unter drei Jahren in der Tagesbetreuung“ zu entwickeln. Gefördert wurde es mit Mitteln des Bundesministeriums für

Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Die von der Stiftung und ihren Koordinationspartnern entwickelten Leitlinien dienen der Unterstützung und Weiterbildung von allen Personen, die in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege tätig sind. Damit soll in deren praktischer Arbeit ein hohes Niveau bei der vorbeugenden Gesundheitsförderung und im Umgang mit kindlichen Gesundheitsstörungen erreicht werden.

Mehr Informationen unter:
www-kinder-gesund-betreut.de

Red: ReH

Mehr Antidepressiva nach Krebserkrankungen im Kindesalter

Wer als Kind eine Krebserkrankung hatte, ist von den Folgen zeitlebens bedroht. Sein Wachstum bleibt eventuell zurück, Herz, Lungen, Nieren und die Fortpflanzungsfähigkeit können beeinträchtigt sein, noch Jahr später fürchtet man Zweitmalignome.

Tumore und Tumorthapien beeinträchtigen aber auch die spätere psychische Gesundheit. Dies haben Lasse Wegener Lund und Mitarbeiter mit einer populationsbasierten Studie in Dänemark ermittelt. Sie werteten Daten von 5452 Patienten aus, die als Kinder zwischen 1975 und 2009 wegen einer malignen Erkrankung behandelt worden sind. Jedem Patienten wurden 20 Kontrollpersonen gleichen Alters und Geschlechts, aber ohne Krebserkrankung in der Vorgeschichte zugeordnet. Über die nationale Datenbank zur Arzneimittelverschreibung in Dänemark

ermittelten Lund und Mitarbeiter individuell die Verschreibung von Antidepressiva während einer durchschnittlichen Beobachtungszeit von 11 Jahren.

Nach einer Krebserkrankung in der Kindheit lag das Risiko einer späteren Behandlung mit Antidepressiva um 38% über dem der Kontrollpersonen. Je kürzer die onkologische Erkrankung zurücklag, desto höher war der Anteil der Patienten, die Antidepressiva benötigten. Den größten Bedarf hatten Patienten, deren Krebs in der Zeit zwischen 2000 und 2009 diagnostiziert worden war. Auch unter einzelnen Tumorarten und Behandlungsstrategien fanden die Autoren Unterschiede. Patienten nach ZNS-Tumoren benötigten 50% mehr Antidepressiva, nach soliden Tumoren 80% und nach einer Tumorbehandlung mit Stammzelltransplantation 90% mehr Antidepressiva als Menschen, die derartige Erkrankungen nicht hatten.

Die Autoren folgern, dass man in den Jahren nach einer malignen Erkrankung im Kindesalter besonders auf psychische Erkrankungen achten soll. Ihre Studie liefert keine Erklärung zum Entstehungsmechanismus. So bleibt unklar, ob es sich um späte Medikamentennebenwirkung handelt oder um eine Reaktion auf die multiplen psychischen und physischen Traumata im Rahmen einer malignen Erkrankung und ihrer Therapie. Um bei einem so hohen Risiko späterer psychischer Störungen präventiv wirken zu können, geht von der dänischen Studie ein wichtiger neuer Forschungsauftrag an die pädiatrischen Onkologen aus.

Quelle

Wegener Lund L et al. Increased risk of antidepressant use in childhood cancer survivors: A Danish population-based cohort study. Eur J Canc 2015; online 9. Februar. doi: 10.1016/j.ejca.2015.01.001

(s. auch Seite 157)

Red.: Kup

Patientenfilme erklären Kindervorsorge U10 und U11

Entwicklungsstörungen zeitig erkennen



Seit 40 Jahren gibt es in Deutschland für Kinder die kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9. Mittlerweile ergänzen weitere Untersuchungen für ältere Kinder das Angebot: Die

neuen TV-Wartezimmer-Filme „U10 Vorsorgeuntersuchung“ und „U11 Vorsorgeuntersuchung“ zeigen für medizinische Laien leicht verständlich, worauf Kinder im Alter von sieben bis acht bzw. neun bis

zehn Jahren untersucht werden. Die Filme sind gedacht für Wartezonen von Praxen und Kliniken und sollen einen optimalen Einstieg in das Arzt-Patienten-Gespräch ermöglichen.

Red.: ReH

Ein Ernährungsprojekt der Food and Agriculture Organisation (FAO) in Malawi

Mikronährstoffmangel und Brain-Drain

Eine Studie zu einem Ernährungsbildungsprojekt, um die Mangelernährung in einem der ärmsten Länder Afrikas zu bekämpfen? Sofort gehen einem Bilder durch den Kopf. Hungerbäuche, auf das Skelett abgemagerte Kinder mit überproportional großen Köpfen...



kronährstoffen. Fast die Hälfte der malawischen Kinder ist „stunted“, sie sind zu klein für ihr Alter. Auf Grund des chronischen Mangels in der frühen Kindheit bleiben sie in ihrer Entwicklung zurück. Auch eine schlechtere geistige Entwicklung wurde im Zusammenhang mit stunting nachgewiesen. Was für eine Katastrophe für eine Gesellschaft, wenn die Hälfte der Bevölkerung hinter ihrem eigentlichen geistigen Vermögen zurückbleibt!

Eine Besserung der Situation wurde im Rahmen von School feeding Projekten, oder in Regionen beobachtet, in denen Präparate wie „Plumpy Nut“, ein in der Katastrophenhilfe sehr beliebter Brei aus Erdnuss und Nährstoffen, verteilt wurde. Solche Projekte haben einen schnellen, gut messbaren Erfolg. Sind jedoch nur eine weitere kurzfristige Hilfe. Eine symptomatische Behandlung, die Abhängigkeiten schafft, in einem Land, das ausschließlich am Tropf internationaler Hilfsleistungen überlebt. Eine Maßnahme, die dazu beiträgt, dass vor Ort weiteres Wissen verloren geht, wie man seine Kinder mit lokal angebauten Nahrungsmitteln ernährt.

Bildung anstatt Supplemente

Einen nachhaltigeren Ansatz, verfolgt die FAO mit ihrem Ernährungsbildungsprojekt, bei dem Müttern mit Kindern unter zwei Jahren, beigebracht wird, wie sie aus lokalen, günstig verfügbaren Zutaten, Breie zum Zufüttern ihrer Kinder zubereiten können, die alle für eine gesunde Entwicklung nötigen Nährstoffe enthalten. Hierfür wurden lokale Ernährungsberaterinnen ausgebildet, die in zehn Kursen

Die Kinder die wir im Dorf Joseph Phiri antreffen, sehen gar nicht abgemagert aus. Eher wohlgenährt, ein bisschen dick sogar. Erstaunlich viele liegen im Vergleich zur Größe mit ihrem Gewicht sogar über der zweiten Standardabweichung. In den anderen Dörfern zeigt sich das gleiche Bild. Vier Ortschaften besuchen wir jeden Tag. Oft führt die Anfahrt fast zwei schlaglochreiche Stunde über kleine Dreckpisten. Weit ab von den wenigen Teerstraßen Malawis entfernt liegen die Orte, die meist nur aus einigen, weit verstreuten Backsteinhäusern bestehen, getrennt durch weitläufige Felder.

Trägerischer Mais

Viele dieser Dörfer haben sich erst in jüngster Zeit gegründet. Abgespalten aus größeren Orten, um

bessere Chancen bei der kostenlosen Verteilung von Düngemitteln zu haben. Dünger für die Maisfelder, denn Mais ist in Malawi Synonym für Essen. Schon zu Kolonialzeiten im großen Stil angebaut, wurde er durch die Agrarpolitik Hasting Bandas, dem in Großbritannien zum Arzt ausgebildeten ersten Präsidenten Malawis, zum unangefochtenen Grundnahrungsmittel erhoben. „Eine Mahlzeit ohne „Nsima“ ist keine Mahlzeit“ wird uns häufig erklärt.

Auch auf dem Speiseplan der Kinder steht morgens, mittags und abends Maisbrei in verschiedenen Formen, als festes „Nsima“ oder als weicher „Phala“. Weißes Maismehl mit Wasser aufgekocht - reine Kohlenhydrate.

Hierin liegt die Ursache der Mangelernährung in Malawi. Es ist ein chronischer Mangel an Mi-

auf Dorfebene Theorie, Kochkurse, aber auch hygienische Grundlagen vermitteln.

Da in der modernen Entwicklungszusammenarbeit, alle Ausgaben mit evidenzbasierten, möglichst bald messbaren Ergebnissen gerechtfertigt werden müssen, wurde die Universität Gießen von der FAO beauftragt, in Zusammenarbeit mit dem malawischen Bunda College diese Daten zu liefern. Mit zwei Ernährungswissenschaftlerinnen aus Deutschland, einem zwanzigköpfigen Malawischen Team und zwei Medizinstudenten, führen wir die randomisierte Kontrollstudie des impact Surveys durch. Wir sehen in jedem Dorf 13 Mütter mit ihren Kindern, insgesamt über 1000.

In Joseph Phiri bauen wir unsere Stationen in einem Klassenzimmer auf. Unterdessen werden den Müttern auf dem Pausenhof die Hintergründe und der Ablauf der Studie erklärt. An der „Anthrostation“ werden Kind und Mutter vermessen und gewogen. Es ist auffällig wie viele Mütter unter 1,50m sind. Auch ist Übergewicht häufiger als Untergewicht. An der zweiten Station, der Blutstation, arbeite ich. Die Hb-Werte von Mutter und Kind werden vor Ort ermittelt. Weiteres Blut des Kindes wird als Plasma eingefroren und in Deutschland nach Eisenbindprotein, CRP und Vitamin D untersucht.

Die erste Mutter ist mit dem Interview fertig. Sie wurde nach Ernährungsgewohnheiten gefragt, aber auch nach Hygienischer Routine und dem Sozioökonomischen Status der Familie. Sie kniet vor mir nieder um mir den Fragebogen zu überreichen. Eine mir unangenehme Geste, die die patriarchalisch-hierarchischen Strukturen der Gesellschaft zeigt. Ich bin ein weißer Mann und ein *doctor*. Die meisten Mütter trauen sich nicht, mir eine Frage zu stellen.

Sie hat ein wenig Angst als ihr Blut abgenommen wird und wird immer unruhiger als ihr Kind bei der Blutabnahme laut weint. Die Mutter soll ihr Kind an die Brust nehmen. Ich rasselte mit meinem Plastikspielzeug und spreche beruhigende Worte –

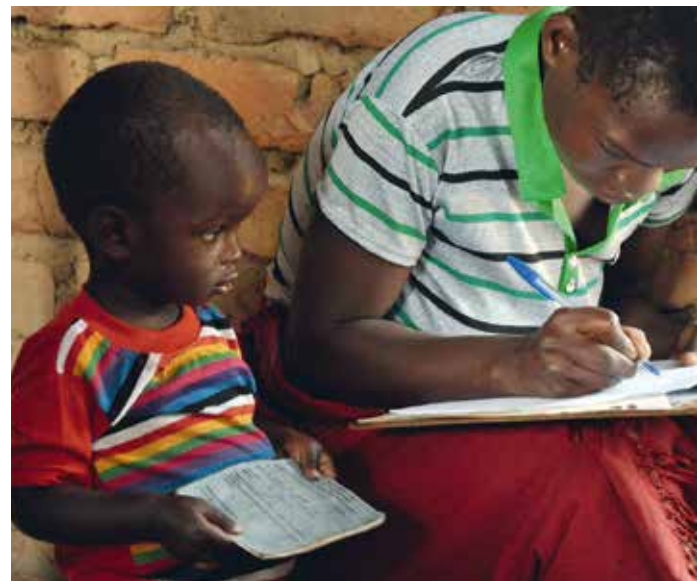
auf Deutsch. Bei der Überprüfung der *motor milestones* bitte ich die für die Blutentnahme zuständige Kollegin für die Mutter zu übersetzen, was ich mache und sie zur Mitarbeit anzuleiten. Sie erwidert, die Mutter spreche nur Chitumbuka, die lokale Sprache. Der Malawische Staat hat bei der Auswahl der Mitarbeiterinnen der staatlichen Gesundheitsorganisation das Einstellungskriterium, „gute Kenntnisse in Chitumbuka“, nicht sehr ernst genommen.

Hierarchie verhindert das Lernen

Häufig habe ich das Gefühl, dass die Mütter nicht wirklich verstehen, was hier mit ihnen und ihren Kindern geschieht und wozu. Wenn Frauen, die kein Englisch sprechen, obwohl Englisch Unterrichtssprache ist, etwas von iron, vitamins und proteines erzählt wird, kann man sich vorstellen, dass nicht viel Inhalt transportiert wird. Die strengen Hierarchien erschweren es den Müttern zudem, zu fragen und zu hinterfragen und somit zu lernen.

Auch wenn der Ernährungsbildungsansatz sicherlich viel nachhaltiger ist als das Fortifizieren von Lebensmitteln mit Mikronährstoffen, oder das Verteilen kostenloser Nahrungsmittel. Es bleibt bei einer bevormundenden Therapie der Mangelernährung, solange nur gelehrt wird, was den Kindern als Beikost zu füttern ist, ohne dass wenigstens ein einfaches Grundverständnis vorhanden ist, wieso die Diät verändert werden muss. Gerade bei einem so abstrakten Fall, wie dem Mikronährstoffmangel, den man den Kindern meist ja nicht ansieht.

Auch die Mitarbeiterinnen aus Malawi, ein Ingenieur, ein Buchhalter, Labortechnikerinnen, und Ernährungswissenschaftlerinnen, ein größtenteils hoch engagiertes und fittes Team, haben ihre pädagogischen Fertigkeiten in einem Schulsystem erworben, das aus dem England der 40er Jahre stammt. Es wird ohne zu denken gefüttert und geschluckt. Der freie und verpflichtende Zugang zur Grundschulbildung ist im Rahmen der UN Millenium Goals auch in Malawi weitgehend verwirklicht



worden. Viele NGOs und staatliche Hilfsorganisationen bauen überall im Land Schulen. Aber es gibt kaum richtig ausgebildete Lehrkräfte, die Klassen haben häufig über 50 SchülerInnen. Ein Weiteres tut der „Brain-drain“. Nach einem Artikel, der 2006 im Deutschen Ärzteblatt erschien, arbeiteten damals in Manchester mehr malawische Ärzte als in ganz Malawi.

Solange die grundlegendste Bildung nicht vorhanden ist und Gelerntes nicht verstanden werden kann, bleiben auf lange Sicht auch nachhaltige Bildungsprojekte nur kurzfristige Hilfe. Und viel Geld und harte Arbeit versanden im Nichts.

Mattis Kupferschmid, Marburg
m.kupferschmid@posteo.de

Red.: Kup

Anämie bei Migranten: Sichelzellerkrankung & Thalassämie



Prof. Dr. med.
Stefan Eber¹

Durch Zuwanderung von Mitbürgern aus Risikogebieten für Hämoglobinopathien (s.u.) nimmt auch in Deutschland die Bedeutung der Hämoglobinopathien zu. Unter unseren Mitbürgern mit Migrationshintergrund gibt es z.Z. je ca. 150 - 200 000 gering- oder asymptotische Träger der Thalassämien (α u. β) und Sichelzellerkrankungen (4,5 % der Gesamtbevölkerung). Die im Vergleich mit unseren Nachbarländern relativ geringe Zahl dieses Patientenkollektivs in Deutschland kann erklären, warum die Erkrankungen bei uns noch nicht als ein Problem der öffentlichen Gesundheit angesehen werden. Bei optimaler Betreuung erreichen heute allerdings 85 - 90 % der Kinder mit Sichelzellerkrankung und 100 % der Kinder mit Thalassämie Major und Intermedia das Erwachsenenalter. Viele Träger in Deutschland wissen nicht um ihre Trägerschaft: Bei uns gibt es kein systematisches Screening! Auch bei der Erstuntersuchung einer Schwangeren aus einem Risikoland wird in Deutschland nicht, wie in unseren Nachbarländern seit langem Routine, nach Trägerschaft für Hämoglobinopathien gesucht, um, wenn der Partner ebenfalls Träger ist, die pränatale Diagnostik anzubieten.



Dr. med.
Roswitha
Dickerhoff²

Sichelzellerkrankheiten

Kasuistik

Ein 2-jähriger Patient schwarzafrikanischer Herkunft wurde mit gesicherter homozygoter Sichelzellerkrankung in der Schwerpunktpraxis vorgestellt. Er erhielt eine Dauerprophylaxe mit Penicillin, welche wir im Alter von 5 Jahren beendeten.

Der Patient litt unter sehr starken Schmerzkrisen, welche alle 2-3 Monate an verschiedenen Extremitäten auftraten. Aufgrund eines erhöhten CRPs und begleitenden Fieberschüben war wiederholt eine antibiotische Therapie erforderlich. Die Gabe von Metamizol und Tramadol führte meist zu Schmerzfremheit nach 3 Tagen. Die antibiotische und analgetische Behandlung erfolgte bei persistierenden Schmerzen und Fieber stationär.

Vier Jahre nach der Erstdiagnose begannen wir mit einer Hydroxycarbamidgabe, auf die der Patient initial mit einem starken Hämoglobinabfall bis 6,0 g/dl reagierte. Im Verlauf besserten sich die Werte spontan, auch kam es zu einer Beschwerdefreiheit ohne jegliche vaso-okklusive Krise. Der Patient entwickelte autistische Züge, welche sich mittlerweile unter logopädischer Behandlung stark gebessert haben.

Epidemiologie

Durch Migration und Handel ist die Mutation im β -Globin-Locus des Chromosom 11, die zum pathologischen Hämoglobin S (HbS) führt, vom Ursprung in Zentralafrika nach Süd-Europa, dem Mittleren Osten und Amerika gelangt. Im Jahr 2013 lebten in Deutschland schätzungsweise 1000 - 1500 Kinder und Erwachsene mit Sichelzellerkrankung. Tabelle 1 zeigt die Präva-

lenz der Hämoglobinopathien bei Migranten aus Risikoländern.

Pathophysiologie

HbS verändert Form, Oberflächeneigenschaften und Lebensdauer der Erythrozyten und ist somit die Basis der drei die Erkrankung kennzeichnenden Phänomene: Vaso-Okklusionen in allen Organen, hohes Infektions-Risiko durch die funktionelle Asplenie (Folge von Vaso-Okklusionen) und chronische hämolytische Anämie. Vaso-Okklusionen entstehen durch ein komplexes Zusammenspiel von veränderten Erythrozyten, Endothelverletzungen, Plasma-Proteinen, Thrombozyten und Granulozyten. Im Knochenmark ablaufende Vaso-Okklusionen manifestieren sich als Schmerzkrisen.

Diagnose

Zur optimalen Betreuung der Patienten ist eine präzise Diagnosestellung unerlässlich. Die Diagnose sollte zum frühestmöglichen Zeitpunkt, d.h. am Besten durch ein Neugeborenen-Screening von Risikopopulationen gestellt werden. Die genaue Artdiagnose der Sichelzellerkrankung wird durch eine Hb-Analyse gesichert. Neben der am häufigsten homozygoten Erkrankung HbSS gibt es die compound-heterozygoten Formen HbS β^0 Thalassämie, HbS β^+ Thalassämie, HbSC (die Kombination von Hb S und HbC), HbSD, HbSLepore, HbSOArab, die sich z. T. erheblich in den klinischen Ausprägungen unterscheiden. Diese Formen der Erkrankung entstehen dadurch, dass von einem Elternteil die HbS-Anlage, vom anderen eine der anderen relevanten β -Globin-Mutationen, wie z. B. HbC, vererbt wird. Die HbS-Heterozygotie ist keine Krankheit. HbS-Träger haben weder Schmerzkrisen noch Anämie. Bei ca. 4% der HbS-Träger kann es allerdings durch Papil-

¹ Schwerpunktpraxis für pädiatrische Hämatologie/Onkologie/Hämostaseologie und Kinderklinik der Technischen Universität München

² Klinik für Kinder-Onkologie, -Hämatologie und Klinische Immunologie, Universität Düsseldorf

Einwohner mit Migrationshintergrund aus Risiko-Ländern für Hämoglobinkrankheiten und Träger-Prävalenz

Statistisches Bundesamt Wiesbaden Febr. 2012:
Statistiken zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Herkunft	Anzahl	HbS	β Thal	HbC	α - Thal	Hb E
Türkei SO-Türkei: Adana, Mersin Iskenderun	2 500 000 Ca. 500 000	2-3 % 15-20%	2 - 3% 3-10 %		2 - 3 %	
Italien Süd - Italien	745 000 Ca. 500 000	2 - 3 % 1 - 13%	2 - 3% ~ 6 %		2 - 3 %	
Griechenland	375 000	3%	5 - 20 %			
Mittl. Osten / Nordafrika	365 000	2 - 3%	2 - 3 %		2 - 3 %	
Nordafrika Zentralafrika	233 000 80 000	2 - 3 % 20 - 40 %	2 - 3 % < 1 %		ca. 20%	
West-Afrika	100 000	20 - 30 %	< 1 %	20 - 30 %	ca. 20 %	
Asien Süd-Ost-Asien	2 100 000 Ca. 250 000		1 - 20 %		10 - 40%	20 - 40%

Tabelle 1: Prävalenz der Trägerschaft bei Migranten

lennekrosen zu schmerzloser Hämaturie kommen und bei Aufenthalt in Höhen > 2500 m sind Milzinfarkte aufgetreten. Die folgenden Abbildungen (1-4) zeigen einige charakteristische Blutausstriche der verschiedenen Subtypen.

Klinik & Akute Komplikationen

Der häufigste Grund stationärer Aufnahmen sind Schmerzkrisen, die bei Kleinkindern in Händen und Füßen, später im Becken, Sternum, Wirbelkörpern, Rippen und gelenknahen Anteilen der langen Röhrenknochen lokalisiert sind. Häufige Schmerzkrisen sind eine Indikation zur Behandlung mit Hydroxycarbamid. Die zweithäufigste Ursache stationärer Aufnahmen ist das Akute Thorax-Syndrom (ATS), das entstehen kann durch Fettembolien aus dem Knochenmark oder Infektionen, aber auch durch Überwässerung und Hypoventilation bei schlecht überwachter Schmerztherapie. Sichelzellpatienten müssen daher immer ausreichend Analgetika zur Verfügung haben und bei Thoraxschmerzen stationär aufgenommen zu werden. Etliche ATS könnten verhindert werden durch routinemäßig eingesetzte Spirometrie (alle 2 h 10 Hübe) und Begrenzung der Gesamtflüssigkeit auf maximal 1 1/2 x Erhaltungstherapie bei der intravenösen Gabe von Opiaten.

Sichelzellpatienten haben vor allem im Kindesalter ein sehr hohes Sepsis-Risiko, vor allem durch Pneumokokken, später auch durch Salmonellen und andere gram negative Keime. Jedes Fieber ungeklärter Ursache muß an eine Sepsis denken lassen und es muß entsprechend behandelt werden. Gut geeignet bei einem sepsisartigen Krankheitsbild ist Cefotaxim i.v.

Abkürzungen

- LJ = Lebensjahr
- Hb = Hämoglobin (g/dl)
- MCV = Mittleres Erythrozytenvolumen

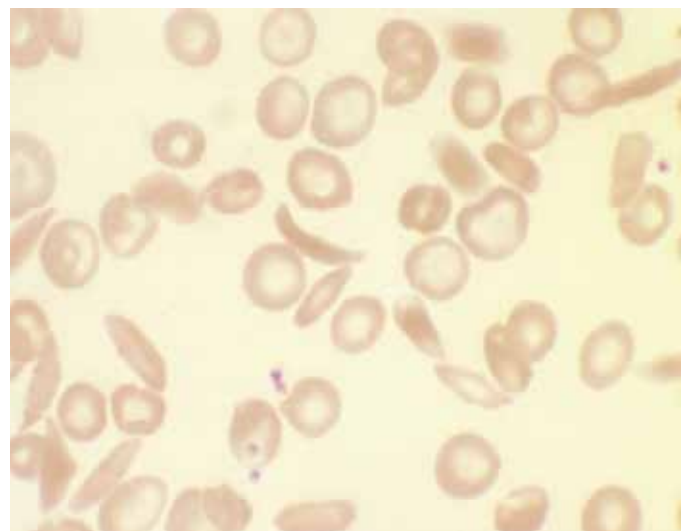


Abb. 1: Blutausstrich mit klassischen Sichelzellen, die aufgrund der Zellstrukturveränderungen stärker angefärbt sind. Diese können im Ausstrich auch fehlen.

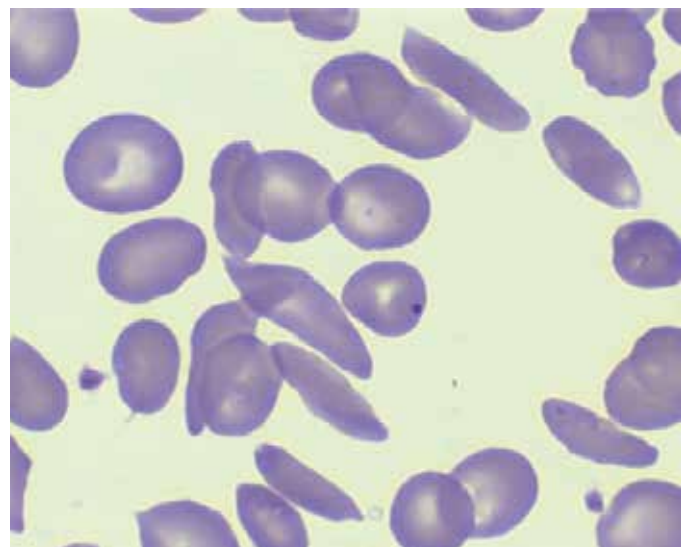


Abb. 2: HbSD mit Howell-Jollykörperchen und vereinzelt Sichelzellen

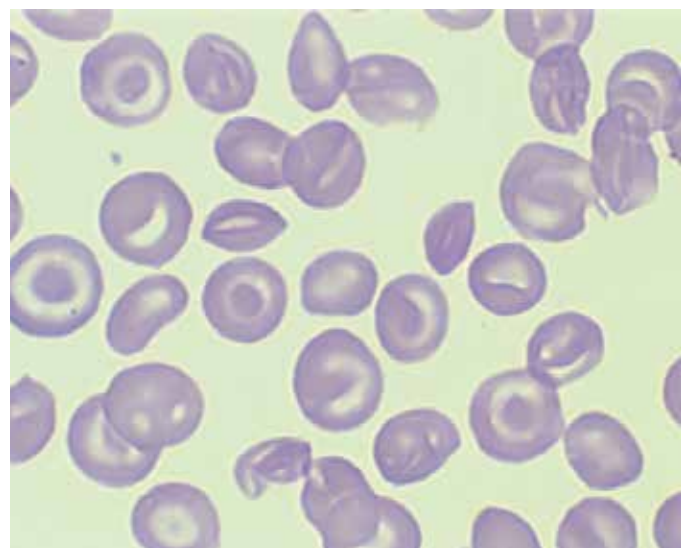


Abb. 3: HbSC mit zahlreichen Targetzellen

Sofort nach der Diagnosestellung sollte mit einer Penizillin Prophylaxe bis Ende des 5.LJ begonnen werden. Die Fortführung der Dauerprophylaxe > 5 LJ bringt keinen signifikanten Vorteil; allerdings profitieren Patienten mit invasiver Pneumokokkeninfektion oder einer chirurgischen Splenektomie von einer Fortführung der Penizillinprophylaxe.

