

bvkJ.

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

Heft 5/15 · 46. (64.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT



Forum:

Pubertät: Eine wunderbare
und verwundbare Zeit



Fortbildung:

Morbus Wilson –
Ein Chamäleon
in der Medizin



Berufsfragen:

Und Du bist raus



Magazin:

Besser keine Krippe
als eine schlechte

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkJ.**



„Besser keine Krippe als ein schlechte!“

S. 275

Inhalt 5 | 15

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

Forum

- 223 KiO Phone verbessert Dialog mit jungen Tx-Patienten
- 224 **Hilfe ich werde erwachsen – 21. Kongress für Jugendmedizin in Weimar**
Christoph Kupferschmid
- 226 Impressum
- 228 **Aber die Masern in China**
Christoph Kupferschmid
- 230 **Frühgeburt – andere Länder, andere Richtlinien**
- 232 **Kommentar zu...**
Kirsten Stollhoff
- 234 **... und raus bist du!**
Thomas Nowotny
- 236 **Das Leser-Forum**
- 239 **UNICEF: Terrorgruppe hat Kinder in Nigeria zur Zielscheibe gemacht**
- 240 Nachgefragt

Fortbildung

- 241 **Morbus Wilson im Kindes- und Jugendalter: ein Chamäleon in der Medizin**
Dietrich Feist, Mark Schäfer, Klaus-Michael Keller
- 248 **Das schwere Asthma Bronchiale – Neue Therapieoptionen**
Stefan Zielen, Anna Buslau, Sabine Jossé, Johannes Schulze
- 252 **Consilium: Impfungen von Jugendlichen ohne Begleitpersonen – Nachbeobachtungszeit?**
Ulrich Heining
- 254 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Peter H. Höger
- 258 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**

Berufsfragen

- 260 **Die Kontroverse um die radiologische Altersdiagnostik bei jungen Flüchtlingen**
Thomas Nowotny
- 262 **Internationale Fachkonferenz**
Thomas Nowotny
- 264 **Die Petition für den Bundeskinderbeauftragten – ein Erfolg mit offenem Ende**
Kathrin Jackel-Neusser
- 266 **Masern eine Systemkrankheit?**
Christoph Kupferschmid
- 267 **„Pille danach“**
- 268 **Brief aus der Praxis**
Tanja Brunnert
- 270 **Kinderpneumologische Versorgungswirklichkeit**
Frank Friedrichs, Christoph Runge
- 272 Wahlaufruf

Magazin

- 275 **„Besser keine Krippe als eine schlechte“**
Regine Hauch
- 277 **Niedersachsenweites Kinderpalliativteam wird fünf Jahre alt**
- 278 **Der junge Ringelnetz – Albtraum der Lehrer**
Olaf Ganssen
- 279 **SBS oder Schrumpfbabys**
Stephan Heinrich Nolte
- 280 Fortbildungstermine des BVKJ
- 281 Personalie
- 284 Praxistafel
- 285 Nachrichten der Industrie
- 287 Wichtige Adressen des BVKJ

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe sind Beilagen der Nestle Deutschland AG, der Norgine GmbH sowie der Shire Deutschland GmbH beigelegt. Wir bitten um freundliche Beachtung.

KiO Phone verbessert Dialog mit jungen Tx-Patienten

Jung und transplantiert? Wir klären gemeinsam Deine Fragen!“ – so spricht das KiO Phone mit neuer Homepage, Plakaten und Flyern junge Patienten an, die Fragen rund um das Leben mit ihrem neuen Organ haben. Ob es um die richtige Berufswahl, den Umgang mit Versicherungen oder Fragen zu Sexualität geht: Am KiO Phone stehen Ansprechpartner mit Erfahrung und Einfühlungsvermögen zur Seite.

Die Kinderhilfe Organtransplantation e.V. (KiO) betreibt das KiO-Phone, das unter Tel. 069/67 86 75 90 Dienstag 11-13 Uhr und Freitag 14-16 Uhr erreichbar ist.

Ein kostenloser Rückrufservice über www.kiophone.de ermöglicht Gespräche zu individuellen Terminen. Hier gibt es zudem ein Kon-

taktformular, das rund um die Uhr für Anfragen offen steht und die Anonymität garantiert.

Ärzte und Transplantationszentren können die zum Projekt entwickelten Broschüren und Plakate kostenlos bestellen unter kio@vso.de oder Telefon 069/24 24 77 13.

Jede Anfrage wird am KiOPhone vertraulich beantwortet. Bei speziellen Fragen vermittelt das KiO Phone den jungen Transplantierten Experten aus dem KiO-Netzwerk. Mit dem KiO Phone hat die Kinderhilfe ihre Aktivitäten für transplantierte Kinder und deren Familien ausgeweitet und erleichtert Heranwachsenden den Übergang in die Erwachsenenbetreuung.

Red.: ReH

Welche Hautkrankheit ist das denn?

Neue App gibt Orientierung bei Hautkrankheiten

Was bedeuten diese roten Flecken auf der Haut? Manchmal weiß es nicht einmal der Kinder- und Jugendarzt. Schnelle Hilfe beim Erkennen bietet dann die zweisprachige (englisch-deutsch) App „Exantheme im Kindesalter“. Sie zeigt die häufigsten kinderdermatologischen Erkrankungen in der täglichen Praxis und richtet sich damit an Studierende der Medizin, an Ärzte und an medizinisches Fachpersonal, die sich einen kurzen Überblick zu einer spezifischen Hautveränderung verschaffen möchten. Aber auch Eltern können darin einen kleinen aktuellen Ratgeber sehen.

Zu jedem Bild gibt es eine kurze Beschreibung der einzelnen Krank-



heitsbilder. Ätiologie und diagnostische Zusammenhänge werden

bewusst den Nachschlagwerken überlassen. Im Wesentlichen soll der Blick für die Hautveränderungen bei Kindern geschult werden.

Ein Krankheitsbild wird meist mit sechs charakteristischen Bildern beschrieben. Zusammen mit einer sorgfältig erhobenen Vorgeschichte sollten diese visuellen Marker eine Diagnose in vielen Fällen ermöglichen.

Der „Erfinder“ der praktischen App ist der Kinder- und Jugendarzt Thomas Rautenstrauch. Inspirierende Quellen für seine App waren sein eigenes jahrzehntelang gepflegtes Archiv, seine eigene Homepage (www.paib.de) und das Kinderärzterforum PädInform.

Red.: ReH

21. Kongress für Jugendmedizin vom 6. – 8. März 2015 in Weimar

„Hilfe ich werde erwachsen“

Weshalb können Jugendliche alles lernen – Englisch, Französisch, Latein – aber ihre Impulse nicht kontrollieren? Weshalb verhalten sie sich riskanter als Erwachsene, besonders, wenn andere zusehen? Es liegt am Umbau ihres Gehirns, den wir eben erst zu verstehen beginnen. Und mit dem Verständnis des Umbaus wächst die Achtung, wie viele psychosoziale Entwicklungsprozesse sie gleichzeitig bewältigen. Spürbar liebevoll warb der Tagungsleiter, **Dr. Uwe Büsching**, Bielefeld, bei den 500 Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Weimarer Kongresses um Geduld bei der Entfaltung der Ich-Identität von Jugendlichen. Er warb um Respekt vor der ihrer Leistung. Nicht selten seien sie von Selbstzweifeln gepackt und hätten die Idee, für dieses Leben nicht zu taugen. Unverständnis hatte **Dr. Gabriele Trost-Brinkhues**, Aachen, eher mit den Erwachsenen, die mehr auf unordentliche Zimmer blicken als auf Ressourcen, denen Schulaufgaben wichtiger erscheinen, als Entwicklungsaufgaben. Sie rückte ein fast altmodisches Wort wieder in den Mittelpunkt: „Vorbild sein“.



Parallel zum Kongress war Paediatric- Fortbildung für die MFA

Wegen Umbau geschlossen“ war der Titel des besonderen Vortrags von **Prof. Romuald Brunner**, Heidelberg. Aber so ist es eben gerade nicht – nichts ist geschlossen. Die jungen Menschen spinnen sich nicht zu Beginn der Pubertät in einen Kokon und kommen Jahre später, wenn die Verwandlung abgeschlossen ist, als „wunderschöner Schmetterling“ wieder heraus. Sie kommunizieren und interagieren während ihrer Ich-Entwicklung. Sie leben ihre zweite Ablösungsphase. Sie fordern Erwachsene, Eltern, Lehrer, Freunde

heraus. Sie werden als aufsässig als unmöglich empfunden. Und selbst haben sie das Empfinden, dass die Erwachsenenwelt unmöglich ist und dass sie chronisch unverstanden bleiben müssen. Je mehr es uns gelingt, neurobiologische Vorgänge sichtbar zu machen, umso mehr kann an die Stelle des Unverständnis Respekt treten. Ein tiefes Staunen darüber, dass Jugendliche ausgerechnet zu jenem Zeitpunkt all die Entwicklungsaufgaben zum erwachsen werden bewältigen müssen, wenn ihr Gehirn den großen Umbau erfährt. Und auch Staunen

darüber, welcher großer neurobiologischer Umbau nötig ist, damit diese Entwicklungsaufgaben gelingen können. 160.000 km Leitungsnetz der weißen Substanz werden neu organisiert, Informationsflüsse verändert und beschleunigt. Die Synthese von Neurotransmittern verändert sich ebenso wie die Zahl und Dichte der Rezeptoren dafür. Prekär ist, dass die Reifung im limbischen System derjenigen im präfrontalen Kortex um Jahre voraus eilt. So lange überwiegt das intrinsische Belohnungssystem. Die Möglichkeiten der Kontrolle, des Abwägens und der Wertebildung reifen teilweise gefährlich spät. Folgen sind hohe Impulsivität und riskantes Verhalten. Die Reifung des Frontalhirns, in dem der Wille, die Fähigkeit Probleme zu lösen, logisch zu planen, die Inhibition und Abwägung lokalisiert sind, sei erst im Alter von 20 – 24 Jahren abgeschlossen.

Eine wunderbare und verwundbare Zeit

Angestoßen wird der Umbau von gonadalen Steroidhormonen, die mit dem zentralen Nervensystem interagieren und er verläuft geschlechtsspezifisch. Mädchen entwickeln stärker protektive Verhaltensmuster und die Jungen mehr Risikoverhalten.

Augenscheinlich ist das Gehirn in der Umbauphase besonders vulnerabel. Etwa die Hälfte aller psychischen Störungen beginnt um das 14. Lebensjahr, bei Angststörungen und Impulskontrollstörungen liegt der Median früher, bei etwa 11 Jahren. Auch die psychischen Krankheiten sind geschlechtsspezifisch. Jedoch ist im Moment noch unklar, weswegen Essstörungen und Depression überwiegend die Mädchen betreffen.

Für Eltern sei der Pubertätsbeginn ihrer Kinder meist zu früh, meint **Dr. Esther Nitsche**, Lübeck. In unseren Praxen werden aber auch Jugendliche vorgestellt, die ihren Altersgenossen in der körperlichen Entwicklung weit hinterher hinken. Der Normalbereich sei eine rein mathematische Definition, ± 2 Standardabweichungen, betont Nitsche und viele vermeintliche Abweichungen entpuppen sich am Ende als konstitutionelle Varianten. Zwischen acht und 13,5 Jahren bei Mädchen und zwischen neun und 15 Jahren bei Jungen wird als normale Altersspanne für den Pubertätsbeginn akzeptiert. Außerhalb davon sollte man Diagnostik machen und dabei immer eine Bestimmung des Skelettalters einschließen.

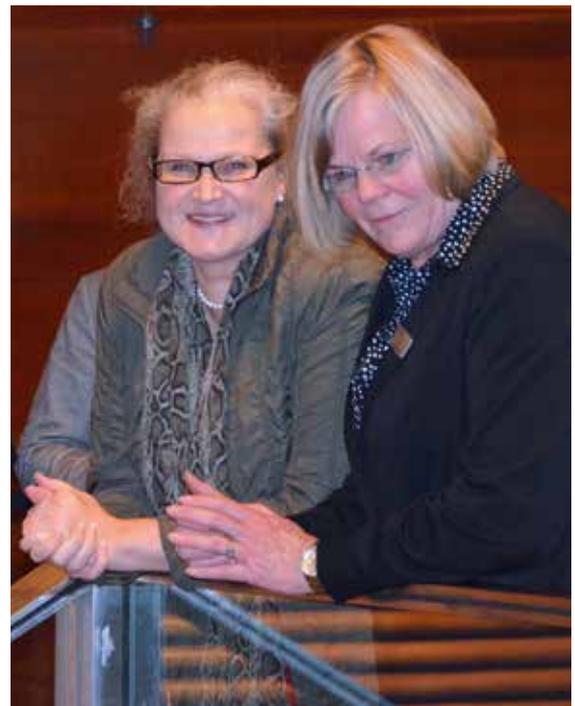
Die Entwicklung der sexuellen Identität beginnt schon viel früher. Von der dritten Vorsorge bis zur J2 entwickelte **Dr. Nikolaus Weissenrieder**, München, Mädchenthemen für die Praxis. Er vermutet, dass die häufig beobachtete schlechtere Pflege im Säuglingsalter Ausdruck einer negativen Besetzung der weiblichen Genitalien sei und bereits die sexuelle Entwicklung beeinflusse. Die Geschlechtsidentität sei mit drei Jahren ausgebildet. Oft habe die Erziehung einen negativen Einfluss auf das spezifische sexuelle Skript, wenn sie beispielsweise Selbstexploration und Doktorspiele verteufle. Die Scham entwickelt sich und bei der U9 ist es bereits eine wichtige Frage, wer die Genitalien anschauen darf? Mit acht Jahren hätten Mädchen bereits Sinn für Erotik und schwärmerisches Verliebt sein. Und bei der U10 oder U11 wünschen sie sich Informationen zur Sexualität, Schwangerschaft und Geburt.

Fast alle Mädchen hätten Erfahrung mit Pornographie, wenn sie 13 – 16 Jahre alt sind. Der wichtige Schutz wird immer schwieriger. Risiken für negative und traumatische Sexualerfahrungen seien Alkohol und uneindeutige Signale. Das klare „Nein“ ist wichtig.

Körperselbstwert und Orientierung

Wie wichtig der Körperselbstwert der Mädchen ist erläuterte **PD Uwe Berger**, Jena, am Beispiel der Anorexie. Er sei der wichtigste Schutzfaktor überhaupt. Wenn Eltern den Verdacht auf eine Essstörung hätten müssten sie sofort reagieren und Hilfe suchen. Den Kinder- und Jugendärzten muss bewusst sein, dass für die Behandlung Spezialkliniken nötig sind. Dort sei entgegen häufiger Meinung mehr nötig, als eine reine Verhaltenstherapie. Berger stellte ein Präventionsprogramm vor, das hoch effektiv ist und an Schulen durchgeführt werden kann. Es senkt die Erkrankungsrate bei Risikogruppen auf die Hälfte. Erfolgreich ist es nur dann, wenn es gelingt den Körperselbstwert zu erhöhen.

Dr. Wolfgang Bühmann, Sylt, outet sich als einer der „Dr. Sommers“ aus „Bravo“. Diese Kolumne schließe eine Lücke in der Sexualaufklärung. Besonders Jungen hätten außer der Mutter wenig Gesprächspartner zur Sexualität. Viele Informationen bezögen sie heute im Internet. Sexualität „widerfahre“ Jungen häufig viel zu unvorbereitet. Ihre sexuelle Orientierung sei, so **Dr. Armin Bader**, Bochum, ein komplizierter genetisch und durch Umwelteinflüsse gesteuerter Prozess. Schon im Mutterleib beeinflusse eine epigenetische Prägung, ob der Junge heterosexuell oder homosexuell wird. „Schwul“ ist immer noch ein Schimpfwort unter Schülern und die betroffenen leiden erheblich. Nach einer Berliner Studie hätten 18 % bereits einen Suizidversuch hinter sich. Ihr „coming out“ verlaufe in vier Stufen. Zunächst seien sie ängstlich verwirrt: „Ich werde doch nicht schwul sein“. Eine Zeit lang bestehe die Hoffnung, dass



Christel Schierbaum und Monika Zilken von der BVKJ-Geschäftsstelle haben alles bestens im Blick

die homosexuelle Orientierung nur vorübergehend sei (Identitätsvergleich) bis sie sich schließlich zunächst resignierend den Tatsachen stellen (Identitätstoleranz). Am Ende stehe die Akzeptanz, die auch durch eine Orientierung an positiven Vorbildern gestärkt würde. Ziel der Therapie sei das coming out affirmativ zu stützen um Belastungsstörungen vorzubeugen. Ansonsten sei das Risiko von Substanzmissbrauch und auch von „unsafe sex“ stark erhöht.

Shit happens

Drogen gibt es legal im Supermarkt. **Dr. Dirk Dammann**, Wangen, verblüffte die Zuhörer,



Ostern wirft seine Schatten voraus

dass Lachgas aus Sahnesprays und Treibgas aus Deoflaschen häufig als Drogen eingesetzt werden. Auch die Hypoxie, die bei Würgespielen eintritt, werde stimulierend

genutzt. Regelmäßig plünderten Jugendliche botanische Gärten, um sich Stechapfel, Engelstropfete und Tollkraut als Halizunogene zu besorgen. Entsprechend häufig seien Vergiftungen mit diesen schwer steuerbaren Pflanzen. Meist bestünde keine Abhängigkeit, sondern ein „schädlicher Gebrauch“. Gibt man bei GOOGLE als Stichwort „Badesalz kaufen“ ein gelangt man sofort auf hervorragend organisierte Seiten zum Drogenkauf. 317 neue „legal highs“ seien in den letzten Jahren auf den Markt gekommen, berichtete **Ralf Wischniewski** von der Kölner Drogenhilfe. Von gewieften Chemikern werden bekannte und verbotene Drogen etwas modifiziert. Diese neuen Amphetamine und Opiate sind so lange legal, bis die neue Droge analysiert und spezifisch verboten ist. Der Markt sei viel schneller als die Forschung und auch viel schneller als die Gesetzgebung. Ehemalige Dealer würden zu erfolgreichen Internetunternehmern. Ihre Kunden stünden jedoch in ständiger Gefahr durch unbekanntes Inhalt, unvorhersehbare Wirkung und die

schwierige Dosissteuerung. Insbesondere die kristallinen Substanzen, die verdampft und inhaled werden, trügen ein sehr hohes Risiko- und Suchtpotential.

Ablösung erlauben

Der Weg zur Autonomie ist voll mit Konflikten und Klippen. **Eckehard Ziegler-Kierbach**, Bremerhaven ruft uns ins Gedächtnis, wie sehr Hormonschübe eine verzerrte Wahrnehmung der Realität erzeugen können. Und Pubertierende brauchen einen größeren Kick, um die selbe Menge an Dopamin freizusetzen, wie Erwachsene. Sie brauchen verstehende und begleitende Hilfe von ihren Eltern auf ihrem Weg zur Unabhängigkeit. Und die Eltern müssen wissen, dass die Funktion der Familie sich darauf beschränkt, dass die Jugendlichen sie verlassen können, ohne Schaden zu nehmen. Dann bleibt auch der Rückweg offen.

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

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

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

Druckauflage 13.350

lt. IVW I/2015

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 (Vi.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel.: (0201) 8130-104, Fax: (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **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, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 48 vom 1. Oktober 2014

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

Für unverlangt eingesandte Manuskripte oder Unterlagen lehnt der Verlag die Haftung ab. Hinweise zum Urheberrecht: Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

© 2015. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.



Aber die Masern in China

Richtige Lügen sind es oft nicht, was Impfgegner oder „Impfskeptiker“ verbreiten, um ihre Außenseiterposition wirksam zu untermauern. Aber sie verbreiten Halbwahrheiten und Verdrehungen von Fakten, die oft nicht unmittelbar zu durchschauen und zu widerlegen sind. So versuchte die homöopathische Ärztin, Dr. Cornelia Bajic, bei der Sendung „Hart aber fair“ am 23. März mit der Behauptung zu punkten, dass in Deutschland jährlich ein Mensch an der Masernimpfung sterbe. BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann hat dem vehement widersprochen, aber zunächst blieb die Behauptung vor einem Millionenpublikum bestehen. Tatsächlich sind unter 1.700 Fällen vermuteter Nebenwirkungen einer Masernimpfung, die dem RKI von 2001 bis 2012 gemeldet wurden, 15 Menschen verstorben. In keinem dieser Fälle konnte das RKI einen Zusammenhang zwischen Impfung und Tod feststellen. In sechs Fällen wurde ein Zusammenhang explizit ausgeschlossen. Dies erfuhr ein viel kleineres Publikum jedoch erst am nächsten Tag im „Faktencheck“.

