



„Sollten wir aktive Mobilität auf dem Schulweg nicht per Rezept für Grundschüler verordnen – am besten gleich mit der Dosisangabe zweimal täglich, also hin und zurück?“

Dr. Thomas Hoppen, Chefredakteur

Mobile Zukunft auf Rezept

Schulbusse müssen keinen Motor haben

— Kinder, die aktiv zur Schule gehen – also etwa zu Fuß oder mit dem Fahrrad – fühlen sich wohler und sind wachsender im Unterricht als Kinder, die motorisierte Verkehrsmittel nutzen. Leider liegt der Anteil „aktiver Schulwege“ bei Grundschulkindern seit 2003 gleichbleibend bei nur etwa 50% [Reimers AK et al. Präz Gesundheitsf 2020; 15:311-8].

Wie wäre es daher mit dem „walking school bus“? Das ist ein imaginärer Bus mit Halte-

stellen, Abfahrtszeiten und Plänen. Eine Begleitperson („die Busfahrer/der Busfahrer“) ist für das Einhalten von Zeiten und Strecken verantwortlich. An jeder Haltestelle kommen Kinder dazu und gehen gemeinsam zur Schule. In Deutschland gibt es bereits Initiativen, etwa unter www.walking-bus-os.de. Sollten wir diese aktive Mobilität für Grundschüler nicht per Rezept verordnen – am besten gleich mit der Dosisangabe zweimal täglich, also hin und zurück?

Kognitive Entwicklung bei Frühgeborenen

Mit einem EEG die Zukunft vorhersagen?

— Noch immer lässt sich nicht valide abschätzen, welches Frühgeborene ein erhöhtes Risiko für spätere neurokognitive Defizite hat. Einen neuen Ansatz dazu verfolgte eine prospektive 6-Jahres-Längsschnittstudie [Cainelli E et al. Eur J Pediatr 2020; online 29. September]. Bei 26 Frühgeborenen (ca. 30. SSW) wurde je ein EEG aufgezeichnet. Diese Kinder



wurden bei Schuleintritt erneut kognitiv und neuropsychologisch evaluiert. Dabei ergab die Korrelation mit spektralen EEG-Frequenzbändern eine signifikante Assoziation mit visuellen und auditiven Aufmerksamkeitstests. Vielleicht sind demnach spektrale EEG-Frequenzen unabhängige Prädiktoren für die spätere Kognition.

Methylenblau beim refraktären Schock

Alter Wein in neuen Schläuchen

— Methylenblau (MB) wird sporadisch auch beim katecholaminrefraktären septischen Schock verwendet. In einem Review und einer Umfrage unter 403 US-amerikanischen Intensivmedizinern zeigte sich jedoch, dass es hinsichtlich Dosis und Evidenz in der Pädiatrie nur wenig Erfahrung gibt [Otero Luna AV et al. Pediatr Crit Care Med 2020;21:e378-

86]. Nur 24 Studien mit insgesamt 102 Kindern berichten über dessen Einsatz, immer als eine einzige Bolusgabe von 0,5–2 mg/kg, teilweise repetitiv oder als Dauertropf über 12 Stunden. Möglicherweise profitieren Patienten im Schock mit normaler Ventrikelfunktion besonders von MB; es besteht also Bedarf für systematische Forschung.



Bei Ernährungsstörungen

Besser essen mit Botulinumtoxin

— Ernährungsprobleme sind in der Pädiatrie weit verbreitet und betreffen bis zu 80% der Kinder mit Entwicklungsstörungen. Die intrapylorische Botulinumtoxin-Injektion (IPBI) wurde bislang bei älteren Kindern und Erwachsenen zur Behandlung von Übelkeit und Erbrechen, insbesondere bei Gastroparese, eingesetzt. In einer Studie am Bostoner Children's Hospital erhielten nun symptomatische Kinder im Alter von durchschnittlich 2,9 Jahren eine IPBI in einer Dosis von 6 U/kg bis zu einem Maximum von 100 U [Hirsch S et al. J Pediatr 2020;226:228-35]. Es wurden 85 Patienten, darunter 55 mit enteraler Sonde, insgesamt 118 Injektionen verabreicht.

Die Behandlung war sicher und wirksam. 67% der Patienten zeigten bereits nach der ersten Injektion eine Besserung. 26 Patienten erhielten innerhalb eines Jahres wiederholt eine IPBI, nur sechs von ihnen jedoch mehr als zweimal. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die IPBI in Kombination mit einem multidisziplinären Ansatz eine neuartige Behandlungsoption für sehr junge Patienten mit Ernährungsstörungen, Sondenernährung und chronischem Erbrechen oder Würgeiz darstellen könnte.