Dosis der Penizillin V prophylaxe:

3 Monate-2 Jahre 2×125.000 IE,

3-5 Jahre 2×250.000 IE

Alternativ: Amoxicillin p.o. $2 \times 20\text{mg/kg KG/d}$;

Aufgrund der immer noch geringen Resistenz-Rate von Pneumokokken ist die o.g. Prophylaxe wirksam. Problematisch ist bei Penicillin-Allergie die Gabe von Erythromycin $1 \times 10\text{mg/kg KG/d}$. Sichelzellpatienten müssen gegen Pneumokokken geschützt werden durch den Impfstoff PCV-13 (Prevenar®). Nach dem 5. Lebensjahr kann alternativ eine Boosterimpfung mit Prevenar 13 (sofern bisher mit Prevenar 11 geimpft) oder mit PSV-23 (Pneumovax®) [1] erfolgen sowie die jährliche Influenza-Impfung (das Influenza-Virus macht die Mukosa durchlässig für Pneumokokken) ab dem 1. LJ.

Milzsequestrationen ereignen sich bei Kindern mit der Sichelzellkrankheit HbSS bzw. HbS β^0 Thal bis zum 6.-8. LJ., bei HbSC bzw. HbS β^+ Thalassämie bis ins Erwachsenenalter.

Die Eltern müssen unbedingt angeleitet werden, die Milz regelmässig zu palpieren. Meist ist die Milz bei der Sichelzell-Erkrankung nicht vergrößert palpabel. Wenn die Eltern die Milz tasten oder bei vorbestehend palpabler Milz (z.B. bei Sichelzell Thalassämie) eine Grössenzunahme im Rahmen von Infekten oder bei akuter Blässe feststellen, sollte eine sofortige Vorstellung in einer Kinderklinik (am besten mit einem in der Therapie von Sichelzellpatienten erfahrenen Hämatologen) erfolgen. In den meisten Fällen ist eine einmalige Transfusion notwendig. Vorsicht: Wegen der Gefahr einer Hypertransfusion dürfen Sichelzell-Patienten nur bis zu einem Hb von 10,0 g/dl auftransfundiert werden.

Akute ZNS-Ereignisse manifestieren sich im Kindesalter vor allem als ZNS-Infarkte. Ab der 3. Dekade können ZNS-Blutungen auftreten (sh. Abb 4). Nach einem ZNS-Infarkt ist ein chronisches Transfusionsprogramm indiziert um weitere Infarkte zu verhindern. Schwindel-Attacken bzw. Hörsturz treten vor allem bei HbSC-Patienten auf, die ein Hb > 10,5 g/dl haben.

Chronische Probleme und Organschäden

Je älter Sichelzellpatienten werden, desto häufiger haben sie, zusätzlich zu den plötzlich auftretenden Schmerzkrisen, chronische Schmerzen. Wenn Ursachen, die gezielt angegangen werden könnten, wie Deckplatteneinbrüche der Wirbelkörper (Physiotherapie, Rückenschulung), aseptische Nekrosen von Hüft- oder Humerusköpfen oder gelenknahe Nekrosen im Kniebereich (Anbohren der nekrotischen Areale), ausgeschlossen sind, ist eine Dauermedikation mit niedrigdosierten Retard-Opiaten indiziert [2]. Bei chronischen Schmerzen ungewöhnlicher Lokalisation

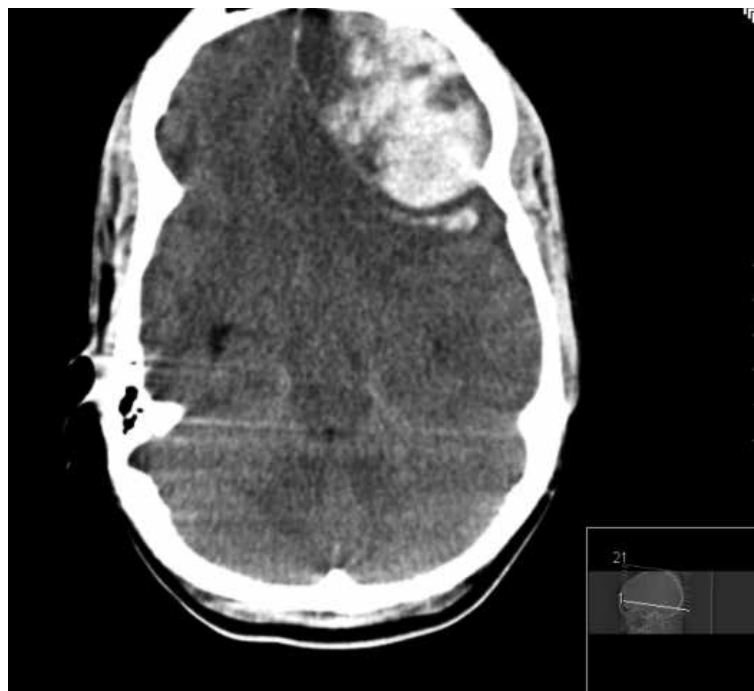


Abb.4: Epi-und subdurale Blutung bei 19-jährigem Sichelzellpatienten

(kleine Gelenke) muss an das Vorliegen einer zweiten Erkrankung wie z. B. einer rheumatoide Arthritis gedacht werden [3].

Die häufigsten chronischen renalen Probleme sind neben der bei allen Sichelzellpatienten vorhandenen Hypostenurie die chronische glomeruläre Nephritis, die sich durch eine Proteinurie ankündigt. Deshalb ist es notwendig, ab dem 6. LJ lebenslang mindestens 1x / Jahr den Urin auf Protein zu untersuchen. Sichelzellpatienten haben wegen der hohen glomerulären Filtrationsrate ungewöhnlich niedrige Kreatinin-Werte und ein Kreatinin von 0,8 mg/dl bedeutet bei ihnen bereits den Beginn einer chronischen Niereninsuffizienz. Merke: Mindestens jährlicher Urinstatus und Serumkreatinin. Ab einer Proteinausscheidung > 300 mg in 24 Stunden sind ACE-Hemmer indiziert.

Viele Sichelzellpatienten, vor allem, wenn sie über ethnische Grenzen hinweg transfundiert werden, entwickeln Erythrozyten-Antikörper, die weitere Transfusionen problematisch bis unmöglich machen.

Besondere Beachtung verdienen Patienten mit der Sichelzellkrankheit HbSC. Bei ihnen muss ab dem 10. LJ jährlich die Retina untersucht werden, um eine proliferative Retinopathie früh zu entdecken und den Patienten vor dem Erblinden zu bewahren. Die für Sichelzellpatienten oft hohen Hb-Werte (> 10 g/dl) stellen durch die damit verbundene hohe Blut-Viskosität ein hohes Risiko für Schwindel-Attacken, Hörstürze und gehäufte Schmerzkrisen dar. In einer solchen Situation bzw. vor Langzeitflügen (> 6 h) sind Aderlässe bei Patienten mit einem Hb > 11 g /dl indiziert. HbS β^+ Thalassämie-Patienten können einen Hypersplenismus entwickeln mit Panzytopenie. Die Therapie der Wahl ist die Splenektomie.

Prophylaxe

Neben der bereits erwähnten Penizillinprophylaxe, den Impfungen und der Milzpalpation durch die Eltern hat sich die Trans-Cranielle Doppler-Sonographie (TCDS), die die Flussgeschwindigkeit in den großen zerebralen Arterien misst, bewährt zum Erkennen von Patienten mit hohem Risiko, einen ZNS-Infarkt zu erleiden. Sichelzellpatienten (HbSS und HbS β^0 Thal, und HbSD) brauchen zwischen dem 2. und dem 16. Lebensjahr jährlich eine TCDS Untersuchung. Bei pathologischen Flussgeschwindigkeiten kann durch ein chronisches Transfusionsregime ein Großteil der Infarkte vermieden werden.

Therapie

Die komplexe Behandlung wird in den Leitlinien der AWMF oder im Leitfaden dargestellt [4,5]. Bei wiederkehrenden Schmerzkrisen und/oder einem akuten Thoraxsyndrom sollte die Behandlung mit Hydroxycarbamid möglichst bald (ab dem 2 LJ) begonnen werden. Die Initialdosis beträgt 20mg/kg. Unter Therapie sollte nach 6 Wochen eine Blutkontrolle erfolgen. Falls keine Leukopenie aufgetreten ist sollte die Dosis auf 25 mg/kg erhöht werden, 4 Wochen später auf 30 mg/kg, sofern das Blutbild unauffällig ist.

Wichtig ist, dass bei Schmerzkrisen ausreichend Analgetika gegeben werden. Aus Erfahrung der Autoren ist die Kombination von Novalgin (8-16mg/kgKG/Dosis p.o. alle 4h) und Tramadol (1-2mg/kgKG/Dosis p.o. alle 4-6h) bei mäßig schweren Schmerzen suffizient. Bei schweren Schmerzen sollte auf eine Kombination aus Novalgin nach o.b. Dosis und eine kontinuierliche Morphininfusion (0,05 mg/kgKG/h) umgestellt werden. Unter i.v.-Gabe von Opiaten muss eine Hypoventilation vermieden werden. Geeignete Maßnahmen sind Atemgymnastik bzw. Blähen der Lunge mit Spirometer alle 2-3h. Bei Besserung der Schmerzen kann eine Reduktion der parenteralen Einzeldosis um 10-20% vorgenommen werden, wobei die Zeitintervalle der Medikamenteneinnahme aber unbedingt beibehalten werden sollten. Sobald 50% der initialen parenteralen Dosis erreicht ist, kann auf orale Analgetika umgestellt werden.

Fazit für die Praxis

Bei der Sichelzellerkrankung handelt es sich um eine ungewöhnlich komplexe Erkrankung mit meist multimorbiden Patienten. Es ist unerlässlich, sich an aktuellen Therapieempfehlungen zu orientieren und bei speziellen Fragen sich an erfahrene Kollegen zu wenden. Neben der Betreuung der Patienten ist es auch notwendig, asymptomatische Träger der Sichelzellkrankheiten per Hb-Analyse zu ermitteln, um sie über ihr genetisches Risiko aufzuklären.

Die β -Thalassämien

Kasuistik

Eine halbjährige Patientin arabischer Herkunft wurde mit gesicherter β^+ compound heterozygoter Thalassaemie (IVS-I-5 G nach C)/ β^0 (Codon 5 (-CT)) und den

Leitsymptomen mikrozytäre Anämie, Ikterus und Splenomegalie in unserer Schwerpunktpraxis vorgestellt. Nachdem im weiteren Verlauf mehrmals die Hb-Konzentration unter 6 g/dl fiel, leiteten wir ein regelmäßiges Transfusionsregime ein. Klinisch lag daher eine Thalassaemia major vor.

Nach zweijähriger Behandlung (>14 Transfusionen) stieg der Ferritin-Wert auf 1500ng/ml an, was auf eine schwere Eisenüberladung hindeutet. Diese sekundäre Hämochromatose konnte mittels Spezial MRT auch nachgewiesen werden (Leber-Eisen 6mg/g). Daraufhin wurde eine Eisenchelierung mit Deferisarox begonnen. Erst nach kürzerer Transfusionsdauer und Deferisaroxdosis von 30mg/kg KG sank das Ferritin auf <1500ng/ml ab.

Die Mutter wies bei der Mutterschaftsuntersuchung einen grenzwertigen Hb (10,4 g/dl) und eine Mikrozytose (MCV 64 fl) auf. Der Ursache der Mikrozytose wurde vom Gynäkologen nicht weiter nachgegangen. Bei fehlender Hb Analyse und nicht erfolgter Untersuchung des Vaters wurde die o.g. Patientin mit Thalassaemia Major geboren. In Anbetracht der zunehmenden Migration ist es deshalb sehr wichtig, dass von ärztlicher Seite in der Schwangerschaft nicht nur auf den Hämoglobinwert, sondern auch auf eine Mikrozytose geachtet wird. Bei ausländischer Herkunft und Mikrozytose ist eine weitere Hb-Analyse, die Partneruntersuchung und gegebenenfalls eine Pränatal Diagnostik indiziert.

Definition und Pathophysiologie

Als Thalassämien bezeichnet man diejenigen Hämoglobinkrankheiten, die durch eine reduzierte oder ganz fehlende Synthese von α , β , γ -Globin-Ketten gekennzeichnet sind. Fast allen ist eine Mikrozytose gemein. Die Krankheitszeichen sind proportional dem Ungleichgewicht zwischen den in normaler Menge gebildeten und den reduzierten Globin-Ketten.

Bei den β -Thalassämien präzipitieren die überschüssigen α -Ketten, die keine Partner finden um Hb A ($\alpha_2\beta_2$) zu bilden. Diese Präzipitate schädigen vor allem den Normoblast so, dass es zu einer milden bis sehr schweren ineffektiven Erythropoese kommt. Die wichtigste Konsequenz ist die gesteigerte intestinale Eisenresorption, die auch ohne Transfusion bei der schweren Thalassaemia intermedia über die Jahre zu einer chronischen Eisenüberladung und daraus resultierendem Organschäden führt. Der Erbgang ist überwiegend autosomal rezessiv. Man spricht von einer dominanten Form, wenn es bei einigen seltenen Mutationen bei Heterozygoten zu klinischen Manifestationen einer Thalassaemia intermedia kommt. Auch bei Heterozygoten, die zusätzlich eine Triplikation oder Quadruplikation einer alpha-Kette haben, kommt es zur Intermedia.

Diagnostik und Klassifikation

Klinisch klassifiziert werden bei den β -Thalassämien die β -Thalassaemia minor, β -Thalassaemia major und β -Thalassaemia intermedia. Individuen mit Thalassaemia minor sind asymptomatische Anlageträger, die

meistens keine Anämie haben. Die Thalassaemia major ist die schwerste Form, bei der die Kinder im 1. LJ transfusionspflichtig werden. Sie ist zu unterscheiden von der Thalassaemia intermedia, die jenseits des 1. Lebensjahres diagnostiziert wird. Die Abgrenzung „major“ und „intermedia“ ist in der Praxis nicht leicht! Patienten mit Intermedia sind nur unter bestimmten Bedingungen transfusionspflichtig (Wachstumsrückstand, ständige Hb-Werte <6 g/dl, Splenomegalie, prominente Maxillarregion durch aufgeweitete Markräume). Die klinische Expression ist bei β -Thalassämie sehr variabel. Daher kann eine Klassifikation nicht aufgrund des genetischen Defektes getroffen werden, da auch β^0 Thalassämien klinisch als intermediäre Form verlaufen können.

Morphologisch sind die beiden Thalassämieformen nicht eindeutig voneinander zu unterscheiden (sh. unten).

Die wichtigste Differentialdiagnose der Thalassämie minor ist der Eisenmangel. Die wichtigsten diagnostischen Schritte zur Abgrenzung beider Anämien sind in Abb. 7 dargestellt. Allerdings ist im Gegensatz zum Eisenmangel bei Thalassämieträgern die sog. „Erythrozytenverteilungsbreite“ (engl. „red cell distribution width“ = RDW) meist normal. Die Thalassaemia major und intermedia zeigen im Blutausstrich eine starke Anisozytose (sehr hohe RDW). Bei der Thalassaemia minor zeigen sich ein HbA2 $>3,5\%$ und HbF $<10\%$.

Fazit für die Praxis

Anlageträger mit Thalassaemia minor mit Kinderwunsch bzw. deren Eltern sollten auf die notwendige Partneruntersuchung und die Möglichkeit der pränatalen Diagnostik hingewiesen werden.

Klinik

Da die Therapie der β -Thalassaemia intermedia weniger festen Vorgaben folgt wie die der Thalassaemiamajor (nachzulesen in den bereits erwähnten Leit-

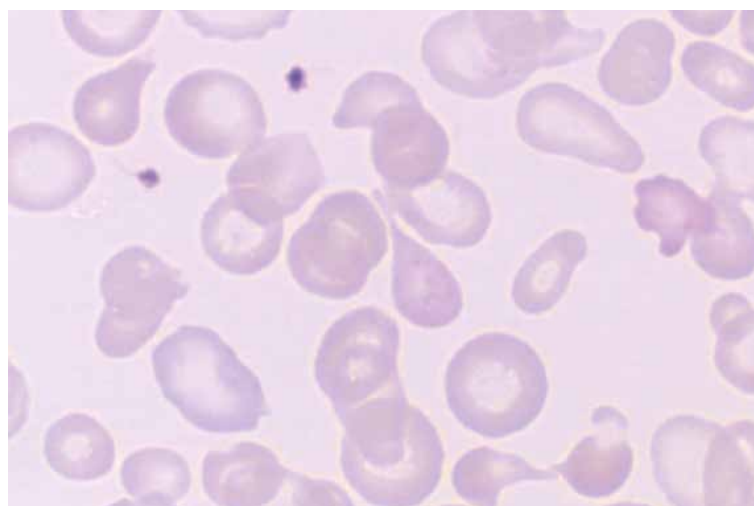


Abb. 5: Thalassämia intermedia mit deutlicher Poikilozytose, Hypochromie und Tear drop Zellen. Ausgeprägte Anisozytose

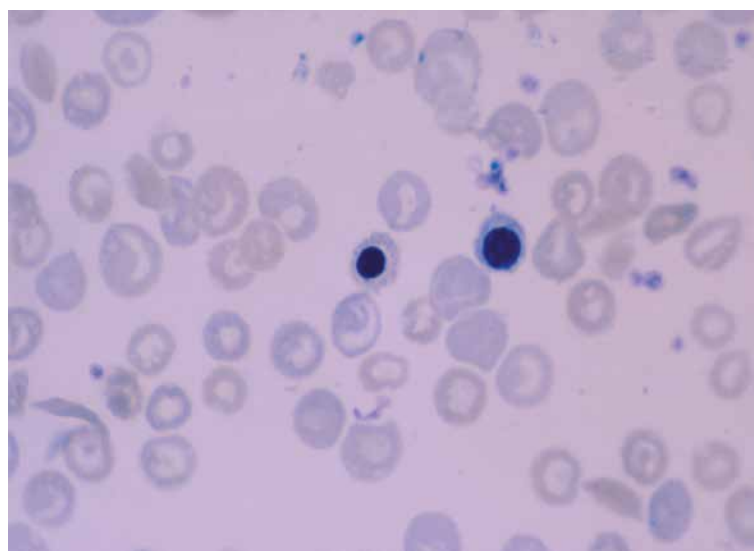
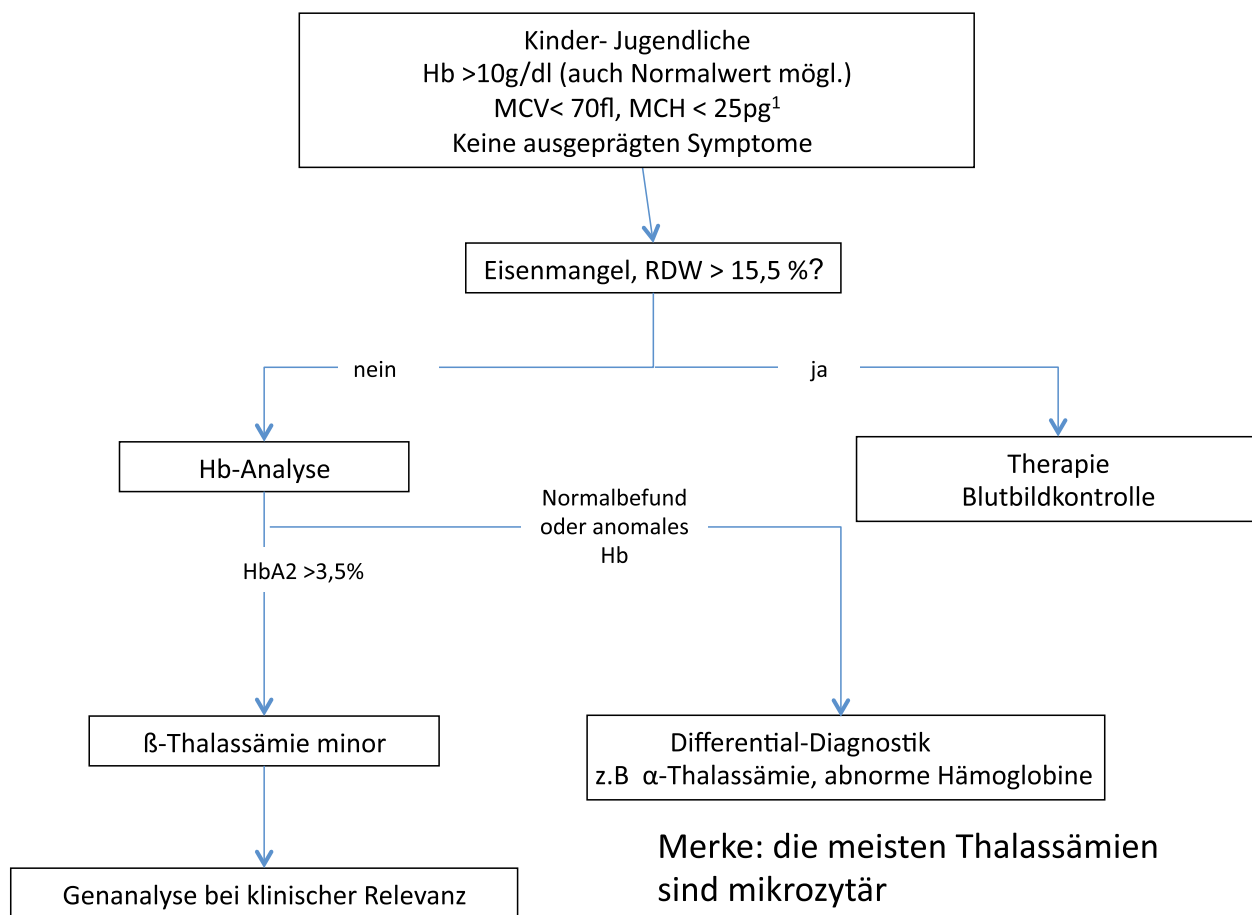


Abb. 6: Thalassämia major: Es fallen periphere Normoblasten sowie viele Targetzellen auf und ausgeprägte Anisozytose auf.

Krankheitszeichen	Ursache	Komplikationen
Wachstumsretardierung Knochenmineralisationsstörung	ineffektive Erythropoese;	Frakturen
Paravertebrale Pseudotumore (v.a. Thorax/Retroperitoneum)	Ineffektive extramedulläre Erythropoese	Gefahr der neurologischen Kompressionssyndrome
Splenomegalie	Extramed. Erythropoese	Panzytopenie; Abdominale Beschwerden
Sek. Hämochromatose, Intest. Eisenresorption \uparrow	Ineffektive Erythropoese, Transfusionen	Hormonausfall (Diabetes, Hypogonadismus, Hypothyreose) Kardiomyopathie, Lebersiderose, Ferritin >800 ->Chelierung
Hyperkoagulabilität	Geschädigte Erythrozytenmembran, Hb-Peroxidation, Splenektomie	Art.+ ven. Thrombembolie, stumme zerebrale Infarkte, pulmonale Hypertonie

Tabelle 2: Krankheitszeichen bei Thalassaemia intermedia

Diagnostik-Algorithmus bei Verdacht auf Thalassämie minor



Nach Cario, Wörmann et al, Onkopedia, Leitlinie β- Thalassämie

Abbildung 7: Diagnostik-Algorithmus bei V.a. Thalassämie minor

¹ Es müssen die altersabhängigen Grenzwerte des unteren MCV-Bereichs berücksichtigt werden

fadenbzw. Leitlinien) wird im Folgenden besonders auf die β-Thalassaemia intermedia eingegangen.

Die wesentlichen Krankheitszeichen sind in der Tabelle 2 aufgeführt.

Kennzeichen eines schlecht betreuten Patienten bei Thalassaemia major/ intermedia ist die aufgrund der gesteigerten ineffektiven Erythropoese ausweitete Maxillar-Spongiosa, die zu dem typischen groben Gesichtschädel (Cooley Facies) führt.

Therapie

Die einzige kausale Behandlung ist die allogene Stammzelltransplantation. In den letzten Jahren konnte die Toxizität der prätransplantären Konditionierung (Chemotherapie und Bestrahlung) reduziert werden. Die Verwendung haploidenter Spender kann noch nicht standardmäßig empfohlen werden [6]. Die Transplantationen sollte vorzugsweise im Kindes/Jugendalter erfolgen. Sowohl für Thalassämien als auch für Sichelzellerkrankungen sind sog. Genersatztherapien oder molekulare Therapien, die den Switch vom fetalen zum adulten Hb unterdrücken, mögliche,

bisher jedoch nur experimentell belegte Perspektiven [7].