Behauptete Impfraten werden nicht erreicht

Eine zweite populäre These von Impfgegnern wurde in der selben Sendung präsentiert: Die Masernimpfung sei unwirksam, da es in China immer wieder zu Masernausbrüchen käme, obwohl 99 % der Bevölkerung geimpft seien. Hierzu gab es keinen Faktencheck.

Für die Behauptung der Unwirksamkeit werden auf den Webseiten der Impfgegner zwei Studien aus China angeführt. Mit der einen sollte herausgefunden werden,

ungeimpft und bei 45 % war der Impfstatus unbekannt. Insbesondere unter den über 10 Jahre alten Kindern, den Jugendlichen und den Erwachsenen konnte der Impfstatus oft nicht ermittelt werden. Die Autoren der Studie empfehlen baldige Impfkampagnen bei Kindern und Jugendlichen, weil die Impfung bei den Menschen gut wirkt, die sie erreichen kann (1).

Impfstatus bei Älteren unbekannt

In einer zweiten Studie werden Masernausbrüche in China von 2005

geplanten Impfung, die in China mit 8 Monaten erfolgt. 2013 gab es wieder einen deutlichen Anstieg der Masernfälle. Von den Erkrankten waren 63 % nachweislich ungeimpft und bei 26 % war der Impfstatus unbekannt (2).

Erst kürzlich wurde eine chinesische Studie publiziert, die mit mehreren Methoden die Impfraten gegen Masern in China überprüfte. Nach Verwaltungsunterlagen betrug diese 84,1 – 87 % für die erste Impfung. Klinikunterlagen lassen erwarten, dass bei den 0 – 17 Monate alten Kindern 85,5 % geimpft sind und 73,2 % von den 2 – 5 Jahre alten. Weniger als 80 % der Kinder hatten im zweiten Lebensjahr schützende Antikörper (3).

Wahr ist also, auch in China schützt die Impfung hervorragend vor Masern. Nach Beginn der Impfkampagnen sank die Häufigkeit von ca. 9,5/100.000 auf 0,5/100.000. Und auch in China erkrankten Geimpfte so gut wie nie. Aber die Impfrate ist noch zu niedrig. Daher will das Land seine Anstrengungen zur Masernfreiheit unbedingt weiter führen.

Quellen:

- 1 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3930734/>
- 2 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4007128/>
- 3 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4307911/pdf/12879_2015_Article_752.pdf

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



Foto: © christidorney - Fotolia.com

weshalb trotz der angenommenen hohen Impfrate in der Provinz Zhejiang immer noch häufig Masern auftreten. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Impfung schützt, die große Mehrzahl der Geimpften blieben gesund. 25 % der Untersuchten Stichprobe waren jedoch

bis 2013 analysiert. Nach intensiven Impfkampagnen ab 2006 ist in China die Maserninzidenz zwischen 2008 und 2012 um über 93 % zurückgegangen. Das Erkrankungsalter sank im Median von etwa 7 Jahren auf 11 Monate. Es erkrankten am Ende also viele vor der ersten

Frühgeburt – andere Länder, andere Richtlinien

Wann ist ein Baby lebensfähig, wann nicht? Eine nicht nur ethisch sehr schwierige Frage, die Mediziner international unterschiedlich beantworten.



In Europa kommen bei insgesamt sinkender Geburtenrate jährlich etwa 500000 Kinder viel zu früh zur Welt. Tendenz: steigend. Die Gründe sind vielfältig: Mehrlingsschwangerschaften aufgrund künstlicher Befruchtungen, späte Elternschaft sowie Krankheiten wie Übergewicht und Bluthochdruck. Die kleinsten

Frühgeborenen wiegen oft nicht mehr als 500 Gramm.

Ein Frühgeborenes unter 22 Wochen gilt bis heute als nicht lebensfähig, aber zwischen der 22. und 24. Woche besteht eine Chance. Es gibt immer wieder Kinder, die nachweislich den vorzeitigen Start ins Leben unbeschadet meistern. Doch je früher ein Kind ge-

boren wird, desto unreifer sind seine Organfunktionen. Vor allem das unreife Gehirn sowie die unreife Lunge bereiten Frühgeborenen oft Probleme. Durch den Einsatz von Intensivmedizin können viele gesundheitliche Probleme früh erkannt und auch oft behandelt werden, so dass selbst extreme Frühgeborene kurz- oder langfristig überleben. Häufig sind sie dann jedoch geistig oder körperlich behindert.

Bei der ethischen Beurteilung der Frühgeborenenintensivmedizin geht es somit darum, den Erhalt des Lebens gegenüber einer vielleicht aussichtslosen Therapie abzuwägen. Dabei kommt man in Deutschland zum Teil zu anderen Ergebnissen als in anderen Ländern.

In Deutschland gilt laut aktueller Leitlinie

Unter 22. SSW

Frühgeborene, die vor der 22. vollendeten Schwangerschaftswoche (SSW) auf die Welt kommen, überleben nur in Ausnahmefällen. Diesbezügliche medizinische Maßnahmen sind daher in der Regel als aussichtslos einzustufen.

Innerhalb der 23 SSW

Frühgeborene, die nach der 22. SSW geboren werden, haben zwar eine Überlebenschance, aber die Gefahr von erheblichen Behinderungen und Beeinträchtigungen im weiteren Leben ist sehr hoch. Diese Babys sollten daher nur auf ausdrücklichen Wunsch der Eltern intensiv-medizinisch versorgt werden. Die Eltern müssen auch über die hohen Risiken aufgeklärt worden sein.

Innerhalb der 24 SSW

Frühchen, die nach der 23. SSW geboren werden, überleben in rund 50 Prozent der Fälle, wenn sie intensiv-medizinisch behandelt werden. Allerdings leidet ein Teil der überlebenden Kinder an schwerwiegenden Gesundheitsstörungen. Da die Gesamtprognose von weiteren Faktoren wie fetale Lungenreife abhängt, kann nur im individuellen Fall entschieden werden, ob eine le-

benserhaltende oder palliative Therapie sinnvoll ist.

Ab vollendeter 24. SSW

Frühgeborene, die nach der 24. SSW auf die Welt kommen, haben eine so hohe Überlebenschance, dass in der Regel intensiv-medizinische Therapien gerechtfertigt sind.

Österreich und Italien

Ähnlich ist die Regelung in Österreich: Eine intensiv-medizinische Betreuung der Frühchen ist ab der 23. SSW erlaubt. In Italien sollen Ärzte sogar nach Möglichkeit jedem Kind helfen - egal wann es zur Welt kommt.

Schweiz, Niederlande und Frankreich

In der Schweiz, den Niederlanden und Frankreich werden Frühchen frühestens nach 24 SSW behandelt.

Länder	ab 22 SSW	ab 23 SSW	ab 24 SSW
Deutschland, Österreich, Italien, Japan	X		
USA, Großbritannien		X	
Schweiz, Niederlande, Frankreich			X

Quelle: LMT Medical Systems

Ab wann werden Frühchen behandelt? Ein internationaler Vergleich.

Kinder, die vorher auf die Welt kommen, werden nicht intensiv-medizinisch betreut. Bei ihnen stehen palliative Maßnahmen wie etwa die Verabreichung von Morphin zur Schmerzlinderung im Vordergrund. Damit sind die Schweiz, die Niederlande und Frankreich die Länder in Europa, in denen am

spätesten intensiv-medizinisch bei Frühchen eingegriffen wird.

Quelle:
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-0191_S2k_Fr%C3%BChgeburt_Grenze_Lebensf%C3%A4higkeit_2014-09.pdf

Red.: ReH

Kommentar zu...

„Psychoanalytische und verhaltenstherapeutisch/medikamentöse Behandlungen von Kindern mit Desintegrationsstörungen“

Autoren: Katrin Luise Laezer et al., AKJP 164, 451-493, 2014

Die Autoren stellen eine Studie mit 73 Kindern (58 Jungen und 15 Mädchen) im Alter von sechs bis elf Jahren mit ADHS und/oder Störung des Sozialverhaltens vor. Die Diagnosen ADHS und/oder Störung des Sozialverhaltens werden mittels des Diagnostik-System für psychische Störungen (Disyps-KJ) nach ICD 10 bzw. DSM IV gestellt. Es werden zwei Therapiearme untersucht:

1. Psychoanalytische Langzeitbehandlung (PSA-Gruppe):

43 Kinder beginnen eine psychoanalytische Behandlung, 2 x 50 Minuten/Woche und einem Elterngespräch alle zwei Wochen. Die Dauer der Therapie beträgt durchschnittlich **25,9 Monate**. Zwölf Kinder brechen die Therapie ab, an der Abschlussuntersuchung nach durchschnittlich 37,6 Monaten nehmen noch 31 Kinder teil.

2. Verhaltenstherapeutisch/medikamentöse Behandlung (VT/M-Gruppe):

In der Tagesklinik der KJP der Goethe-Universität in Frankfurt/Main werden 30 Kinder mit ADHS und/oder Störung des Sozialverhaltens entweder mit dem Verhaltenstherapeutischen Intensivtraining zur Reduktion von Aggression (**2 Wochen** 8 Stunden pro Tag plus Elterntaining mit 9 Sitzungen à 90 Minuten) oder mit dem Marburger Konzentrationstraining (**6 Wochen** 75 Minuten pro Woche plus Elterntaining). 14 dieser 30 Kinder werden zusätzlich medikamentös behandelt, zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung noch elf.

Zwei Kinder brechen die Therapie ab, an der Abschlussuntersuchung nach durchschnittlich 38,6 Monaten – nehmen noch 23 Kinder teil.

Nach durchschnittlich 38 Monaten werden die Kinder und Eltern

aus beiden Therapiearmen abschließend nachuntersucht. Wie bei der Eingangsdiagnostik wurden u. a. Disyps-KJ, CBCL, CTRS, CPRS, d2-Test, ILK, CFT durchgeführt.

Die Untersuchungshypothese, dass die psychoanalytische Behandlung ohne Medikation mindestens genauso wirksam die ADHS-Symptome reduziere wie die verhaltenstherapeutisch/medikamentöse Behandlung, sehen die Autoren durch ihre Studienergebnisse bestätigt.

Kommentar

Zu begrüßen ist es, dass versucht wurde, eine Wirksamkeit der psychoanalytischen Therapie bei ADHS zu belegen und diese mit anderen etablierten Therapieformen zu vergleichen.

Das Studiendesign wirft jedoch zahlreiche Fragen auf:

- Die Patienten wurden nicht willkürlich den Gruppen zugeordnet, diese wurden von den Eltern ausgesucht. Hier dürfte ein erheblicher Bias in der späteren Bewertung der Therapiemethode bestehen. Auch sind die demographischen Faktoren der beiden Gruppen nicht identisch: so finden sich in der Gruppe, die eine analytische Therapie ausgewählt hat, mehr allein-erziehende Mütter, Einzelkinder, frühe Trennungserfahrungen und Fremdbetreuung im ersten Lebensjahr – möglicherweise wird hier also eine andere/zusätzliche Störung behandelt, was die Ergebnisse beeinflussen könnte.

- Die Kinder der psychoanalytischen Gruppe wurden intensiv im Durchschnitt 25,9 Monate therapeutisch betreut. Die Kinder der verhaltenstherapeutisch/medikamentösen Gruppe erhielten zwar zu Beginn eine intensive Therapie über maximal sechs Wochen, danach bekam nur ein Teil von ihnen weiterhin Medikamente (bei Abschluss-

untersuchung noch 11 von 23), der Rest wurde anscheinend sich selbst überlassen. Der Therapieeffekt wurde erst nach durchschnittlich 38 Monaten bewertet. Die Inhomogenität der VT/M-Gruppe im Hinblick auf die unterschiedliche Behandlung (eigentlich zwei Gruppen: eine Gruppe mit VT/Konzentrationstraining mit auch in der Regel noch weitergeführter medikamentöser Therapie und eine Gruppe mit lediglich sechs Wochen VT/Konzentrationstraining) wurden bei der Ergebnisauswertung nicht berücksichtigt.

- Im Lehrerurteil wird die Unaufmerksamkeit, die ja ein entscheidender Parameter für die Schulleistung und das Zurechtkommen im Alltag ist, nicht abgefragt. Es kommt zwar in beiden Gruppen zu einer Reduzierung des ADHS-Indexes, diese ist aber möglicherweise durch die Reduzierung der in diesem Alter spontan abnehmenden Hyperaktivität entstanden.

- Eine schwer wiegende methodische Schwäche der Studie besteht darin, dass in beiden Behandlungsgruppen jeweils fünf Patienten sind, die gar keine ADHS haben und mit isolierter Störung des Sozialverhaltens in die Studie aufgenommen worden sind.

Zusammenfassend ist nach der vorliegenden Studie keine Aussage möglich, ob die gemessenen Therapiemethoden gleichwertig und wirksam sind. Es erscheint fraglich, ob es gelungen ist, einen wissenschaftlichen Nachweis für die Wirksamkeit der psychoanalytischen Therapie bei ADHS zu erbringen, da die Studie von Laezer et al. trotz des großen methodischen Aufwands erhebliche Mängel aufweist. Da auch Kinder eingeschlossen wurden, die gar keine ADHS sondern nur soziale Verhaltensstörungen haben, kann man eigentlich nicht von einer ADHS-Wirksamkeitsstudie sprechen.

Dr.med. Kirsten Stollhoff

Die Autorin ist Vorsitzende des ADHS-Ausschusses im BVKJ

Red.: ReH

...und raus bist du!

Was jungen Flüchtlingen geschieht, die in Bayern mit fragwürdigen Methoden für volljährig erklärt wurden



Mohamed – allein unterwegs

Der 16-jährige somalische Junge Mohamed* litt an einer Hautkrankheit, als er im März 2014 ohne seine Eltern nach München kam. Unter antibiotischer Behandlung besserte sich seine Krankheit. Mohamed wurde vom Stadtjugendamt München am 31.03.2014 für volljährig erklärt und von den Behörden in eine Gemeinschaftsunterkunft im Landkreis Augsburg geschickt, wo er auf sich allein

gestellt war. Die medikamentöse Behandlung konnte er nicht fortsetzen, worauf sich sein Zustand akut verschlechterte. Er hatte größte Mühe, Hilfe zu bekommen, was schließlich dank telefonischer Vermittlung einer Münchner Betreuerin und eines engagierten Kollegen im Ärztlichen Notdienst gelang. Nach Ansicht der Leiterin der Gemeinschaftsunterkunft müsse er jedoch selbst für den Transport in die Klinik und einen Dolmetscher aufkommen; wenn sein Taschengeld dafür nicht ausreiche, müsse er halt sparsamer damit umgehen.

Mohamed sprach kein Deutsch und nur wenig Englisch. Nach Einschätzung der Betreuer in München ist er eindeutig minderjährig und nicht in der Lage, ausreichend für sich selbst zu sorgen. Sein Transfer löste eine akute Gesundheitsgefährdung aus, die nur mit Mühe abgewendet werden konnte. Auch danach hatte er noch große Probleme durch die mangelnde Infrastruktur und die das Kindeswohl gefährdende Unterbringung in der Gemeinschaftsunterkunft. Inzwischen lebt er in einer Jugendhilfeeinrichtung bei Augsburg.

Ismael kann nicht mehr lächeln

Auch Ismael* floh allein aus Somalia nach München. Er kam zunächst ohne Alterseinschätzung für etwa einen Monat in eine Jugendhilfeeinrichtung. Kurz nach seinem 16. Geburtstag im Mai 2014 wurde er zum Alterseinschätzungsgespräch beim Stadtjugendamt München einbestellt. Daran durfte die ihn begleitende Psychologin nicht teilnehmen. Ismael wurde unmittelbar für volljährig

erklärt und musste sofort in die Erwachsenen-Erstaufnahme-Einrichtung umziehen, ohne sich von den Jungen aus seiner Gruppe und den Betreuenden verabschieden zu können.

Die Psychologin erklärte mir, sie habe ein solches Vorgehen in ihrer langjährigen Berufslaufbahn noch nicht erlebt. Sie schätze das Alter des Jungen auf 16-17 Jahre, habe aber keine Möglichkeit gehabt, ihre Einschätzung an das Stadtjugendamt weiterzugeben. Sie fuhr dann zurück, um Ismaels Gepäck zu holen; erst als sie ihm seine Sachen gab und sich verabschiedete, habe der Junge begriffen, wie ihm geschah. In der Gemeinschaftsunterkunft in München informierten erwachsene Mitbewohner den Sozialdienst, nachdem Ismael durch sein sehr junges Erscheinungsbild und sein Verhalten aufgefallen war (er saß stundenlang auf einer Bank und starrte vor sich hin). Der Sozialdienst reichte daraufhin Klage gegen die Altersfestsetzung ein.

Im Juli 2014 traf ich Ismael nach Vermittlung durch den Sozialdienst. Er erzählte mir seine Geschichte und war bereit, sich fotografieren zu lassen. Auf meine Bitte, für das Foto zu lächeln, sagte er, das könne er nicht. Er äußerte Suizidgedanken, von denen er sich jedoch distanzieren konnte. Ich plante daraufhin eine Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater für die kommende Woche. In Verbindung mit seiner Fluchtgeschichte bestand der dringende Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung.

Schlechte Perspektive

Befragt zum Gespräch beim Stadtjugendamt sagte Ismael, dass er nur wenig verstanden habe und

sich nicht gut erinnere, er sei in Gedanken sehr bei seiner erkrankten Mutter gewesen, um die er sich große Sorgen gemacht habe. Über sein Widerspruchsrecht sei er nicht informiert worden.

Wenige Tage später wurde Ismael in eine Unterkunft im Landkreis Altötting gebracht, trotz meiner dringenden Bitte an die Regierung von Oberbayern, auf eine Umverteilung bis zur Klärung der Situation

zu verzichten und so eine kinder- und jugendpsychiatrische Betreuung zu ermöglichen.

Glücklicherweise war durch stützende Gespräche am Telefon und durch den Sozialdienst vor Ort eine Stabilisierung möglich. Wenig später wurde die Zuweisung nach einer Einstweiligen Verfügung zurückgenommen. Ismael kam zurück nach München, wiederum in eine Gemeinschaftsunterkunft. Leider

geriet er dort in eine Messerstecherei, wurde festgenommen und saß monatelang in Untersuchungshaft.

* Namen geändert

Dr. med. Thomas Nowotny
Kinder- und Jugendarzt
Salzburger Str. 27
83071 Stephanskirchen
E-Mail: t.nowotny@onlinehome.de

Red.: Kup

Brunei Darussalam, Kambodscha und Japan haben die Masern besiegt



Foto: © WHO/B. Bayutas

erklärt. Alle drei Länder haben in den letzten Jahren hohe Durchimpfungsraten erreicht, weil sie neben der Routineimpfung zusätzliche Impfkampagnen durchgeführt haben.

Zuvor waren bereits Australien, die Mongolei und die chinesische Sonderverwaltungszone Macao als masernfrei erklärt worden. Daher sieht die WHO gute Möglichkeiten, dass der gesamte westpazifische Raum in den nächsten Jahren das Ziel der Masernelimination erreichen könnte.

2014 wurden umfangreiche Impfkampagnen gegen Masern und

Röteln in Mikronesien, Laos, Vietnam, auf den Philippinen und den Solomin Inseln durchgeführt. In diesen Ländern sind seit der Jahrhundertwende über 1,8 Milliarden Menschen gegen diese Erkrankungen geimpft worden.

Weltweit sterben jeden Tag noch 400 Menschen an Masern, das sind etwa 16 in jeder Stunde. Die meisten von ihnen sind Kinder unter fünf Jahren.