Patienten mit der Major- Form, die keinen Stammzellspender haben, müssen regelmäßig transfundiert werden. Ziel ist es, die eigene Erythropoese zu unterdrücken, ein normales Wachstum zu ermöglichen und Knochendeformitäten zu vermeiden.

Die Entscheidung zur regelmäßigen Transfusion bei Patienten mit Thalassaemia intermedia richtet sich nach den im Therapie- Algorithmus (Abbildung 8) angegebenen Kriterien. Patienten mit extramedullärer Hämatopoese können entweder transfundiert oder mit Hydroxycarbamid behandelt werden, sofern sie keine neurologische Symptomatik aufweisen.

Die Eisenüberladung ist das Hauptproblem bei allen β Thalassämie -Patienten. Bei der „Intermedia“ kommt es auch ohne Transfusion zur Eisenüberladung. Deshalb sollte die Leber- Eisenüberladung bei Patienten mit der Major-Form ab dem 12 LJ jährlich, bei „Intermedia“- Patienten je nach Häufigkeit von Transfusionen und Höhe des Ferritinspiegels überwacht werden. Am besten geschieht dies mittels Ferriscan(MRI). Bei Patienten mit

signifikanter Eisenüberladung (Ferritin >800 ng/ml) sollte auch die Herz- Eisenüberladung ab dem 12. LJ mit dem MRI (T2 Wichtung) in regelmäßigen Abständen geprüft werden.

Symptomatische Gallensteine sollten entfernt werden. Ein schwieriges, aber wichtiges Problem sind die Ulcera cruris: Die Therapie muss multimodal erfolgen.

Indikation zur Eisenchelation wird gestellt, wenn eine oder mehrere der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Ferritin- Konz. von > 800 µg/l
- Lebereisenüberladung (> 5 mg/g Lebertrockengewicht (Ferriscan) ist eine Indikation zum Beginn der Chelation.
- bisherige Transfusionsmenge ca. 10-15 Transfusionen (ca. 120ml/Erythrozyten/kgKG = ca. 200 ml EK/ kgKG).

Prinzipiell werden drei Chelatoren eingesetzt:

- Deferoxamin s.c. (Desferal®)
- Deferipron p.o.
- Deferasirox p.o.

Die Kombination der Chelatoren ist möglich. Dabei vereinfacht der neue, orale Chelatbildner, Deferasirox (Exjade®; Zieldosis 30 mg/kg) die Eisenausschleusung wesentlich. Die aufwändige und schmerzhafte nächtliche Pumpenanwendung von Desferal® entfällt. Nebenwirkungen von Deferasirox sind Bauchschmerzen, Durchfall, Kreatinin-Erhöhung, selten Lebtoxicität, Übelkeit, Erbrechen und Ausschlag. Hör- und

Sehstörungen werden seltener als unter Desferal beobachtet.

Aufgrund der guten Verträglichkeit wird neuerdings Exjade® zur primären Therapie auch bei Kindern ab 2 Jahren empfohlen.

Deferasirox wird mit einer Dosis von 20 mg/kg begonnen; die Maximaldosis beträgt 40 mg/kg. Das an Deferasirox gebundene Eisen wird vorwiegend fäkal ausgeschieden, sodass der Urin unter der Therapie nicht rot werden sollte. Abnehmende Ferritinwerte und Lebereisenspiegel sind das beste Maß für eine negative Eisenbilanz.

Aufgrund möglicher Nebenwirkungen auf Niere (überwiegend reversible Anstiege der Serum-Kreatininkonzentration, selten tubuläre Nierenerkrankungen) und Leber unter Deferasirox sollten die Nieren und Leberwerte monatlich kontrolliert werden.

Die alpha-Thalassämien

Definition

Als α -Thalassämien bezeichnet man diejenigen Hämoglobinkrankheiten, die durch eine reduzierte oder ganz fehlende Synthese von α -Globin-Ketten gekennzeichnet sind. In der Fetalzeit, in der normalerweise das fetale Hb, das HbF ($\alpha_2\gamma_2$), für das Überleben des Feten notwendig ist, bilden die überschüssigen γ -Ketten beim Fehlen von α -Ketten γ_4 -Tetraden (Hb Barts). HbH ($=\beta_4$) und HbBarts können Sauerstoff binden, ihn aber nicht wieder abgeben. Sie zerstören die Erythrozyten nicht schon, wie es bei der β Thalassämie durch die überschüs-

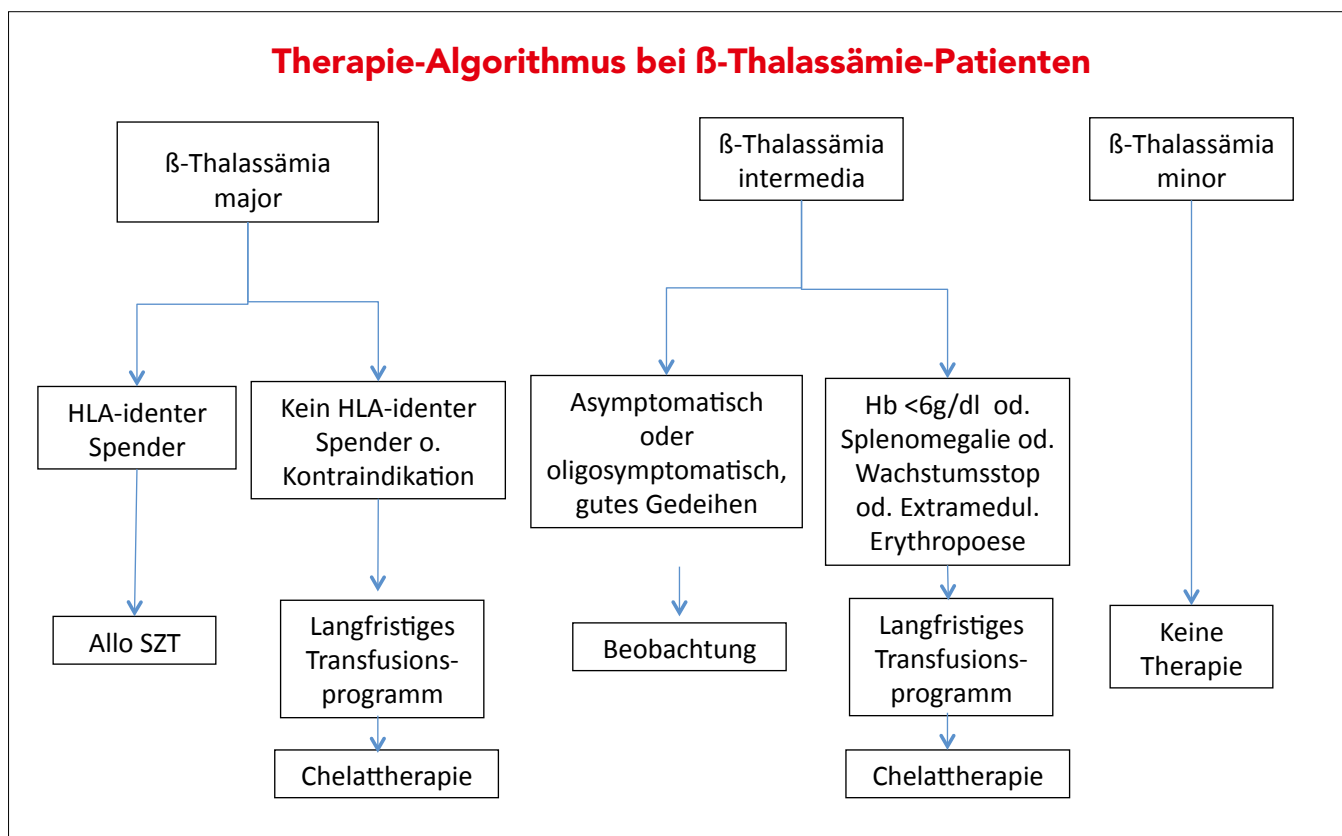


Abb. 8: Therapie-Algorithmus bei β -Thalassämie-Patienten [8]

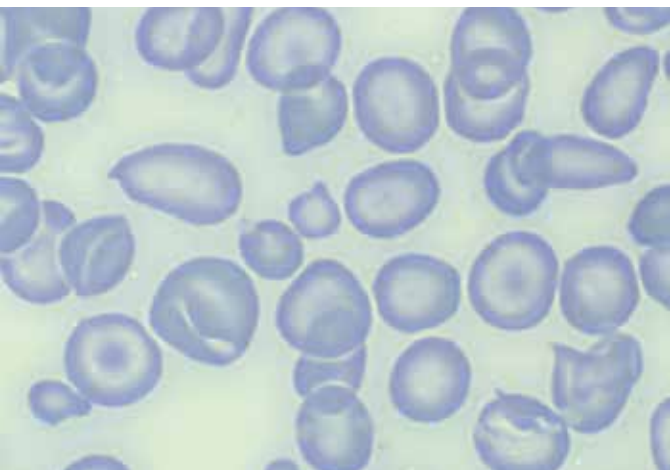


Abb. 9: Peripheres Blutbild bei HbH Krankheit: einzelne Targetzellen

sigen α - Ketten der Fall ist, bereits im Knochenmark (ineffektive Erythropoese) sondern erst im peripheren Blut (Hämolyse). Tabelle 3 fasst die verschiedenen genetischen und klinischen Formen der α - Thalassämien zusammen.

Die heterozygote α^+ Thalassämie führt zu einer minimalen Mikrozytose, d. h. einer sog. Thalassaemia Minima, während die homozygote α^+ Thalassämie klinisch einer Thalassaemia Minor entspricht mit Mikrozytose und evtl. einer milden Anämie.

Die heterozygote α^0 Thalassämie ist klinisch ebenfalls eine Minor- Form, hat aber genetisch eine sehr große Bedeutung, da die homozygote α^0 Thalassämie zum Hydrops fetalis führt, d. h. einem nicht lebensfähigen Feten. Eine Schwangerschaft mit einem Hydrops fetalis gefährdet nicht nur den Feten (schwere Anämie, Fehlbildungen), sondern auch die Mutter durch schwere Eklampsien und Blutungsneigung.

Die häufigste Form der HbH-Krankheit geht mit einer mäßigen, nicht transfusionspflichtigen Anämie und meist mit einer mäßigen Splenomegalie einher.

Kurzgefasst: Mikrozytäre Anämien, die nicht auf einen Eisenmangel oder eine β -Thalassämie zurückzuführen sind, sind nicht so selten durch eine α -Thalassämie bedingt. Vor allem bei Kindern aus Süd-Ost-Asien, der Türkei, Griechenland, Süd-Italien und dem Mittleren Osten ist es wichtig, die genaue Form der α -Thalassämie durch molekulargenetische Methoden (nach Ausschluß der β -Thalassämie-Trägerschaft) zu dokumentieren.

In Deutschland nimmt durch die Zuwanderung von Patienten aus Südostasien die intermediäre Form, die HbH Krankheit, zu.

Aplastische Krise bei Sichelzellerkrankung

Aplastische Krisen stellen eine ernste Komplikation bei Sichelzellerkrankung dar. Ursache ist in der Regel eine Parvovirus B 19 -Infektion, die eine vermutlich lebenslange Immunität hinterlässt. Das typische Exanthem wie bei Ringelröteln fehlt. Die Kinder können aber sehr krank wirken mit Kopfschmerzen, Fieber, Nackensteifigkeit und gastrointestinalen Beschwerden.

Therapie

Aufgrund des raschen Absinkens der Hb-Konzentration ist bei einem Hb <5 g/dL in der Regel eine Transfusion erforderlich. Ob bei bekannter Sichelzellerkrankung und Kontakt mit Ringelröteln der frühzeitige Einsatz von Immunglobulinen (z.B: altersabh. 2 oder 5ml Beriglobin® s.c.) den Verlauf der aplastischen Krise abmildert, ist bisher nicht gesichert. Mit einem Impfstoff gegen Parvoviren ist in den nächsten Jahren nicht zu rechnen.

Zahl der vorhandenen α -Globin-Gene	Genotyp	Definition	Name und Klinik	Geographische Verteilung
4	$\alpha\alpha / \alpha\alpha$	Normal	Normal	
3	$\alpha - / \alpha\alpha$	Heterozygote α^+ Thalassämie	Thal. Minima,	Zentral-Afrika, Süd-Ost-Asien, Mittl. Osten, Türkei
2	$\alpha - / - \alpha$	Homzygote α^+ Thalassämie	Thal. Minor	Zentral-Afrika, Süd-Ost-Asien, Mittl. Osten, Türkei
2	$\alpha\alpha / - -$	Heterozygote α^0 Thalassämie	Thal. Minor	Süd-Ost-Asien, Mittl. Osten, Türkei
1	$\alpha - / - -$	Heterozygote α^+ plus Heterozygote α^0 Thalassämie	HbH Krankheit Anämie	Süd-Ost-Asien, Mittl. Osten, Türkei
0	$- - / - -$	Homzygote α^0 Thalassämie	Hydrops fetalis Hb Bart's Krankheit	Süd-Ost-Asien, Mittl. Osten, Türkei

Tabelle 3: Übersicht über die verschiedenen Formen der α -Thalassämien

Transition vom pädiatrischen zum inter-nistischen Hämatologen bei chronischen Anämien

Heute erreichen 85-90% der Kinder mit Sichelzellerkrankheit und 100% der Kinder mit Thalassämien das Erwachsenenalter. Der Zeitpunkt des Übergangs sollte flexibel in Abhängigkeit von der individuellen Entwicklung des Patienten und seinem sozialen Hintergrund gehandhabt werden. So kann der Prozess des Übergangs von der Kinderheilkunde in die Erwachsenenmedizin auf der Grundlage eines standardisierten Programms auf einen Patienten individuell zugeschnitten werden. Die neuen Leitlinien zu hämatologischen Erkrankungen (z.B. AWMF, Onkopedia und die Fachgesellschaften) sind als Basis für verbessertes Patientenmanagement sinnvoll. Allein durch Leitlinien ist aber eine optimale Betreuung nicht zu erreichen.

Fazit für die Praxis

Bei der Sichelzellerkrankung handelt es sich um eine ungewöhnlich komplexe Erkrankung mit meist multimorbiden Patienten. Es ist deshalb in Deutschland unerlässlich, sich an aktuellen Therapieempfehlungen zu orientieren und bei speziellen Fragen sich an erfahrene Kollegen zu wenden. Neben der Betreuung der Patienten ist es auch notwendig, asymptomatische Träger der Sichelzellerkrankheiten per Hb-Analyse zu ermitteln, um sie über ihr genetisches Risiko aufzuklären.

- Anlageträger mit Thalassaemia minor mit Kinderwunsch bzw. deren Eltern sollten auf die notwendige Partneruntersuchung und die Möglichkeit der prä-

Interessengemeinschaft Sichelzellerkrankheit & Thalassämie e. V. (www.IST-ev.org).

natalen Diagnostik hingewiesen werden. Patienten mit transfusionsbedürftiger Hämoglobinopathie/Thalassämie sollten von Kinderärzten mit hämatologischem Schwerpunkt betreut werden.

- Aplastische Krisen bedeuten für Sichelzell-Patienten eine ernste Komplikation. Zu achten ist auf deutliche Krankheitszeichen wie Kopfschmerzen, Fieber, Nackensteifigkeit und gastrointestinales Beschwerden.

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Literatur beim korrespondierenden Autor.

Danksagung:

Besonderer Dank gilt meiner Mitarbeiterin, Frau cand. med. Lena Machetanz, für die Ausarbeitung des Manuskripts.

*Prof. Dr. S. W. Eber
Praxis für Kinder- u. Jugendmedizin
Waldfriedhofstr. 73, 81377 München
Tel. 089-7140975
E-Mail: praxis@kid-z.de*

Red.: Huppertz

Denguevirus und Denguefieber

Infektionskrankheiten, welche epidemisch auftreten und eine hohe Letalität (Sterblichkeit, gemessen als die Rate Gestorbener unter den Erkrankten) aufweisen, finden im Allgemeinen grosses Medieninteresse und lösen in der Bevölkerung Angst, bisweilen sogar Panik aus. Die nun allmählich abklingende Ebola-Virus-Epidemie in Westafrika ist dafür ein Paradebeispiel. Im Gegensatz dazu werden endemisch auftretende Infektionskrankheiten mit geringer Letalität aber bedeutsamer Mortalität (Sterblichkeit, gemessen als die Rate der an der Krankheit Gestorbenen in der Gesamtbevölkerung) weniger wahrgenommen, man hat sich gewissermassen daran gewöhnt, selbst wenn überwiegend Kinder die Opfer sind. Dafür ist das Denguefieber ein Musterbeispiel. Die WHO schätzt, dass weltweit jährlich 50-100 Millionen Krankheitsfälle durch Denguevirus Infektionen auftreten, mit 500'000 Hospitalisationen und 10-20'000 Todesfällen, davon 90% Kinder (<http://www.who.int/topics/dengue/en/>).

Dementsprechend ist es nicht verwunderlich, dass verschiedene Impfstoffhersteller seit Jahren an einer Impfung gegen Denguefieber arbeiten. Eine in ihrer Entwicklung weit fortgeschrittene Vakzine enthält vier rekombinierte Dengueviren, deren Membran- und Hüllproteine in Gelbfieber-Impfviren exprimiert werden. Klinische Studien aus Asien (Carpeding et al, Lancet 2014;384:1358-65) und jüngstens aus Südamerika (Villar et al, NEJM 2015; 372:113-23) belegen die Wirksamkeit des Impfstoffs. In der asiatischen Studie erhielten Kinder im Alter von 2-14 Jahren 3 Impfdosen (0-6-12 Monate), welche das Erkrankungsrisiko um 56,5%, gegen schwere Verläufe des Denguefiebers um 80,8% reduzierten. In der nun publizierte Studie aus Südamerika erhielten Kinder im Alter von 9-16 Jahren ebenfalls 3 Dosen (gleicher Impfstoff, gleiches Schema). Hier zeigte sich eine sehr ähnliche Wirksamkeit von 60,8% in der per protocol Analyse sowie von 64,7% in der intention to treat Analyse (kein signifikanter Unterschied zur per protocol Analyse). Bereits nach der ersten Dosis bestand messbarer Impfschutz (80,3% gegen schwere Verläufe, definiert als Hospitalisation wegen Denguefieber).

Interessanterweise war die Schutzrate bei bereits prävakzinal seropositiven Kindern höher als bei den Seronegativen, was auf einen Boostereffekt durch die Impfserie hinweist. Da bei der natürlichen Infektion mit Dengueviren die Schwere der Krankheit bei Re-Infektionen zunimmt, werden Langzeitbeobachtungen der Studienkollektive über die bisherigen 25 Monate hinaus im Hinblick auf die Sicherheit dieses Lebendimpfstoffes sehr bedeutsam sein.

9-valente HPV-Impfung

Am 10. Dezember 2014 wurde in den USA ein neuer 9-valente HPV-Impfstoff von der FDA (Food and Drug Administration, das Pendant zur europäischen EMA) zugelassen. Dabei handelt es sich um den Ihnen bekannten quadrivalenten HPV-Impfstoff, welcher um 5 onkogene Genotypen (31, 33, 45, 52, und 58) erweitert wurde. Mit der dadurch erreichten breiteren Abdeckung soll es zukünftig möglich sein, ca. 90% statt bisher 70% der Zervixkarzinome zu verhindern. In einer jetzt publizierten multinationalen Studie (Joura et al, N Engl J Med 2015;372:711-23) erhielten je ca. 7'000 Frauen im Alter von 16-26 Jahren doppelblind-randomisiert entweder den konventionellen quadrivalenten oder den neuen nonavalenten Impfstoff im 3-Dosen-Schema (0-2-6 Monate).



Impfforum

Die bereits bekannte gute Immunogenität (bei sehr ähnlicher Verträglichkeit wie der quadrivalente Impfstoff) gegen alle im nonavalenten Impfstoff enthaltenen HPV-Genotypen konnte bestätigt werden und erklärt, dass im Beobachtungszeitraum von bis zu 54 Monaten die Wirksamkeit in der Verhinderung von hochgradigen Krebsvorstufen von Zervix, Vulva, und Vagina gegen die 5 zusätzlichen Genotypen 96,7% (95% Vertrauensbereich: 80,9-99,8%) betrug – bei gleicher Rate von Krebsvorstufen gegen die in beiden Impfstoffen enthaltenen Genotypen 6, 11, 16 und 18.

Da im Studienkollektiv 97% der teilnehmenden Frauen angaben, bereits einen oder mehrere Sexualpartner gehabt zu haben, verwundert es nicht, dass bei Studienbeginn vor der 1. Impfung bereits knapp 50% von ihnen mit einem oder mehreren HPV-Genotypen infiziert waren. Dementsprechend traten im Verlauf der Studie insgesamt ca. 14 Fälle von Krebsvorstufen pro 1000 Personenjahre auf – ohne signifikanten Unterschied in den beiden Studiengruppen. Diese Beobachtung unterstreicht die herausragende Bedeutung der frühen HPV-Impfung, d.h. vor Beginn der sexuellen Aktivität.

Masernausbruch in Berlin

Der aktuelle Masernausbruch in Berlin gibt zu denken. Wie schon letztes Jahr im Impfforum berichtet (Wer erkrankt in Deutschland an Masern? Kinder- und Jugendarzt 2014;45:374), verschiebt sich das Masernproblem in Deutschland zunehmend in das Erwachsenenalter.

Ausgangspunkt des gegenwärtigen Ausbruchs in Berlin - mit bereits mehr als 900 Fällen seit seinem Beginn im Oktober 2014 - waren offenbar zahlreiche Masernfälle bei Asylsuchenden, von denen die meisten aus Bosnien und Herzegowina (wo seit Februar 2014 ein Masernausbruch verzeichnet wird) oder Serbien stammten. Die wiederkehrenden Masernfälle beleben auch zyklisch die Diskussion um die Einführung einer Impfpflicht, wie sie auch die Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der DAKJ für die Aufnahme in Gemeinschaftseinrichtungen bereits seit 2009 fordert (Monatsschr Kinderheilkd 2009;157:479-82 oder www.dakj.de).

Ebenso wichtig ist es aber auch, bei immigrierenden Personen den Impfschutz zu überprüfen und gegebenenfalls zu aktualisieren. Auch das ist eine seit Jahren bestehende Forderung der DAKJ, sowohl aus ethischen als auch aus infektions-epidemiologischen Gründen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist

die termingerechte MMR-Impfung. Zwar erreichen wir bundesweit in Deutschland mittlerweile respektable Durchimpfungsraten, allerdings werden diese im Allgemeinen erst zum Zeitpunkt der Einschulung erhoben. Die Impflücken am Ende des empfohlenen Zeitfensters, also zum 2. Geburtstag, sind nicht unerheblich: 14% der Kinder sind in diesem Alter noch immer ungeimpft, 40% fehlt die 2. Dosis (<http://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsprozesse/>). Auch die Nachholimpfung

für Erwachsene (nach 1970 geboren) wird zu wenig in Anspruch genommen, um die erheblichen Impflücken endlich zu schließen. Es bleibt also noch viel zu tun.

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

Red.: Huppertz

Welche Diagnose wird gestellt?

Anne Siegmund

Anamnese

Ein junger Säugling wird mit der Verdachtsdiagnose „Epidermolysis bullosa“ bei Blasenbildung vorgestellt, die seit der vierten Lebenswoche besteht. Bei Geburt in der 41. SSW per sectio sei die Haut marmoriert gewesen, zudem bestanden rötlich-bräunliche Hautveränderungen. Es sind keine weiteren Familienmitglieder betroffen. Die Eltern sind nicht konsanguin.

Untersuchungsbefund

Fast vier Monate alter weiblicher Säugling in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Es zeigen sich generalisiert einschließlic Gesicht, Stamm und Extremitäten rötlich-bräunliche, teils konfluierende sukkulente Plaques und bis zu 15 linsengroße, seröse Bläschen mit intaktem Blasendach neben multiplen reizlosen Erosionen (Abb. 1 und 2). Kein Anhalt für Superinfektion, keine Narben, keine Atrophien und keine Milien. Juckreiz vorhanden. Nikolski I und II negativ. Übriger pädiatrischer Befund unauffällig, insbesondere keine Organomegalie, keine Lymphadenopathie.



Abb. 1: Diffuse Infiltration der Haut mit derben, bräunlich-rötlichen Plaques. Die Haut weist eine lederartige Konsistenz sowie vereinzelte, pralle Blasen auf.



Abb. 2: Nahaufnahme: Teils pralle, teils rupturierte Blasen mit serösem Inhalt.

Welche Diagnose wird gestellt?

Auflösung s. Seite 185

Diagnose:

Diffuse kutane Mastozytose

Die Mastozytose ist eine Gruppe von Erkrankungen, die durch eine Akkumulation von Mastzellen in einem oder mehreren Organen gekennzeichnet sind (1). Die kutanen Mastozytoseformen treten meist in der frühen Kindheit auf und zeigen eine hohe Spontanremissionsrate bis zur Pubertät. Mastozytose ist eine klonale Erkrankung, die auf einer aktivierenden Mutation des Protoonkogens c-Kit beruht, das für einen Mastzellwachstumsfaktor kodiert (2).

Die diffuse kutane Mastozytose manifestiert sich meist bei Geburt oder in den ersten drei Lebensmonaten. Die Haut weist eine diffuse Infiltration auf und erscheint lederartig verdickt. Oft zeigt sich in den intertriginösen Arealen eine Hyperpigmentierung. Typisch ist das Auftreten seröser Blasen. Quälender, anhaltender Juckreiz und systemische Beschwerden wie Flush, Durchfall und Atemnot sind bei dieser Form häufig.