Quelle:
WHO

Red.: Kup

Am 27. März 2015 hat die WHO drei weitere pazifische Länder als masernfrei

Das Leser-Forum



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



Die sozialpädiatrische Stufenversorgung bei Entwicklungsstörungen in Deutschland von Prof. Dr. Ronald Schmid, KiJuA (2015), Heft 3, S. 80 ff.

rapie und Logopädie) einfordern. Im Vorfeld wird meistens schon der Termin im SPZ oder bei der Frühförderung von den betreuenden Institutionen oder den Eltern vereinbart, somit wird gleich die zweite Stufe des Stufenmanagements übersprungen und wir sind bereits in der MBS (Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik) angekommen. Man benötigt schon ein sehr belastbares Zeitkontingent und ein ordentliches Stehvermögen, um die erforderliche und meist unerfreuliche Diskussion (zumeist mit den Kindergärten) über die weitere Vorgehensweise nach Stufenmanagement, die (noch) nicht ausgestellte Überweisung und die zunächst verweigerte Heilmittelverordnung zu führen. Das dürfte die Alltagserfahrung der meisten Kinder- und Jugendärzte in diesem Metier sein.

Nicht Alltagstauglich

Auch die Annahme, dass zunächst nach Basisdiagnostik eine Förderung in Form einer „Psychoedukation“ oder in einem „psychosozialen Setting“ erfolgen soll, ist leider in keiner Weise alltagstauglich, da gerade von den beteiligten Institutionen häufig auf eine Ergotherapie gedrängt wird. Dass zu diesem Zeitpunkt laut Stufenmanagement eine Heilmittelverordnung im Regelfall nicht erfolgen soll und

tatsächlich auch nicht indiziert ist, ist häufig kaum zu vermitteln.

Eine weitere Schwierigkeit ist die problematische Verwendung der Begriffe „Diagnose“ und „Diagnostik“, wenn es um die Beurteilung der kindlichen Entwicklung geht. Eine „Entwicklungsdiagnostik“ zeigt mir vielleicht die Abweichung von der mehr oder weniger gut definierten Norm in den verschiedenen Entwicklungsbereichen, sie liefert mir aber keine Diagnose im medizinischen Sinne. Eine nicht altersgemäße motorische Kompetenz ist eben selten ätiologisch auf eine spezifische Bewegungsstörung durch z.B. hirnstrukturelle Läsionen mit definiertem ICD-Code zurück zu führen, sondern zumeist durch Umweltbedingungen, familiären Anlagen oder mangelhafte (psychosoziale und pädagogische) Unterstützung begründbar. An dieser Stelle von einer „Pathologie“ zu sprechen, führt zwangsläufig dazu, dass eine Heilmittelverordnung erwartet wird.

Insgesamt finde ich das vorgestellte Konzept für den Praxisalltag des Kinderarztes wenig hilfreich. Es wäre allerdings wünschenswert die Inhalte und die Grundausrichtung des Papiers an der „Basis“ zu vermitteln, also den Personen und Institutionen, die mit der Betreuung von Kindern betraut sind, näher zu bringen.

Dr. med. Burkhard Hebing
33098 Paderborn
E-Mail: info@praxis-neuer-platz.de

Red.: Kup

Als seit drei Jahren niedergelassener Kinder- und Jugendarzt und Neuropädiater frage ich mich, welche Erfahrungen die Kollegen der IVAN (Interdisziplinäre, verbändeübergreifende Arbeitsgruppe Entwicklungsdiagnostik) in ihrem Praxisalltag gemacht haben, um das Stufenmanagement der Diagnostik von Entwicklungsauffälligkeiten in dieser realitätsfernen Form vorstellen zu können.

Bereits auf der ersten Stufe ist die von mir wahrgenommene Realität so, dass die genannten Institutionen (Kindergarten, Schulen, ÖGD, Jugendamt und Praxen von Heilmittelbringern) nicht nur den Verdacht einer Entwicklungsauffälligkeit den Eltern oder dem Kinder- und Jugendarzt mitteilen, sondern die „Diagnose“ gleich mitliefern und auch das „notwendige“ Heilmittel (insbesondere Ergothe-

Ein Jahr nach der Entführung von Schulumädchen durch Terrorgruppe

UNICEF: Terrorgruppe hat Kinder in Nigeria zur Zielscheibe gemacht

Vor einem Jahr haben Terroristen über 200 Schulumädchen im Norden von Nigeria entführt. Die Situation für Kinder hat sich laut UNICEF seither in der Region weiter verschärft. Die Zahl der Menschen, die aus Angst vor Boko Haram und der Kämpfe mit Regierungstruppen und bewaffneten Bürgerwehren innerhalb Nigerias auf der Flucht sind, hat sich in einem Jahr auf 1,2 Millionen fast verdoppelt. Mehr als 200.000 Flüchtlinge haben nach Angriffen oder Drohungen gegen ihre Dörfer Schutz in den Nachbarländern Niger, Tschad und Kamerun gesucht. Mehr als die Hälfte der Flüchtlinge und Vertriebenen – 800.000 – sind Kinder.

Die Entführung der Mädchen aus Chibok vor einem Jahr war ein schreckliches Verbrechen. Angriffe auf Schulen und Entführungen von Kindern dürfen in Nigeria nicht länger zum Alltag gehören“, sagt Christian Schneider, Geschäftsführer von UNICEF Deutschland. „Schutz und Hilfe für Kinder in der Region müssen wo immer möglich verstärkt werden.“

Schwere Menschenrechtsverletzungen

Tausende Kinder aus Nigeria sind Opfer schwerer Menschenrechtsverletzungen. Mädchen und Jungen werden getötet, entführt, zwangsverheiratet, als Kämpfer rekrutiert oder in extremen Fällen dazu gezwungen, sich als Selbstmordattentäter in die Luft zu sprengen. Zwischen 2012 und 2014 wurden bei gezielten Angriffen auf Schulen im Nordosten Nigerias mindestens 196 Lehrer und 314 Schüler getötet, mehr als 300 Schulen wurden zerstört oder schwer beschädigt.

Viele Familien kommen nach langer Flucht völlig entkräftet und mittellos in Flüchtlingscamps an und brauchen dringend Hilfe. Immer mehr Kinder und Jugendliche sind auf sich allein gestellt, weil ihre Eltern tot sind oder sie auf der Flucht von ihnen getrennt wurden. Allein in den Provinzen Borno und Yobe hat UNICEF 2.400 unbegleitete Mädchen und Jungen registriert.

Sie sind besonders gefährdet, Opfer von Missbrauch oder Ausbeutung zu werden.

Notschulen und psychologische Hilfe für Flüchtlingskinder

UNICEF hat seine Nothilfe in Nigeria sowie Niger, Kamerun und Tschad ausgeweitet und richtet unter anderem Notschulen in Flüchtlingscamps ein. Seit Anfang 2015 können 40.000 nigerianische Kinder dadurch wieder zur Schule gehen. Mit Unterstützung von UNICEF haben außerdem 60.000 Mädchen und Jungen psychologische Hilfe erhalten, um ihre Erlebnisse zu verarbeiten. In Nordnigeria, Kamerun und Niger wurden fast 1,8 Millionen Kinder gegen Polio sowie 900.000 gegen Masern geimpft. UNICEF hat zudem rund 8.000 mangelernährte Kleinkinder mit therapeutischer Nahrung versorgt, damit sie wieder zu Kräften kommen.

In der von UNICEF unterstützten Zeltschule im Flüchtlingscamp in Yola werden die Mädchen und Jungen unterrichtet und erhalten psychosoziale Hilfe.

UNICEF: Kinder schützen!

UNICEF fordert alle Konfliktparteien dringend dazu auf, ihren Verpflichtungen gemäß internationalem Recht nachzukommen und für den Schutz von Kindern zu sorgen. Welt-



Foto: © UNICEF/NYHQ/2015-04/74/Esiebo



Foto: © UNICEF/NYHQ/2015-06/10/Rich

weit macht die Organisation mit der Kampagne #BringBackOurChildhood auf das Leid der nigerianischen Kinder aufmerksam und ruft zur Unterstützung auf.

Red.: ReH

● Nachgefragt

Ist Baby-led-weaning die neue Form der Beikost?

Mit der Rubrik „Nachgefragt“ will das Netzwerk „Gesund ins Leben“ regelmäßig, kurz und knapp über die aktuellen vom Netzwerk erarbeiteten Handlungsempfehlungen und die ihnen zugrunde liegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse bei den Themen „Säuglingsernährung“ und „Ernährung der stillenden Mutter“ informieren.

Baby-led-weaning heißt ein neuer Trend in der Beikost. Der Säugling wird nicht wie bisher mit Brei gefüttert, sondern isst bevorzugt in Stücke geschnittene Lebensmittel, die er sich selbst vom Familientisch nimmt. Das soll Vorteile für die langfristige Entwicklung eines gesunden Essverhaltens haben. Eltern und auch Pädiater sind unsicher: Kann das Baby mit dieser Beikostform besser versorgt werden? Hat die Beikost ausgedient? Das Netzwerk Gesund ins Leben hat sich mit dem neuen Trend des Baby-led-weaning beschäftigt und rät nun davon ab.

Wenn im zweiten Lebenshalbjahr der Energie- und Nährstoffbedarf des Säuglings steigt, reicht Muttermilch oder Säuglingsmilch allein nicht mehr aus. Die Milch muss durch feste Lebensmittel ergänzt werden. Damit beginnt die Beikostzeit. Den Säugling dabei liebevoll zu begleiten, sich Zeit für die Mahlzeiten zu nehmen, die Signale des Kindes wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und angemessen zu beantworten, all das fördert ein gesundes Essverhalten und ist wünschenswert. Für eine gute Versorgung ist aber auch ein ausgewogenes Angebot wichtig. Der Ernährungsplan des Forschungsinstituts für Kinderernährung, der die allmähliche Einführung von drei Breien enthält, entspricht dem ernährungsphysiologischen Bedarf



Foto: © Maria Shytova - Fotolia.com

des Kindes. Diesen Nachweis hat Baby-led-weaning bisher nicht erbracht, wie eine Analyse des Forschungsinstituts für Kinderernährung zeigt. Die Empfehlung des Netzwerks Gesund ins Leben lautet daher: Eltern sollten sich in der Beikost weiterhin an dem bewährten und sicheren Ernährungsplan orientieren. Das schließt „Fingerfood“ nicht aus. Werden dem Säugling zusätzlich nährstoffreiche Lebensmittel in Stückchen angeboten, kann er sie mit allen Sinnen erfahren und spielerisch eine gesunde Ernährung entdecken. Auch für Babys, die Brei eher verweigern, kann dies ein Weg für eine gute Versorgung sein.

Die ausführliche Antwort mit Literaturverweisen finden Sie hier: www.gesundinsleben.de/fuer-fachkraefte/nachgefragt

Red.: ReH

Morbus Wilson im Kindes- und Jugendalter: ein Chamäleon in der Medizin – Unterschiede gegenüber der klinischen Präsentation beim Erwachsenen

Zusammenfassung

Der Morbus Wilson wurde 1912 als Degeneration des Linsenkerns im Hirnstamm beschrieben. Nach heutiger Kenntnis ist er aber eine autosomal-rezessiv vererbte Kupferspeicherkrankheit der Leber. Durch den Defekt des Enzyms Adenosin-Triphosphatase 7B ist der Transport von Kupfer aus der Leber in die Galle und die Bindung von Kupfer an Apoceruloplasmin in der Leberzelle blockiert. Die deshalb verminderte Bildung von Holoceruloplasmin führt zur Erniedrigung des Coeruloplasmins im Serum. Das erniedrigte Serumcoeruloplasmin ist der wichtigste Laborbefund in der Differenzialdiagnose zu anderen Leberkrankheiten.

Die fortschreitende Kupferspeicherung in der Leber bleibt lange Zeit asymptomatisch, führt aber schließlich immer über eine toxische Verfettung zu einer Zirrhose. Diese kann sich unbemerkt entwickeln, jeder Art von akuter oder chronischer Leberkrankheit entsprechen oder als fulminantes Leberversagen tödlich enden. Frühzeitiger Beginn einer entkupfernden Dauertherapie garantiert eine normale Lebenserwartung. Wird das diagnostische Zeitfenster der „hepatischen Präsentation“ verpasst drohen z. T. irreversible neurologische Symptome bis hin zur Rollstuhlpflichtigkeit.

Erstbeschreibung und Entwicklung der Kenntnisse seit 1912

Der Londoner Neurologe Samuel Alexander Kinnier Wilson beschrieb in seiner Dissertation die heute nach ihm benannte Krankheit mit folgendem Titel: Progressive lenticular degeneration: a familial nervous disease associated with cirrhosis of the liver (1).

Das klinisch-neurologische Bild der Krankheit weist auf eine Schädigung des extrapyramidal-motorischen Nervensystems hin. Es ist charakterisiert durch Sprech-, Schluck- und Schreibstörung, Tremor, Chorea, vermehrten Speichelfluss und manchmal eine Dystonie, die oft so ausgedehnte Muskelgruppen umfasst, dass es präfinal zu einer Dezerebrationsstarre des ganzen Körpers kommen kann. Da die Erkrankung stets tödlich verläuft, wurden die zur Definition führenden Befunde bei der Obduktion erhoben. Wegen der Degeneration des Linsenkerns hielt Wilson die Krankheit für ein primär neurodegeneratives Syndrom und die während des Lebens asymptomatische Leberzirrhose für einen sekundären Befund.

Heute wissen wir, dass die neurologische Symptomatik das Spätstadium einer primären Leberkrankheit ist, das nur auftritt, wenn diese überlebt wurde.

Weil in den Familien von Wilsons Patienten oft mehrere Kinder erkrankten, sprach er zwar von einer familiären Erkrankung, hielt aber eine autosomal-rezessive Vererbung mit folgendem Argument für unwahrscheinlich: „We have already seen reason to believe that the disease is of toxic origin“. Auch entging Wilsons Beobachtungsgabe der durch Kupferablagerung in der Hornhaut des Auges verursachte Kayser-Fleischersche Cornealring. Diesen hatten die Augenärzte Bernhard Kayser (1902) und Bruno Fleischer (1909) bei einem Patienten beschrieben, der mehrere Jahre mit der vermuteten, aber nie bewiesenen Diagnose Multiple Sklerose in der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen behandelt worden war (2,3).

In einem weiteren Artikel des Pathologen Alfred Rumpel über diesen Patienten wird beiläufig erwähnt, dass ein mit ihm befreundeter Chemiker einen erhöhten Gehalt an Silber und Kupfer in der Leber gefunden habe. Da er diesen Befund nicht bewertete, blieb er in der Fachwelt unbeachtet (4). Es dauerte dann noch 35 Jahre, bis Cumings 1948 nachweisen konnte, dass die Speicherung und Sekretion des Leberkupfers für den Verlauf der Krankheit maßgebend ist und dass die Linsenkerndegeneration eine Folge des Einbaus von „freiem Kupfer“ im ZNS ist (5). Es zeigte sich weiterhin, dass die Speicherkapazität der Leber in den ersten Lebensjahren so groß ist, dass in vielen Fällen keine Leberzellnekrosen auftreten. Die Krankheit bleibt dann biochemisch und klinisch asymptomatisch (Stadium I nach Deiss), obwohl sich quantitativ-biochemisch sehr hohe Kupferkonzentrationen in der Leber nachweisen lassen.

Da in diesem Stadium das Kupfer aber sehr feinkörnig im Zytoplasma der Leberzellen abgelagert ist, lässt es sich mit histochemischen Färbemethoden nicht nachweisen. Dieser Umstand ist leider nicht allen Pathologen bekannt. Diese lehnen dann den Morbus Wilson ab, weil die Kupferfärbung negativ ist.

Bis 1957 hielten alle Wilson-Experten den Kayser-Fleischer-Ring für ein obligates Symptom der Krankheit (7).

Inzwischen ist erwiesen, dass der Kayser-Fleischer-Cornealring sich erst entwickelt, wenn Kupfer aus der Leber freigesetzt und in andere Organe gestreut wird. Somit ist er bei Kindern meist nicht vorhanden.



Prof. Dr.
Dietrich Feist

Priv.-Doz. Dr.
Mark Schäfer

Prof. Dr.
Klaus-Michael Keller

Seit 1930 ist die schon lange bestehende Vermutung bestätigt, dass der Morbus Wilson keine Intoxikation ist, sondern ein autosomal-rezessiv vererbter Enzymdefekt des Kupferstoffwechsels in der Leber (7). 1974 entdeckte DJ Frommer, dass der damals noch unbekannte Gendefekt zu einer verminderten Ausscheidung von Kupfer aus der Leberzelle in die Galle und somit

Stadium I	Präsymptomatisch trotz stark erhöhten Kupfergehalts, Transaminasen normal oder erhöht, evtl. Hepatomegalie; Fettleber
Stadium IIA	Hepato(spleno)megalie, Transaminasen erhöht, Hämolyse und fulminantes Leberversagen möglich
Stadium IIB	Dekompensierte Leberzirrhose; Aszites, evtl. Ikterus
Stadium III	Kupferakkumulation im ZNS ohne neurologische Symptome, aber oft Kayser-Fleischer-Cornealring; Leberzirrhose obligat, aber meist klinisch stumm
Stadium IV	Klassische neurologische Symptomatik mit obligatem K-F-Ring, Hepatosplenomegalie oft; Transaminasen in der Regel normal, da Zirrhose inaktiv!
Stadium V	Unter Dauertherapie mit Penicillamin ausgeglichene Kupferbilanz

Tab. 1: Klinische Stadien nach Deiss 1971

zur Kupferspeicherung in der Leber führt. Der Defekt konnte 1985 auf dem Chromosom 13 lokalisiert und 1993 identifiziert werden. Es handelt sich um das sog. ATP-7B-Gen, das die Bildung einer Kationen transportierenden ATP-ase kodiert, die für die Ausschleusung von Kupfer aus der Leberzelle in die Galle verantwortlich ist (8, 9, 10).

Bis 1956 war der Morbus Wilson eine unheilbare, stets tödlich verlaufende Krankheit. In diesem Jahr führte der britische Neurologe J. M. Walshe den Kupfer-Chelator D-Penicillamin in die Therapie des Morbus Wilson ein. Mit diesem Mittel ist es möglich, im präsymptomatischen Stadium das Auftreten von Symptomen zu verhüten und bei fortgeschrittenem Verlauf die weitere Progredienz zu stoppen und fast immer eine Besserung zu erreichen, wenn die Behandlung lebenslang durchgeführt wird.

Deshalb ist bei entsprechendem Verdacht die Frühdiagnose mit allen Mitteln anzustreben und eine entkupfernde Dauertherapie einzuleiten.

Epidemiologie

Mit einer Prävalenz von weltweit etwa 1: 30.000 ist der M. Wilson nicht so selten. Die Prävalenz be-

wegt sich im Bereich von Stoffwechselerkrankungen wie MCAD-Mangel (1 : 20.000) oder Galaktosämie (1 : 60.000), welche im Neugeborenencreening enthalten sind. Die Hauptmanifestation des M. Wilson bewegt sich im Altersbereich von 4 – 40 Jahren. Noch jünger könnten Kinder im Rahmen eines genetischen Familienscreenings nach einem neuen Wilsonfall in der Familie entdeckt werden. Jenseits von 40 Jahren detektierte Fälle sind selten, aber beschrieben (11).

Pathogenese

Unabhängig von den Ernährungsgewohnheiten einer Population wird mit der Nahrung immer mehr Kupfer zugeführt als der Organismus benötigt. Dieses wird im Dünndarm resorbiert, an Metallothionein gebunden und als Albumin-Verbindung über die Pfortader in die Leber transportiert. Im Durchschnitt werden pro Tag 3 - 4 mg Kupfer resorbiert, aber weniger als 1 mg zum Einbau in Proteine und Enzyme benötigt. Beim Gesunden wird das überschüssige Kupfer zu einem kleinen Teil in das Transportprotein Coeruloplasmin eingebaut und zum größten Teil durch das Transportenzym ATPase 7B in die Galle ausgeschieden. Beide Reaktionen sind beim Wilson-Patienten durch den Enzymdefekt blockiert. Diese Blockade führt von der Geburt an zur Speicherung von Kupfer in den Leberzellen und zu einer Verminderung des enzymatisch aktiven „Holocoeruloplasmins“ im Serum auf Werte unter 20 mg/dl als Folge des fehlenden Einbaus von Kupfer in das hepatozelluläre, kupferfreie „Apocoeruloplasmin“.

Die Leber des Wilson-Patienten kann sehr große Kupfermengen speichern, bevor es zu biochemisch (erhöhte Transaminasen!) oder klinisch fassbaren Zeichen einer Leberschädigung kommt, also, zum Stadium IIA bzw. b nach Deiss (Tab. 1).

Histologisch führt die Kupferspeicherung in der Leber zu toxischer Verfettung und später auch Fibrose, bis Zirrhose, sowie den schon erwähnten Glykogen- oder Lochkernen (11).

Das präsymptomatische Stadium des Morbus Wilson kann sehr unterschiedlich lange dauern. Meist geht es im Grundschulalter in das durch Leberzellnekrosen und Kupfer-Sekretion gekennzeichnete Stadium II über. In unserem Heidelberger Patientenkollektiv fanden wir aber bei der Suche nach erkrankten Geschwistern auch Patienten, die mit 20 Jahren noch asymptomatisch waren. Dagegen ist ein gesicherter Fall mit dekompensierter Zirrhose im dritten Lebensjahr als seltene Ausnahme anzusehen (14). Nach dem Übergang in das Stadium II wird das bisher feinkörnig im Zytoplasma der Leberzellen gespeicherte Kupfer teilweise in die Lysosomen umgelagert, teilweise als sogenanntes freies Kupfer in die Zirkulation sezerniert und von dort in andere Organe, wie ZNS, Cornea, Niere etc. transportiert bzw. im Urin ausgeschieden. Das in den Lysosomen gespeicherte Kupfer ist kompakt abgelagert, so dass es auch histochemisch nachweisbar ist. Während die Kupferkonzentration im Zytoplasma der Leberzellen sehr hoch ist (oft > 1000 µg/g Trockengewicht) fällt sie bei

Speicherung in den Lysosomen deutlich ab, bleibt aber über der oberen Norm von 250 µg/g Trockengewicht (Tab. 1).

In den zirrhatischen Regeneratknoten neu gebildete Leberzellen haben dagegen einen normalen Kupfergehalt.

Das muss der Kliniker wissen, wenn er bei einer laparoskopischen Leberbiopsie, wie allgemein bei Zirrhosen üblich, einen Regeneratknoten gezielt oder bei einer Blindpunktion ungewollt punktiert (sog. sampling error).

Symptomatik (unterschiedliche klinische Stadien)

Die Symptomatik ab Stadium II besteht aus so **unspezifischen Symptomen** wie unerklärliche Lethargie, Unpässlichkeit, Anorexie, Bauchschmerzen und Verhaltensauffälligkeiten. Es kann auch zu den Bildern einer akuten Hepatitis mit Ikterus kommen oder einer schleichenden Zirrhoseentwicklung mit Hämatomeigung infolge Gerinnungsstörungen (niedriger Quickwert, Thrombopenie), Aszites, Ikterus und Ösophagusvarizenblutung. Selten aber dramatisch ist das fulminante Leberversagen mit Coombs-test-negativer Hämolyse infolge massiver Kupferfreisetzung aus der Leber, was die Erythrozytenmembran zerstört (Tab. 2). Wird das Stadium II nicht erkannt und überlebt, folgt Stadium III mit einer eher wieder **asymptomatischen Krankheitsphase, in der nach Abschluss des Leberumbaus (Zirrhose) mit normalen Transaminasen Kupfer im ZNS und der Cornea abgespeichert wird.** Individuell unterschiedlich schnell stellen sich dann die **neurologischen Symptome ein mit z.B. auffällig sich verschlechterndem Schriftbild und nachlassenden Schulleistungen** (Tab. 2). Wird der M. Wilson immer noch nicht diagnostiziert und behandelt, entwickelt sich mit der Zeit das klassische von Wilson beschriebene neurologische Bild (Stadium IV) mit Dysarthrie, Hypersalivation, Dysphagie, Intentionstremor und zunehmenden choreoathetotischen Bewegungsstörungen bis hin zur Rollstuhlpflichtigkeit. Diese neurologischen Symptome können in der Adoleszenz etwa ab dem 12. Lebensjahr, selten früher, beginnen, betreffen aber meist erst erwachsene Patienten.

Die Initialsymptomatik des M. Wilson ist ausgesprochen unspezifisch mit Lethargie, Leistungsschwäche, Anorexie und Bauchschmerzen, später auftretende neurologische Erstsymptome können sich verschlechternde Schulleistungen, Verhaltensauffälligkeiten und ein schlechteres Schriftbild sein!

Der Kinder- und Jugendarzt darf die „Leberphase des M. Wilson“ nicht verpassen!

Diagnostik

Entscheidend für die Diagnose eines M. Wilson ist: „Daran denken!“

Da der M. Wilson in jedem Stadium behandelt werden muss, sollte diese Krankheit bei jeder Leberfunk-

Asymptomatisch	Entdeckung beim Familienscreening
	Zufallsbefund: erhöhte Transaminasen
	Zufallsbefund in der Sonographie: Steatosis hepatis
Hepatisch	Schleichend und unspezifisch: Bauchschmerzen, Abgeschlagenheit, Leistungsknick, u.U. gefolgt von Ikterus
	Akute Hepatitis
	Fulminantes Leberversagen mit Hämolyse
	Gallensteine
	Portale Hypertension mit Varizenblutung, Aszites
	Dekompensierte Leberzirrhose
Neurologisch	Nachlassende Schulleistungen, Verhaltens- und Stimmungsschwankungen, Ruhe- und Intentionstremor
	Dyskoordination (schlechteres Schriftbild, Dysarthrie, Hypersalivation, Dysphagie, Maskengesicht)
Hämatologisch	Akute hämolytische Anämie (Coombs-Test negativ)
Renal	Renal-tubuläre Dysfunktion (Fanconi-Syndrom, Azidose, Aminoazidurie)
Skelett	Rachitis, Osteomalazie, Arthropathie

Tab. 2: Vielfalt der klinischen Symptomatik nach den Stadien von Deiss

	Normalbereich	M. Wilson
Gesamtes Serumkupfer	70 – 155 µg/dl (11 – 24,5 µmol/l)	< 60 µg/dl (< 9,4 µmol/l)
„freies Serumkupfer“*	5 – 12 µg/dl (0,8 – 1,9 µmol/l)	>25 µg/dl (>3,9 µmol/l)
Coeruloplasmin im Serum	20 – 40 mg/dl	<20 mg/dl
Kupfer im 24h Urin	<70 µg/Tag (<1,1 µmol/Tag)	>100 µg/Tag (>1,8 µmol/Tag)
Leberkupfer µg/g/ Trockengewicht (TG)	15 - 55 µg/g TG (0,24 – 0,87 µmol/g TG)	250 – 3000 µg/g TG (3,9 – 47 µmol/g TG)

* (Freies Kupfer in µg/dl = Gesamtkupfer in mg/dl minus 3x Coeruloplasmin in mg/dl)

Tab. 3: Parameter des Kupferstoffwechsels bei M. Wilson

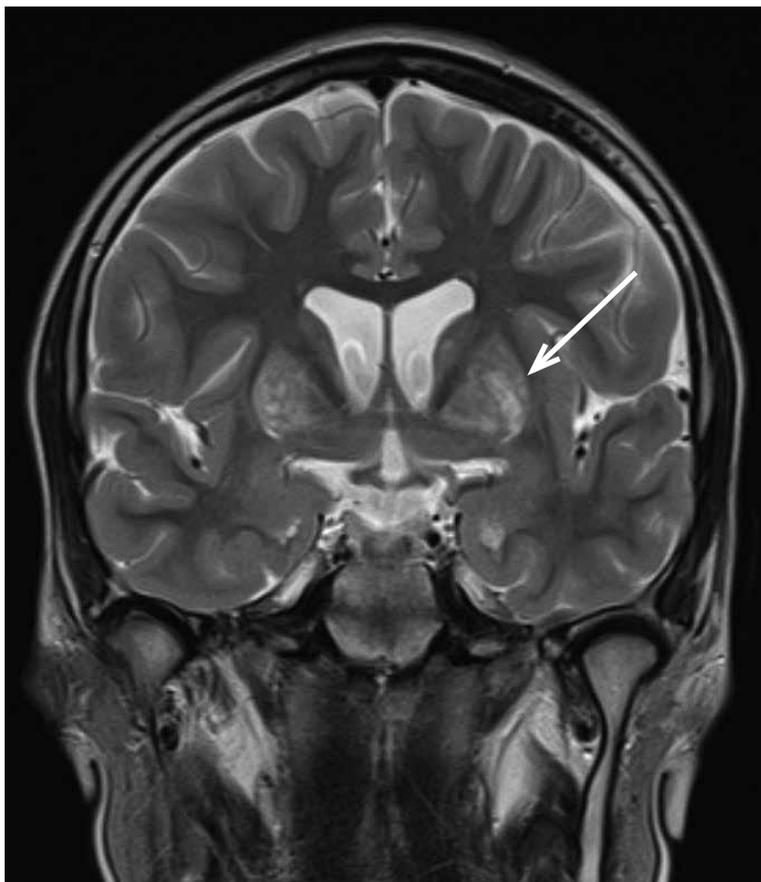


Abb. 1: T2-gewichtetes MRT des Gehirns bei dem 13 Jahre alten Jungen mit M. Wilson und neurologischer Symptomatik: abnorm hyperintense Signale im Bereich der Stammganglien ←

tionsstörung/Lebererkrankung unklarer Genese durch die in Tab. 3 genannten Untersuchungen im Serum und Sammelurin ausgeschlossen werden.

Erhöhte Transaminasen mit erniedrigtem Coeruloplasmin im Serum beweisen ein hepatisches Stadium. Das Serumkupfer ist meist, aber nicht immer erniedrigt, die Kupferausscheidung im 24-h-Sammelurin ist meist, aber nicht immer erhöht!

Der Kayser-Fleischer-Cornealring mit erniedrigtem Serumcoeruloplasmin beweist ein neurologisches Stadium!

Da im präsymptomatischen Stadium klinische und biochemische Befunde normal sein können, muss der M. Wilson bei Geschwistern gesicherter Patienten meist durch eine Leberbiopsie mit Bestimmung des Leberkupfergehaltes bewiesen oder ausgeschlossen werden.

Die typische Histologie zeigt dann eine Leberzellverfettung und Lochzellkerne, spezifische Alterationen der Mitochondrien können in diesem Stadium ebenfalls die Diagnose beweisen (15).

Ist die individuelle Mutation des ATP-7B Gens bei gesicherten Fällen in der Familie bekannt (homozygot oder compound heterozygot), kann die Suche nach dieser Mutation bei präsymptomatischen Geschwistern helfen, die Diagnose M. Wilson ohne invasive Diagnostik zu stellen.

Seit der Klonierung des Wilson-Gens auf dem Chromosom 13 wurden über 500 zur Krankheit führende Mutationen identifiziert. **Allerdings konnte bei bis zu 20 % der gesicherten Wilson-Patienten keine der bekannten Mutationen nachgewiesen werden (16).**

Die Mutationsanalyse des Wilson-Gens kann in speziellen Fällen hilfreich sein, Es ist jedoch unverantwortlich, auf die Gentestergebnisse zu warten, und die diagnostisch entscheidende Leberbiopsie mit Bestimmung des Leberkupfergehalts zu postponieren oder ganz auf diese zu verzichten.

Genauso unverantwortlich ist es, wenn humangenetische Institute bei negativem Mutationsbefund in ihrem Gutachten schreiben, „dass ein M. Wilson unwahrscheinlich sei“. Dies kann dazu führen, dass die u. U. entscheidende invasive Diagnostik mit Bestimmung des Leberkupfergehalts unterbleibt und die „Leberphase“ des M. Wilson verpasst wird, und der Patient in eine evtl. irreversible neurologische Krankheitsphase gerät. Dies unterstreicht der folgende klassische und lehrreiche Fallbericht:

10 Jahre alter Junge mit GOT 64 U/l, GPT 79 U/l (erhöht) und niedriger Cholinesterase von 3,46 kU/l, niedrigem Serumkupfer von 19 µg/dl und sehr niedrigem Serum Coeruloplasmin von 0,03 g/l. Sonographisch wurde eine Fettleber festgestellt. Eigentlich wäre somit die Diagnose eines M. Wilson schon bewiesen gewesen. Aber die unnötige Mutationssuche im ATP-7B-Gen, die sich im Verlauf als falsch negativ herausstellte, verhinderte die Diagnose M. Wilson in der „Leberphase“. Zwei Jahre später kam es bei dem gut integrierten und motivierten Realschüler in der 5. Klasse zu zunehmend impulsivem Verhalten bei Konflikten, Verweigerung jeglicher Kooperation, Verlassen des Klassenzimmers, Sitzen unter dem Tisch, Konzentrations- und Leistungsschwäche sowie stark verschlechtertem Schriftbild. Erst ein weiteres Jahr später wurde bei dem dann 13 Jahre alten Jugendlichen die Diagnose M. Wilson gestellt, als er Gangstörungen, Hypersalivation, Somnolenz, Wesensveränderungen und eine Art „akuten Krampfanfall“, wahrscheinlich eine Choreathetose, entwickelte. Es fanden sich jetzt im neurologischen Stadium normale Transaminasen, aber ein niedriges Coeruloplasmin von 29 mg/l, eine compound heterozygote Mutation im Wilson Gen, ein Kayser-Fleischer-Cornealring und erhebliche Veränderungen im MRT des Schädels (Abb. 1). Eine Besserung der neurologischen Symptomatik unter Behandlung mit Penicillamin zeichnet sich zum Glück ab (17).

Leider gibt es in Deutschland kein Institut mehr, das routinemäßig Haplotypenanalysen von sog. Mikrosatelliten-Markern, die mit dem Wilson-Gen gekoppelt sind, beim fraglichen Patienten, seinen Geschwistern und Eltern durchführt. Dies wäre eine sichere, nicht invasive Methode für ein genetisches Screening.

Bewertung von Laborbefunden

Coeruloplasmin im Serum:

Das Coeruloplasmin ist ein in der Leber synthetisiertes, als Oxidase wirkendes Enzym, an das 90 – 95 %

des Serumkupfers fest gebunden sind (sog. Holocoeruloplasmin). Beim M. Wilson ist die Beladung der Vorstufe Apocoeruloplasmin mit Kupfer in der Leberzelle blockiert, so dass zu wenig Holocoeruloplasmin in die Zirkulation gelangt. Der erniedrigte Coeruloplasminspiegel im Serum ist der entscheidende Laborbefund beim M. Wilson in der Differenzialdiagnose zu anderen Leberkrankheiten. Heute gängige immunologische Labormethoden lassen leider eine Unterscheidung zwischen Holo- und Apocoeruloplasmin nicht zu. Gelangt bei ausgedehnten Leberzellnekrosen außer den Transaminasen auch Apocoeruloplasmin ins Serum, kann auch bei gesicherten Wilsonpatienten das Coeruloplasmin im Serum erhöht sein. Das kann zu Fehldiagnosen führen. Auch eine **Schwangerschaft (18) oder der Einsatz von Ovulationshemmern können zur Erhöhung des Coeruloplasmins** führen. Coeruloplasmin ist ferner auch ein Akutphaseprotein, so dass jede Art von systemischer Entzündung zur Normalisierung oder Erhöhung des Coeruloplasmins führen kann. Diese diagnostischen Fallstricke muss der Kliniker, vor allem der Kindergastroenterologe kennen.

Behandlung

Penicillamin

Die 1956 von Walshe eingeführte, lebenslange Therapie mit dem Kupfer-Chelator D-Penicillamin ist nach Meinung der meisten Experten immer noch der Goldstandard der Behandlung in allen Stadien des Morbus Wilson (19). Es war ebenfalls Walshe, der den Chelatbildner Trientine (=Triäthyl-Tetramin-Dihydrochlorid) als Alternative bei schwerer Penicillamin-Intoleranz bzw. präexistenten Nierenschäden und Autoimmunerkrankungen eingeführt hat (20). Schließlich können Patienten, die durch Chelatbildner weitgehend „entkupfert“ sind, mit Zinksalzen (Zink-Azetat oder Zink-Sulfat) auf Dauer behandelt werden. Während die Chelatbildner freies Kupfer binden und im Urin ausscheiden, hemmt Zink die Kupferresorption im Darm, indem es die Bildung von Metallothionein in der Darmschleimhaut induziert. Da Metallothionein eine größere Affinität zu Kupfer als zu Zink hat, bindet es vermehrt Kupfer und vermindert so dessen Resorption. Im Rahmen der üblichen Epithelabschilferung gelangt das an Metallothionein gebundene Kupfer in die Fäces und wird schließlich im Stuhl ausgeschieden. Penicillamin-bedingte Nebenwirkungen kommen bei der Behandlung des Morbus Wilson im Gegensatz zu anderen Indikationen nur selten vor (19). Eine spezifische, frühe Komplikation ist die sog. Hypersensitivitätsreaktion, die 1 bis 3 Wochen nach Behandlungsbeginn auftreten kann. Sie ist charakterisiert durch Fieber, urtikarielles oder morbiliformes Exanthem, Leuko/Thrombopenie.

Die Hypersensitivitätsreaktion ist kein Grund, auf ein anderes entkupferndes Mittel umzustellen. Es genügt, wenn man Penicillamin absetzt und es dann un-

Stadium	Coeruloplasmin (CPL)	Gesamtkupfer im Serum	Freies Kupfer im Serum	Kupfer im 24h-Sammelurin
Stadium I	normal oder ↓	normal oder ↓	↓	normal
Stadium II	u. U. normal, meist ↓	↓	↑	↑
Stadium III	↓	↓	↑	Meist ↑
Stadium IV	↓	↓	↑	↑
Akutes Leberversagen	↓ oder ↑	↑↑	↑↑	↑↑

Tab. 4: Stadien des M. Wilson und ihre Laborkonstellationen

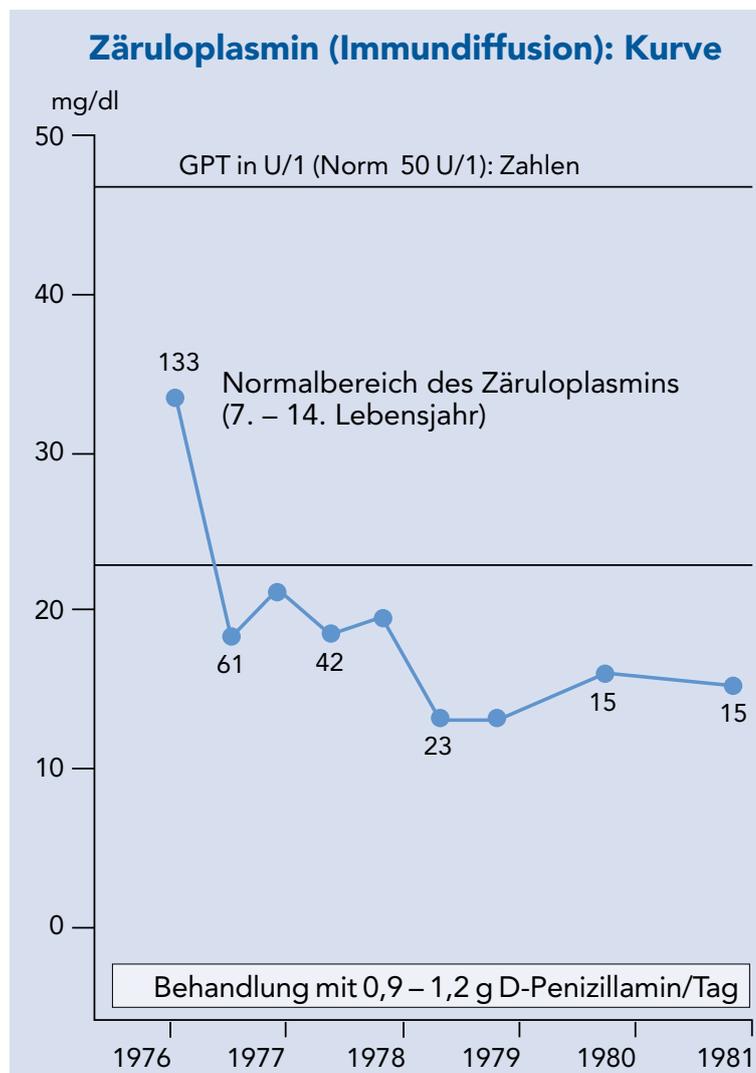


Abb. 2: 10 Jahre altes Mädchen mit hepatischer Form des M. Wilson. Verlauf des Serumcoeruloplasmins unter Therapie mit 0,9 – 1,2 g Penicillamin: zu Beginn hochnormale Werte, welche unter Therapie in den erniedrigten Bereich abfallen.

ter Cortisonschutz in Dosen von 150 mg innerhalb von 2 Wochen bis zur Enddosis von 20 mg/kg steigert. Späte Nebenwirkungen, die einen Therapiewechsel erfordern, kommen bei ca. 3 bis 7 % der erwachsenen Patienten nach mehreren Monaten vor, sind nach unserer Erfahrung bei Kindern aber ausgesprochen selten. Es sind vor allem: Nephrotisches Syndrom, Lupus erythematoses, Myositis, Myasthenia gravis und Knochenmarkdepression. Eine Proteinurie von < 500 mg/ Tag oder die isolierte Erhöhung antinukleärer Faktoren ist keine, einen Therapiewechsel erfordernde Nebenwirkung.