Diagnostik

Die klinische Untersuchung besteht zunächst aus einer Inspektion des gesamten Integuments und einer Berechnung des Schweregrad-Scores (SCORMA). Durch festes Reiben über 5-10 Sekunden mit einem Holzspatel auf einer Läsion lässt sich nach 1 bis 5 Minuten ein urtikarielles Ödem mit Umgebungserthem, gegebenenfalls mit Blasenbildung und Flush-Symptomatik auslösen (Darier-Zeichen). Histologisch zeigt sich im oberen Korium eine deutliche Vermehrung von Mastzellen. Die Bestimmung der Serum-Tryptase dient zur groben Abschätzung der vorhandenen Mastzelllast. Werte über 20ng/nl können auf eine systemische Mastozytose hinweisen (3). Differentialblutbild und Transaminasen sollten initial und im Verlauf bestimmt werden. Zudem sollte eine Sonographie des Abdomens erfolgen. Eine Knochenmarkbiopsie oder Koloskopie ist nur bei einer Gesamtryptasekonzentration von mehr als 100ng/nl, Knochenschmerzen oder anhaltenden, schweren Durchfällen indiziert.

Differentialdiagnosen

Differentialdiagnostisch muss an eine Epidermolysis bullosa congenita (keine Urticae, zum Teil Nageldystrophie) gedacht werden, an ein Staphylococcal scalded skin syndrome (rupturierende Blasen ohne serösen Inhalt, Darier negativ) sowie eine Leukaemia cutis (Darier negativ, keine Blasen).

Therapie

Histaminfreisetzungsfaktoren wie mechanische Reibung, Sonnenlichtexposition, abrupte Temperaturschwankungen sowie histaminliberierende Medikamente (z. B. Codein) sollten vermieden werden. Lokal antipruriginös kann Lotio alba aquosum oder hydrophile Polidocanol-Creme 5 % (NRF 11.118) angewendet werden. Systemisch können Antihistaminika wie Cetirizin und Ketotifen eingenommen werden. Bei gastrointestinalen Beschwerden kann Cromoglicinsäure p.o. sinnvoll sein (4). Die Prognose ist bei Kindern günstig; typischerweise sind auch ausgedehnte Befunde im Verlauf der ersten 7-10 Jahre meist (nahezu) vollständig rückläufig.

Literaturangaben

1. Horny HP, Sotlar K, Valent P. Mastocytosis: state of the art, Pathobiology. 2007;74:121-32
2. Bodemer C et al., Pediatric mastocytosis is a clonal disease associated with D816V and other activating c-KIT mutations, J Invest Dermatol. 2010;130:804-15.
3. Carter MC, Metcalfe DD, Paediatric mastocytosis. Arch Dis Child. 2002;86:315-9.
4. Höger PH, Kinderdermatologie: Differentialdiagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Schattauer Verlag, 3. Aufl. 2011;467-473.

Dr. Anne Siegmund

Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Lilientronstraße 130, 22149 Hamburg

Red.: Höger

Wichtige Information der BVKJ-Service GmbH zum Amblyopie-Screening 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 Amblyopie-Screenings vereinbart und wollen dies auch noch in weiteren Verträgen regeln. Zum Amblyopie-Screening 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 Kin-

der- 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/**



Suchtforum

Steckbrief zu:

elektronische Zigaretten (E-Zigaretten)

Chemische Bezeichnung: Liquid auf Basis von Propylenglykol und /oder Glycerin zum Verdampfen mit verschiedenen Aromastoffen (z. B. Menthol, Vanillin, Apfel, Capuccino, Gummibärchen, Zitrone uvam.) mit oder ohne Zusatz von Nikotin (max. 20 mg/ml). Im Aerosol können geringe Mengen an krebserzeugenden Nitrosaminen, Formaldehyd, Acetaldehyd, Acrolein, Nickel oder Chrom nachgewiesen werden,

Straßennamen(n): e-cig, „dampfen“

Dosierung(en): Inhalieren des wirkstoffhaltigen Aerosols über beliebig lange Zeit,

Einnahmeform: Inhalieren eines Aerosols, das durch Verdampfen der sog. „liquids“ aus Kartuschen in einem kugelschreiberähnlichen Halter gesogen wird,

Straßenpreis(e): einmaliger Anschaffungspreis des E-Zigaretten – Halters von 30 – 50 Euro; Austauschkartuschen mit Liquid gibt es für 4,95 Euro = ca. 60 Zigaretten,

Erwünschte Wirkung(en): stimulierende Wirkung des Nikotins, ungiftigere Alternative zu Zigaretten,

Unerwünschte Wirkung(en): Reizung der Atemwege, Husten, Augenreizungen, Zahnfleischbluten, Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Müdigkeit oder Schlaflosigkeit;

Erhöhung des Asthmarisikos auch für passiv mit Inhalierende, **Symptome bei Überdosierung:** Nikotinwirkungen: Tremor, Unruhe, Blässe, vermehrter Speichelfluss, Schwitzen, Tachykardie, in exzessiven Mengen Somnolenz, Atemstörungen und zerebrale Krampfanfälle,

Nachweismethoden: GC –MS und Feinstaubmessung (PM 2,5) in der Raumlauft,

Therapieoptionen chronisch: bei Nikotinabhängigkeit verschiedene Raucherentwöhnungsprogramme als Gruppentherapie mit oder ohne Nikotinersatzprodukten (Pflaster, Kaugummi)

Langzeitfolgen: unbekannt – Risiko des Einstiegs ins Rauchen überhaupt; besonders in der Adoleszenz hohes Risiko einer sich entwickelnden Nikotinabhängigkeit mit Umsteigen auf Zigarettenkonsum.

Dr. Matthias Brockstedt

Ärztlicher Leiter KJGD-Mitte

Reinickendorfer Str. 60b

13347 Berlin

Tel.: 030/9018-46132

E-Mail: matthias.brockstedt@ba-mitte.berlin.de

Red.: Heinen

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

Die Justitiare des BVKJ e.V., die **Kanzlei Dr. Möller und Partner**,

stehen an **jedem 1. und 3. Donnerstag** eines Monats **von 17.00 bis 19.00 Uhr**

unter der Telefonnummer **0211 / 758 488-14**

für telefonische Beratungen zur Berufsausübung zur Verfügung.



Highlights aus Bad Orb ● ● ●

Der Fuß aus Sicht des Neurologen

Zusammenfassung

Obwohl Fehlstellungen der Füße in erster Linie zur Konsultation des Kinderorthopäden führen, wird der Neuropädiater im Alltag immer wieder mit Auffälligkeiten der Füße konfrontiert. Zum einen, um zu beurteilen, ob eine Fehlstellung der Füße nicht letztendlich Ausdruck einer neurologischen Störung ist. Zum anderen muss bei einer Vielzahl neurologischer Erkrankungen über kurz oder lang mit dem Auftreten von Veränderungen der Füße gerechnet werden. Ein vorausschauendes Vorgehen ist hier oft dringend notwendig. Wichtig ist, bei Veränderungen des Fußes immer den gesamten Bewegungsapparat im Blick zu behalten.

Klinische Fragestellungen

Störungen, mit denen der Neuropädiater konfrontiert wird, lassen sich in einige wenige Grundkategorien einteilen:

- Veränderungen der Gestalt des Fußes. Hier zum einen ein unterschiedliches Längenwachstum, ein Fehlen des normalen Fußprofils (pesplanus) oder eine Überbetonung des Fußgewölbes (Ballenhohlfuß)
- Veränderung der Stellung des Fußes im Sinne einer vermehrten Pronation (Betonung der Fußinnenkante) oder Supination (Abkippen zur Außenkante)
- Betonung des Vorfußes beim Gehen („Zehenspitzen-gang“)
- Störung der Trophik von Haut und Muskulatur mit Hyperkeratosen, Druckstellen
- Störung der Sensibilität mit dem Leitsymptom Ataxie bei Störung der schnellleitenden Fasern bzw. verminderter Schmerzwahrnehmung (eventuell mit Auftreten schlecht heilender Verletzungen) bei Störung der dünnen, langsam leitenden Nervenfasern.

Anatomische Grundlagen

Eine korrekte Stellung und Funktion des Fußes setzt ein gut aufeinander abgestimmtes Zusammenspiel der Muskulatur des Fußes selbst sowie der gesamten Beinmuskulatur voraus. Dies wiederum erfordert ein korrektes Funktionieren der zentralen und peripheren Innervation. Auch wenn im Einzelfall die Zuordnung oft klar ist, empfiehlt es sich, die anatomischen Möglichkeiten von der Peripherie bis zum Gehirnsystematisch durchzudenken, um Fehleinschätzungen zu vermeiden.

- Die **tibialisinnervierte Fußbinnenmuskulatur** dient in Analogie zur Muskulatur der Hand dazu, die Zehen zu strecken und zu spreizen. Bei Parese und gleichzeitigem Überwiegen der Beugemuskulatur am Unterschenkel, kommt es in Analogie zur Krallenhand zur Ausbildung eines Ballenhohlfußes. Liegt zusätzlich eine Schädigung der Unterschenkel-

muskulatur vor, fehlt in der Regel der Ballenhohlfuß. Beim Säugling kann das Fehlen einer funktionierenden Fußbinnenmuskulatur zum Fehlen eines normalen Faltenprofils an der Fußsohle führen.

- Liegt eine Schädigung des n. tibialis vor, kann, je nach Höhe der Lokalisation, eine Fußsenkerschwäche hinzutreten. Nachdem der n. tibialis zahlreiche trophische Fasern mit sich führt, findet sich oft eine Störung der Sudomotorik mit Hypohidrose oder Hyperhidrose sowie durch die Beeinträchtigung sensibler Fasern die Gefahr von (eventuell schlecht heilenden) Wunden an der Fußsohle.
- **Die Schädigung des n. peroneus** führt zur Fußheberschwäche sowie zur Instabilität im Sprunggelenk mit dem Risiko von Distorsionsverletzungen bedingt durch die Schwäche der mm. Peronei. Ist der m. tibialis posterior intakt, welcher vom n. tibialis innerviert ist und welcher auch bei zahlreichen neuromuskulären Erkrankungen lange Zeit im Krankheitsverlauf weitgehend ausgespart ist, kommt es zur Supinationsstellung des Fußes.
- **Die Schädigung der Pyramidenbahn** entweder im Bereich des Myelons oder des Kortex führt zur vermehrten Vorfußbelastung. In aller Regel gehen die Patienten bei dieser Schädigung „über den großen Onkel“. Es empfiehlt sich, die Schuhe der Patienten zu inspizieren. Eine vermehrte Abnutzung an der Medialseite im Bereich der großen Zehe sollte an die Möglichkeit einer zentralen Parese durch Läsion des I. Motoneurons denken lassen.
- **Die Schädigung des extrapyramidalen Systems** führt häufig zu einer Fehlverteilung des Muskeltonus („Dystonie“) mit Betonung des Fußaußenrands entsprechend einer vermehrten Supination des Fußes. Typisch für extrapyramidal motorische Störungen ist, dass sie durch Aktivität getriggert werden und in Ruhe deutlich weniger nachweisbar sind. Insbesondere im Kindesalter handelt es sich meist um generalisierte Dystonien, so dass zusätzlich oft eine Abweichung des Rumpfes zu beobachten ist.

Einzelne Störungen

Vorfußgang („Zehenspitzenengang“)

Hierbei handelt es sich um eines der häufigsten Symptome, die zur Vorstellung beim Neuropädiater führen. Selbstverständlich ist ein Vorfußgang, der bei einer Vielzahl von Kindern in bestimmten Abschnitten der Entwicklung vorkommt, nicht zwangsläufig Anlass zu weiterer Diagnostik. Bei der Mehrzahl der Kinder handelt es sich um ein vorübergehendes Phänomen, welches weniger als ein Jahr andauert und keinerlei therapeutische Interventionen erfordert. Auch wenn es keine eindeutigen Kriterien gibt, die den pathologischen Vorfußgang von der harmlosen Bewegungsvariante unterscheiden, sollten die folgenden Charakteristika als Hinweise überlegt werden, ob weitere Diagnostik sinnvoll ist:

- neues Auftreten von Vorfußgang bei vorher bereits normalem Aufsetzen und Abrollen des Fußes
- asymmetrischer Vorfußgang
- Gangunsicherheit, vermehrte Stürze
- Schwierigkeit, Tempo zu machen
- Hinweise auf Muskelschwäche
- neu aufgetretene Blasen-Mastdarm-Störungen
- Hinweise auf eine Entwicklungsstörung (z. B. autistische Verhaltensweise)

Hilfreich ist es, die Spontanmotorik der Kinder zu beobachten (sind sie beim Gehen sicher? Wie variabel ist das Gangbild? Kann das Kind ab und zu doch in eine normale Position kommen? Kann das Kind rennen und hüpfen?).

Die Muskeleigenreflexe können möglicherweise Zusatzhinweise geben. Bei zentralen Paresen kann eine Hyperreflexie, vor allem aber eine Verbreiterung der Reflexzonen vorliegen, bei Neuropathie eine Abschwächung der Muskeleigenreflexe. Ein asymmetrischer Befund ist in aller Regel pathologisch. Findet sich ein Babinski-Zeichen?

Ursächlich kommen vor allem drei Gruppen in Betracht:

Habituelle Zehenspitzenengang: Die Ursache dieser Störung ist letztlich unklar, am ehesten handelt es sich um eine „verstellte Wahrnehmung der normalen Gelenkposition“. Für die betroffenen Kinder ist die Zehenspitzenposition die ganz normale Fußstellung. Im Unterschied zu den unten aufgeführten Ursachen

- sind die Kinder extrem geschickt unterwegs
- können Tempo machen und
- stürzen erstaunlicherweise nicht vermehrt.

Allerdings kann sich die Position letztlich dadurch fixieren, dass es zur Verkürzung der Achillessehne kommt. Aus diesem Grund muss auch dieser harmlosen Variante ausreichend Aufmerksamkeit gewidmet werden. Reicht Krankengymnastik mit Dehnungsbehandlung nicht aus, sollte eine Therapie mit Botulinumtoxin und anschließender Redressionsbehandlung überlegt werden, um langfristig ein operatives Vorgehen zu vermeiden.

Bei neuromuskulären Erkrankungen kann das Ungleichgewicht zwischen Fußhebern und Fußsenkern ebenfalls zum Vorfußgang führen. Diese Kinder haben häufig Schwierigkeiten zu rennen, sind langsamer als

gleichaltrige, können schlechter hüpfen und sind bisweilen unsicher. Bei hereditären Neuropathien kann der Zehenspitzenengang klar sichtbaren Paresen vorausgehen, wobei in aller Regel das maximale Tempo beim Rennen auch in diesem Stadium meist bereits reduziert ist. Nicht der Ballenhohlfuß, sondern ein vermehrter Zehenspitzenengang ist das führende Initialsymptom bei der hereditären sensomotorischen Neuropathie (Charcot-Marie-Tooth Erkrankung, CMT, HSMN)!

Bei den meisten Muskeldystrophien (z.B. Muskeldystrophie Duchenne) hingegen liegt zum Zeitpunkt, an dem der Zehenspitzenengang auffällt, bereits eine eindeutige Muskelschwäche vor. Die Kinder haben zu diesem Zeitpunkt schon erhebliche Schwierigkeiten beim Treppensteigen und beim Hochkommen vom Boden. Häufig finden sich bei diesen Patienten neben einer Spitzfußkontraktur auch Kontrakturen in Hüfte und Kniegelenk.

Kinder mit zentralen Paresen (z.B. infantile Zerebralparese, Läsion des Myelons) gehen ebenfalls, vor allem wenn sie sich bemühen Tempo zu machen, häufig auf den Zehenspitzen. Bei diesen Störungen sind die Beine in der Regel nach innen rotiert und häufig im Knie gebeugt. In der Regel ist der Muskeltonus deutlich erhöht. Rasche Bewegungen führen zu einer deutlicheren Zunahme des Muskeltonus als langsame Bewegungen (als „Catch“, das heißt einschließender Widerstand bei raschen Bewegungen bei der Untersuchung wahrnehmbar). Als Hinweis auf die enthemmten Reflexbögen kann ein unerschöpflicher Fußklonus beobachtet werden.

Am häufigsten handelt es sich um prä-/ perinatale Ursachen mit einer Schädigung des Gehirns. Ein Prozess am Rückenmark (z.B. Raumforderung) muss allerdings dann besonders überlegt werden, wenn

- die Symptomatik ausschließlich die Beine betrifft und die Feinmotorik der Hände komplett ausgespart ist
- querschnittartiger Sensibilitätsstörungen vorliegen (selten)
- Blasen-Mastdarmstörungen neu aufgetreten sind.

Kongenitaler Klumpfuß

Bei den meisten Patienten handelt es sich um eine isolierte Fehlstellung ohne zusätzlich neurologische Symptome. Allerdings finden sich gehäuft Auffälligkeiten in Elektromyographie oder Elektroneurographie.

Entscheidend für die differenzialdiagnostische Einordnung ist, ob der Klumpfuß isoliert ist oder ob sich sonstige Symptome finden. Ein isolierter Klumpfuß ist nur sehr selten Hinweis auf eine neurologische Grunderkrankung. Nur selten kann er Ausdruck einer bereits pränatalen Schädigung des n. ischiadicus, n. tibialis oder n. peroneus sein. In diesen Fällen zeigt sich meist neben der Klumpfußstellung eine Fußheberschwäche oder eine Parese der Fußsenker. Die Unterschenkelmuskulatur kann atrophisch sein. Allerdings ist dies beim Säugling oft schlecht zu beurteilen. Umgekehrt kann auch ein schwerer Klumpfuß bedingt durch die Fehlbelastung sekundär zu einer gewissen Atrophie am Unterschenkel führen.

Finden sich hingegen Zusatzsymptome wie generalisierte Muskelschwäche, Kontrakturen an anderen

Gelenken, muss eine breitere Differenzialdiagnose erfolgen:

Ein beidseitiger Klumpfuß bei einem schwer hypotonen Kind möglicherweise mit zusätzlicher respiratorischer Insuffizienz und Schluckstörung sollte an eine Dystrophiamyotonia (Curschmann Steiner Erkrankung) denken lassen.

Finden sich bei einem hypotonen Kind multiple Kontraktionen müssen die Ursachen einer kongenitalen Arthrogryposis multiplex mit bedacht werden:

- Vorderhornschädigung
- Kongenitale Myopathien mit Strukturbesonderheiten
- Kongenitale Muskeldystrophie
- Kongenitale myasthene Syndrome

Ballenhohlfuß

Ein Ballenhohlfuß ist meist Ausdruck einer Dysbalance zwischen einer geschwächten Fußinnenmuskulatur und einer kräftigeren Muskulatur am Unterschenkel. Häufig kommt diese Fehlstellung kombiniert mit einer Klumpfußstellung als sogenannter „pesequinovarus“ vor. Auf keinen Fall sollte das klinische Bild dazu verleiten, vorschnell diese Fehlstellung als „Friedreich Fuß“ zu klassifizieren und die Diagnostik in die falsche Richtung zu leiten. Die Einordnung erfolgt unter Berücksichtigung der Symmetrie / Asymmetrie sowie weiterer neurologischer Symptome:

Liegt ein beidseitiger, weitgehend symmetrischer Ballenhohlfuß vor, muss in erster Linie an eine distal betonte neurogene Schädigung gedacht werden, wie sie am häufigsten bei der hereditären sensomotorischen Neuropathie auftritt. Allerdings handelt es sich hierbei meist nicht um ein Initialsymptom, sondern eher um ein Symptom im Verlauf der Erkrankung. Sensible Störungen fehlen häufig.

Deutlich seltener ist der symmetrische Ballenhohlfuß als Ausdruck einer lumbosakralen Fehlbildung bzw. Raumforderung. Bei dieser Gruppe von Erkrankungen sind häufig Blasen-Mastdarm-Störungen assoziiert. Auf jeden Fall sollte bei Patienten mit Ballenhohlfuß der Rücken untersucht werden, um Hinweise auf eine Dysraphie (z.B. Tetheredcord, okkulte Meningozele) wie Behaarungsanomalien oder Grübchen zu erfassen.

Die Kombination aus Ataxie und Ballenhohlfuß ist verdächtig auf eine Friedreich-Ataxie oder eine der selteneren, anderen Heredoataxien. Umgekehrt schließt allerdings das Fehlen einer Ataxie bei einem Patienten mit Ballenhohlfuß eine Friedrich-Ataxie aus.

Ein einseitiger Ballenhohlfuß erfordert auf jeden Fall eine gründliche Lokaldiagnostik, um

- spinale Fehlbildungen, spinale Raumforderungen
- Tetheredcord, Syringomyelie
- Schädigungen des n. tibialis

auszuschließen. Eine hereditäre Neuropathie ist in aller Regel nicht asymmetrisch! Lässt sich die Symptomatik durch neurophysiologische Untersuchungen nicht zuordnen oder liegen zusätzliche Blasen-Mastdarmstörungen vor, ist auf jeden Fall eine Kernspintomographie der Wirbelsäule indiziert.

Dystoner Fuß

Typisch für eine Fehlstellung des Fußes im Rahmen einer Dystonie sind:

- asymmetrische Lokalisation
- Supinationsstellung des Fußes
- Zunahme der Fehlstellung bei Belastung, zumindest initial Redressierbarkeit des Fußes in Ruhe.

Die Fehlstellung des Fußes kann häufig auch durch Aktivierung anderer Muskelgruppen oder durch psychische Anspannung ausgelöst werden. Bisweilen findet sich beim Gehen zusätzlich ein asymmetrisches Abweichen des Rumpfes oder eine dystone Fehlhaltung des Arms (eventuell mit einer Minderbewegung des betroffenen Arms). In Ruhe verschwindet hingegen die Störung (zumindest solange keine sekundären Kontraktionen vorliegen).

Im Unterschied zur spastischen Bewegungsstörung wird beim Gehen der äußere Fußrand belastet. Die Störung ist nicht von der Geschwindigkeit der Bewegung abhängig. Bei der klinischen Prüfung kann möglicherweise ein zäher, wachstiger Widerstand festgestellt werden.

Die diagnostische Zuordnung hängt vor allem von

- zeitlichem Verlauf
- Verteilungsmuster
- Zusatzsymptomen

ab. Häufigste Ursache ist eine dystone infantile Zerebralparese im Rahmen einer prä / perinatalen Basalganglienschädigung. Hierbei entwickelt sich die Störung meist innerhalb der ersten Lebensjahre. In aller Regel geht der Befund deutlich über den Fuß hinaus. Oft sind die Arme und Hände ebenfalls betroffen.

Bei der hereditären Torsionsdystonie kann die isolierte, anfangs meist asymmetrische Fußdystonie das Initialsymptom sein. In der Regel kommt es dann innerhalb kurzer Zeit zur Generalisation.

Fuß bei spastischer Parese

Fußveränderungen bei spastischer Parese können je nach Verteilung des Muskeltonus, dem Ausmaß der Paresen und dem Vorliegen bereits fixierter Gelenkfehlstellungen unterschiedlich aussehen.

Allen Fußveränderungen bei spastischer Parese gemeinsam ist, dass

- der Fuß (sowie häufig das ganze Bein) innenrotiert ist und die Großzehe vermehrt belastet wird
- der Muskeltonus mit zunehmender Geschwindigkeit zunimmt. Dies kann bei der klinischen Untersuchung als sogenanntes Catch-Phänomen, also einer deutlichen Tonuszunahme bei rascher passiver Bewegung des Gelenks wahrgenommen werden
- die Muskeleigenreflexe meist gesteigert sind, es findet sich ein unerschöpflicher Fußklonus
- der Fuß überwiegend in einer Spitzfußstellung mit Innenrotation steht
- die klinischen Auffälligkeiten die ganze Extremität betreffen und nicht nur auf den Fuß selbst beschränkt sind

Die Spitzfußstellung kann sowohl Ausdruck der vermehrten Innervation der Fußsenker (m. triceps surae) als auch einer Schwäche der Fußheber (in erster Linie m. tibialis anterior) sein. Bedingt durch die chronische Überdehnung des tibialis anterior kann es auch sekundär zu einer passiven Insuffizienz der Fußheber kommen.

In Abhängigkeit vom Bewegungsmuster und von Fehlstellungen der gesamten unteren Extremität entstehen oft kompensatorische Fehlstellungen der Füße.

- Klumpfuß als Ausgleich eines Spitzfußes
- Knick-Plattfuß entweder zur Kompensation einer Innenrotation im Unterschenkel oder eines Spitzfußes
- Hackenfuß als Ausgleich einer Beugestellung im Kniegelenk

Die diagnostische Einordnung hängt vom zeitlichen Verlauf, Verteilungsmuster und zusätzlichen Symptomen ab.

Häufigste Ursache ist die Gruppe der infantilen Zerebralparesen bedingt durch prä- oder perinatale Schädigungen. In diesen Fällen kann unter Umständen auf weitere Diagnostik verzichtet werden, wenn klare Hinweise auf eine stattgehabte Schädigung vorliegen (Frühgeburt mit Nachweis einer Blutung oder periventrikulären Leukomalazie im Säuglingsalter, akute Ischämie neonatal und ähnliches).

Vorsicht ist allerdings immer dann geboten wenn:

- Symptome erst später im Verlauf nach anfänglich vollständig unauffälliger Entwicklung auftreten
- eine Progression der Symptomatik vorliegt und vor allem neue Symptome hinzukommen
- die Störung ausschließlich die Beine betrifft und die Feinmotorik der Hände vollständig ausgespart ist
- neue Blasen-Mastdarmstörungen hinzutreten.

In diesen Fällen muss ein breites Spektrum von Erkrankungen, welches von der spinalen Raumforderung bis hin zu seltenen neurometabolischen / neurodegenerativen Erkrankungen reicht, überlegt werden. In der Regel ist eine Vorstellung beim Neuropädiater angezeigt.

Pesplanus

Bei einer Vielzahl neurologischer Störungen, welche mit einer Herabsetzung des Muskeltonus einhergehen, kommt es zur Ausbildung eines Plattfußes. Hierbei kommen sowohl neuromuskuläre wie zentralnervöse Störungen in Betracht.

Nachdem Bindegewebe und Sehnen eine Funktionseinheit darstellen, können sowohl primäre Bindegewebserkrankungen wie Ehlers-Danlos Syndrome, Marfan-Syndrome als auch primäre Myopathien wie kongenitale Myopathien mit Strukturbesonderheiten zum gleichen Symptom führen.