Zink

Patienten, die nach längerer Penicillamintherapie weitgehend entkupfert sind - feststellbar durch eine Leberbiopsie mit Bestimmung des Kupfergehalts - können mit Zink weiter behandelt werden. Zinkacetat wird 3 x täglich 1 Stunde vor den Mahlzeiten gegeben. Dosis: 3 x 25 mg < 10 Jahren, später 3 x 50 mg. Obwohl Zink im Gegensatz zu den Chelatbildnern praktisch atoxisch ist, verursacht es häufig so starke Magenbeschwerden, dass die Kinder die Einnahme verweigern. Weitere Nachteile der Zinktherapie sind:

- Es muss unbedingt eine Stunde vor den Mahlzeiten genommen werden, da es nur in einem leeren Darm resorbiert wird.
- Es dauert etwa 3 Monate, bis es ausreichend wirksam ist.
- In einigen Fällen verliert es nach mehreren Jahren seine Wirksamkeit (21). Es können dann nach rein hepatischer Manifestation unspezifische neurologische Symptome auftreten. In einem solchen Fall fanden wir im MRT des Schädels zwar keine Wilsonspezifischen Befunde in den Stammganglien, aber eine beginnende Hirnatrophie.

Da Zink kein gespeichertes Kupfer aus dem Organismus entfernt, erscheint es uns, entgegen der Meinung einzelner Experten, für die Behandlung präsymptomatischer Patienten nicht empfehlenswert. Weil Zink sogar die Speicherung des Kupfer-Metallothionein-Komplexes in der Leber erhöht, vergleicht es der australische Kinderhepatologe DM Danks mit einer Zeitbombe (22).

Trientine

Trientine ist in Deutschland nicht als Arzneimittel erhältlich und wesentlich teurer als Penicillamin. Die Behandlung wird deshalb nur bei nachgewiesener Unverträglichkeit von Penicillamin von den Krankenkassen bezahlt. Wegen der Seltenheit der Penicillamin-Intoleranz gibt es kaum Erfahrungen mit der Trientine-Behandlung bei Kindern. Eine Studie von mehreren deutschen und österreichischen Universitätskliniken, in der 326 erwachsene Patienten mit Penicillamin und 141 mit Trientine behandelt wurden, hat gezeigt, dass Trientine die gleichen Nebenwirkungen haben kann wie Penicillamin, wenngleich etwas seltener. Dagegen fand sich eine neurologische Verschlechterung häufiger bei den mit Trientine behandelten Patienten (23).

Unabhängig vom Alter des Patienten und vom Erkrankungsstadium sollte der Kindergastroenterologe immer die Behandlung mit Penicillamin beginnen. Die Anfangsdosis von 2x150 mg pro Tag wird alle 3 Tage um 150 mg gesteigert, bis eine Enddosis von 20 mg/kg erreicht ist, die möglichst aus 3 Einzelgaben pro Tag besteht.

Da Penicillamin zu einem Vitamin B6-Mangel führen kann, sind täglich 25 mg Pyridoxin zu geben. Eine Langzeitbetreuung zur Überwachung der Therapieadhärenz und Früherkennung von Komplikationen durch den/die hepatologisch versierten Kindergastroenterologen/In in Zusammenarbeit mit dem Pädiater vor Ort etwa alle 3 – 4 Monate ist medizinisch geboten. Neben der klinischen und sonographischen Untersuchung ist auch eine regelmäßige Bestimmung des Kupfers im 24h-Sammelurin hilfreich zur Überwachung der Therapietreue.

Adressen sind über den Verein Morbus Wilson (www.morbus-wilson.de) oder die Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (www.gpge.de) abrufbar.

Bei der Manifestation als akutes Leberversagen sollte das Kind unverzüglich in ein Transplantationszentrum eingewiesen werden. Da diese Patienten als „high-urgency-Fälle“ gelten, werden sie in der Regel innerhalb von 48 Stunden lebertransplantiert. Da der Enzymdefekt durch die transplantierte Leber korrigiert wird, ist anschließend keine entkupfernde Behandlung mehr nötig.

Kupferarme Diät

Der Versuch, durch eine kupferarme Kost die Kupferspeicherung zu vermindern, ist schon deshalb zum Scheitern verurteilt, weil eine Populationsstudie gezeigt hat, dass aus einer kupferarmen Kost mehr Kupfer resorbiert wird als aus einer kupferreichen (24). Unter den in Mitteleuropa verwendeten Nahrungsmitteln enthält lediglich Leber so viel Kupfer, dass z. B. Leberwurst nicht täglich gegessen werden sollte. Das gleiche gilt für Meeresfrüchte, Pilze, Nüsse und auch Schokolade. Es ist aber nicht gerechtfertigt, wenn man einem Kind den gelegentlichen Genuss verbietet.

Prognose

Die Langzeitprognose ist entscheidend abhängig von einer strikten Behandlungsadhärenz. Ist diese gegeben, ist die Prognose für Patienten mit einem Therapiebeginn vor einer neurologischen Symptomatik exzellent. Auch neurologische Symptome können reversibel sein (17). Selbst für Patienten mit verifizierter Wilson-Zirrhose zum Zeitpunkt der Diagnose kann unter konsequenter Chelatortherapie von einer ausgezeichneten Langzeitprognose ausgegangen werden (25). Es kann für uneinsichtige Wilson-Patienten und ihre Familien durchaus einmal sinnvoll sein, bei einer der Jahresveranstaltungen der Selbsthilfegruppe (Morbus Wilson e. V.) mit eigenen Augen zu sehen, welche schwerwiegenden Beeinträchtigungen ein spät erkannter Wilson-Patient im Rollstuhl zu erdulden hat.

Fazit für die Praxis

Wir Kinder- und Jugendärzte dürfen die hepatische Phase des M. Wilson nicht verpassen!

Dies bedeutet, bei unklaren Lebererkrankungen als auch bei unklaren neurologischen und psychiatrischen Konstellationen häufiger an die Möglichkeit eines M. Wilson zu denken. Ein Screening beinhaltet zunächst die Bestimmung von Transaminasen, Coeruloplasmin und Kupfer im Serum und der Kupferausscheidung im 24h-Sammelurin. Zeigt eine Sonographie der Leber zudem eine Fettleber, sollte der Kindergastroenterologe herangezogen werden. Die Suche nach einem Kayser-Fleischer-Corneal-Ring und Veränderungen in den Stammganglien mittels MRT des Schädels macht nur bei neurologisch-psychiatrischen Patienten Sinn. Eine Suche nach Mutationen im ATP-7B-Gen kann erfolgen, sollte jedoch nicht abgewartet werden, da ein negativer Befund einen M. Wilson nicht ausschließt. Entscheidend ist die Leberbiopsie mit histologischer Dokumentation von Verfettung und sog. Lochzellkernen sowie die Bestimmung des Leberkupfergehaltes. Ist eine Cholestase auszuschließen, beweist der erhöhte Leber-

kupfergehalt die Diagnose M. Wilson. Eine lebenslange kupferentspeichernde Therapie ist obligat.

Literatur bei den korrespondierenden Autoren.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Prof. Dr. med Dietrich Feist
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Früher Univ.-Kinderklinik Heidelberg
Trajanstr. 21 a, 68526 Ladenburg

Priv.-Doz. Dr. med Mark Schäfer
Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie
Poststr. 24-26, 69115 Heidelberg

Prof. Dr. med Klaus-Michael Keller
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Kindergastroenterologe, DKD Helios Klinik
Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden
E-Mail: Klaus-michael.keller@helios-kliniken.de

Red.: Keller

Das schwere Asthma Bronchiale – Neue Therapieoptionen



Prof. Dr. med.
Stefan Zielen¹

Dr. med.
Anna Buslau¹

Sabine Jossé²

Dr. med.
Johannes
Schulze¹

Das Asthma bronchiale gehört zu den Volkskrankheiten – 8,6 Prozent der Erwachsenen und ca. drei bis sechs Prozent der Kinder sind von der Erkrankung betroffen (1, 2). Damit gehört das Asthma bronchiale zu den Erkrankungen, die auch eine erhebliche volkswirtschaftliche Relevanz haben – z. B. liegen die Kosten für einen Patienten mit einem mittelschweren allergischen Asthma bei ca. 2.500 € im Jahr. Für Deutschland werden die durch Asthma bronchiale entstehenden Kosten für Therapie und Medikation mit ca. 3 Mrd. € pro Jahr beziffert.

Asthma ist nicht gleich Asthma – es gibt verschiedene Phänotypen

Asthma bronchiale kann viele verschiedene Auslöser haben. Typische Auslöser sind virale Atemwegsinfekte und Allergene. Insbesondere bei Kindern ist auch körperliche Belastung ein häufiger Auslöser. Ebenso kommen Wetteränderungen, Luftverunreinigungen, bestimmte Nahrungsmittel oder auch Medikamente als Asthmaauslöser in Frage. Mittlerweile werden aber auch Faktoren wie Übergewicht, Reflux, Vitamin D-Mangel und Sinusitis oder psychischer Stress als wichtige Auslöser von Asthma diskutiert (Abb. 1). Dementsprechend unterscheidet man heute zwischen verschiedenen Asthma-Phänotypen, die auch nach unterschiedlichen Therapien verlangen – eine Sichtweise, die sich seit 2006 durchgesetzt hat (3).

Zu den bekannten Phänotypen des Asthmas gehören das saisonale allergische Asthma, das Infektasthma, das

Anstrengungsasthma und „Cough Type“ Asthma (3). Nicht nur die Auslöser des Asthmas, sondern auch die Symptome und die Häufigkeit, mit der diese auftreten, unterscheiden sich von Patient zu Patient (4, 5). Auch der Schweregrad der Symptome ist individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt. Manche Patienten haben kaum Beschwerden und können deshalb weitgehend auf Medikamente (episodisches Asthma) verzichten. Andere leiden trotz Medikation unter schweren Symptomen und benötigen eine regelmäßige inhalative Kortisontherapie entsprechend der sogenannten Stufentherapie (Abb. 2).

Asthma – welche Ziele hat die Therapie?

Unabhängig von der Ausprägung des Asthmas bzw. dem Schweregrad versucht man, in der Asthmatherapie idealerweise einen beschwerdefreien Zustand des Patienten zu erreichen (Tab. 1). Konkret bedeutet dies,

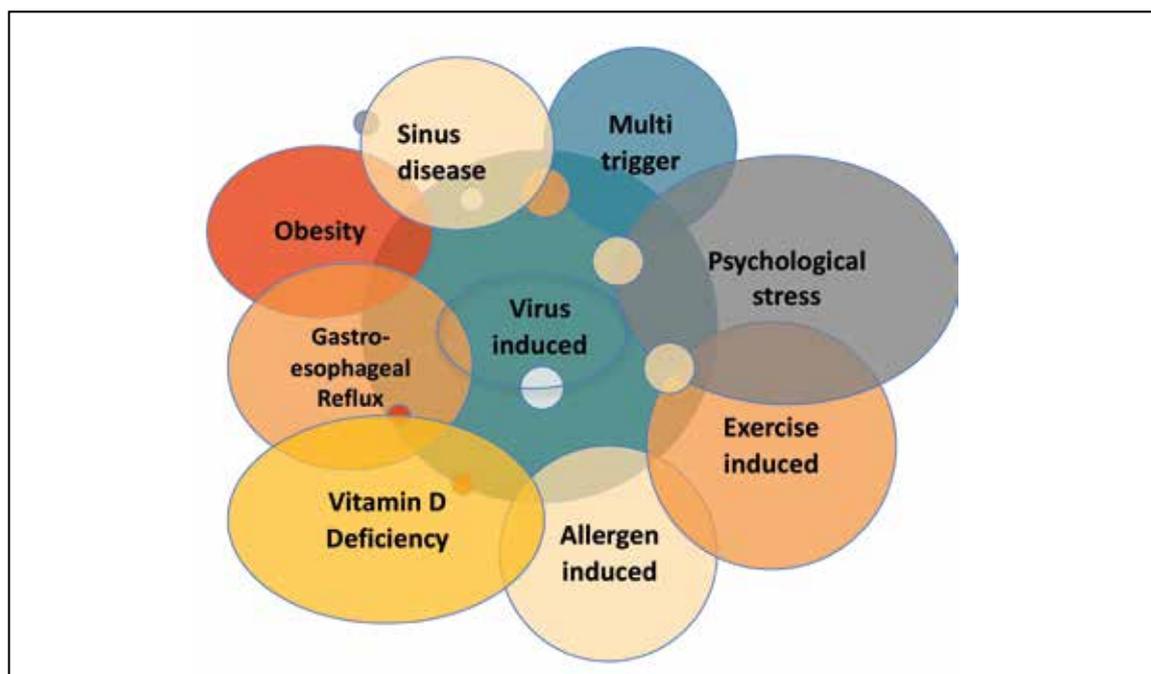


Abb. 1: Phänotypen des Asthmas: Einteilung nach Pathogenese modifiziert (4)

¹ Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Allergologie, Pneumologie und Mukoviszidose
² Goethe-Universität Frankfurt und MeinAllergiePortal

dass nur minimale oder gar keine Symptome auftreten sollten und dass nur ein minimaler Bedarf an Bedarfsmedikation bestehen sollte. Ebenso sollte es nicht zu alltäglichen Einschränkungen kommen, auch nicht bei körperlicher Belastung (6, 7).

Mit Hilfe der Stufentherapie (Abb. 2) versucht man zunächst für jeden Asthma-Patienten die Therapie individuell so zu dosieren, dass das Therapieziel „vollständige oder ausreichende Asthmakontrolle“ erreicht werden kann. Die Therapie für die Stufen 1 bis 5 besteht in bronchienerweiternden Medikamenten, d. h. schnell und langwirkenden Beta-2-Sympathomimetika [Rapid Acting Beta 2 Agonist (RABA) bzw. Long Acting Beta 2 Agonist (LABA)] und einem inhalativen Kortison (ICS). Im Kindesalter kann in der Stufe 2 das ICS durch den Leukotrien-Antagonisten Montelukast ersetzt werden. Ab Stufe 3 werden meist Kombinationen aus ICS + LABA, oder ICS+Montelukast eingesetzt. In der Stufe 4 wird die Dosis ICS bzw. die Kombination ICS+LABA erhöht und/oder mit Montelukast kombiniert. Ist das Asthma trotz dieser Therapie nicht ausreichend kontrolliert, so stehen in der Therapiestufe 5 bei akuten Exazerbationen (z. B. im Infekt) orale Kortikosteroide zur Verfügung. Diese werden über einen Zeitraum von 5 Tagen (bis 14 Tage) angewendet und bewirken in der Akutsituation zumeist eine schnelle Besserung der Symptome und Verbesserung der Lungenfunktion. Eine Langzeittherapie mit oralen Kortikosteroiden sollte aufgrund der Gefahr schwerer Nebenwirkungen, insbesondere im Kindesalter, wenn eben möglich vermieden werden. Bei IgE-vermitteltem Asthma steht in der Therapiestufe 5 zudem der monoklonale Anti-IgE-Antikörper Omalizumab zur Verfügung. Omalizumab wurde im Jahr 2006 bei > 12-Jährigen und erwachsenen Patienten und 2010 auch bei > 6 – 12-Jährigen für das schwere allergische Asthma zugelassen. Tiotropiumbromid (Spiriva) ist seit Oktober 2014 als Zusatzthera-

pie für das schwere, unkontrollierte Asthma ab 18 Jahren zugelassen.

Asthma – Patienten mit fehlender Kontrolle und Therapieresistenz

- Minimale (idealerweise keine) Symptome
- Minimaler Bedarf von Bedarfsmedikation
- Keine alltäglichen Einschränkungen, einschließlich körperlicher Belastung
- Kein nächtliches Erwachen
- Kaum Exazerbationen
- Keine Notfälle mit Klinikeinweisung

Tab. 1: Das Ziel der Erkrankung Asthma sollte deren Kontrolle sein

Trotz Ausschöpfung aller möglichen Therapieoptionen gibt es immer wieder Kinder und Erwachsene mit Asthma, die trotz aller Medikation keine ausreichende Asthmakontrolle erreichen. Nach einer Untersuchung von Batemann (6) leiden 77 Prozent der Patienten mit schwerem Asthma häufiger als einmal pro Woche an nächtlichem Erwachen mit erforderlicher Notfallmedikation, 78 Prozent tagsüber an Symptomen, die zumin-

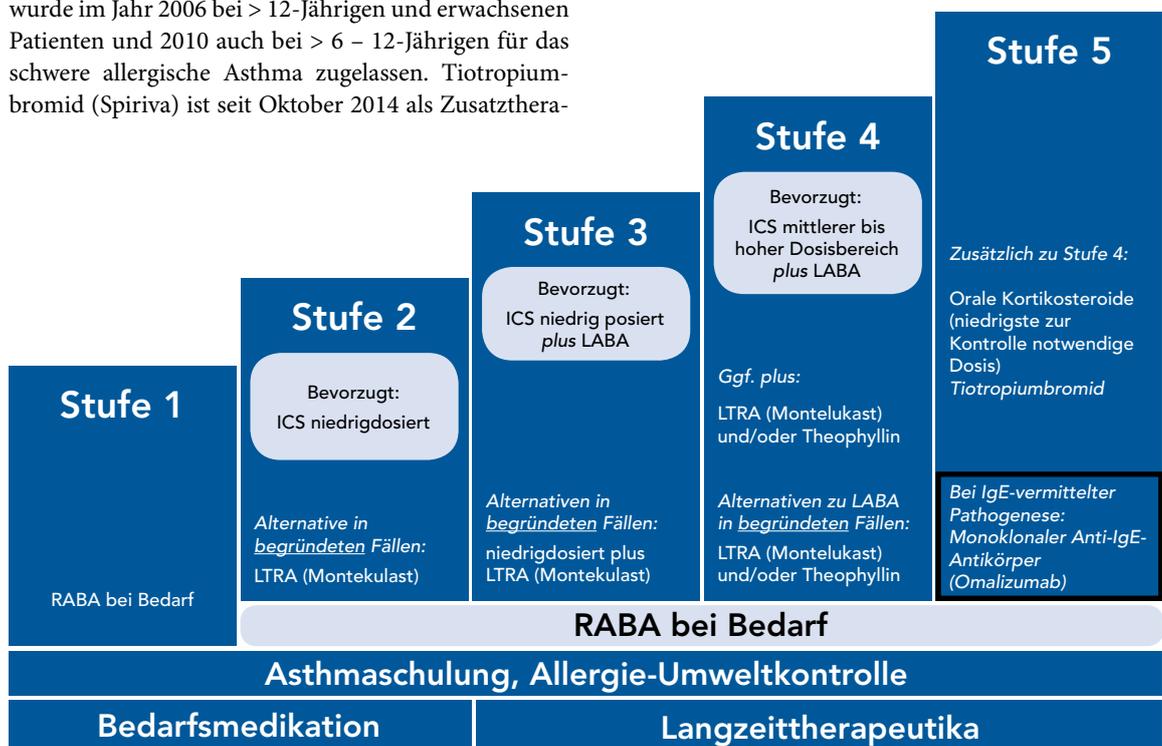


Abb. 2: Medikamentöse Stufentherapie des Asthmas bei Kindern und Erwachsenen (ICS: Inhalative Kortikosteroide, LABA: Langwirksames Beta-2-Sympathomimetikum, RABA: Schnellwirkendes Beta-2-Sympathomimetikum, LTRA: Leukotrienantagonist)

dest Beschwerden und Einschränkungen in den Aktivitäten hervorriefen und durchschnittlich kam es bei 2,6 Prozent zu klinisch relevanten Asthmaexazerbationen, d. h. Verschlechterungen pro Patient pro Jahr. Bei diesen Patienten liegt ein therapieresistentes bzw. ein unkontrolliertes Asthma vor.

Das therapieresistente bzw. unkontrollierte Asthma im Kindesalter stellt keine eigene Entität dar. Im klinischen Alltag ist es wichtig, dass verschiedene mögliche Ursachen der Therapieresistenz frühzeitig identifiziert werden. Zu diesen Ursachen gehören vor allem eine schlechte Compliance z. B. wegen Steroidphobie, Unwirksamkeit der Medikation aufgrund falscher Inhalationstechnik, aber auch verschiedene Ko-Morbiditäten und komplizierende Faktoren wie Rauchen bei Jugendlichen bzw. persistierende Allergenexposition. Tabelle 2 zeigt eine Übersicht der wichtigsten Ursachen für ein therapieresistentes Asthma. Eine Untersuchung von tenBrinke et al. (8) zeigte, dass bei 160 Patienten mit difficult-to-control Asthma bestimmte Faktoren mit gehäuftem Exazerbationen assoziiert waren. Dies waren rezidivierende Atemwegsinfekte, gastroösophagealer Reflux, chronische Rhinosinusitis, obstruktive Schlafapnoe, und schwere psychosoziale Belastungen (8, 9).

Die Kriterien für ein schweres unkontrolliertes Asthma liegen dann vor, wenn ein Patient nach ausreichend

langer Beobachtungszeit (> 6 Monate) und trotz intensiver Schulung und Therapie symptomatisch bleibt (10). Bei vielen Patienten kommt es unter einer Hochdosis-Kombination (ICS+LABA) und Montelukast allerdings zu einer guten Asthmakontrolle. Nur bei einem kleinen Teil der Asthmapatienten (< 5%) ist auch mit intensivster Therapie (siehe Stufentherapie) keine Symptomfreiheit zu erreichen. Für diese Patienten gibt es neue Therapieoptionen für eine verbesserte Therapiekontrolle.

Neue Therapiekonzepte – auf den Phänotyp kommt es an

Seit vielen Jahren wird das Asthma in verschiedene Phänotypen eingeteilt. Bekannt ist die Aufteilung in das allergische Asthma, das saisonale Asthma, das gemischte Asthma, das Intrinsic Asthma, das Anstrengungsasthma und das Infekt-assoziierte Asthma (3, 4).

Häufig wird das Asthma auch nach dem typischen Auslöser oder nach dem Schweregrad unterschieden (Abb. 1). Aufgrund neuer Erkenntnisse zu den unterschiedlichen Asthmaformen wird versucht, die Therapie spezifisch dem vorherrschenden entzündlichen Phänotyp anzupassen. Diese neuen Phänotypen (Tabelle 3) wurden von mehreren Autoren vorgeschlagen (4, 5, 11). Primär erfolgt die Therapie bei dem schweren unkontrollierten Asthma Stufe 5 nach dem vorherrschenden Entzündungsmuster (Abb. 3).

Bei dem schweren IgE-vermittelten Asthma wird seit vielen Jahren sehr erfolgreich Omalizumab eingesetzt. Omalizumab ist ein monoklonaler Anti-IgE Antikörper, der das freie IgE neutralisiert und den Allergiker in einen Nicht-Allergiker verwandelt. So konnte gezeigt werden, dass hochgradige Erdnussallergiker nach Applikation von Omalizumab bis zu sechs Erdnüsse vertragen konnten (12). Mehrere „Real Life“-Studien konnten nachweisen, dass eine bessere Asthmakontrolle und ein signifikanter Rückgang der Exazerbationen erfolgt (13, 14, 15). Seit 2012 ist eine Dosiserweiterung für Patienten mit hohen IgE-Spiegeln bis zu einem Gesamt-IgE von 1500 kU/l erfolgt (16). In Deutschland werden aktuell ca. 2.000 Asthma-Patienten mit Omalizumab behandelt; in Amerika sind es ca. 80.000 Asthmatiker. Aktuell arbeitet man an einer Verbesserung des Wirkstoffes. Omalizumab (Xolair®) wird in Deutschland als Zusatztherapie zur verbesserten Asthmakontrolle bei Patienten mit schwerem persistierendem allergischen Asthma angewendet, die trotz täglicher Therapie mit hoch dosierten inhalativen Kortikosteroiden und LABA mehrfach dokumentierte, schwere Asthma-Exazerbationen hatten.

Nicht für alle Asthma-Patienten erreicht man mit Omalizumab eine Verbesserung der Symptome. Gerade bei erwachsenen Asthma-Patienten, deren Symptome nicht allergiebedingt sind, ist Omalizumab unwirksam. Die Ursache dafür könnte darin liegen, dass es sich bei diesen schweren Asthma-Fällen um einen anderen Phänotypen handelt.

Das sogenannte eosinophile Asthma zeichnet sich durch erhöhte Entzündungswerte aus, d. h. man stellt

- Non-Compliance
- Zigarettenrauch-Exposition
- Psychosoziale Erkrankungen/Stress (Vocalcorddysfunction)
- Chronische Allergenexposition (z. B. Katze im Haushalt)
- Chronische Rhinosinusitis
- Gastroösophagealer Reflux
- Adipositas
- Obstruktive Schlafapnoe

Tab. 2: Ursachen der Therapieresistenz (11)

- Eosinophiles Asthma (Eosinophile > 300/μl)
- Neutrophiles Asthma
- Exhalierendes NO High
- TH-2 Athlet (IgE > 100 kU/l und Eosinophile > 300/μl)
- Periostin High

Tab. 3: „Neue“ Asthma Phänotypen

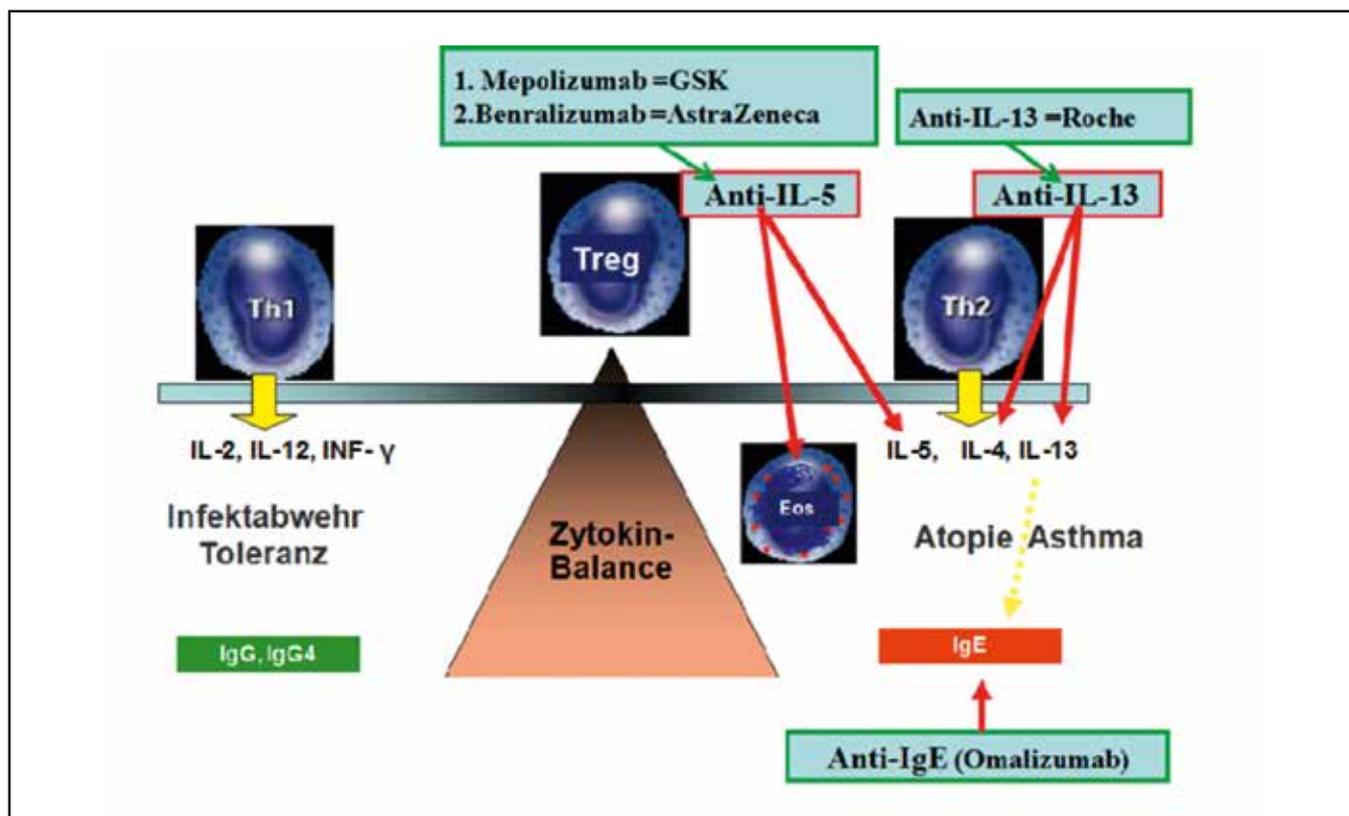


Abb. 3: Immunologisches Konzept und neue Therapien beim schweren Asthma

bei diesen Patienten eine erhöhte Anzahl an Eosinophilen fest, obwohl keine Allergie besteht. Für diesen Asthma-Phänotypus wurden neue Therapien entwickelt – Mepolizumab und Benralizumab – monoklonale Anti-IL-5 Antikörper. Beide Antikörper (Mepolizumab und Benralizumab) blockieren den Wachstumsstoff IL-5 der Eosinophilen. Als Folge kommt es zu einem Absterben dieser Zellen und die Entzündung und der Schweregrad des Asthmas bessert sich dramatisch (17, 18). Eine weltweite Studie an Patienten mit schwerem eosinophilen Asthma, deren Ergebnisse 2012 veröffentlicht wurde, zeigte hervorragende Ergebnisse (17). Selbst bei relativ geringer Dosierung des neuen Antikörpers Mepolizumab gingen die Asthmaexazerbationen der Studienteilnehmer massiv zurück und die Entzündungswerte sanken. Eine Zulassung von Mepolizumab wird allerdings frühestens 2016 erwartet. Der Anti-IL-5 Antikörper Benralizumab wird gerade weltweit in einer Phase III Studie bei Jugendlichen und Erwachsenen mit schwerem unkontrollierten Asthma geprüft.

Außer Anti-IgE und Anti-IL-5 ist ein weiterer Antikörper, das Anti-IL-13, sehr erfolgversprechend. Anti-IL-13 greift früh in die Allergiekaskade ein und blockiert aufgrund der Strukturhomologie sowohl IL-13 als auch IL-4 (Abb. 3). Die Blockade dieser Zytokine führt zu einer Reduktion der IgE-Synthese. In klinischen Studien war der Anti-IL-13 Antikörper vor allem bei den neuen Asthmaphänotypen „Periostin erhöht“ und „TH2-Athlet“ erfolgreich. Bei Patienten mit schwerem unkontrollierten Asthma und hohem Periostin, ein neuer Marker für ein TH-2 dominiertes Immunsystem,

verbesserte sich die Lungenfunktion signifikant (19). Der Anti-IL-13 Antikörper wird daher gerade weltweit in einer Phase III Studie bei Jugendlichen und Erwachsenen mit schwerem unkontrollierten Asthma geprüft. Die Zulassung dieser verschiedenen neuen Antikörper erlaubt in naher Zukunft eine individualisierte Asthmatherapie entsprechend dem vorliegenden Entzündungstyp und wird die Lebensqualität der betroffenen Patienten entscheidend verbessern.

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzanschriften:

Prof. Dr. med. Stefan Zielen

Klinik für Kinder und Jugendmedizin

Allergologie Pneumologie und Mukoviszidose

Goethe-Universität Frankfurt

Theodor Stern Kai 7

60596 Frankfurt

Tel.: 069/630183063

E-Mail: Stefan.Zielen@kgu.de

Sabine Jossé

MeinAllergiePortal

Guaitastraße 15

61476 Kronberg i. Ts.

Tel: 06173 70 29 07

E-Mail: Sjosse@mein-allergie-portal.com

www.mein-allergie-portal.com

Red.: Zielen

Impfungen von Jugendlichen ohne Begleitpersonen – Nachbeobachtungszeit?

CONSILIUM

Prof. Dr. med.
Ulrich Heininger

Frage:

- Bei der Impfung von Jugendlichen, die ohne Begleitpersonen zu mir kommen, stellt sich mir die Frage, ob eine Nachbeobachtung in der Praxis notwendig ist?
- Welche Empfehlungen gibt es hierzu bzw. hängt eine solche Nachbeobachtung unter Umständen auch davon ab, welche Impfung verabreicht wurde?

Antwort:

Diese Frage ist sehr praxisrelevant. Offizielle Empfehlungen in Deutschland sind mir dazu nicht bekannt. Ich versuche die Fragen nachfolgend pragmatisch aus medizinischer Sicht zu beantworten, weniger unter dem Gesichtspunkt juristischer Implikationen (z. B. Aufklärungspflicht betreffend Nebenwirkungen).

Ich würde den Zeitraum der Nachbeobachtung von Jugendlichen nach einer Impfung in der Praxis in erster Linie von der Biologie zu erwartender unerwünschter Sofortreaktionen abhängig machen. Erst in zweiter Linie kann dann noch erwogen werden, ob die geimpfte Person mit oder ohne Begleitperson in der Praxis erschienen ist. Sofern im zu diskutierenden Beobachtungszeitraum in der Praxis keine Auffälligkeiten in Erscheinung treten, kann die geimpfte Person die Praxis verlassen. Anderenfalls würde ich den Beobachtungszeitraum bis zum Abklingen der Zeichen oder Symptome verlängern und gleichzeitig empfehlen, dass eine Vertrauensperson informiert wird, um den Jugendlichen in der Praxis abzuholen und auf dem Nachhauseweg zu begleiten.

Mit welchen Sofortreaktionen muss nach Impfungen, hier bei Jugendlichen, gerechnet werden? Dies sind einerseits die häufigen und meist harmlosen Synkopen, andererseits die äußerst seltenen aber bedrohlichen anaphylaktischen Reaktionen. Hierbei ist mir kein produkt- bzw. impfstoffspezifisches Muster bekannt, so dass die Vorgehensweise bei allen Impfungen gleichermaßen gestaltet werden sollte.

Wenn Synkopen bei Jugendlichen nach Impfungen auftreten, dann meistens sofort oder in den ersten 15 Minuten nach der Impfung. Das US-amerikanische Impfgremium ACIP empfiehlt daher, eine entsprechende Überwachung von 15 Minuten ernsthaft zu erwägen («strongly consider»), zumal signifikante Verletzungen (bis hin zu Hirnblutungen) bei synkopal bedingten Stürzen dokumentiert sind (1).

Die seltenen (1-10 Ereignisse auf 1 Million Impfungen) anaphylaktischen Reaktionen nach Impfungen treten ebenfalls entweder sofort, oder meistens in einem Zeitraum von 60 Minuten nach Applikation der auslösenden Allergene (hier: vakzinal bedingt) auf (2). Literaturberichte zeigen aber, dass auch Stunden später noch anaphylaktische Reaktionen auftreten können. Auf entsprechende Symptome ist also im Aufklärungsgespräch hinzuweisen. Die von mir mitbegründete Brighton Collaboration hat zu Anaphylaxie nach Impfungen eingehende Diagnostikkriterien entwickelt und die verfügbare Literatur vor einigen Jahren prägnant zusammengefasst (2).

Meiner Erfahrung nach hat es sich in den meisten Praxen bewährt, zügig zu impfen und administrative Aufgaben wie z. B. Impfdokumentation anzuschließen, um Zeit für eine angemessene (meiner persönlichen Meinung nach minimal 15 Minuten) Nachbeobachtung des Patienten zu gewinnen, ehe er die Praxis verlässt.

Literatur:

- 1 Centers for Disease Control: Syncope after vaccination. MMWR 2008, 57(17), 457-460.
- 2 Rüggeberg JU et al. Anaphylaxis: Case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunization safety data. Vaccine 2007, 25, 5675-5684. Kostenlos unter www.brightoncollaboration.org

Prof. Dr. med. Ulrich Heininger
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
Infektiologie und Vakzination
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.

Welche Diagnose wird gestellt?

Peter H. Höger

Anamnese

Ein 4 Monate alter weiblicher Säugling wird zur Beurteilung eines Gefäßtumors im Bereich des rechten Unterschenkels vorgestellt. Dieser bestünde seit Geburt und zeige eine langsame Wachstumstendenz. Subjektive Beschwerden oder eine funktionelle Beeinträchtigung scheinen nicht vorzuliegen. Schwangerschafts-, Familien- und Eigenanamnese sind ansonsten unauffällig.

Untersuchungsbefund

Eutropher, 4 Monate alter weiblicher Säugling in gutem Allgemeinzustand. Im Bereich des rechten proximalen Unterschenkels findet sich ein 4,2 x 4,0 cm durchmessender rötlicher Plaque (Abb. 1a), dessen Oberfläche zu 2/3 plan ist und eine retikuläre Gefäßzeichnung aufweist. Im distalen Randbereich finden sich einzelne, teils konfluierende erythematöse Papeln. Cor, Pulmo und Abdomen sind unauffällig, die akrale Perfusion ist seitengleich und regelrecht.



Abbildung 1: Im Alter von 4 Monaten zeigt sich ein scharf begrenzter erythematöser Plaque mit retikulärer, an Teleangiektasien erinnernder Gefäßzeichnung und randständigen Papeln.



Abbildung 2: Mit 8 Monaten Abblassung des Erythems und deutliche Abflachung der Papeln.

Welche Diagnose wird gestellt ?

Auflösung s. Seite 257

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.



Diagnose:

Retikuläres Hämangiom

(Infantile haemangioma with minimal and arrested growth – IH-MAG)

Das Retikuläre Hämangiom wurde unter diesem Begriff erstmals 2007 von Mulliken et al. beschrieben (1). Dabei handelt es sich um infantile Hämangiome, die anders als die „normalen“ Hämangiome kein oder allenfalls ein minimales Wachstum zeigen; auf diesen abortiven Verlauf weist die heute üblichere Bezeichnung „Infantiles Hämangiom mit minimalem oder arretiertem Wachstum“ (engl. IH-MAG) hin. Aufgrund der Expression des Hämangiom-Markers GLUT1 sind IH-MAG eindeutig als Hämangiome einzuordnen und von vaskulären Fehlbildungen abzugrenzen (2).

Bei Geburt liegen meist Vorläufer-Läsionen (anämische oder hellrötliche Plaques) vor, aus denen sich einzelne erythematöse Papeln mit allenfalls langsamer Wachstumstendenz entwickeln. Diese sind überwiegend am Rand der Haemangiom-Plaques lokalisiert und zeigen nur in 30% eine echte Proliferation (3). Zum überwiegenden Teil bestehen die Plaques aus einem retikulären, an Teleangiektasien oder einen Naevus flammeus erinnernden Erythem. Bevorzugt (68% der Fälle) tritt das retikuläre Hämangiom wie in unserem Fall im Bereich der unteren Extremitäten auf (3). Wie bei den klassischen Hämangiomen, sind Mädchen etwa doppelt so häufig betroffen wie Jungen. Das Risiko von Ulzerationen ist geringer als bei klassischen oder insbesondere segmentalen Hämangiomen. Sieht man von den seltenen Fällen mit assoziierten Fehlbildungen ab (1) – bei denen es sich möglicherweise eher um segmentale Hämangiome im Sinne des LUMBAR- oder SACRAL-Syndroms gehandelt haben könnte (4) – sind weitere Komplikationen unwahrscheinlich. Einige Fälle gehen mit einer Lipomatose einher (5).

Über Gründe für den abortiven Verlauf der IH-MAG wird spekuliert (3), ein einheitliches Konzept ist allerdings bisher nicht erkennbar.

Die Diagnose eines IH-MAG ist nicht immer einfach. In kritischen Fällen kann eine Hautbiopsie (mit GLUT1-Färbung) die Diagnose sichern helfen; aufgrund des gutartigen Verlaufes dürfte eine Biopsie jedoch nur selten indiziert sein. Neben dem Naevus flammeus und anderen kapillär-venösen vaskulären Malformationen stellen Cutis marmorata telangiectatica congenita (CMTc, van-Lohuizen-Syndrom) und kongenitale Hämangiome wichtige Differenzialdiagnosen dar. Bei der CMTc handelt es sich um eine vaskuläre Malformation, die durch persistent marmorierte Haut, Teleangiektasien und Venektasien gekennzeichnet ist: Proliferation oder spontane Regression werden nicht beobachtet (6). Beim „rapidly involuting congenital haemangioma“ (RICH) liegt ein meist recht großes kongenitales Hämangiom mit bereits bei Geburt erkennbaren Regressionszeichen vor, das im Verlauf der ersten Lebensmonate rasch – wenn auch nicht

immer komplett – regrediert (7); die GLUT1-Färbung ist hier negativ.