Für die klinische Einordnung ist zum einen wichtig, ob andere Hinweise auf eine Bindegewebsschwäche wie Herzklappeninsuffizienz, Cutislaxa, deutliche Überstreckbarkeit anderer Gelenke, hypertrophe Narbenbildung vorliegen oder ob die Muskelschwäche im Vordergrund steht. Allerdings ist die Unterscheidung im klinischen Alltag oft schwierig, da einerseits eine

Muskelschwäche oft zu einer verminderten Muskelspannung mit Überstreckbarkeit der Gelenke führt. Zum anderen führt eine extreme Dehnbarkeit von Sehnen dazu, dass die Kraft nicht auf das Gelenk übertragen werden kann.

Zerebelläre Störungen gehen ebenfalls in der Regel mit einem vermindertem Muskeltonus und damit häufig einem Pesplanus einher. Leitsymptom hierbei ist die zusätzlich bestehende Koordinationsstörung.

Syndromale Erkrankungen und kognitive Beeinträchtigungen sind ebenfalls gehäuft mit einem Pesplanus vergesellschaftet. Die Einordnung erfolgt hier, falls überhaupt möglich, über begleitende Symptome wie dysmorphe Stigmata, andere neurologische Auffälligkeiten.

Kommt es bei zentralen Paresen zum Pesplanus, findet sich in aller Regel, im Unterschied zu den eben genannten Ursachen, eine zusätzlich Spitzfußstellung sowie eine spastische Bewegungsstörung, die über den Fuß hinausgeht.

Bei der Untersuchung sollte auf jeden Fall überprüft werden, ob sich der Plattfuß beim Zehenspitzenstand aufrichten kann oder nicht.

Trophische Störungen

Ausgeprägte trophische Störungen mit Problemen der Wundheilung können entweder Ausdruck einer Läsion des n. ischiadicus oder n. tibialis, einer Syringomyelie oder einer übergeordneten sensiblen Neuropathie sein. Insgesamt sind schwere trophische Störungen in der Kindheit erfreulicherweise sehr selten. Bisweilen handelt es sich hierbei um die extrem seltene hereditäre sensorische Neuropathie, während erworbene Neuropathien wie Diabetes, die im Erwachsenenalter meist ursächlich verantwortlich sind, im Kindesalter keine Rolle spielen.

Bei der klinischen Untersuchung muss vor allem darauf geachtet werden, ob Störungen des Schmerz- oder Temperaturempfindens vorliegen.

Unterschiedliches Längenwachstum

Sowohl eine Schädigung des zentralen als auch des peripheren Nervensystems können zu einem unterschiedlichen Längenwachstum führen. Aus neurologischer Sicht verpflichtet ein deutlich unterschiedliches Längenwachstum des Fußes zur Suche nach einer fokalen Pathologie. Bei den meisten Ursachen wie Z. n. Hirninfarkt oder peripherer Parese von n. ischiadicus oder n. tibialis steht die Parese im Vordergrund, so dass kaum Schwierigkeiten in der Einordnung auftreten.

Insbesondere bei lumbosakraler Pathologie wie z.B. dem Tetheredcord Syndrom kann ein Größenunterschied beim Schuhkaufen hingegen ein frühes Symptom sein. Im Zweifelsfall empfiehlt sich bei zunehmender Größendifferenz der Füße eine bildgebende Diagnostik der Wirbelsäule.

Vorgehen

Als erster Schritt muss geklärt werden, ob es sich um ein ausschließlich orthopädisches Problem oder

um eine primär neurologische Symptomatik handelt. Die neurologische Untersuchung konzentriert sich vor allem auf die Fragen:

- Besteht zusätzlich zur Fehlstellung des Fußes eine Muskelschwäche?
- Geht die Symptomatik über den Fuß hinaus? Ist die (Fein-)Motorik der Hände mitbetroffen?
- Liegen zusätzliche Störungen von Sensibilität und Blasen-Mastdarmfunktion vor?
- Gibt es Reflexanomalien (hier sind vor allem eine Verbreiterungen der Reflexzonen, asymmetrische Befunde sowie eine erhebliche Differenz zwischen oberer und unterer Extremität relevant)?
- Finden sich Auffälligkeiten im Bereich der Wirbelsäule (Skoliose, Behaarungsanomalien, Grübchen)?

In einem zweiten Schritt muss geklärt werden, ob es sich um einen Residualzustand oder um eine progrediente Symptomatik handelt. Allerdings muss hierbei berücksichtigt werden, dass auch ein neurologischer Residualzustand unter Umständen eine progrediente Fehlstellung mit sich bringen kann. Umgekehrt kann sich insbesondere im Kindesalter eine progrediente neurologische Erkrankung nur durch das Fehlen einer Weiterentwicklung, also eine scheinbare stabile Symptomatik bemerkbar machen.

In einem dritten Schritt schließlich sollte, falls der Verdacht auf eine neurologische Erkrankung besteht, eine

grobe Sortierung der ursächlichen Strukturen erfolgen. Handelt es sich um eine periphere = neuromuskuläre Störung oder um eine zentralnervöse Erkrankung?

Besteht der Verdacht auf eine Störung des neuromuskulären Systems, sollte als nächster Schritt die Bestimmung des CK-Werts, Sonographie der Muskulatur, Neurographie und eventuell, falls ein in der Untersuchung von Kindern erfahrener Untersucher vorhanden ist, die Elektromyographie erfolgen.

Finden sich klinisch Hinweise auf eine zentrale Störung, stellt meist die Kernspintomographie des Schädels den ersten Schritt dar. Lediglich bei Patienten mit einer klaren spinalen Pathologie (z.B. mit einer querschnittartigen Sensibilitätsstörung, klinischen Zeichen einer Dysraphie wie Behaarungsanomalien über der Wirbelsäule) sollte als erstes eine Kernspintomographie der Wirbelsäule erfolgen. In der Regel ist es ratsam, gemeinsam mit dem Neuropädiater die Diagnostik zu planen, um möglichst schonend und zielführend vorzugehen.

Prof. Dr. med. Wolfgang Müller-Felber
Neuropädiatrie und interdisziplinäres Sozial-
pädiatrisches Zentrum

Dr. v. Haunersche Kinderklinik der LMU

Lindwurmstr. 4

80337 München

Email: wolfgang.mueller-felber@med.lmu.de

Red.: Keller



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Die Wirksamkeit der Windpockenimpfung nach einem Kontakt

Vaccines for Post-Exposure Prophylaxis Against Varicella (Chickenpox) in Children and Adults

Macartney K et al., *Cochrane Database Syst Rev*; 6: CD007768 (epub ahead of print), Juni 2014

Die Wirksamkeit eines abgeschwächten Lebendimpfstoffes gegen die Windpocken wurde in mehreren epidemiologischen Studien nachgewiesen. Eine einmalige Gabe des Windpocken-Impfstoffes verhindert den Ausbruch der Erkrankung zu 70-90% und verhindert zu 95% eine schwere Erkrankung. Die Empfänger von 2 Impfdosen tragen ein noch geringes Erkrankungs-Risiko. Der über einen Zeitraum von 10 Jahren nach 2 Impfungen vorhandene Schutz dürfte bei etwa 98% liegen. Obwohl die Windpocken bei den meisten Erkrankten mild verlaufen, treten in etwa 1% Komplikationen in Form von Enzephalitiden, Pneumonien und bakteriellen Sekundärinfektionen auf, die meist eine Krankenhausaufnahme erfordern. Nicht alle Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind gegen Windpocken geschützt. In der ärztlichen Praxis stellt sich die Frage: Wie wirksam ist die Impfung gegen Windpocken nach einer erfolgten Exposition (Post-Expositions-Prophylaxe PEP)?

In einem aktuellen Cochrane Review haben die Autoren versucht, hierauf eine Antwort zu finden.

Zu diesem Zweck suchten sie in der Literatur nach randomisierten Studien, in denen die PEP mit einer Placebo-Prophylaxe verglichen wurde, um die Wirksamkeit der Impfung nach einer Exposition zu erfassen.

Drei Studien mit 110 Geschwisterkindern aus Haushaltkontakten konnten identifiziert werden. Insgesamt erkrankten 13 von 56 Vakzine-Empfängern (23%) an Varizellen im Vergleich zu 42 von 54 Placebo-Empfängern (78%). Die meisten Probanden erhielten die Prophylaxe innerhalb von drei Tagen nach erfolgter Exposition.

Die bisher vorliegenden Studien-Ergebnisse zeigen, dass eine Varizellen-Erkrankung bei ungeimpften Personen, die noch keine

Windpocken-Erkrankung durchgemacht haben, in den meisten Fällen verhindert werden kann, wenn die Betroffenen innerhalb von drei Tagen nachgeimpft werden. Ob eine Impfung nach mehr als drei Tagen noch wirksam ist, kann auf Grund der wenigen berichteten Fälle nicht beurteilt werden. Für die Praxis ist es zudem wichtig zu wissen, dass nach der post-expositionellen Impfung keine gravierenden Nebenwirkungen beobachtet werden konnten.

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

Schützt die Art der Säuglingsernährung vor späteren Nahrungsmittelallergien?

Infant Feeding Practices and Reported Food Allergies at 6 Years of Age

Luccioli S et al., *Pediatrics*; 134: S21-S28, September 2014

Die Prävalenz von Nahrungsmittelallergien scheint zuzunehmen. Die Zunahme lässt sich nicht alleine mit genetischen Faktoren befriedigend erklären. Einige Studien lassen vermuten, dass die Nahrung eine wichtige Rolle spielen könnte. Dabei wird vermutet, dass eine frühe Sensibilisierung zu späteren allergischen Erkrankungen führen könnte, was allerdings noch nicht gesichert werden konnte. Die Frage der Ernährung im frühen Kindesalter zur Prävention von später auftretenden Allergien wird deshalb kontrovers diskutiert. Es wurde noch nicht geklärt, wann mit der Einführung fester Nahrung begonnen werden sollte und ob ein erhöhtes Allergie-Risiko mit einer frühen (4 Monate) oder späten (6 Monate) Einführung fester Nahrung, besonders bei Kindern mit Allergie-Risikofaktoren, verbunden ist. Die meisten WHO empfiehlt eine exklusive Brustfütterung über 6 Monate.

Hierzu haben amerikanische Autoren die Daten von 1542 Kindern, deren Mütter an der Year 6 Follo-up (Y6FU)-Studie teilgenommen hatten, ausgewertet. Ziel der Studie war die Ermittlung der Häufigkeit von ärztlich gesicherten, wahrscheinlichen Nahrungsmittelallergien (WNA) bei 6 Jahre alten amerikanischen Kindern und des Einflusses der Brustfütterung und weiterer Säuglingsnahrungen auf das kindliche Allergierisiko. Subgruppen bestanden aus Kindern, deren WNA erst nach dem ersten Lebensjahr (neue WNA) diagnostiziert wurde, und Kindern, die a priori atopische Risikofaktoren aufwiesen.

Die Gesamtprävalenz einer WNA betrug 6,34% im Alter von 6 Jahren. Die Prävalenz im ersten Lebensjahr (Hoch-Risikogruppe) betrug 3,89%. Die meisten der insgesamt von einer Allergie betroffenen Kinder besaßen ein a priori hohes Allergierisiko. Eine bessere mütterliche Ausbildung, ein höheres Familieneinkommen, eine mit Allergien belastete Familienvorgeschichte und Ekzeme im ersten Lebensjahr waren mit einem erhöhten WNA-Risiko verbunden. Die höchste Wahrscheinlichkeit für eine spätere Allergie wiesen Kinder auf, die bereits im ersten Lebensjahr an Ekzemen erkrankt waren. Für die Hoch-Risikogruppe im ersten Lebensjahr war der beste Prädiktor für eine spätere Allergie das Familieneinkommen (>185% über der Armutsgrenze).

Zwischen der Dauer exklusiver Brustfütterung und des Zeitpunktes der Einführung ergänzender fester Nahrungsmittel konnte kein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden. Eine exklusive Brustfütterung ≥ 4 Monate war im Vergleich zur Formula-Gabe marginal mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit (Odds Ratio 0,51; $P=0,07$) für das Auftreten einer WNA verbunden. Dieser Effekt wurde nicht bei Risikokindern beobachtet.

Im Ergebnis blieben nach Analyse der maternalen und kindlichen Variablen sozio-ökonomische und atopische Risikofaktoren die wichtigsten Prädiktoren für die Ausbildung einer WNA. Möglicherweise schützt die exklusive Brustfütterung ≥ 4 Monate (marginale, statistisch nicht signifikante Ergebnis) vor der Entwicklung einer WNA bei den Kindern nach dem ersten Lebensjahr. Dieser Einfluss konnte nicht bei Risiko-Kindern beobachtet werden.

Die ermittelten Daten lassen erkennen, dass die Ernährungspraxis nicht vor späteren Nahrungsmittelallergien schützt. Sozioökonomische und atopische Faktoren waren die wesentlichen Prädiktoren für eine wahrscheinliche Nahrungsmittelallergie mit 6 Jahren.

Das ist das wesentliche Ergebnis der aktuell in der amerikanischen Zeitschrift *Pediatrics* veröffentlichten, über 6 Jahre durchgeführten „Infant Feeding Practices Study II Year 6 Follow-UP-(Y6FU)-Studie“. Die Ergebnisse entsprechen weitestgehend den Ergebnissen einer älteren deutschen Kohorten-Studie (LISA), in der ebenfalls kein Einfluss der frühen (4 Monate) im Vergleich zur späten (6 Monate) Einführung einer ergänzenden Nahrung im Säuglingsalter auf das spätere Allergie-Risiko (im Alter von 6 Jahren) nachgewiesen werden konnte. Die Ergebnisse der Y6FU-Studie lassen einen marginalen, nicht signifikanten Vorteil der Brustfütterung für nicht-atopische Kinder erkennen, was auch mit der retrospektiv angelegten „Tasmanian Asthma Study“ gezeigt werden konnte. In dieser Studie wurde bei 7 Jahre alten Kindern, die ≥ 3 Monate gestillt worden waren, ebenfalls ein nur marginal geringeres Risiko für spätere Inhalations- und Nahrungsmittel-Allergien nachgewiesen.

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

Wandtafel (dt./engl.) für die Praxis. Tabellarische Übersicht nach der Münchener Funktionellen Entwicklungsdiagnostik, zusammengestellt von Prof. Dr. Theodor Hellbrügge.

Dargestellt wird die Entwicklung vom Neugeborenen bis zum Ende des 12. Monats.

Format: 57 x 83,5 cm, zum Aufhängen
EUR 20,50



Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck
vertrieb@schmidt-roemhild.com
Tel.: 04 51 / 70 31 267

Informationspflicht des Arztes bei Impfungen

CONSILIUM

Prof. Dr. med.
Ulrich Heininger

Frage:

In meiner Praxis besuchte mich ein Außendienstmitarbeiter des Herstellers des neuen Meningokokken-B-Impfstoffes. Laut diesem sei ich verpflichtet, meine Patienten aktiv über den neuen Meningokokken-B-Impfstoff zu informieren, da dieser bereits als Behandlungsstandard gelte. Hierzu habe ich die folgenden Fragen:

- Muss ich meine Patienten aktiv über den neuen Meningokokken-B-Impfstoff informieren, obwohl er noch nicht von der STIKO empfohlen wird?
- Wie wird ein Behandlungsstandard im Fall von Impfstoffen definiert?
- Mache ich mich gegebenenfalls strafbar, wenn ich meine Patienten nicht aktiv über den neuen Meningokokken-B-Impfstoff bzw. andere neue Impfstoffe informiere?

Antwort:

Dies ist eine interessante Frage von grundsätzlicher Bedeutung. Ich schicke voraus, dass ich kein Jurist bin, jedoch versuche ich die Frage unter Bezug auf einen interessanten Beitrag im Kinder- und Jugendarzt letzten Jahres zu beantworten (1). Wenn Sie eine zitierfähige und belastbare Aussage wünschen, empfehle ich Ihnen den Weg über Ihren Berufsverband.

Dem zitierten Beitrag zufolge lässt sich die Situation wie folgt skizzieren:

1. STIKO-Empfehlungen sind medizinischer Standard, jedoch können «Lücken entstehen, weil der Entscheidungsfindungsprozess zu lang ist.»
2. Auch Empfehlungen der Fachgesellschaften sind bei neuen, von der STIKO (noch) nicht empfohlenen Impfungen zu beachten. *Anmerkung:* Betreffend Meningokokken Gruppe B hat die von mir geleitete Kommission für Infektionskrankheiten und Impfungen der DAKJ (2) eine Stellungnahme abgegeben. Darin plädieren wir dafür dass «unter Berücksichtigung der Zielsetzung eines individuellen Impfschutzes gegen Meningokokken-B-Erkrankungen

die Impfung *zum frühestmöglichen Zeitpunkt*, also bereits ab einem Alter von 2 Monaten, durchgeführt werden. Gleichzeitig sollte allen älteren Säuglingen, Kindern und Jugendlichen im Sinne einer Nachholimpfung der MenB-Impfschutz individuell angeboten werden.» Betonung auf «angeboten», also über diese Impfmöglichkeit informieren und aufklären.

3. Es besteht eine Aufklärungspflicht. Offenbar legt der Gesetzgeber uns Ärztinnen und Ärzten gleichzeitig mit der Aufklärungspflicht der Impfmöglichkeit auch eine umfassende Aufklärung über Begleitumstände (Nutzen, Risiken, Kosten etc.) im Sinne einer «Neulandtherapie» auf. Besonders wichtig in diesem Zusammenhang erscheint mir die Klärung der Frage, ob die Meningokokkenimpfung gegen Gruppe B im Bundesland der/des Praktizierenden öffentlich empfohlen ist. Wenn nicht, muss auch auf die fehlende Absicherung durch das Versorgungsamt im Falle eines Impfschadens hingewiesen werden.

Alles in allem also eine ziemlich große Aufgabe, die uns da auferlegt wird. Es gibt zwar eine Aufklärungspflicht, aber keine Impfpflicht, d. h. die Eltern müssen die Impfung unter den gegebenen Umständen für Ihr Kind nicht annehmen. Es wäre meines Erachtens nach aber tragisch, wenn ein Kind einen Schaden durch eine Meningokokken-Gruppe-B-Infektion erleiden würde und man sich den Vorwurf machen muss, den Eltern die Information einer möglichen Impfprävention vorenthalten hätte.

Literatur:

- 1 Makoski, Heft 10/2013, Seite 569 ff, [http://www.kinder-undjugendarzt.de/download/44.%20\(62.\)%20Jahrgang%202013/kja10_2013.pdf](http://www.kinder-undjugendarzt.de/download/44.%20(62.)%20Jahrgang%202013/kja10_2013.pdf)
- 2 Gahr M, Heininger U, Bartmann P, Huppertz HI, Kinet M, Klein R, Korenke GCH (Kommission für Infektionskrankheiten und Impfungen der DAKJ). Impfprophylaxe invasiver Erkrankungen mit Meningokokken der Serogruppe B. Monatsschr Kinderheilkd 2014, 162, 336-340 (oder www.dakj.de).

Prof. Dr. med. Ulrich Heininger
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
Infektiologie und Vakzinologie
Spitalstr. 33, 4056 Basel
Schweiz

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.

Fragen zum pädiatrischen Notdienst an Dr. Thomas Kauth, Ludwigsburg

Wie hat sich Ihr pädiatrischer Dienst durch die Notfalldienstreform in Baden-Württemberg verändert?

Bisher wurde der pädiatrische Notfalldienst (NFD) im Landkreis Ludwigsburg an den Wochenenden und Feiertagen von 8 Uhr bis 8 Uhr dezentral in den Praxen der niedergelassenen Kollegen durchgeführt. Dennoch verirrt sich zahlreiche Kinder und Jugendliche in die Ambulanzzräume der Kinderklinik und behinderten die Kollegen bei der Versorgung der stationären Patienten.

Seit dem 01.07.2013 erfolgt der kinder- und jugendärztliche NFD in den Ambulanzzräumen der Kinderklinik Ludwigsburg als Sitzdienst. Es stehen 5-6 Behandlungsräume zur Verfügung. Die KV Baden-Württemberg stellt die medizinische Ausrüstung und die EDV zur Verfügung. Sie übernimmt die Miete und bezahlt die medizinischen Fachangestellten.

Die Sitzdienste sind hochfrequent mit bis zu 250 Patienten zwischen 8 und 22 Uhr an den Wochenenden. Dann teilen sich jeweils 2 Pädiater aus den Praxen die Versorgung der Patienten. Unter der Woche ist die Notfallpraxis von 18-22 Uhr geöffnet. Nach 22 Uhr übernehmen täglich die Kollegen aus der Kinderklinik den NFD. Die niedergelassenen Kollegen können sich auf eine ungestörte Nachtruhe freuen.

müssen die am Notdienst teilnehmenden Kollegen 5 % des EBM-Notfalldienstumsatzes an die KV abführen. Die Privatpatienten werden separat nach GOÄ abgerechnet.

Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts müssen Kliniken im NFD jetzt gleich wie die niedergelassenen bezahlt werden. Der Bewertungsausschuss der KBV strich die Ziffer 01211 zur Besuchsbereitschaft, wertete die Ziffer 01210 (für die Zeit von 7-19 Uhr) auf ca. 13 Euro ab und schuf eine neue Ziffer 01220 für die Zeit von 19-7 Uhr (wochentags) und für das gesamte Wochenende/Feiertag. Obwohl diese um ca. 5 Euro höher bewertet wurde hat der niedergelassene Kollege seit dem 01.01.2015 pro Fall etwa fünf Euro weniger als bisher. Das ist eine bittere Pille. Die Kliniken bekommen rückwirkend ab 2008 fünf Euro mehr pro Fall abends/nachts und an Wochenenden/Feiertagen.

Die Hausbesuche im NFD wurden um ca. 30 Euro aufgewertet. Leider haben die Pädiater von dieser Erhöhung keinen Benefit, da die Kindernotdienste reine Sitzdienste sind.

Durch die Abwertung der Notfalldienstziffer verlieren die Sitzdienste mit hohen Fallzahlen besonders stark. Welche Konsequenzen ziehen Sie daraus?

Schon bisher wurden die Notfallleistungen der Kliniken aus dem Notfallhonoraropf der KV bezahlt. Eine Erhöhung der Vergütung der Vertragsärzte hat nun immer eine Erhöhung bei den Kliniken zur Folge und mindert das Honorarvolumen für die Vertragsärzte. Dennoch ist die Abwertung des Notdiensthonorars der Vertragsärzte um 20 % im Sitzdienst, der tragenden Säule der NFD-Reform, völlig inakzeptabel. Schon jetzt stützen alle Mitglieder der KV Baden-Württemberg mit erheblichen Umlagen aus ihrem Honorar die Finanzierung des Notdienstes. Insgesamt ist deutlich zu wenig Geld im Honoraropf des Notfalldienstes. Hier muss in Berlin über eine neue Finanzierung des Notfalldienstes nachgedacht und verhandelt werden.

Die Kinder- und Jugendärzte haben gemeinsam mit einigen Fachärzten in der Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg beantragt, Möglichkeiten zur finanziellen Stützung des Sitzdienstes zu prüfen. Da die Honorarverhandlungen mit den Kassen für 2015 abgeschlossen sind kann dieses Geld für 2015 lediglich im Umlageverfahren (z. B. über eine Erhöhung der Kopfpauschale) von den 20.000 Mitgliedern der KV Baden-Württemberg eingesammelt werden.

Zu Beginn der NFD-Reform in Baden-Württemberg sollten die teilnehmenden Vertragsärzte



Foto: © DOCRABE Media - Fotofotolia.com

Sie leisten Notdienst in einem Eigenbetrieb der KV Baden-Württemberg. Wie werden Sie dort honoriert?

Die Kassenpatienten werden nach dem EBM abgerechnet (Notfalldienstziffern plus zusätzliche Leistungen). Der Fallwert betrug bis 31.12.2014 mindestens 25 Euro. Für die von der KV zur Verfügung gestellte Infrastruktur und das Personal (pro Arzt eine MFA)

30 % ihrer Einnahmen (EBM und Privat) an die KV Baden-Württemberg zur Deckung der Ausgaben für die Notfallpraxen abtreten. Dies löste heftige Proteste und zahlreiche Diskussionen und Gespräche aus und führte letztendlich zum Beschluss, dass nur noch 5 % der EBM-Einnahmen aus dem Notdienst als Strukturpauschale abgegeben werden müssen. Dies ist sicherlich dem starken Engagement der 6 Pädiater in der VV, dem Vorstand des BVKJ und des PädNetzS zu verdanken. Durch das BSG-Urteil, das zu einem großen Honorarabfluss Richtung Kliniken führt, sind wir jetzt doch bei einer Abgabe von effektiv 25 % auf das Notdiensthonorar im Vergleich zu den Vorjahren! Eine rückwirkende Honorarrückforderung für Notfalldiensthonorar wird es nicht geben. Die KV Baden-Württemberg muss jedoch aus Rücklagen ca. 20 Millionen Euro für die Kliniken zur Verfügung stellen.

Könnten Sie sich vorstellen, den pädiatrischen Bereitschaftsdienst als Reaktion auf die niedrigere Vergütung abzuschaffen?

Wenn wir den pädiatrischen Bereitschaftsdienst abschaffen, werden wieder sehr zahlreiche Kinder und Jugendliche als Notfälle in den Kinderkliniken versorgt werden. Dadurch werden große Honorarmengen aus dem Honorartopf der KV abfließen. Die Einnahmen aus dem NFD sind auch seit vielen Jahren eine wichtige Säule im Gesamthonorar der Kinder- und Jugendärzte. Die hochfrequenten Sitzdienste der pädiatrischen Notfallpraxen erbringen auch unter dem neuen EBM Stundenumsätze, die wir unter der Woche meist nicht erwirtschaften. Aus berufspolitischer Sicht und aus Gründen der qualitativ guten Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch die Kinder- und Jugendärzte halte ich eine Abschaffung des pädiatrischen Bereitschaftsdienstes für das falsche Signal. Wir müssen vielmehr darauf drängen, dass regional in den KVen und bundesweit in der KBV und in den Verhandlungen mit den Krankenkassen diese Abwertung des Sitzdienstes korrigiert wird und mindestens auf das bisherige Niveau angehoben wird.