Prognose und Therapie

Ähnlich wie bei den klassischen Hämangiomen kommt es in der Mehrzahl der Fälle zu einer spontanen Regression, die wir auch in unserem Fall beobachten konnten (Abb. 2). Eine Therapie erübrigt sich daher in der Mehrzahl der Fälle. Sollte mit 4 Jahren das Erythem an einer kosmetisch belastenden Stelle persistieren, käme ggf. die Behandlung mit dem gepulsten Farbstofflaser (PDL, 595 nm) in Frage.

Literaturangaben:

- Mulliken JB, Marler JJ, Burrows PE et al. Reticular infantile hemangioma of the limb can be associated with ventral-caudal anomalies, refractory ulceration, and cardiac overload. *Pediatr Dermatol* 2007; 24: 356-362
- Corella F, Garcia-Navarro X, Ribe A et al. Abortive or minimal-growth hemangiomas: Immunohistochemical evidence that they represent true infantile hemangiomas. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58: 685-90
- Suh KY, Frieden IJ. Infantile hemangiomas with minimal or arrested growth: a retrospective case series. *Arch Dermatol*. 2010; 146: 971-6
- Frade F, Kadlub N, Soupre V et al. PELVIS or LUMBAR syndrome: the same entity. Two case reports. *Arch Pediatr* 2012; 19: 55-58
- Bessis D, Bigorre M, Labrèze C. Reticular infantile hemangiomas with minimal or arrested growth associated with lipomatosis. *J Am Acad Dermatol* 2015; 72: 828-833
- Kienast AK, Hoeger PH. Cutis marmorata telangiectatica congenita: a prospective study of 27 cases and review of the literature with proposal of diagnostic criteria. *Clin Exp Dermatol* 2009; 34: 319-323
- Nasseri E, Piram M, McCuaig CC et al. Partially involuting congenital hemangiomas: a report of 8 cases and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 2014; 70: 75-79

Prof. Dr. Peter H. Höger

Abt. Pädiatrie und Pädiatrische Dermatologie/Allergologie

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Liliencronstr. 130

22149 Hamburg

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

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Der Einfluss von mit Vitamin D angereicherter Kuhmilch auf den Serum-Vitamin D-Spiegel im frühen Kindesalter

Consumption of Non-Cow's Milk Beverages and Serum Vitamin D Levels in Early Childhood

Lee GJ et al., *CMAJ* 186: 1287 – 1293, November 2014

In den USA und Kanada wird Kuhmilch, im Gegensatz zu Deutschland, per Gesetz mit Vitamin D (40 IU -1µg- Vitamin D/100 ml) angereichert.

In beiden Ländern wird in den letzten Jahren eine Tendenz beobachtet, Kuhmilch durch andere, Milch- oder Milch-ähnliche Getränke pflanzlichen oder tierischen Ursprungs zu ersetzen. Diese Getränke unterliegen im Gegensatz zur Kuhmilch nicht den gesetzlichen Anforderungen der Vitamin D-Supplementierung.

Kanadische Autoren haben jetzt die Verbindung zwischen dem Konsum von Nicht-Kuhmilch-Getränken und Vitamin D-Mangel in einer cross-sektionalen Studie an 2831 Kindern zwischen 1 und 6 Jahren untersucht. Die Interaktion zwischen dem Konsum von Nicht-Kuhmilch und Kuhmilch war signifikant ($p=0,03$). Das Trinken von Nicht-Kuhmilch-Getränken war mit einem Abfall des Serum-25-Hydroxy-Vitamin D-Spiegels von 4,2 nmol/L (1,68 ng/ml) pro konsumierter Tasse Milch (250ml) verbunden. Kinder, die nur Nicht-Kuhmilch-Getränke tranken, besaßen ein höheres Risiko, mit ihrem Serum-25-Hydroxy-Vitamin D-Spiegel unter 50 nmol/L (<20 ng/ml) zu sinken, als Kinder, die nur Vitamin D-angereicherte Kuhmilch tranken (Odds Ratio 2,7, 95% KI 1,6-4,7).

Der Konsum von nicht mit Vitamin D angereicherter Kuhmilch ist mit erniedrigten Serum-25-Hydroxy-Vitamin D-Spiegeln im frühen Kindesalter verbunden.

Mehr als 90% des menschlichen Vitamin D-Bedarfs wird über das Sonnenlicht (UVB-Strahlung) gedeckt. Mit dem herannahenden Winter verringert sich ab dem 37. Breitengrad Nord der Einfallswinkel der Sonne, und die für die Vitamin D-Synthese verantwortlichen UVB-Strahlen (280-315nm) werden zunehmend von der Ozonschicht der Erde absorbiert. Zwischen dem

42. (Boston, USA) und 52. (Edmonton, Kanada) Breitengrad Nord ist diese Absorption so vollständig, dass zwischen den Monaten November bis Februar (Boston) und Oktober bis März (Edmonton) kein Vitamin D3 in der exponierten Haut gebildet wird. Mit Vitamin D-Mangelzuständen muss daher auch in Deutschland (Breitengrad 47-55° Nord) vor allem im Winter bei Kindern und Erwachsenen gerechnet werden. Dies konnte in mehreren Untersuchungen gesichert werden. Die amerikanische, kanadische und auch die deutsche Bevölkerung sind deshalb besonders im Winter auf Vitamin D-haltige Nahrung oder entsprechende Vitamin D-Supplemente angewiesen. In Deutschland wird die handelsübliche Kuhmilch nicht mit Vitamin D angereichert. Eine Vitamin D-Supplementierung wird bei Formula-Milchen und bei Kindermilchen nach Europäischen Richtlinien durchgeführt. Anfangs- und Folgenahrungen dürfen nach EU Richtlinien (EU RL 2006/141/EG) mindestens 1 µg bis maximal 3 µg Vitamin D / 100kcal (entsprechend 0,7µg (28 IU) bis 2,1 µg(84 IU) Vitamin D pro 100 ml Milch) enthalten. Laut europäischer Diätverordnung sind der Brennwert mit 60-70 kcal pro 100 Milliliter, aber auch weitere Inhaltsstoffe wie Eiweißquellen, Art und Anteile der Aminosäuren, Fettsäuren, Kohlenhydrate, Mineralstoffe und Vitamine in Art und Menge vorgeschrieben.

Für eine Kindermilch, die zu Studienzwecken mit 2,85 µg/100ml angereichert worden war, konnte gezeigt werden, dass mit einem medianen täglichen Milchkonsum von 234 ml (entsprechend 7,1 µg (284 IU) Vitamin D) der winterliche Abfall des Vitamin D-Serumspiegels unter 20 ng/ml in der Interventionsgruppe verhindert werden konnte, ohne im Sommer zu Überdosierungen zu führen. Damit werden die kanadischen Erfahrungen bestätigt, dass die Anreicherung von Milch mit Vitamin D ein sinnvoller Weg sein kann, um den auf dem 47.-55. Breitengrad hoch prävalenten Vitamin D-Mangel bei Kindern (und vielleicht auch bei Erwachsenen) zu verhindern.

Amtsblatt der Europäischen Union: Richtlinie 2006/141/EG der Kommission vom 22. Dezember 2006 über Säuglingsanfangsnahrung und Folgenahrung und zur Änderung der Richtlinie 1999/21/EG.

Hower J, Knoll A, Ritzenthaler KL, Steiner C, Berwind R. Vitamin D fortification of growing up milk prevents decrease of serum 25-hydroxyvitamin D concentrations during winter: a clinical study in Germany. *Eur J Pediatr.* 2013 Dec;172(12):1597-605

(Dr. med. Jürgen Hower, Mülheim)

Erhöhtes Mortalitäts-Risiko bei Kindern mit Epilepsie

Premature Deaths Among Children with Epilepsy – South Carolina, 2000 – 2011

Selassie AW, Wilson DA, Malek A et al., *Morbidity and Mortality Weekly Report* 63 (44): 989 – 994, November 2014

2007 litten in den USA schätzungsweise 450.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 0-17 Jahren an Epilepsie. Etwa 53 % der Kinder mit Epilepsie leiden an zusätzlichen Störungen, nur etwa 1/3 der Betroffenen hat Zugang zu kompetenter medizinischer Betreuung. Die wenigen Untersuchungen zum Mortalitäts-Risiko der Kinder mit Epilepsie, verglichen mit der Gesamt-Bevölkerung, deuten auf ein erhöhtes Mortalitäts-Risiko für Kinder mit Epilepsie und zusätzlichen Störungen hin, aber

auch auf ein ähnlich erhöhtes Mortalitäts-Risiko für Kinder ohne zusätzliche Störungen.

Die Autoren von der Medizinischen Universität in South Carolina und vom CDC haben in diesem Bericht die Mortalität der Kinder mit Epilepsie in South-Carolina von 2000 – 2011 auf Grund demographischer Charakteristika und die zugrunde liegenden Todesursachen-Daten analysiert. Häufigste Todesursachen waren Entwicklungsstörungen, Herz-Kreislauf-Störungen und Unfälle.

Zur Beurteilung der vorzeitigen Mortalitäts-Last für Kinder mit Epilepsie wurden die Daten aller Krankenhaus-Entlassungen, Notfall-Ambulanz-Besuche, Krankenhaus-Ambulanzen und die Daten für multiple Todesursachen herangezogen.

Die Epilepsie-Diagnose wurde anhand der einschlägigen ICD-9-Ziffern bestätigt. Die Todesursachen wurden nach den ICD-10-Ziffern identifiziert. Die Todesfälle wurden in Relation gesetzt zur Gesamtzahl der Kinder mit Epilepsie.

Von 2000-2011 wurden insgesamt 13.099 Kinder von 0-18 Jahren mit einer Epilepsie identifiziert. Kinder, die überlebten, wurden im Median 38 Monate nach Diagnosestellung nachverfolgt, 447 (3,4 %) Kinder, die verstarben, 17 Monate.

Das mittlere Alter der Kohorte lag bei 8 Jahren.

Die Gesamt-Mortalität betrug 8,8 Todesfälle pro 1.000 Personen-Jahre. Das jährliche Todesfallrisiko betrug für Kinder mit Epilepsie 0,84 %, verglichen mit 0,22 % für Kinder der gleichen Altersgruppe ohne Epilepsie.

30 % der Todesfälle gingen zurück auf Entwicklungsstörungen (angeborene Fehlbildungen, Chromosomen-Anomalien, geistige Retardierung, Zerebralparese) und Herz-Kreislaufstörungen (ausschließlich angeborener Fehlbildungen) vornehmlich rheumatische Herzerkrankungen bei älteren Kindern, Infektionen des Herzens (bakterielle Pericarditis) bei jüngeren Kindern. Unfälle waren in 11 % die Todesursache, (in 24 % davon lagen Nebenwirkungen therapeutischer Medikamente zu Grunde, 16 % waren Verkehrsunfälle).

Etwa 8 % der Todesfälle lagen Epilepsie-spezifische Ursachen zu Grunde (z.B. Status epilepticus).

Die Stärke der Studie sehen die Autoren in der breiten Diagnose-Erfassung an einem ungewöhnlich großen Kollektiv, in dem eine Vielzahl von zusätzlichen Daten und Subgruppen-Analysen erfasst werden konnte. Sie konnten aber keine Aussage zur Qualität, Dauer und Umfang der Betreuung und Behandlung des Anfallsleidens der Kinder machen.

Kommentar

Die vorliegende Untersuchung belegt an einem umfangreichen mehrjährigen Kollektiv eines US-Bundesstaates die erhöhten Mortalitäts-Risiken von Kindern mit Epilepsie. Sie machen deutlich, wie wichtig eine angemessene und kontinuierliche Betreuung der Kinder mit Epilepsie (und zusätzlichen Störungen) ist.

Die Daten sagen aber nichts über den Einfluss von Anfallsfreiheit und -behandlung aus und bleiben damit rudimentär. Es wäre wünschenswert, an einem ähnlich großen Kollektiv den Einfluss der (fehlenden) Anfallsfreiheit und -Differenzierung auf die Mortalität zu erfassen. Auch sagen die Analysen der Subgruppen zusätzlicher Störungen und ihres Einflusses auf die Mortalität wenig über die Epilepsie als (zusätzliches) Mortalitäts-Risiko aus.

(Helmut Helwig, Freiburg)

„Drin bist du noch lange nicht - sag mir erst, wie alt du bist...“

Die Kontroverse um die radiologische Altersdiagnostik bei jungen Flüchtlingen



Dr. Thomas
Nowotny

Junge Flüchtlinge ohne Papiere werden einer Alterseinschätzung unterzogen, die häufig ärztliche Untersuchungen einschließt. Die Methoden der medizinischen Altersdiagnostik sind umstritten. Aus der biologischen Reife, erkennbar an Pubertätsentwicklung und Skelettreife, kann nur begrenzt und unsicher auf das tatsächliche Lebensalter geschlossen werden. Die Anwendung ionisierender Strahlen (Röntgenuntersuchung) ohne medizinische Indikation ist rechtlich und ethisch fragwürdig. Bedenken werden auch gegenüber der körperlichen Untersuchung des äußeren Genitals geäußert, wenn diese allein zur Altersdiagnostik erfolgt.

Die Kontroverse zwischen Rechtsmedizinern, die Altersgutachten zu verantworten haben, und Kinder- und Jugendärzten, die vor einem Jahr im Deutschen Ärzteblatt den Artikel „Strittiges Alter – strittige Altersdiagnostik“ veröffentlichten, wird dargestellt und die Diskussion weitergeführt. Empfehlenswert scheint eine ganzheitliche Herangehensweise ohne Röntgen, die auf einer Fachkonferenz am 6./7. Juni 2015 in Berlin thematisiert wird.

Hintergrund

Immer mehr Kinder und Jugendliche sind gezwungen, ohne ihre Eltern nach Europa zu fliehen. UN-Kinderrechtskonvention und nationales Recht verpflichten die Verantwortlichen zu einem besonderen Schutz von Minderjährigen. Diese Kinder und Jugendlichen aus unterschiedlichen Regionen und Kulturkreisen brauchen Beratungs- und Hilfsangebote, die ihnen die Integration in den neuen Lebensraum erleichtern. Auch wenn die Angebote im Rahmen der Jugendhilfe nicht immer optimal sind, bieten sie den Betroffenen doch ungleich mehr Chancen als die Massenunterkünfte ohne adäquate Sozialbetreuung, in denen erwachsene Asylsuchende oft für lange Zeit leben müssen.

Können junge Flüchtlinge ihr Alter nicht durch entsprechende Dokumente nachweisen, muss das zuständige Jugendamt eine Altersschätzung vornehmen. Meist wissen die Betroffenen ihr Geburtsdatum; oft glauben ihnen die Behörden aber nicht. Erklärt das Jugendamt den Flüchtling für volljährig und ist dieser damit nicht einverstanden, wird nach gegenwärtiger Rechtsprechung eine ärztliche Untersuchung angefordert.

Strittiges Alter – strittige Altersdiagnostik

So heißt ein Artikel, den der Autor vergangenes Jahr gemeinsam mit den Kinder- und Jugendärzten Winfried Eisenberg und Klaus Mohnike im Deutschen Ärzteblatt (DÄ) veröffentlicht hat. Darin kritisierten wir die häu-

fige Praxis, für Altersgutachten Röntgenaufnahmen der linken Hand und des Gebisses sowie Computertomographien (CT) der Schlüsselbeine anzufertigen.

Unser Fazit:

„Radiologische Verfahren zur Altersdiagnostik bei unbegleiteten jungen Flüchtlingen sind obsolet, weil sie nach der aktuellen Studienlage keine gesicherten Aussagen zur Klärung der Volljährigkeit ermöglichen.“

MRT-Untersuchungen sind aufgrund ihres experimentellen Charakters und der Gefahr der Retraumatisierung abzulehnen. Röntgen und CT verursachen eine nicht zu verantwortende Strahlenbelastung ohne Vorliegen einer rechtfertigenden Indikation. Sie sind daher aus medizinethischer und juristischer Sicht nicht zulässig.“

Diese Thesen haben wir durch zahlreiche Studien aus den letzten Jahren belegt. Wir haben dargelegt, dass durch Handröntgen die Volljährigkeit eines Probanden nicht beweisbar ist, weil die Diskrepanz zwischen Lebensalter und Knochenalter gerade im relevanten Bereich von 16-20 Jahren zu hoch ist; trotzdem wird Handröntgen immer noch dazu benutzt, Flüchtlinge für volljährig zu erklären. Wir haben weiter gezeigt, dass die Referenzstudie für CT-Untersuchungen der Sternoclaviculargelenke im entscheidenden Altersbereich keine valide statistische Grundlage hat; trotzdem wird sie in jedem Altersgutachten aufgeführt, das sich dieser Methode bedient. Wir haben aktuelle Studien zum erhöhten Tumorrisiko nach CT im Kindes- und Jugendalter zitiert.

BVKJ und DAKJ lehnen Röntgen und CT zur Altersdiagnostik ebenso ab wie 1995-2014 die Delegierten des 98., 110., 111., 113. und 117. Deutschen Ärztetages. Auf unsere Bitte beschäftigt sich jetzt auch die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer mit diesem Thema.

Streitbare Rechtsmediziner

Die Reaktion auf unseren Artikel ließ nicht lange auf sich warten: Fünf Professoren der Rechtsmedizin – da-

runter der Sekretär der „Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik“ (AGFAD), Prof. Andreas Schmeling aus Münster - veröffentlichten im DÄ drei Leserbriefe mit den Überschriften „Einseitig“, „Sinnentstellend“ und „Korrekte Rechtslage“. Zahlreiche falsche Behauptungen darin veranlassten uns im Juni 2014 zu einer Erwiderung, die im DÄ gekürzt abgedruckt, aber von den Rechtsmedizinern bisher nicht beantwortet wurde.

In den „Empfehlungen für die Altersdiagnostik bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen außerhalb des Strafverfahrens“ beschreibt die AGFAD selbst, dass Röntgenaufnahmen unzulässig sind. Genau dies hatten wir dargestellt. Leider halten sich viele Rechtsmediziner, einige Radiologen und gelegentlich sogar Kinder- und Jugendärzte nicht an diese Empfehlung.

Unser kleiner Beitrag im DÄ scheint auch eine Reihe von Artikeln ausgelöst zu haben, die kürzlich in zwei Ausgaben der Zeitschrift „Rechtsmedizin“ (6/2014 und 1/2015) erschienen. Soweit sie sich auf unsere Thesen beziehen, wollen wir einige davon im Folgenden kurz kommentieren.

Wissenschaftlich?

Schmeling et al. stellen sehr ausführlich die „Studienlage zum zeitlichen Verlauf der Schlüsselbeinosifikation“ dar mit dem Fazit, das Dünnschicht-CT sei aktuell die Methode der Wahl und in der Altersschätzungspraxis seien modalitätenspezifische Referenzstudien zu verwenden. Als einzige Referenzstudie für Dünnschicht-CT an Lebenden wird aber die von uns kritisierte Arbeit von Kellinghaus et al. genannt, ohne auf deren gravierende statistische Mängel einzugehen. Womöglich genügt es den Autoren, ein mit heterogenen Literaturstellen unterlegtes subjektives Expertenurteil zu fällen, nicht unbedingt evidenzbasiert, aber gewissermaßen „eminenzbasiert“. Anwälte berichten, es sei praktisch unmöglich, ein Gutachten anzufechten, das von drei Professoren der Medizin unterzeichnet ist, auch wenn diese den Rechtsgrundsatz „im Zweifel für Minderjährigkeit“ nicht berücksichtigt haben.

Korrekte Rechtslage?