Ich sehe in den Notfallpraxen an den Kinderkliniken auch eine win-win-Situation: die Vertragsärzte haben abends ab 22 Uhr Nachtruhe. Die Kollegen in den Kliniken können ihre Patienten ordentlich versorgen und gehen nicht in der Notfallpraxis unter. Zusätzlich helfen die direkten kollegialen Kontakte durch die Notfallpraxis in der Klinik für ein besseres Verständnis füreinander. Diese Kontakte können dazu genutzt werden die Klinikkollegen für die Tätigkeit in der Praxis zu interessieren und diese in die Praxis einzuladen.

Dr. med. Thomas Kauth, Ludwigsburg

Vorstand PädNetzS eG

Mitglied der Vertreterversammlung der KV BW

dr.t.kauth@kinderjugendarztpraxis.de

Red.: Kup

Eckpunkte Bereitschaftsdienst

Mit Übernahme des Sicherstellungsauftrages wurde der kassenärztlichen Vereinigung auch die Verantwortung für die Versorgung der Patienten außerhalb der Praxiszeiten, dem sogenannten Bereitschaftsdienst übertragen. An diesem Dienst müssen alle niedergelassenen Ärzte, also sowohl Haus- als auch Fachärzte teilnehmen. Er umfasst sowohl die Behandlung von Patienten rund um die Uhr in der Praxis bzw. in einer Bereitschaftspraxis als auch die aufsuchende Tätigkeit in Form von Hausbesuchen.



Dr. Roland Ulmer

Regional wird der Dienst durch die Bereitschaftsdienstordnung (BDO) geregelt. Zur Sicherstellung ist allerdings nur ein allgemeiner Bereitschaftsdienst vorgeschrieben. Ein fachärztlicher Dienst kann, muss aber nicht zusätzlich eingerichtet werden. Werden Abstriche gemacht (z.B. Fensterdienste oder keine Hausbesuche) muss der allgemeine Bereitschaftsdienst bereit sein (beziehungsweise von der KV dazu gezwungen werden), die verbleibenden Zeiten abzudecken oder die dann noch notwendigen Hausbesuche durchzuführen.

Alternativ sind Fensterdienste auch durch Zusammenarbeit mit einer Kinder- und Jugendklinik möglich. Auch dann muss der allgemeine Bereitschaftsdienst oder wenn eingerichtet, ein Fahrdienst die anfallenden Hausbesuche übernehmen

Bereitschaftsdienstordnung – Satzungsrecht der regionalen KVen

Die Zeiten des vorgeschriebenen Bereitschaftsdienstes sind nicht frei bestimmbar sondern sind in der BDO fixiert und können nur in Abstimmung mit dem allgemeinen Bereitschaftsdienst (bzw. mit der KV) geändert werden, da dieser die nicht abgedeckten Zeiten übernehmen muss.

Ist ein pädiatrischer Bereitschaftsdienst organisiert, werden die Pädiater aus dem allgemeinen Bereitschaftsdienst befreit, müssen dann aber am pädiatrischen Bereitschaftsdienst teilnehmen.

Die Bezahlung erfolgt im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch die Krankenkassen. In einzelnen kassenärztlichen Vereinigungen werden Strukturzuschläge bezahlt. Auch gibt es regionale Sonderverträge mit Krankenkassen zur Verbesserung der Bereitschaftsdienstvergütung.

Der Grundbetrag ärztlicher Bereitschaftsdienst wird abhängig von der Versichertenzahl vor den Bestimmungen der Basisbeträge hausärztlich und fachärztlich gebildet. Daher zahlen beide Versorgungsbereiche zu gleichen Teilen

Neue Notfallziffern der KBV – herber Verlust für die Pädiater

Für die Abrechnung der Leistungen im Bereitschaftsdienst legt der Bewertungsausschuss (KBV –

Kassen) im EBM Gebührenordnungspositionen fest. Seit 1.1.2015 gilt die GOP 01210 (Tagespauschale) und die GOP 01212 (20,03 €) (Nacht-/Wochenend- u. Feiertagspauschale). Zusätzlich wurde der Hausbesuch im Bereitschaftsdienst deutlich aufgewertet und ist jetzt mit der GOP 01218 79,91 € abzurechnen. Da sich diese Änderung sehr zuungunsten der überwiegend in Bereitschaftspraxen tätigen Kinder- und Jugendärzte auswirkt, muss bei der KBV immer wieder eine Änderung angemahnt werden. Ein Honorarverlust von 25% im Bereitschaftsdienst ist völlig inakzeptabel

Es können aber auch regionale Besonderheiten (Stundenlohn, Mindestumsatz) fixiert werden. Diese alternativen Modelle müssen jeweils vor dem Hintergrund der lokalen Gegebenheiten beurteilt werden. So ist es beispielsweise zweifelhaft, ob die Bezahlung über einen Stundenlohn ohne Bezug zum EBM überhaupt rechtlich möglich ist.

Um eine Änderung der für viele Kinder- und Jugendärzte enttäuschenden Honorarverluste zu erreichen, ist die eine Stellschraube also immer in der Landes-KV zu suchen. Hier müssen über unsere Vertreter in den beratenden Fachausschüssen und den pädiatrischen Vertretern in den Vertreterversammlungen Proteste eingebracht werden. In vielen Bundesländern ist das bereits der Fall.

Angesichts dieser Verschlechterung der Honorierung werden Stimmen laut, die eine Auflösung der pädiatrischen Bereitschaftsdienste fordern. Dann müssen alle Kinder- und Jugendärzte wieder am allgemeinen Bereitschaftsdienst mit Versorgung auch der Erwachsenen und Senioren entsprechend den lokalen Gegebenheiten, aber auch mit Hausbesuchen, teilnehmen. Die jährliche Dienstbelastung wäre dann aber in jedem Fall deutlich geringer. In manchen Gegenden gibt es für den allgemeinen Bereitschaftsdienst einen Vertreterpool, damit die entsprechenden allgemeinen Bereitschaftsdienste abgegeben werden können.

Pädiatrische Bereitschaftsdienste dringend notwendig

Vor der Auflösung einer pädiatrischen Bereitschaftsgruppe sollte immer eine Abstimmung der jeweiligen Gruppe erfolgen, bevor ein Antrag an die KV gestellt wird. Ein Ausscheren Einzelner aus dem organisierten Bereitschaftsdienst ist rechtlich nicht möglich. Ob al-

leine das Faktum, dass die Dienstbelastung in pädiatrischen Bereitschaftsdienstgruppen deutlich höher ist, ausreicht, gegen einen derartigen Dienst juristisch vorzugehen, sei dahingestellt. Man muss auch bedenken, dass das Bestehen eines fachspezifischen Bereitschaftsdienstes auch für Praxismachfolger attraktiv ist und unter anderem ein Hauptkriterium für die Auswahl der Niederlassungsregion ist.

Ich halte weiterhin pädiatrische Bereitschaftsdienste für dringend notwendig, sehe aber durch die überproportionale Absenkung der Honorare, aus denen dann noch die entsprechenden Unkosten wie Personal

am Wochenende und Raumkosten bestritten werden müssen, gerade diese Dienste gefährdet. Bereits jetzt haben freiwillige pädiatrische Dienstgruppen diese zusätzliche Versorgung beendet, da sie finanziell mit den geänderten Honoraren nicht mehr tragbar waren. Eine bereits praktizierte Alternative sind solidarisch von der KV betriebene und finanzierte und Klinik gestützte pädiatrische Bereitschaftspraxen.

Dr. Roland Ulmer
dr.roland.ulmer@t-online.de

Red.: Kup

PraxisApp: Individuelle Ansprache von chronisch kranken Patienten



PraxisApp Mein Kinder- und Jugendarzt

Die neue PraxisApp – exklusiv für BVKJ-Mitglieder mit Eintrag im Ärzteverzeichnis von www.kinderaerzte-im-netz.de

Mit der neuen PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ lassen sich Patienten mit Asthma, ADHS oder anderen chronischen Erkrankungen gezielt ansprechen. Insbesondere bei Patienten, die regelmäßig – z.B. im Rahmen des DMP-Asthma – zum Arzt müssen, kann die neue PraxisApp die Arbeit

in der Praxis erleichtern. „Alle Patienten, die bei uns in der Praxis sind, werden über den neuen Service informiert und aktiv darauf angesprochen, die neue App auf ihrem Smartphone zu installieren. In der Online-Verwaltung der PraxisApp vergeben wir an jeden Patienten Merk-

male, so dass wir gezielt z.B. alle Risiko-Patienten im Herbst zur Grippeimpfung einladen können. Auch unseren ADHS-Patienten oder den Kindern und Jugendlichen mit Asthma – bzw. deren Eltern – können wir individuell Nachrichten schicken, beispielsweise wenn sie an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnehmen. Ziel ist es, den Großteil unserer Patienten zukünftig schnell und direkt via Smartphone erreichen zu können und so die vielen Telefonate aus und in die Praxis deutlich zu reduzieren“, erläutert Götz Gnielka, Kinder- und Jugendarzt aus Emden.

Patienten nehmen neuen Dienst sehr gut an

Das neue Kommunikationsangebot des BVKJ wird von den Patienten in den pädiatrischen Praxen sehr gut angenommen. „Innerhalb von kurzer Zeit haben sich schon mehrere hundert Patienten unsere neue Praxis-App heruntergeladen. Das zeigt, dass junge Eltern und auch Jugendliche, die schon eigene Smartphones haben, sehr gerne diesen neuen direkten Kommunikationsweg ihres Arztes annehmen. Gerade in Stoßzeiten mit vollen Wartezimmern können wir nun Patienten schnell über mögliche Wartezeiten informieren und sie z.B. via App erst kurz vor dem Termin informieren, dass sie nun in die Praxis kommen können. Das erspart ihnen lange Wartezeiten und uns ein übervolles Wartezimmer“, berichtet Gnielka von den ersten Erfahrungen aus der Praxis. Diese wichtigen Rückmeldungen aus den Praxen werden auch in der Weiterentwicklung der PraxisApp umgesetzt. So wird es in Kürze auch möglich sein, Rezeptbestellungen via App an die Praxis zu schicken, sofern Pädiater diesen Service ihren Patienten anbieten möchten.

Kontakt und Onlineanmeldung:

Monks Ärzte im Netz GmbH
Evelyne Bob
Tegernseer Landstraße 138, 81539 München
Fon: +49 - 89 - 64 24 82 - 23
Fax: +49 - 89 - 64 20 95 - 29
E-Mail: e.bob@monks.de
sapp

Red.: Kup



Pressesprechertreffen 2015

Wehmut und Weitermachen

Vor genau 17 Jahren fand zum ersten Mal ein Seminartreffen zur Schulung der neuen Landespressesprecher statt. Ziel: die Etablierung der Kinder- und Jugendärzte in der Öffentlichkeit als kompetente Ansprechpartner in allen wichtigen Bereichen, die Kinder und Jugendliche betreffen.

Dieses Ziel ist schon seit vielen Jahren erreicht, aber kein Grund, sich zufrieden zurück zu legen – schon allein, weil immer wieder neue Pressesprecherinnen und Pressesprecher in die Runde nachrücken, aber auch weil Geübtes aufgefrischt werden muss und weil sich auch die Medienlandschaft und damit auch die Regeln der Pressearbeit fortlaufend ändern.

Deshalb trafen sich auch dieses Jahr im Februar zwölf Pressesprecherinnen und Pressesprecher im hessischen Friedewald, um sich in einem dichten Arbeitsprogramm, angeleitet von den Journalisten Regine Hauch und Raimund Schmid, vor Kamera und Mikrofon zu üben und das Verfassen von Pressemitteilungen zu trainieren.

Zum Auftakt gab es ein Einführungsreferat zum Thema Lobbyarbeit von Kathrin Jackel-Neusser, der Referentin für politische Kontakte und Öffentlichkeitsarbeit der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ). Notwendig oder nicht notwendig, gut oder böse oder vielleicht sogar verwerflich? Die Diskussion zu diesem Thema war lang und engagiert und es bestand Einigkeit, dass Lobbyarbeit im Sinne von Aufklärungsarbeit notwendig und sinnvoll ist.



Der Rest der Zeit wurde geübt: Textverfassen, gute und griffige Überschriften finden, und die Arbeit vor der Kamera zeigte nicht nur den Neulingen unter den Pressesprechern, worauf es ankommt.

Und es mischte sich etwas Wehmut unter das diesjährige Treffen, denn es war das Letzte von Uli Fegeler organisierte und geleitete Treffen. Uli beendet seine Tätigkeit als Bundespressesprecher im Herbst mit dem Ende der Präsidentschaft Hartmann. Gewürdigt wurde das am Abend mit fiktiven Interviews über und mit Uli Fegeler, verfasst von Raimund Schmid. Im Schwäbischen, dem sich der Verfasser dieses Artikels sehr verbunden fühlt, ist man mit Lob sehr zurückhaltend; im Falle von Uli muss diese Regel außer Kraft

treten, denn was Uli mit seiner Art der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit für den Verband bewirkt hat, ist gar nicht hoch genug einzuschätzen! Standing ovation für Uli durch seine Kolleginnen und Kollegen!

Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne: alles Gute für den designierten Nachfolger als Bundespressesprecher, Josef Kahl aus Düsseldorf!

Michael Mühlischlegel

Anmerkung der Redaktion:

Auch der Autor des oben stehenden Beitrags verlässt die Pressesprecherrunde nach 17 Jahren unermüdlicher Pressearbeit. Er wird schon heute vorausseilend sehr vermisst.

Red.: ReH

Sprung in die Praxis

Wie schon im letzten Jahr fand auch dieses Jahr im Februar ein bayernweiter Workshop „Sprung in die Praxis“ statt. Das anspruchsvolle Vorhaben: ein Tag in einer Praxis, gestaltet von niedergelassenen Pädiatern für junge Kolleg/innen, mit konkreten, sinnvollen Informationen über die rechtlichen, betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Anforderungen einer Praxistätigkeit.

In lockerer Atmosphäre gab es mehrere Kurzreferate zu Möglichkeiten der gemeinsamen Berufsausübung, der Arbeitsbelastung, zur Abrechnung, zur Zusammenarbeit mit den Krankenkassen usw. – immer mit persönlichen Erfahrungen des Vortragenden gespickt. Die Teilnehmerzahl war auf 25 Personen begrenzt, um eine möglichst persönliche Atmosphäre herzustellen und genug Zeit für Fragen zu haben.

Das Feedback gab unserem Konzept recht: Die Veranstaltung wurde insgesamt mit 1,2 beurteilt und hat sowohl Teilnehmern als auch Vortragenden viel Spaß gemacht. Großer Dank an das Organisationsteam Dres. Brunnhölzl, Fendel, Gloning, Haus, Schoof und Weissenrieder und an die BVKJ-Geschäftsstelle für die Unterstützung.

Mit dem „Sprung in die Praxis“ steht ein inzwischen zweimal erprobtes Workshop-Konzept zur Verfügung, um bundesweit junge Kolleg/innen vor Ort für die Tätigkeit in der pädiatrischen Praxis zu begeistern.

Alle Vorträge werden auf Nachfrage gerne zur Verfügung gestellt, ebenso wie Informationen zur zeitlichen und finanziellen Planung. Bei Interesse bitte an die Geschäftsstelle oder an johannaharris@hotmail.com wenden.

Red.: ReH



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

WAHLAUFRUF FÜR DEN LANDESVERBAND RHEINLAND-PFALZ

Termingerecht findet im April 2015 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer sowie der Ersatzdelegierten statt.

Die Wahl wird durchgeführt am

Datum: 18.04.2015 um 17.00 Uhr
Adresse: Fachhochschule Worms
Erenburgerstraße 19, 67549 Worms

im Rahmen der 27. Pädiatrie zum Anfassan des Landesverbandes Rheinland-Pfalz, zu der zu gegebener Zeit schriftlich eingeladen wird.

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

Dr. Lothar Maurer, Frankenthal
Landesverbandsvorsitzender

Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

WAHLAUFRUF FÜR DEN LANDESVERBAND BRANDENBURG

Termingerecht findet vom **25.05.** bis **15.06.2015** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer sowie der Ersatzdelegierten statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **15.06.2015** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dipl.-Med. Detlef Reichel
Landesverbandsvorsitzender

DAKJ fordert: Vollständiger Impfschutz als Voraussetzung für den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche

Die Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) hat im März 2015 als Reaktion auf die Masernausbrüche ihre Stellungnahme zum Impfschutz aktualisiert. Sie übernimmt die 10 Jahre alte Forderung des BVKJ, die Aufnahme von Kindern in Krippen, Kindergärten und Schulen von einem kompletten nach STIKO-Empfehlungen durchgeführten Impfschutz abhängig zu machen. 2006 wurde diese Forderung vom deutschen Ärztetag übernommen. Bei Bund und Ländern seien bis zum aktuellen Masernausbruch in Berlin keine ernstzunehmenden Initiativen zu erkennen gewesen, diese Forderungen umzusetzen. Daher möchte die DAKJ jetzt die Politik und die zuständigen Stellen erneut zum Handeln ermuntern. Nachfolgend drucken wir den vollständigen Text der Stellungnahme.

Impfungen gehören zu den wichtigsten Maßnahmen der primären Prävention von Infektionskrankheiten.

In Gemeinschaftseinrichtungen wie Kinderkrippe, Kindergarten oder Schule wird die Übertragung von Infektionskrankheiten durch die dort unvermeidbaren engen Kontakte begünstigt. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte hat bereits im Juni 2005 auf dem 35. Kinder- und Jugendärztetag in Berlin die Bundesländer aufgefordert, die Aufnahme von Kindern in Krippen, Kindergärten und Schulen von einem kompletten nach STIKO-Empfehlungen durchgeführten Impfschutz abhängig zu machen [1]. 2006 wurde diese Forderung vom deutschen Ärztetag übernommen [2]. Regionale Ausbrüche von Maserninfektionen, 2006 in Nordrhein-Westfalen [3,4] und Niederbayern [5] 2007/2008 in der Schweiz [6] mit Ausbreitung nach Baden-Württemberg [7], sowie die Masernausbrüche in Deutschland, in der Schweiz und in Österreich 2008 [8] gaben Anlass zu dieser Stellungnahme unserer Kommission im Jahr 2009. Trotz dieser Aufforderungen und obwohl es auch 2011 und 2013 zu Masernausbrüchen mit hohen Erkrankungsraten kam [9], waren bei Bund und Ländern bisher keine ernstzunehmenden Initiativen zu erkennen, diese Forderungen umzusetzen.

Der aktuelle Masernausbruch in Berlin und die öffentlichen Reaktionen belegen, dass dieses Thema weiterhin aktuell bleibt. Die Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin möchte daher die Forderungen erneut ins Bewusstsein rufen und die Politik und die zuständigen Stellen zum Handeln ermuntern. Durch Impfungen konnten bedrohliche Infektionskrankheiten wie Diphtherie, Poliomyelitis, Keuchhusten und Masern weltweit zurückgedrängt oder wie die Pocken bereits ausgelöscht werden. Die heute ver-



Foto: © Photographeeen - Fotolia.com

fügbaren Impfstoffe sind effektiv und gut verträglich. Durch Unterbrechung der Infektionskette tragen Impfungen zum Schutz Nichtgeimpfter bei (Herdenprotektion). Die meisten impfpräventablen Infektionskrankheiten werden als Tröpfchen- oder Schmierinfektion übertragen. Sie treten häufig schon im Säuglingsalter auf und können zu schwerwiegenden Komplikationen führen. Impfungen werden daher zum frühestmöglichen Erreichen eines

Impfschutzes bereits im Säuglings- und Kleinkindesalter empfohlen, in Deutschland durch die Ständige Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut.

Besucht ein ungeimpftes Kind eine Gemeinschaftseinrichtung, besteht einerseits für dieses Kind selbst das Risiko, sich dort eine impfpräventable Krankheit zuzuziehen, andererseits besteht die Gefahr, dass dieses Kind andere ungeschützte Kinder ansteckt. Darüber hinaus sind insbesondere Kinder gefährdet, die aufgrund von Kontraindikationen, z.B. bei angeborenem Immundefekt oder immunsuppressiver Therapie, nicht geimpft werden können und für ihren Schutz auf Herdenprotektion angewiesen sind. Gefährdet sind aber auch junge und daher nach STIKO-Empfehlungen noch unvollständig geimpfte Kinder im ersten und zweiten Lebensjahr. Mit dem verstärkten Ausbau der institutionellen Krippenbetreuung nimmt der Anteil dieser Altersgruppe in Gemeinschaftseinrichtungen stark zu. Sowohl bei diesen jungen Kindern als auch bei Kindern, bei denen Kontraindikationen zum Impfen bestehen, ist ein erhöhtes Risiko eines schweren, ggf. tödlichen Krankheitsverlaufs oder eines bleibenden Gesundheitsschadens beim Durchmachen der Erkrankung gegeben.



Foto: © Sergey Novikov - Fotolia.com

Untersuchungen in Deutschland zeigen, dass Kinder oft nicht zeitgerecht, sondern deutlich später als von der STIKO empfohlen, geimpft werden [10, 11]. Daher sind viele Kinder noch ungeschützt, wenn sie nach STIKO-Empfehlungen bereits geimpft sein sollten. Andere Kinder erhalten empfohlene Impfungen überhaupt nicht. Masernausbrüche in Gemeinschaftseinrichtungen haben wiederholt gezeigt, dass durch ungeimpfte Kinder eine rasche Ausbreitung in der Bevölkerung erfolgte und viele ungeschützte Menschen schwer erkrankten [3].

Die Sorge um einen frühzeitigen und vollständigen Impfschutz liegt in der Verantwortung von Staat, öffentlichen Einrichtungen, betreuenden Ärzten und Eltern.

Die Bundesrepublik Deutschland hat die UNO-Konvention zum Schutz der Kinder sowie das Zusatzprotokoll der Sondertagung der UNO aus dem Jahre 2002 ratifiziert [12,13]. In Artikel 24 erkennen die Vertragsstaaten das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an mit der Verpflichtung, sich zu bemühen „dass alle Kinder die notwendige ärztliche Hilfe und Gesundheitsfürsorge erhalten“. Im Zusatzprotokoll wird den Kindern „das Recht auf Impfung gegen verhütbare Krankheiten“ und die Durchführung der Routine-Impfungen konkret zuerkannt, „um das Recht der Kinder auf Gesundheit“ zu gewährleisten.

Impfungen werden in Deutschland auf freiwilliger Basis durchgeführt. Die von der STIKO empfohlenen Impfungen werden in der Regel von den Bundesländern nach § 20 (3) des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) öffentlich empfohlen [13]. Damit garantiert der Staat rentengleiche Versorgungsleistungen für mögliche Gesundheitsschäden aufgrund empfohlener Impfungen. Das Bundesministerium für Gesundheit ist nach § 20 (6) IfSG ermächtigt, nach Zustimmung durch den Bundesrat bei bedrohlichen Krankheiten eine Impfpflicht einzuführen, indem es anordnet „dass bedrohte Teile der Bevölkerung an Schutzimpfungen oder anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe teilzunehmen haben, wenn eine übertragbare Krankheit mit klinisch schweren Verlaufsformen auftritt und mit ihrer epidemischen Verbreitung zu rechnen ist.“

Nach § 34 (10) IfSG haben Gemeinschaftseinrichtungen und Gesundheitsämter die Pflicht, Eltern über einen ausreichenden Impfschutz ihrer Kinder - gemäß den aktuellen STIKO-Empfehlungen - und über die Verhinderung übertragbarer Krankheiten aufzuklären.

Ärztinnen und Ärzte sind nach dem Urteil des Bundesgerichtshofes von 15.2.2000 verpflichtet, im Rahmen des Behandlungsvertrages und ihrer Sorgfaltspflicht den Patienten auch über präventive Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit aufzuklären [15]. Dies gilt auch für Impfungen. Dabei sind Vor- und Nachteile der Impfung auf Basis des aktuellen Wissens zu erläutern. Die STIKO-Empfehlungen sind nach diesem Urteil „medizinischer Standard“. Die Aufklärung über mögliche, auch seltene Nebenwirkungen der Impfung (aber auch mögliche Schäden durch die Erkrankung bei Ablehnung der Impfung) ist verpflichtend. Die ärztliche Aufklärung und die Entscheidung der Eltern sind zu dokumentieren. Werden diese Vorgaben nicht umgesetzt und treten Folgen durch unterlassene oder falsche Informationen auf, drohen berufs-, haftungs- und/oder strafrechtliche Konsequenzen. Der 109. Deutsche Ärztetag 2006 in Magdeburg hat die Ärztekammern zur Prüfung aufgefordert, ob gegen Ärzte, die sich explizit und wiederholt gegen empfohlene Schutzimpfungen nach §20 (3) des Infektionsschutzgesetzes aussprechen, berufsrechtliche Schritte eingeleitet werden können, da sie mit ihrem Verhalten gegen das Gebot der ärztlichen Sorgfalts- und Qualitätssicherungspflicht verstoßen [16].

Eltern haben nach § 1626 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) die Pflicht und das Recht, für das minderjährige Kind zu sorgen (elterliche Sorge) [17]. Die Personensorge umfasst nach § 1631 BGB (1) insbesondere die Pflicht und das Recht, das Kind zu pflegen, zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen. Auch Entscheidungen über medizinische Fragen (Arztbesuche, Operationen, medizinische Behandlungen) gehören dazu. Grundsätzlich muss die elterliche Sorge zum Wohl des Kindes ausgeübt werden.

Bei Gefährdung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohles des Kindes wegen mangelnder elterlicher Sorge muss das Familiengericht Maßnahmen zur Abwendung der Gefahr treffen, damit öffentliche Hilfen wie z.B. Leistungen der Gesundheitsfürsorge in Anspruch genommen werden. Bei Gegenüberstellung der Rechte der Eltern und des Wohles des Kindes sind diese Rechtsgüter nicht gleichrangig, sondern das Wohl des Kindes hat Vorrang.

Während der weit überwiegende Teil der Eltern seine Kinder durch Impfungen schützt, gibt es andere Eltern, die ihrem Kind aus ideologischen Gründen oder aus mangelnder Sorgfalt Impfungen vorenthalten.

Zwar stellen versäumte Impfungen allein nach derzeitiger Rechtsprechung keine Gefährdung des Kindeswohls dar, so dass Eltern auf der Basis des BGB und familiengerichtlicher Maßnahmen nicht zur Durchführung von Impfungen verpflichtet werden können. Allerdings gefährden Eltern, die ihrer elterlichen Sorge zum Impfen nicht nachkommen, nicht nur die Gesundheit des eigenen Kindes, sondern auch anderer Menschen. Durch die Impfung ihres Kindes übernehmen Eltern Verantwortung für die Gesellschaft, indem sie dazu beitragen, den Impfschutz der Bevölkerung (Herdenprotektion) zu verbessern. Sie verhindern damit auch, dass erkrankte Kinder und Jugendliche Infektionen außerhalb der Einrichtung weiter verbreiten. Durch Impfungen vermeidbare Infektionskrankheiten wie z.B. Masern, Mumps und Varizellen führen auch jenseits der Kindheit und bei Immungeschwächten (z. B. Tumorpatienten unter Chemotherapie) oftmals zu schweren Krankheitsverläufen. Infektionskrankheiten wie Röteln und Varizellen gefährden die Gesundheit und das Leben ungeborener Kinder.

Stellungnahme der Kommission

Die UN-Kinderkonvention spricht jedem Kind das Recht auf Impfung gegen verhütbare Krankheiten zu. Die Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin will die Forderungen des deutschen Ärztetages und des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, die Aufnahme von Kindern in Krippen, Kindergärten und Schulen von einem kompletten nach STIKO-Empfehlungen durchgeführten Impfschutz (Standardimpfungen für Säuglinge und Kleinkinder und entsprechende Auffrischimpfungen) abhängig zu machen, erneut ins Bewusstsein bringen und die zuständigen staatlichen Stellen zum Handeln aufrufen,

aber auch auf Verantwortlichkeiten von Eltern und Ärzten hinweisen.

Die Kommission fordert

- die Bundesregierung auf, das Infektionsschutzgesetz dahingehend weiter zu entwickeln, dass der Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung nur dann zulässig ist, wenn Kinder und Jugendliche über einen altersgemäß vollständigen Impfschutz nach den Empfehlungen der STIKO verfügen, sofern keine Kontraindikationen bestehen,
- die Länder auf, zur Verbesserung des Impfschutzes in ihren Gesetzen zur institutionellen Betreuung in Kindertageseinrichtungen einheitliche Regelungen zur verbindlichen ärztlichen Überprüfung des Impfstatus und Hinwirken auf Komplettierung vor der Aufnahme sowie zur jeweils aktuellen Dokumentation des Impfschutzes in den Einrichtungen aufzunehmen,
- die Länder auf, die Aufklärung der Eltern über Infektionskrankheiten und altersgerechten Impfschutz nach § 34 Infektionsschutzgesetz flächendeckend und kontinuierlich umzusetzen, Eltern auf ihre Verantwortung hinzuweisen, die sie durch die Impfung des Kindes für ihr Kind und das Gemeinwohl übernehmen und auf eine konsequente Durchführung der Standardimpfungen hinzuwirken,
- die Landesärztekammern auf, den Beschluss des 109. Deutsche Ärztetages 2006 umzusetzen, und berufsrechtliche Schritte gegen Ärztinnen und Ärzte einzuleiten, die mit ihrem Verhalten gegen das Gebot der ärztlichen Sorgfalts- und Qualitätssicherungspflicht verstoßen,
- die Kassenärztlichen Vereinigungen auf, die Ärzte dazu anzuhalten, alle empfohlenen Impfungen auch bei Erwachsenen anzubieten (z.B. im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen), dafür auch die notwendigen Impfstoffe in ihren Praxen vorzuhalten sowie generell die konsequente Durchführung von Impfungen durch alle dazu fachlich befähigten Arztgruppen durch geeignete Impf- und Honorarvereinbarungen mit den Kostenträgern zu fördern.
- die Eltern auf, das Recht der elterlichen Sorge zum Wohl des Kindes auszuüben und ihr Kind durch Impfungen vor vermeidbaren schweren Infektionskrankheiten zu schützen.

Quelle mit Literatur:

www.dakj.de

Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der DAKJ:

Prof. Dr. Dr. P. Bartmann
 Prof. Dr. U. Heininger (Sprecher der Kommission)
 Prof. Dr. H. I. Huppertz
 Dr. M. Kinet
 Dr. R. Klein
 Prof. Dr. C. Korenke
 Prof. Dr. A. Müller

Red.: Kup

Aegidius-Haus AUF DER BULT – ein Zuhause auf Zeit für Kinder und Jugendliche mit schweren Behinderungen

Am 30. September 2014 wurde das Aegidius-Haus AUF DER BULT von Niedersachsens Sozialministerin Cornelia Rundt und Hannovers Oberbürgermeister Stefan Schostok offiziell eröffnet. Seit Oktober werden dort Pflegeplätze für zwölf Kinder und Jugendliche mit schweren Behinderungen angeboten. Als Zuhause auf Zeit soll dieses Angebot die Familien entlasten und die Versorgung der Kinder in der Familie langfristig sichern. Es handelt sich um ein in Niedersachsen einmaliges und überregionales Modellprojekt, das vom Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT über zehn Jahre entwickelt wurde. Die langfristige Förderung durch das Sozialministerium (3,05 Mill. € über zehn Jahre) und Spenden des Lions Clubs Hannover Aegidius in Höhe von 1,2 Mill. € waren entscheidend für die Realisierung dieses Modellprojektes.



Pflege dieser Kinder und Jugendlichen verlangt von ihren Familien erhebliche körperliche und seelische Kräfte. Stress, Schlafmangel und Erkrankungen sind häufig Folge dieser chronischen Belastungen. Nicht selten zerbrechen die Familien unter diesen Bedingungen. Deshalb soll das Aegidius-Haus AUF DER BULT den Kindern und ihren Familien eine vorübergehende Entlastung bieten. Die Familien sollen in ihrem Zusammenhalt gestärkt werden, um ihren Kindern optimale Entwicklungsmöglichkeiten bieten zu können. Denn die Familie ist immer der beste Ort für die Entwicklung und Förderung schwerbehinderter Kinder.

Was wird im Aegidius-Haus AUF DER BULT geboten?

Hoch qualifizierte Pflege, spezielle Therapien und pädagogische Förderung definieren das Versorgungsspektrum. Entspannung im Snoozle-Raum, tiergestützte Therapie im großen Park und vielfältige Gruppenerlebnisse wie z. B. gemeinsames Kochen zählen zu den besonderen Versorgungsangeboten.

Von wem werden die Kinder versorgt?

Das Motto des Aegidius-Hauses AUF DER BULT lautet: „So viel Ent-

spannung und Geborgenheit wie möglich und so viel Medizin wie nötig.“ So umfasst das Personal zu gleichen Teilen speziell geschultes Pflegepersonal und Heilerziehungspfleger und zusätzlich Sonderpädagogen, damit auch die schulische Förderung der Kinder fortgeführt werden kann. Aus dem benachbarten Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT und dem Sozialpädiatrischen Zentrum kommen bei Bedarf Kinderneurologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden. Insbesondere die unmittelbare Nachbarschaft zum Kinderkrankenhaus AUF DER BULT garantiert ein Höchstmaß an medizinischer Sicherheit bei Notfallsituationen (wie z. B. Atemstörungen oder epileptischen Anfällen).

Neben den hauptberuflichen Angestellten stellt der Betreuungs- und Begleitdienst „Regenbogen“ der Johanniter Hilfsgemeinschaft ehren-

amtliche Mitarbeiter zur Verfügung, die sich zusätzlich regelmäßig um die Kindern kümmern.

Wie lange ist der Aufenthalt der Kinder im Aegidius-Haus AUF DER BULT?

Der Aufenthalt im Aegidius-Haus AUF DER BULT kann zwischen einer und drei Wochen variieren. Wiederholte Aufenthalte über längere Zeiträume sind wünschenswert, um eine vertrauensvolle Bindung zu den Kindern und ihren Familien aufzubauen.

Wie wird die Versorgung im Aegidius-Haus AUF DER BULT finanziert?

Die Kosten des Aufenthaltes werden durch die Pflegekassen (Kurzzeitpflege), die Krankenkassen und einen pflegestufenabhän-

gigen Zuschuss des Landes Niedersachsen getragen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 25,00 € pro Tag tragen die Eltern selbst.

Kontakt und weitere Informationen:

Aegidius-Haus AUF DER BULT
gGmbH
Janusz-Korczak-Allee 12
30173 Hannover
Tel.: 0511-899 73 744
Fax: 0511-899 73 743
www.aegidius-haus.de
verwaltung.aegidius-haus@hka.de
Prof.Dr. Hans-Jürgen Christen
Chefarzt, Abt. Kinderneurologie
Kinder- und Jugendkrankenhaus
AUF DEDR BULT
Dr. Marion Hillmer
Geschäftsführerin
Aegidius-Haus AUF DER BULT
Red.: ReH

Frühe Traumata und Schmerzen hinterlassen Spuren

Rituelle Beschneidung und Autismus



Dr. Christoph
Kupferschmid

Seit Andrew Wakefield 1998 seinen ebenso Aufsehen erregenden wie falschen Bericht über den Zusammenhang der MMR-Impfung mit Autismus veröffentlicht hat, sind wir bei solchen Assoziationen misstrauisch. Nun publizierte der dänische Epidemiologe Morten Frisch zusammen mit dem Sexualforscher Jacom Simonsen, dass beschnittene Jungen ein 46-62% höheres Risiko haben, vor ihrem 10. Geburtstag eine Autismusspektrumsstörung (ASD) zu entwickeln, als unbeschnittene. Besonders hoch sei das Risiko bis zum Alter von fünf Jahren. Die Häufung sei unabhängig vom kulturellen Hintergrund. Unerwarteter Nebenfund der Studie waren häufigere Aktivitätsstörungen bei beschnittenen Jungen aus Nicht-Muslim Familien.

Frischs Datenbasis waren jedoch nicht nur einige wenige Patienten, wie bei Wakefield. Die Studie war auch nicht gesponsert. Die Publikation stützt sich auf die Auswertung einer Kohorte von 342.877 Jungen aus dem nationalen dänischen Register, die zwischen 1994 und 2003 geboren sind und verfolgt diese neun Jahre, maximal bis 2013 nach. Alle Kinder, die in Dänemark geboren werden, sind in diesem Register erfasst. Über ihre 10-stellige Identifikationsnummer können sozioökonomische und relevante gesundheitliche Daten abgefragt

werden, auch die prä- und perinatalen Umstände. ASD werden in den staatlichen Krankenversicherungen in Dänemark seit 1995 erfasst. Im nationalen Patientenregister werden alle Operationen kodiert. Insgesamt wurden 4986 Jungen mit einer Störung aus dem Autismus Spektrum identifiziert. Bei den Fünfjährigen waren proportional etwa doppelt so viele Betroffene beschnitten (HR 2,06; 95% CI: 1,36-3,13). Unter den 10 Jahre alten fanden sich knapp 1,5 Mal so viele Beschnittene (HR 1,46; 95% CI: 1,11-2,96). Bei den Schwestern der Betroffenen fanden die Autoren kein erhöhtes ASD Risiko. Die Daten waren bezüglich Schwangerschaftsrisiken, Gestationsalter und Geburtsgewicht bereinigt. Ein erhöhtes ASD Risiko wurde auch bei Frühgeborenen festgestellt und bei Kindern, die durch Kaiserschnitt geboren wurden.

Frühes Trauma – frühe ASD

Mit aller Vorsicht interpretiert könnten Frischs Ergebnisse erklären, weshalb ASD in westlichen Staaten mit höherer Zirkumzisionsrate, beispielsweise den USA, höher ist als in Ländern mit geringer Beschneidungshäufigkeit. In USA ist die Prävalenz von ASD der seltener beschnittenen „Hispanics“ um etwa 30% kleiner als bei der übrigen weißen Bevölkerung. Wenn Schmerzen

und Stress bei der Beschneidung einen Zusammenhang mit ASD haben, könnte man in Ländern, in denen früh beschnitten wird, erwarten, dass ASD früher diagnostiziert wird. Tatsächlich ist das Durchschnittsalter bei ASD Diagnose in Israel 39 Monate, in England dagegen 66 Monate. Auch der Umstand, dass eine Beschneidung in der Neugeborenenzeit im Durchschnitt mit schlechterer Betäubung durchgeführt wird, als bei älteren Jungen, könnte als Erklärung für die höhere Inzidenz von ASD bei jungen Kindern dienen.

Die negativen psychologischen Folgen von Schmerz und Stresserfahrungen bei Operationen in der frühen Kindheit wurden bereits vor über 70 Jahren beschrieben und seither vielfach bestätigt. Neueste Studien zeigen, dass Stress- und Gewalterfahrungen in der Kindheit das Epigenom und damit auch zukünftige Generationen beeinflussen können. Sicher ist auf diesem Feld noch viel Forschungsarbeit nötig. Aber auch viel Vorsicht bei der Indikation von Eingriffen, die Kinder als traumatisch oder als schmerzhaft empfinden.

Quelle

Morten Frisch and Jacob Simonsen: Ritual circumcision and risk of autism spectrum disorder in 0- to 9-year-old boys: national cohort study in Denmark. Journal of the Royal Society of Medicine; 0(0) 1-14 DOI: 10.1177/0141076814565942

Red.: Kup

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

Die Justitiare des BVKJ e.V., die **Kanzlei Dr. Möller und Partner**, stehen an **jedem 1. und 3. Donnerstag** eines Monats **von 17.00 bis 19.00 Uhr** unter der Telefonnummer **0211 / 758 488-14** für telefonische Beratungen zur Berufsausübung zur Verfügung.



Fortbildungstermine

bvkj.

 Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

April 2015

18. April 2015

38. Pädiatrtreff 2015

 des BVKJ, LV Nordrhein, Köln
und

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

 Auskunft: www.paediatrtreff.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. Burkhard Lawrenz, Auskunft: ④

25. April 2015

Patientenorientierte Selbsterfahrung, Essen, Info: dr.kohns@t-online.de

Mai 2015

20.05.2015

„Immer etwas Neues“ 2015

 Update für das gesamte Praxisteam
Neu-Isenburg

 Auskunft: Berufsverband der Kinder- und
Jugendärzte e. V.,
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
Tel: 0221-68909-26, Fax: 0221-68909-78
Email: Yvonne.rottlaender@uminfo.de

29.-30. Mai 2015

25. Pädiatrie zum Anfassen des LV Thü- ringen, 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
bvkj.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
bvkj.kongress@uminfo.de ①

Juli 2015

4. Juli 2015

Pädiatrie zum Anfassen

 des bvkj e.V., LV Baden-Württemberg,
und

Kongress PRAXISfieber-regio für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen in Karlsruhe

Tag.-Leiter: Dr. Christian Stock ③

29.07.2015

„Immer etwas Neues“ 2015

 Update für das gesamte Praxisteam
Fürth
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und
Jugendärzte e. V.,
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
Tel: 0221-68909-26, Fax: 0221-68909-78
Email: Yvonne.rottlaender@uminfo.de

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 Mer-
tens, 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,
(bvkj.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 Ju-
gendärzte e. V.
LV Bayern, in Bamberg
Tagungsleiter: Prof. Dr. C. P. Bauer,
Gaißach/München
Verantwortlich: Dr. Martin Lang, Bahn-
hofstr.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



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.

Veranstaltungsreihe „Immer etwas Neues“ 2015

- Update für das gesamte Praxisteam -

Themen: Selektivverträge – Amblyopiefrüherkennung – Abrechnung leicht gemacht
Protein – ein Schlüsselfaktor für gesundes Wachstum und Allergiemanagement –
Modediagnose ADHS: Wie sieht die Realität aus? – Aktuelles zu Influenza und Impfungen

- | | | | |
|----|--|-----|---|
| 1. | 20.05.2015
Neu-Isenburg, Holiday Inn | 6. | 23.09.2015
Erfurt, Victor's Residenz-Hotel |
| 2. | 29.07.2015
Fürth, Stadthalle Fürth | 7. | 30.09.2015
Hamburg, Hotel Lindner am Michel |
| 3. | 19.08.2015
Leverkusen, Forum Leverkusen | 8. | 21.10.2015
München, Konferenzzentrum |
| 4. | 09.09.2015
Berlin, VKU-Forum | 9. | 25.11.2015
Nürtingen, K3N Stadthalle Nürtingen |
| 5. | 16.09.2015
Verden, Niedersachsenhof | 10. | 02.12.2015
Münster, Stadthalle Hilstrup |

Programmversand: Die jeweiligen Programmflyer für die einzelnen Orte werden ca. 8 Wochen vor Veranstaltungsbeginn per Post an die Kinder- und Jugendarztpraxen im Einzugsgebiet der Landesverbände verschickt.

Anmeldegebühren:

Mitglied im BVKJ: Paketpreis nur für 1 Arzt und 1 MFA 45,- € (Frühbucherrabatt 40,-€),
Einzelperson 35,- € (Frühbucherrabatt 30,-€)
Nichtmitglied: Paketpreis nur für 1 Arzt und 1 MFA 65,-€ (Frühbucherrabatt 60,-€),
Einzelperson 45,-€ (Frühbucherrabatt 40,-€)

Veranstalter:

BVKJ e. V., Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
Tel: 0221-68909-26, Fax: 0221-68909-78, Email: Yvonne.rottlaender@uminfo.de

Wir danken



Für die Unterstützung
der Veranstaltungen!

Alle Informationen finden Sie auch auf unserer Internetseite www.bvkj.de



Geburtstage im Mai 2015

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Petra-Heike Heinicke, Stuttgart, am 01.05.
 Herr Dr. med. Peter Horst, Weil am Rhein, am 02.05.
 Frau Dr. med. Rotraut Stock, Bergheim, am 07.05.
 Herr Dr. med. Peter Löbel, Fulda, am 08.05.
 Herr Dr. med. Anton Grosshauser, Aumühle, am 09.05.
 Frau Dr. med. Hanna Wallenstein, Düsseldorf, am 10.05.
 Herr Dr. med. Klaus Vogel, Zornheim, am 12.05.
 Frau Dipl.-Med. Claudia Scharnefsky, Einbeck, am 12.05.
 Herr Dr. med., MPH. & TM. Rüdiger F.H. Braunwarth, Büdingen, am 13.05.
 Herr Michael Gaude-Wagener, Lüneburg, am 13.05.
 Herr Dr. med. Eckehart Derda, Leck, am 14.05.
 Herr PD Dr. med. Wolfgang Müller, Hof, am 17.05.
 Frau Dipl.-Med. Marietta Polleichtner, Berlin, am 20.05.
 Herr Dr. med. Heiner Mersmann, Rösrath, am 21.05.
 Frau Dipl.-Med. Ingrid Roth, Lehre, am 23.05.
 Frau Gerda Vonnahme-Bär, Wünnenberg, am 23.05.
 Frau Dr. med. Maria Miguletz, Ennepetal, am 23.05.
 Herr Dr. med. Gerhard Scharpf, Bad Friedrichshall, am 26.05.
 Herr Wulf Schwerdtfeger, Wiesbaden, am 26.05.
 Herr Jürgen Bachmann, Bremen, am 27.05.
 Frau Rosemarie Kandzia, Großenhain, am 27.05.
 Frau Brigitte Esser, Herzogenrath, am 29.05.
 Herr Dr. med. W.-Christian Püschel, Gießen, am 30.05.
 Frau Dr. med. Ingrid Husung, Weißensee, am 31.05.

70. Geburtstag

Frau OMR Dr. med. Beate Lenner, Schwäbisch Hall, am 04.05.
 Herr Dr. med. Frithjof Ruland, Bad Neuenahr-Ahrweiler, am 23.05.

75. Geburtstag

Herr Dr. med. Eckart König, Kronshagen, am 04.05.
 Herr Dr. med. Henner Redelstorff, Buchholz, am 07.05.
 Herr Dr. med. Hans-Jürgen Petermann, Altenburg, am 14.05.
 Frau MR Doz. Dr. med. habil. Jutta Hein, Ostseebad Wustrow, am 14.05.
 Frau Dr. med. Waltraud Harms, Berlin, am 17.05.
 Frau Dr. med. habil. Siegrun Korth-Schütz, Heidelberg, am 19.05.
 Frau Dr. med. Helga Zeißig, Chemnitz, am 21.05.
 Herr Dr. med. Helmut Preidel, Olching, am 25.05.
 Herr Dr. med. Hartmut Morgenroth, Ratingen, am 25.05.
 Herr Dr. med. Wolfram Kirmeß, Stolzenau, am 25.05.
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Leupold, Dresden, am 28.05.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Helga Wiedemann, Wangen, am 02.05.
 Frau SR Margarete Fruth, Windischholzhausen, am 04.05.
 Herr MR Dr. med. Manfred Lorenz, Dresden, am 06.05.
 Frau Dr. med. Karin Drewes, Osterholz-Scharmbeck, am 08.05.
 Herr Dr. med. Heinz Dieter Schumann, Rostock, am 12.05.
 Herr Dr. med. Helmut Outzen sen., Flensburg, am 12.05.
 Frau Dr. med. Lucienne Steinitz, Berlin, am 19.05.
 Frau Dr. med. Utta Recknagel, Limburgerhof, am 20.05.
 Herr Dr. med. Rolf Immelmann, Bad Oldesloe, am 22.05.
 Herr Dr. med. Wolfgang Wiesenhütter, Bad Kissingen, am 25.05.

81. Geburtstag

Herr Dr. med. Paul Wirtz, Meerbusch, am 03.05.
 Herr Dr. med. Youssef Toulimat, Asendorf, am 05.05.
 Herr SR Dr. med. Hans-R. Böhm, Eisenach, am 08.05.
 Frau Dr. med. Jutta Kaestner-Köhler, Walluf, am 29.05.

82. Geburtstag

Herr MR Dr. med. Udo Lohnke, Hoyerswerda, am 06.05.
 Herr Prof. Dr. med. Hermann Manzke, Hohwacht, am 13.05.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Charlotte Spindler, Pähnitz, am 07.05.
 Herr Dr. med. Hans-Joachim Bosch, Berlin, am 13.05.

84. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Horst Köditz, Magdeburg, am 06.05.
 Herr Prof. Dr. med. Burkhard Schneeweiß, Berlin, am 16.05.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Ruth Geiger, Uhdlingen-Mühlhofen, am 01.05.
 Herr Prof. Dr. med. Hans Helge, Berlin, am 10.05.
 Frau SR Dr. med. Renate Jehring, Dresden, am 16.05.
 Frau Dr. med. Elisabeth Claus, Schwäbisch Hall, am 27.05.
 Herr MR Dr. med. Rudolf Scholz, Fürstenwalde, am 28.05.

86. Geburtstag

Herr OMR Dr. med. Klaus Schröter, Chemnitz, am 16.05.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Grete Lüssem, Düsseldorf, am 01.05.
 Herr Dr. med. Werner Schmidt, Regensburg, am 28.05.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Rita Rozen-Simenauer, Mannheim, am 08.05.
 Herr Dr. med. Franz Hack, Andernach, am 12.05.

89. Geburtstag

Frau SR Dr. med. Fiera Mölder, Dessau, am 02.05.

92. Geburtstag

Frau Dr. med. Erika Kramer, Andernach, am 28.05.

93. Geburtstag

Frau Dr. med. Gertrud Piel, Memmingen, am 11.05.
 Frau Dr. med. Marianne Waniek, Ratingen, am 24.05.
 Herr Dr. med. Klaus Hedrich, Fürth, am 30.05.

94. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth von Laer, Bielefeld, am 11.05.
 Frau Dr. med. Inghild Westermann, Porta Westfalica, am 18.05.

95. Geburtstag

Herr Dr. med. Rolf-Joachim Candler, Wildeshausen, am 06.05.
 Herr Dr. med. Heinrich Wiggermann sen., Dortmund, am 28.05.

Wir trauern um:

Herrn Dr. Altfried Büchs, Mönchenglöblich,
 Herrn Dr. Ernst Peres, Koblenz
 Frau Dr. Bärbel Rickhey, Gelsenkirchen
 Frau Dr. Christiane Wimmer, March

Im Monat Februar durften wir 67 neue Mitglieder begrüßen.

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



Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Karin *Bohlender*
Frau Dr. med. Andrea *Denk*
Herrn Dr. med. Lars *Günther*
Frau Dr. med. Marie-Sophie *Ilse*
Frau Dr. med.
Anne Juliane *Törmer*



Hessen

Frau Dr. med. Irina *Köth*



Sachsen-Anhalt

Frau Kateryna *Renneberg*



Nordrhein

Frau Dr. med.
Anja *Kulka-Hamacher*



Westfalen-Lippe

Frau Emilia *Athanasiou*
Frau Irina *Kuschnir*



Bayern

Herrn Philipp *Zenk*



Rheinland-Pfalz

Frau Marina *Gurevich*



Berlin

Frau Dr. med. Andrea *Denk*
Frau Svenja *Hubmann*



Saarland

Frau Beate *Zapf*

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

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

dann wenden Sie sich bitte an die

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.,
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. (02 21) 68 90 90, Tfx. 02 21 / 68 32 04
E-Mail: bvkJ.buero@uminfo.de

Aufnahme in den „Zentralen Vertretungsnachweis“ – Bitte nehmen Sie mich als Mitglied mit folgenden Angaben auf:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ich suche einen Praxisnachfolger/Partner | <input type="checkbox"/> Ich suche eine Vertretung |
| <input type="checkbox"/> Ich suche einen Kollegen zur Mitarbeit/Jobsharing | <input type="checkbox"/> Ich nehme eine/n Weiterbildungsassistenten/in auf |
| Zeitraum: von _____ | bis _____ |

Unterkunft kann gestellt werden: ja nein

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich möchte in eine Praxis/Gemeinschaftspraxis einsteigen | <input type="checkbox"/> Ich möchte in einer Praxis mitarbeiten/Jobsharing |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte in einer Praxis vertreten | <input type="checkbox"/> Ich suche eine Weiterbildungsstelle |

Zeitraum: von _____ bis _____ in folgendem Raum _____

Sonstiges: _____

Persönliche Daten:

Vorname _____ Nachname _____

Straße _____ PLZ / Ort _____

E-Mail _____ Tel. / mobil _____

Datum _____ Unterschrift _____ Stempel _____

Höchste Zusatznutzen-Kategorie erstmals vergeben

G-BA bescheinigt Propranolol (Hemangiol®) „erheblichen Zusatznutzen“ beim infantilen Hämangiom

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat dem Wirkstoff Propranolol (Hemangiol®) einen „erheblichen Zusatznutzen“ bei der Behandlung von Säuglingen mit proliferativen infantilen Hämangiomen („Blutschwämmchen“) bescheinigt, die eine systemische Therapie benötigen. Basis dieser erstmals vergebenen höchstmöglichen Bewertung ist, dass Propranolol bei Patienten, bei denen die Gefahr von bleibenden Narben oder Entstellung besteht, gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie „abwartendes Vorgehen“ eine Heilung herbeiführen kann. In zwei weiteren Teilindikationen von Propranolol bei dieser Erkrankung sah der G-BA zudem einen Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Dies umfasst die Behandlung von Patienten mit lebens- oder funktionsbedrohendem Hämangiom bzw. Patienten mit ulzerierendem Hämangiom, das Schmerzen verursacht und/oder nicht auf einfache Wundpflegemaßnahmen anspricht.

Pierre Fabre ist hocherfreut, dass der G-BA in seinem Nutzenbeschluss die außerordentliche Bedeutung von Hemangiol® bei der Behandlung des infantilen Hämangioms gewürdigt hat, indem er erstmals die höchste Zusatznutzen-Kategorie ‚erheblich‘ attestierte“, sagte Dunja Pfeiffer, Leitung Market Access bei Pierre Fabre. „Dies ist gleichzeitig ein Erfolg unserer langjährigen Bemühungen, für den in dieser Indikation bestehenden dringenden medizinischen Bedarf, eine kindgerechte, wirksame und gut verträgliche Therapieoption zu entwickeln.“

Wie Professor Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA und Vorsitzender des Unterausschusses Arzneimittel, laut einer Pressemitteilung des G-BA ausführte, sei es gerade bei Kindern oft schwierig, aussagekräftige Studien durchzuführen, da derartige Interventionen rechtlich auf das absolut notwendige Maß zu begrenzen seien. Für die Gruppe der Kinder mit einem Hämangiom, bei dem die Gefahr von bleibenden Narben oder Entstellung besteht, hätte dem G-BA jedoch eine aussagekräftige vergleichende Studie zur Bewertung vorgelegen, was angesichts der bekannten Schwierigkeiten besonders bemerkenswert sei.

Sehr erfreulich war zudem, dass für die beiden anderen Teilindikationen von Hemangiol® ein nicht quantifizierbarer Zu-

satznutzen festgestellt wurde, auch wenn hier der Evidenzgrad geringer war, da bei diesen Säuglingen aus ethischen Gründen keine randomisierten klinischen Studien durchgeführt werden konnten.

Die Beschlüsse wurden von allen im G-BA vertretenen Interessengruppen mit Ausnahme der Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) getragen.

Hemangiol® ist erst das zweite Präparat, das eine Genehmigung für die pädiatrische Verwendung (Pediatric Use Marketing Authorisation, PUMA) erhielt und das erste, bei dem eine Bewertung durch den G-BA erfolgte. „Wir freuen uns, dass die Bewertung von Hemangiol® durch den G-BA und die EMA die besondere Zulassungssituation bei pädiatrischen Erkrankungen berücksichtigt hat“, so Pfeiffer. „Dies ist sowohl erfreulich im Hinblick auf die Versorgung von Kindern mit Arzneimitteln im Allgemeinen, als auch für Hämangiom-Patienten, für die bisher kein zugelassenes Medikament zur Verfügung stand.“

Über das infantile Hämangiom

Das infantile Hämangiom ist die häufigste Tumorart bei Säuglingen. 3–10 % aller Neugeborenen sind davon betroffen. Es handelt sich um einen Gefäßtumor, der in der Regel gutartig und durch die anomale Proliferation von endothelalem Gewebe gekennzeichnet ist. Die Läsionen sind bei

der Geburt meist noch nicht erkennbar, sondern zeigen sich in den ersten 4–6 Lebenswochen. Das infantile Hämangiom ist zwar gutartig, doch kommt es in etwa 12 % der Fälle zu Komplikationen, die vom Spezialisten behandelt werden müssen. Unter bestimmten Umständen kann ein Hämangiom sogar lebensbedrohlich werden oder bleibende Beeinträchtigungen hinterlassen. Dies kann dann vorkommen, wenn besonders sensible Bereiche betroffen sind (Region der Augen oder des HNO-Systems). Schmerzhaftes Geschwürbildung ist die häufigste Komplikation (mit einer Inzidenz von 16 %). Weitere wichtige Komplikationen sind Obstruktion der Atemwege, kardiales Risiko und Entstellung.

Weiterführende Informationen finden Sie auf der Website www.infantile-haemangiome.de

Über Hemangiol®

Hemangiol® (Propranolol-Base) ist eine pharmazeutische Form von Propranolol, die für die pädiatrische Indikation, für die sie entwickelt wurde, gezielt angepasst und geprüft wurde, um möglichst gute Bedingungen für die Anwendung und Verabreichung in dieser Patientenpopulation zu schaffen.

Nach Informationen von
Pierre Fabre GmbH, Freiburg

Erkrankungen der Atemwege

Auf natürlichem Weg gegen Reiz- und Krampfhusten

Bis zu zehn Atemwegsinfekte sind bei Kleinkindern in den ersten beiden Lebensjahren durchaus üblich. Vor allem in der kalten Jahreszeit treten Husten, Schnupfen und auch Halsschmerzen gehäuft auf und machen Kindern wie auch Eltern zu schaffen. Wie die Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin Dr. Dietgard Richter aus Solingen im Interview berichtet, ist der Erkältungshusten in den meisten Fällen durch einen viralen Infekt verursacht. Die Folge: quälender Reiz- und Krampfhusten.

Die Häufigkeit der Atemwegsinfekte steigt meist an, wenn die Kinder ab dem zweiten Lebensjahr in kinderbetreuenden Einrichtungen untergebracht sind und sich dort immer wieder anstecken. „Für die ganze Familie ist der Husten ein schlimmes Symptom – vor allem, wenn die Kinder nachts husten“, weiß die Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin Dr. Dietgard Richter aus Solingen. Die Eltern seien meist sehr besorgt, besonders die schon etwas „reiferen“ Eltern mit einem Einzelkind, so ihre Beobachtungen.

Gute Erfahrungen hat Richter nach eigenen Angaben mit Bronchobini®, einem neuen homöopathischen Kinderarzneimittel gemacht, das bei Kindern mit Erkältungshusten ab dem sechsten Monat verabreicht werden kann. „Ich wende es gerne bei Kindern mit Erkältungsbeschwerden an, die kein Antibiotikum und kein Spasmolytikum benötigen“, erklärt Richter. Gelegentlich habe sie auch schon Kinder, die jünger als sechs Monate sind, mit Bronchobini® behandelt. „Bei einem homöopathischen Medikament ist das durchaus vertretbar, weil keine Nebenwirkungen zu erwarten sind“, begründet Richter ihr Vorgehen.

Homöopathie genießt hohe Akzeptanz

Bei einem minderschweren Fall von Erkältungshusten, bei dem also durch Auskultation eine Bronchitis oder eine Lungenentzündung ausgeschlossen sind, müsse man nicht immer gleich zur „chemischen Keule“ greifen, meint Richter. Zumal die Atemwegsinfekte in den allermeisten Fällen ohnehin durch einen viralen Infekt verursacht sind und ein Antibiotikum dann kontraindiziert ist.

Die Gabe eines natürlichen Medikaments werde von Eltern, die mit ihrem schniefenden und hustenden Kind in die Praxis kommen, immer gut angenommen. „Die Homöopathie hat in der Bevölkerung eine hohe Akzeptanz“, sagt Richter. Und den Eltern sei auch klar, dass man bei dieser Form der Behandlung immer etwas Geduld braucht.

Bronchobini® trage dazu bei, dass sich die Hustenfrequenz und auch die Intensität des Hustens deutlich vermindern. „Wenn etwas nicht hilft, kommen die meisten Eltern schon nach drei Tagen wieder in die Praxis“, berichtet Richter. Bei dem natürlichen Arzneimittel sei das nicht so. „Nach einigen Tagen kann die ganze Familie wieder gut schlafen“ und die Eltern verzichten dann auch auf den Kontrolltermin. „Das zeigt mir, dass die Behandlung offenbar erfolgreich war“, erklärt Richter.

Arzneimittel speziell für Kinder

Bronchobini® stammt aus einer Reihe von vier Kinderarzneimitteln, die Heel im vergangenen Jahr unter dem Namen „Bambini Kinderarznei“ auf den Markt gebracht hat. In ihrer Praxis habe sie auch schon Erfahrungen mit Flatulini® gesammelt, das bei Säuglingen ab dem ersten Lebensstag bei Verdauungsbeschwerden wie Blähungen, Bauchkrämpfen und Übelkeit eingesetzt werden kann.

Säuglingen verabreiche sie das Kinderarzneimittel gerne auch über einen längeren Zeitraum von bis zu vier Wochen. „Die Kinder haben dann weniger Blähungen und schreien auch weniger. Und die Eltern haben das gute Gefühl, ihrem Kind was Gutes zu tun“, erläutert Richter. Dadurch verbessere sich die Interaktion, was zusätzlich dazu beitrage, dass das Kind ruhiger wird.



Wichtig: genaue Dosierung

Positiv beurteilt die Solinger Kinder- und Jugendärztin auch den Dosierspender, mit dessen Hilfe die Globuli einzeln entnommen werden. Die Handhabung sei einfach und genau. „Eine praktische Erfindung“, meint Richter.

Sie setze Flatulini® zum einen bei Kindern mit Dreimonatskoliken ein und bei Kindern, die wegen Blähungen viel schreien. Zum anderen bei Kindern im Kindergartenalter, „die immer mal wieder Bauchschmerzen haben“, berichtet Richter. „Nach meiner Erfahrung schlägt das bei etwa der Hälfte der Kinder gut an. Bei den anderen Kindern, die trotzdem weiterhin Bauchschmerzen haben, muss man dann nochmals nachschauen, was eventuell dahintersteckt“, erklärt Richter.

„Was mich bei beiden Präparaten so sicher macht, ist die Tatsache, dass es sich um homöopathische Arzneimittel handelt und ich nicht mit Nebenwirkungen rechnen muss“, sagt Richter.

HPV-Impfung ab 9 Jahren, mit flexiblerem Impfschema:

Kinderärzte impfen – Frauenärzte betreiben weiter Vorsorge

Mit der Herabsetzung des Impfalters verlagert sich die HPV-Impfung in den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin. Gynäkologen und Geburtshelfer plädierten bei ihrem Fortbildungskongress in Düsseldorf, die HPV-Impfung zur Prävention von Zervixkarzinomen weiter in gynäkologischen Praxen anzusprechen: Die Primärprävention von Neoplasien durch die Impfung steht im Vordergrund, ergänzt durch Vorsorgeuntersuchungen als Sekundärprävention.

Beim Düsseldorfer Fortbildungskongress der Frauenärztlichen Bundesakademie appellierten Gynäkologen und Infektionsmediziner, Mädchen und junge Frauen zu motivieren, die Chancen der HPV-Impfung zur Prävention von bestimmten Typen von Gebärmutterhalskrebs zu nutzen.¹ Prof. Christian Dannecker, Frauenklinik und Poliklinik der Universität München Innenstadt, betonte, dass sich HPV-Impfung und Krebsfrüherkennung ergänzen: „Die kumulative Sensitivität der zytologischen Krebsvorsorge ist sehr gut. Unsere gegenwärtige Vorsorge ist jedoch eine Sekundärprävention.“ Er rief seine Kolleginnen und Kollegen auf, ihre Rolle als langjährige Vertraute zu nutzen, und Mütter auch zur Impfung ihrer Töchter zu informieren: „Wenn sie Müttern von jungen Frauen empfehlen, ich würde meine Töchter impfen lassen, dann glauben die ihnen das.“

Idealer Impfzeitpunkt bei Pädiatern

In ihrer letzten Empfehlung hatte die STIKO (Ständige Impfkommission) für die HPV-Impfung eine Absenkung des Impfalters auf 9 bis 14 Jahre beschlossen.² Diese überarbeiteten Impfeempfehlungen wurden inzwischen in die Schutzimpfungsrichtlinie (SI-RL) übernommen.³ Dannecker erläuterte, dass die Impfung größtmöglichen Schutz verleiht, wenn vor ersten Kontakten mit humanen Papillomaviren geimpft wird:⁴ „Das ist die ideale Zielgruppe, wo wir auch die höchste Effektivität sehen.“ Mit der Absenkung des Impfalters werden Kinder- und Jugendärzte in ihrer Position als Impfarzte gestärkt: „Der ideale Zeitpunkt für die Impfung ist damit bei den Pädiatern.“

Wirksamkeit der HPV Impfung

Prof. Tino Schwarz, Julius-Spital Würzburg, fasste die aktuelle Datenlage zur Immunogenität und Wirksamkeit der HPV-Impfung mit dem HPV-16/18-Impfstoff Cervarix® zusammen. Durch die Grundimmunisierung könnten ausreichend hohe Titer erreicht werden, die Impfung müsse im Laufe des Lebens nicht mehr aufgefrischt werden. Er beschrieb Studien zur Immunogenität beider auf dem Markt verfügbarer HPV-Impfstoffe: „Der bivalente Impfstoff ist sogar immunogener als der quadrivalente Impfstoff.“ Aktuelle Beobachtungen, wie etwa aus einem schottischen Impfprogramm mit Cervarix®, in dem über die HPV-Typen in der Impfvakzine hinaus auch Antikörper gegen weitere onkogene HPV-Stämme nachgewiesen wurden,

sprächen laut Schwarz für eine durch die Impfstoffe induzierte Kreuzprotektion, deren Mechanismus unbekannt sei: „Cervarix schützt vor durch die HPV Typen 16 und 18 verursachten Erkrankungen und in einem gewissen Umfang vor durch bestimmte andere onkogene HPV-Typen verursachten Erkrankungen.“⁴

Schwarz erläuterte, dass man an den Daten der schottischen Studie auch einen Effekt auf die Virusprävalenz „im echten Leben“ sehen könne, nämlich einen Rückgang der HPV-Prävalenz bei onkogenen Typen: Nach der Einführung der bivalenten HPV-16/18-Vakzine war bei geimpften Mädchen die Prävalenz onkogener Typen HPV-Typen (16,18,31,33,45) deutlich geringer als bei ungeimpften Mädchen [6]. Vor dem Hintergrund solcher Daten zeigte sich Schwarz verwundert über das Informationsangebot einiger Kassen: „Die ambivalente Informationspraxis mancher Krankenkassen ist kontraproduktiv für das HPV-Impfprogramm.“

Für Mädchen zwischen neun und 14 Jahren:

Neues flexibles 2-Dosen-Impfschema für HPV-Impfstoff

Der HPV-Impfstoff Cervarix® hat nach entsprechenden Studien inzwischen die Zulassung für ein flexibles 2-Dosen-Impfschema für Mädchen zwischen neun und 14 Jahren erhalten. Die aktuelle Fachinformation⁴ erlaubt ein flexibleres Impfschema als bisher: Die zweite Impfdosis kann im Abstand von 5 bis 13 Monaten nach der ersten Dosis verabreicht werden. Mit zwei Impfdosen im flexibleren Schema könnte die Compliance erhöht werden. Mit den flexibleren Impfschema ist der bivalente Impfstoff ideal für Schulprogramme. Für Mädchen und Frauen ab 15 Jahren bleibt das etablierte 3-Dosen-Impfschema weiterhin gültig.

Quellen

- 1 Lunchsymposium „Was gibt es Neues zur HPV-Impfung?“ im Rahmen des Fortbildungskongress der Frauenärztlichen Bundesakademie (FOKO) am 6. März 2015 in Düsseldorf, Veranstalter GlaxoSmith-Kline GmbH & Co. KG
- 2 Epidemiologisches Bulletin 34/2014
- 3 <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/60/>
- 4 Fachinformation Cervarix®. GlaxoSmithKline, November 2014
- 5 Fachinformation Gardasil®. Sanofi MSD Pasteur, Juni 2014
- 6 Kavanagh K et al, Br J Cancer 2014;110:2804-2811

Ärzteportal esanum initiiert Impfdialog mit Medizinern

Infocenter erhöht Transparenz für Ärzte beim Impfen

Ein umfassendes Informationsportal auf www.esanum.de beleuchtet verschiedene Facetten zum Thema „Impfen“: Von Abrechnungs- und Praxistipps über Zusammenfassungen von Studien bis zum jeweils aktuellen epidemiologischen Bulletin bietet das Infocenter zahlreiche relevante Informationen und die Möglichkeit zur Diskussion mit Kollegen.

Impfungen sind manchmal ein schwieriges Thema. Ein effizientes Impfmanagement für Patienten zu entwickeln, bedeutet sowohl die häufig wechselnden Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) und der aktuellen infektionsepidemiologischen Fachliteratur zu kennen, als auch Bedenken der Patienten zu verstehen und gegebenenfalls zu entkräften.

Das Online-Ärztetzwerk esanum hat gemeinsam mit GlaxoSmithKline (GSK) ein Infocenter eingerichtet, um Ärzte über so verschiedene Aspekte des Themas „Impfen“ wie Epidemiologie verschiedener impfpräventabler Erkrankungen, Nebenwirkungen



von Impfungen oder Infektionsrisiken aufzuklären. Zusätzlich greift das Infocenter zahlreiche praktische Themen auf wie beispielsweise die nach Bundesländern aufgeschlüsselte GKV-Erstattung oder Fragen zur Zahlung von Schutzimpfungen für das Praxispersonal.

Das Pharmaunternehmen setzt sich dabei auch mit kritischen Kommentaren der

Ärzte auseinander. Bei den teilnehmenden Ärzten kommt einer aktuellen Umfrage zufolge besonders gut an, dass die gesamte Bandbreite an Impfmöglichkeiten beleuchtet und auch unabhängige Studien und

Statistiken herangezogen werden.

Das Infocenter von esanum steht allen Medizinern offen, die Fragen oder auch Antworten zum Impfen haben. Das Center wird mindestens wöchentlich aktualisiert. esanum ist nur für approbierte Mediziner zugänglich und für diese kostenfrei.

Diskutieren Sie mit unter www.esanum.de.

Perenterol® forte – bewährt und immer „up-to-date“

Deutschlands erfolgreiches Antidiarrhoikum Perenterol® forte präsentiert sich nach seinem 50. Geburtstag aktuell mit einem „Packungs-Lifting“ und einer neuen Website mit ausführlichen Produktinformationen sowie Packungsbeilagen in 7 weiteren europäischen Sprachen.

Ganz im Sinne des neuen Perenterol-Produktauftritts wurde die Website komplett überarbeitet. Neben einem insgesamt moderneren Auftritt wurden die Inhalte deutlich ausgeweitet, so dass sich der interessierte User jetzt ganz ausführlich über die Themen Durchfall, Reisedurchfall, Antibiotika-assoziierte Diarrhoe (AAD) und Durchfall bei Kindern informieren kann. Zusätzlich gibt es wertvolle Tipps und z. B. neben der Produktinformation in Deutsch auch Packungsbeilagen in türkischer, polnischer, russischer, englischer, französischer, itali-

enischer und spanischer Sprache. Darüber hinaus erhält der Leser wichtige Informa-



Perenterol® forte 250mg Kapseln

tionen über das einzigartige Perenterol-Herstellungsverfahren – die Lyophilisierung, welche die Hochleistungs-Hefe des Stammes *Saccharomyces boulardii* hervorbringt – und seinen Einfluss auf die zuverlässige Wirksamkeit von Perenterol® forte. Durch die Lyophilisierung entsteht ein Präparat mit einer langen Haltbarkeit ohne Lagerungshinweis – ein großer Vorteil auf Reisen.

Weitere Informationen zu Perenterol® forte liefert natürlich auch ein Klick auf www.perenterol.de.

Schon im Frühjahr auf Sonnenschutz achten:

Babys brauchen 3-fach Hautschutz. Denn ihre Haut ist einmalig

Bereits im Frühjahr ist die UV-Strahlung nicht zu unterschätzen, daher unbedingt für ausreichenden Sonnenschutz bei Babys und Kleinkindern sorgen: Hautstellen, die durch Kleidung nicht bedeckt werden, großzügig mit einem kindgerechten Sonnenschutzmittel eincremen, das die Haut vor UVA- und UVB-Strahlen schützt, Feuchtigkeit zuführt und die Hautbarriere unterstützt. Eine bedarfsgerechte Anwendung eines Sonnenschutzmittels stellt hierbei ein geringeres Risiko für die Babyhaut dar als die langfristige Schädigung durch UV-Strahlen, sind sich führende Dermatologen einig¹. Pädiater sind mit die wichtigsten Fachleute, um diesen Hinweis zu frühestmöglicher Prävention an die Eltern weiterzugeben. Die aktuelle S3-Leitlinie² sowie die Empfehlungen der Deutschen Haut- und Allergiehilfe e. V. (DHA) weisen auf die Bedeutung dieser Schutzmaßnahme hin³. Sonnenprodukte von Bübchen erfüllen alle Anforderungen an einen kindgerechten Sonnenschutz und werden von der DHA für den Schutz auch empfindlichster Kinderhaut empfohlen.

Säuglingshaut reagiert sehr empfindlich auf UV-Strahlung. Ursache ist der geringe Gehalt an Melanin und Feuchtigkeit durch die noch zarte oberste Epidermisschicht. Die Folge: Eine geringere Lichtstreuung⁴, so dass die UV-Strahlen tiefer eindringen können. Die Experten sind sich einig in der Empfehlung, Babys in den ersten zwölf Monaten keiner direkten Sonneneinstrahlung auszusetzen. Jedoch ist ein Baby auch im Schatten nicht vollständig vor der UV-Strahlung geschützt. Das Hauptziel der Vorsorge besteht in der Vermeidung von übermäßiger UV-Exposition durch konsequenten Sonnenschutz von Anfang an⁵.

Die Devise für Baby's Sonnenschutz: vermeiden + kleiden + cremen

Neben dem Vermeiden direkter Sonneneinstrahlung ist der textile Sonnenschutz wichtig. Leichte Kleidung und eine Kopfbedeckung halten die schädlichen Strahlen weitgehend ab. Eine Sonnenbrille schützt die Kinderaugen. Eine dicke Schicht Sonnenschutzmittel ist für die unbedeckten Hautstellen empfohlen. Mehr statt weniger ist im Fall Sonnenschutz die Devise. Sonnenschutzprodukte mit hohen Lichtschutzfaktoren gegen UVA- und UVB-Strahlung enthalten zumeist eine Mischung aus anorganischen (Mikropigmente) und organischen Sonnenschutz-Filtern. Bei der Auswahl für den Einsatz bei Kindern sollten kritische

Filter, bei denen Hinweise auf eine mögliche hormonelle Wirkung bestehen (wie Octocrylene)¹, vermieden werden. Neben einem Octocrylene-freien Filtersystem ist für die kindliche Haut ein Sonnenschutz empfehlenswert, der frei von Farb- und Konservierungsstoffen ist und kein Parfüm enthält⁶.



Auf DHA-Prüfsiegel und 3-fach Hautschutz achten

Eltern sollten auf Sonnenschutzmittel achten, die speziell für die sensible Babyhaut entwickelt wurden und das Prüfsiegel der Deutschen Haut- und Allergiehilfe e. V. (DHA) aufweisen: Diese Produkte sind dermatologisch getestet, frei von Farb- und Konservierungsstoffen, Parfüm und kritischen Filtern wie Octocrylene. Sie sind zudem ideal abgestimmt auf empfindliche Babyhaut und schützen effektiv vor UVA und UVB. Die „Sensitive

Sonnenmilch“ und die „Sensitive Sonnenlotion“ mit Lichtschutzfaktor 30 und 50+ aus der Bübchen-Pflegeserie beispielsweise sind wasserfest und wirken 3-fach:

- ✓ Sie schützen vor UVA- und UVB – Strahlung,
- ✓ reduzieren den Feuchtigkeitsverlust der Haut
- ✓ und unterstützen die Hautbarriere des Kindes

Die Milk und die Lotion lassen sich sehr gut verteilen und hinterlassen ein Wohlgefühl auf der Haut.

Literatur:

- 1 Kindl G, Ruppert S (Hrsg) Sonnenschutz. Ein pharmakologisch-dermatologischer Leitfaden. Govi-Verlag, Eschborn, 2012
- 2 S3-Leitlinie: <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Praevention-von-Hautkrebs.56.0.html>
- 3 DHA (<http://www.dha-sonnenschutz.de>)
- 4 Stamatias GN, Nikoloski J, Mack MC, Kollias N Infant skin physiology and development during the first years of life: a review of recent findings based on in vivo studies. Intern J Cosmetic Sci 2011;33:17-24
- 5 Diffey BL: Sunscreens as a preventive measure in melanoma: an evidence-based approach or the precautionary principle? Br J Dermatol 2009;161 (Suppl 3):25-27
- 6 Abeck D: Sonnenschutzmittel als wichtige Säule des modernen Sonnenmanagements. Kinderkrankenschwester 32. Jg. (2013) Nr. 12999

Nach Informationen von
Bübchen Wissenschaftlicher Service,
Bübchen-Werk Ewald Hermes, Soest