Der Jurist und Rechtsmediziner Markus Parzeller legte auf acht Seiten „Juristische Aspekte der forensischen Altersdiagnostik“ dar. Darin findet die UN-Kinderrechtskonvention (KRR) gerade in einer Fußnote Erwähnung. Um so ausführlicher wird die wissenschaftliche und juristische Grauzone dargestellt, in der die Altersbegutachtung stattfindet. Richter verlassen sich bei der Beurteilung von Validität und Sicherheit medizinischer Untersuchungen auf Ärzte, die laut Parzeller wiederum davon ausgehen können, „dass sich die gerichtlichen Anordnungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen bewegen“. Im Fall des häufig bemühten § 49 Absatz 6 Aufenthaltsgesetz sind ärztliche Maßnahmen „zum Zweck der Feststellung des Alters“ u.a. nur

dann erlaubt, „wenn kein Nachteil für die Gesundheit des Ausländers zu befürchten ist.“ Aber ist das der Fall? Von den sehr heterogenen Urteilen, die Parzeller zitiert, sei eine erschütternde Kasuistik aus dem Jahr 2012 (!) hervorgehoben:

„Bei der Klärung der Frage der Minderjährigkeit war vom VG Berlin ein Gutachten eingeholt worden, wobei dafür Röntgenaufnahmen der linken Schulter, des linken Ellenbogens, der Schlüsselbein-Brustbein-Gelenke beider Seiten sowie eine Beckenübersichtsaufnahme gefertigt wurden. Dieses Vorgehen wird vonseiten des OVG Berlin-Brandenburg nicht beanstandet.“

Tatort Münster

Ebenso wie im Fernseh-“Tatort“ spielt das Institut für Rechtsmedizin Münster auch in der Realität eine wichtige Rolle: Von Mai 2013 bis 2015 wird dort eine Referenzstudie zur Altersschätzung mittels Magnetresonanztomographie (MRT) durchgeführt, die mit je 400.000 Euro vom Europäischen Flüchtlingsfonds und aus deutschen Steuermitteln finanziert wird. Diese Verwendung von Geldern, die eigentlich für die Flüchtlingshilfe bestimmt sind, lässt jugendliche Asylbewerber wahrlich alt aussehen – sie schauen im übertragenen und im Wortsinn in die Röhre.

Ein MRT ist zwar frei von Strahlenbelastung, aber nicht von Nebenwirkungen: Der sichere Ausschluss von Kontraindikationen wie Metallsplintern im Körper dürfte selbst beim Einsatz von Dolmetschern schwierig sein. Betreuer berichten, dass viele jugendliche Flüchtlinge retraumatisiert werden, wenn sie kurz nach ihrer Ankunft ins MRT müssen – auch wenn negative psychische Effekte bei deutschen Freiwilligen der Referenzstudie nur sehr selten beobachtet wurden, die ja meist ohne psychische Vorbelastungen zur Untersuchung kamen.

Jugendliche Flüchtlinge nicht auf ihr Knochenalter reduzieren

Selbst wenn ein bildgebendes Verfahren entwickelt würde, das vollkommen sicher und exakt wäre – es könnte doch nur das Knochenalter als Maß für die biologische Reife abbilden. Damit lässt sich wenig über das kalendarische Alter und gar nichts über Entwicklungsstand und Hilfebedarf der Jugendlichen aussagen. Wie diese psychosozialen Aspekte am besten erfasst und gewürdigt werden können, ist Thema einer internationalen Konferenz vom 6.-7. Juni 2015 in Berlin (s. folgenden Beitrag).

Es besteht kein Interessenskonflikt.
Literatur beim Verfasser

Dr. med. Thomas Nowotny
Kinder- und Jugendarzt
Salzburger Str. 27
83071 Stephanskirchen
E-Mail: t.nowotny@onlinehome.de

Red.: Kup



Internationale Fachkonferenz zur Einschätzung des Alters, Entwicklungsstandes und Hilfebedarfs von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

Die Deutsche Sektion der IPPNW, die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ) und die Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin, Charité Universitätsmedizin Berlin laden ein zu einer internationalen Fachkonferenz zur Einschätzung des Alters, Entwicklungsstandes und Hilfebedarfs von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Berlin. Die Konferenz wird auch von den Organisationen ‚Pro Asyl‘ und ‚Save the Children Deutschland e. V.‘ unterstützt.

Ein wesentliches Thema ist die medizinische Altersdiagnostik bei jungen Flüchtlingen. Nach der Empfehlung des UN-Ausschusses für die Rechte des Kindes sollte dabei „nicht nur dem physischen Zustand des Kindes Beachtung geschenkt werden (...), sondern auch dessen psychischer Reife. Die Untersuchung ist zudem in einer Art und Weise durchzuführen, die wissenschaftlich fundiert, sicher, kindgerecht, vorurteilslos und dem Geschlecht des Kindes angemessen ist, jedes Risiko für die körperliche und seelische Unversehrtheit des Kindes meidet, die Würde des Menschen gebührend achtet, und, im Falle verbleibender Zweifel, zugunsten des Betroffenen entscheidet, dass, wann immer die Möglichkeit besteht, dass es sich um ein Kind handeln könnte, er/oder sie als solches zu behandeln ist.“

Ganzheitlicher Ansatz

Während Rechtsmediziner in Deutschland, aber auch in anderen Ländern Methoden zur Abschätzung der biologischen Reife favorisieren, die wenig über das tatsächliche Alter und nichts über die Psyche aussagen (s. vorhergehenden Artikel), besteht in Großbritannien und Skandinavien eine langjährige Praxis der psychosozialen Einschätzung von Alter, Entwicklungsstand und Hilfebedarf. Es ist uns gelungen, europäische ExpertInnen mit langjähriger Erfahrung zu gewinnen, die medizinische, psychologische, pädagogische und rechtliche Aspekte der Begutachtung und Betreuung jugendlicher Flüchtlinge darstellen. Natürlich werden die Betroffenen, die jungen Flüchtlinge, selbst zu Wort kommen. Aber auch namhafte Vertreter der forensischen Alters-

diagnostik werden in Berlin referieren und mit uns diskutieren.

Ressourcen gezielt nutzen

Angesichts steigender Flüchtlingszahlen und knapper Ressourcen erscheint eine medizinische Untersuchung allein zum Zweck der Alterseinschätzung fragwürdig. Dagegen ist eine solche Untersuchung zur Abschätzung des medizinischen und psychosozialen Hilfebedarfs dringend notwendig. Dafür haben Kinder- und Jugendärzte ein gut validiertes Instrument entwickelt, das sie täglich anwenden – die Jugendvorsorgeuntersuchung.

Jugenduntersuchung für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Angelehnt an die J1 und J2, ist das Konzept der J-umF an den speziellen Problemen und Bedürfnissen der jungen Flüchtlinge orientiert. Es wird vom BVKJ unterstützt. Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin DAKJ hat im Jahr 2013 Empfehlungen zu medizinischen Maßnahmen bei immigrierenden Kindern und Jugendlichen veröffentlicht, die in das Konzept der J-umF integriert sind; dazu gehören eine umfassende Labordiagnostik mit Schwerpunkt auf infektiologischen Tests, eine Seh- und Hörprüfung und ein Impfplan.

Die J-umF wird derzeit evaluiert und so weiterentwickelt, dass sie in jeder Kinder- und Jugendpraxis durchgeführt werden kann. In Berlin werden wir darüber diskutieren und das Konzept anschließend in dieser Zeitschrift ausführlich darstellen.

Argumente für die Umsetzung

Medizinische Maßnahmen müssen vom zuständigen Jugendamt finanziert und - im Fall der J-umF - zuvor genehmigt werden. Folgende Begründungen können dabei hilfreich sein:

Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention, die für alle Menschen unter 18 Jahren in Deutschland uneingeschränkt gültig ist, gewährleistet deren Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit. Darüber hinaus liegt ihr gesundheitliches Wohlergehen im Interesse des Einwanderungslandes.

Wird die J-umF zeitnah nach der Ankunft in Deutschland durchgeführt, kann sie unter bestimmten

Voraussetzungen die Untersuchung auf übertragbare Krankheiten nach § 62 Asylverfahrensgesetz ersetzen.

Weiterhin können im Rahmen der J-umF erhobene Befunde im Bedarfsfall nach Schweigepflichtentbindung für eine fachärztliche Stellungnahme zur Frage der Minderjährigkeit herangezogen werden.

Paradigmenwechsel in Sicht

Schon lange wissen Flüchtlingsbetreuer, dass die exzessive Altersdiagnostik junger Flüchtlinge am Thema vorbeigeht. Entscheidend ist der Hilfebedarf. Ein ehemaliger Kindersoldat, der nach langer Flucht mit 19 Jahren in Deutschland ankommt, braucht nicht unbedingt weniger psychosoziale Unterstützung als ein 16jähriger. Wenn die Jugendlichen Hilfe bekommen und die Integration gelingt, hat das große Vorteile für sie, aber auch für uns: Der demographische Wandel in Deutschland führt schon heute zu einem Bedarf an Auszubildenden und Arbeitskräften, der von Europa allein nicht gedeckt werden kann. Junge unbegleitete Flüchtlinge sind meist hoch motiviert.

Aus einem Appell jugendliche Flüchtlinge aus der Münchner Bayernkaserne, wo sie unter extrem belastenden Bedingungen untergebracht waren:

„Wir wollen für uns und für die Gesellschaft, in der wir leben, eine Zukunft sein. Wir wollen die Hoffnung in Deutschland nicht verlieren.“

Wir laden Sie zu einer interdisziplinären, internationalen Konferenz ein, um mit uns die dringenden Fragen der Altersdiagnostik und der ärztlichen Versorgung minderjähriger Flüchtlinge zu diskutieren.

Dr. med. Winfrid Eisenberg, IPPNW
Prof. Dr. med. Manfred Gahr, DAKJ
Prof. Dr. med. Annette Grüters-Kieslich,
Charité Universitätsmedizin
Prof. Dr. med. Klaus Mohnike,
Universitätsklinikum Magdeburg
Dr. med. Thomas Nowotny,
Ärzteinitiative für Flüchtlingsrechte / IPPNW

Das Programm der Konferenz und die Anmeldung finden Sie unter:

kurzlink.de/young-refugees

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter
www.kinder-undjugendarzt.de



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Die Petition für den Bundeskinderbeauftragten – ein Erfolg mit offenem Ende



Kathrin
Jackel-Neusser

Ohne Kinder- und Jugendärzte wäre es nicht gegangen: Sie haben mit beeindruckendem Engagement in den letzten Wochen die Petition der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) und ihrer Mitgliedsgesellschaften und –verbände für eine bzw. einen Kinder- und Jugendbeauftragte(n) des Deutschen Bundestages mit unterstützt. Uns erreichten aus einzelnen Praxen Hunderte von Unterschriften. Das Ergebnis kann sich sehen lassen: Mit bislang nun schon über 114.000 Stimmen haben wir das Quorum für öffentliche Anhörungen im Bundestag (50.000 Stimmen) deutlich überschritten und sind im Moment die dritterfolgreichste aller 3241 abgeschlossenen Petitionen des Deutschen Bundestages.

Dies verdanken wir zu allererst denjenigen, die diese Unterschriften im Sinne der Kinder und Jugendlichen gesammelt haben. Für einen Bundeskinderbeauftragten haben sich nicht nur die Kinder- und Jugendärztinnen und –ärzte und deren MFA sowie die Eltern, Großeltern, Kinder und Jugendlichen in den Praxen eingesetzt, sondern darüber hinaus auch tausende Unterstützer aus Kitas, Kinder- und Jugendhilfe- sowie Selbsthilfe-Einrichtungen und Schulen. Stimmen kamen außerdem aus allen Bereichen der Gesellschaft: vom Landfrauenverband über kirchliche Einrichtungen bis hin zu Bingo- oder Motorradfahrer-Vereinen. Erfreulich war auch, dass wir mit unserer Petition offenbar auch viele Frauen, Männer und Jugendliche mit Migrationshintergrund erreicht haben, die einen Bundeskinderbeauftragten wollen.

Was genau wir mit der Petition erreichen wollen, wurde ja bereits in Ausgabe 2/15 auf Seite 43 des „kinder- und jugendarzt“ erläutert.

Hier noch einmal der genaue Wortlaut der Petition:

Der Deutsche Bundestag möge beschließen, eine(n) Kinder- und Jugendbeauftragte(n) des Deutschen Bundestages einzusetzen.

Sie/Er soll

- *unabhängig und nicht weisungsgebunden sein,*
- *Gesetze und Entscheidungen der Exekutive daraufhin überprüfen, ob sie den Rechten unserer Kinder und Jugendlichen entsprechen,*
- *Ansprechpartner für die Kinder und Jugendlichen, deren Eltern und für KinderrechtsvertreterInnen sein,*
- *auf eigene Initiative hin tätig werden, wenn Kinderrechte verletzt sein könnten.*

Kurz zusammengefasst

Von einem bzw. einer Kinder- und Jugendbeauftragten verspricht sich die DAKJ, dass die Rechte von Kindern und Jugendlichen besser durchgesetzt werden, in allen Bereichen von Politik und Gesellschaft.

Lange gefordert

Beachtlich ist, dass die Kinder- und Jugendärztinnen und –ärzte dies schon seit Jahrzehnten erreichen wollen. Aus den ersten Protokollen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin geht hervor, dass schon im Jahr 1988 ein Kinderbeauftragter im Parlament gewünscht wurde. Auch der Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, Dr. Hartmann, machte sich in seinen Kontakten mit der Politik immer wieder für diese Forderung stark.

Insofern stieß der Vorschlag des Generalsekretärs der DAKJ, Prof. Manfred Gahr, und seiner Stellvertreterin, Dr. Elke Jäger-Roman, eine Petition zu diesem Anliegen zu initiieren, bei dem BVKJ, bei der DGKJ und der DGSPJ (deren Präsidenten und Vizepräsidenten den Vorstand der DAKJ bilden) auf volle Unterstützung.

Den ersten Entwurf für die Petition verfasste Dr. Elke Jäger-Roman, dieser wurde dann innerhalb der DAKJ abgestimmt, sowie darüber hinaus mit den Mitgliedern der „Kommission Kinderbewusstsein“ der Stiftung Hänsel+Gretel, die sich ebenfalls bereits länger für einen Bundeskinderbeauftragten stark machen. Auch mit dem Sprecher und den Referentinnen der National Coalition trafen wir uns, um die Petition abzustimmen, und änderten diese entsprechend noch einmal etwas ab.

Für die Petition stand in Folge DAKJ-Generalsekretär Prof. Manfred Gahr gerade. Er gab sie auch persönlich beim Bundestag ein und stand für Presseanfragen zur Verfügung.

Eine Kampagne entsteht

Die Petition wuchs sich dabei zunehmend zu einer richtigen Kampagne aus, was gerade auch BVKJ-Geschäftsführerin Christel Schierbaum zu verdanken war, die immer wieder neue gute Ideen hatte. Sie ließ beispielsweise ein Poster drucken, das gleichzeitig zum Logo der Kampagne wurde, auch auf der Aktionsseite www.kinderbeauftragter-in-den-bundestag.de von Kinderärzte-im-Netz.

Hinzu kam ein Facebook-Auftritt, der von der DAKJ-Geschäftsstelle betreut wurde. So gelang es uns, die Öffentlichkeit auch jenseits der Arztpraxen zu erreichen.



Foto: © Thomas Imo/Photothek

Generalsekretär Prof. Gahr bei der Übergabe weiterer Unterschriftenlisten an Fachpolitiker im Deutschen Bundestag (v.l.n.r.: MdB Stefan Schwartze, MdB Kerstin Kassner, Prof. Manfred Gahr, MdB Kersten Steinke, MdB Paul Lehrieder)

Außerdem wurde eine Pressekonferenz in Berlin-Mitte durchgeführt, was wiederum zu einem guten Echo in den Medien führte.

Nachdem die Petition am 23. Februar 2015 endlich als E-Petition online geschaltet wurde, stand bei uns das Telefon nicht mehr still. Es kamen viele Rückfragen zum Inhalt und zum Ablauf der Petition, die wir natürlich möglichst alle beantworten wollten. Nicht immer leicht für drei in Teilzeit arbeitende Damen, die außerdem noch die ganz normalen Geschäfte eines Dachverbandes zu erledigen hatten. Während Journalisten anriefen, tausende Listen ausgezählt werden mussten und gleichzeitig das Telefon nicht stillstand, ging dann wieder mal das Faxgerät kaputt – ganz normaler Alltag in den letzten Monaten der DAKJ-Geschäftsstelle. Aber zum Jamern war uns nie zumute: das Ganze machte großen Spaß, und es war toll zu erleben, wie viele Menschen sich für einen Bundeskinderbeauftragten einsetzen.

Die Kampagne gewinnt politische Unterstützung

Aus der Politik setzten sich die Vorsitzende der Kinderkommission und SPD-Bundestagsabgeordnete, Susann Rührich, sowie die familienpolitische Sprecherin der Grünen im Bundestag, Dr. Franziska Brantner, als erste für die Petition ein.

Nach einer Weile unterstützten außerdem auch der Familienausschuss-Vorsitzende, Paul Lehrieder (CDU/CSU), sowie die SPD-Abgeordneten Stefan Schwartze (Petitionsausschuss) und Martina Stamm-Fibich (zu-

ständig für Kindergesundheit) die Position, einen Bundeskinderbeauftragten einzusetzen.

Es bleibt spannend

Spannend wird es nun am 15. Juni 2015, wenn im Petitionsausschuss des Bundestages die öffentliche Anhörung zur Petition Kinderbeauftragter des Bundestages stattfindet. Prof. Gahr wird maximal 10 Minuten Zeit haben, erneut das Anliegen vorzubringen und steht dann den versammelten Fachpolitikern für deren Fragen zur Verfügung. Außerdem äußern die Politiker aus Regierung und Opposition, die als Berichterstatter benannt wurden, ihre Einschätzung dazu, wie mit den Forderungen der Petition weiter verfahren werden soll. Es bleibt also spannend und wir halten Sie auf dem Laufenden. Wenn Sie mögen, schauen Sie am besten mal in unseren Facebook-Auftritt hinein – man muss nicht mal persönlich Mitglied sein: <https://www.facebook.com/kinderbeauftragter>

Wichtig

Stimmen können weiter gesammelt werden, wie wir jetzt erfahren haben! Unterschriftenlisten erhalten Sie auch weiterhin über unsere Aktionsseite sowie auf www.dakj.de.

Kathrin Jackel-Neusser

Die Autorin ist Referentin der DAKJ für Öffentlichkeitsarbeit und politische Kontakte
E-Mail: Jackel-Neusser@dakj.de

Red.: ReH

Masern – eine Systemkrankheit?

Die meisten Masernkranken der Epidemie am Anfang dieses Jahres in Berlin waren zwischen 18 und 43 Jahre alt. Sie waren also nach 1970 geboren und nach aller Wahrscheinlichkeit nicht oder nur einmal geimpft. Nach STIKO-Empfehlungen sollten sie geimpft worden sein. Viele wundern sich, wie die Ärztezeitung, zurecht, dass weder der Hausärzteverband noch die DEGAM erkennbare Anstrengungen unternehmen, die entsprechenden Altersgruppen gezielt zur Impfung aufzufordern. Dies tun alleine die pädiatrischen Verbände. Aber auch hier gibt es Nachholbedarf, denn etwa ein Viertel der Erkrankten in Berlin waren zwischen sechs und 17 Jahre alt. Die KV Berlin, die bislang eine Vergütung von Impfleistungen bei Erwachsenen durch Pädiater ablehnte, hat als Konsequenz beschlossen, dies befristet bis zum 31. Dezember 2015 zu erlauben. In anderen KV-Bereichen ist die Impfung der Eltern in der Kinder- und Jugendarztpraxis schon bisher kein Problem.

Für Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe ist die Impfpflicht kein Tabu mehr. Er will die Frage nach einem Bericht des NDR „sorgfältig, aber konsequent im Rahmen der jetzt anstehenden parlamentarischen Beratungen zum Präventionsgesetz debattieren“. Dieses Gesetz wird nach der ersten Lesung im Bundestag am 15. März jetzt von den Fachpolitikern beraten. Mit dem Satz: „Wer ohne medizinische Notwendigkeit seinem Kind den Impfschutz verweigert, schadet nicht nur diesem Kind, sondern auch Kindern, die zum Beispiel zu klein sind, um geimpft zu werden, oder Kindern, die tatsächlich aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können“ formulierte Gröhe genau die Position, die BVKJ-Präsident Wolfram Hartmann in der Öffentlichkeit unermüdlich vertritt.

Beratung allein genügt nicht

Gröhe bekommt in seiner Koalition sowohl Rücken- als auch Gegenwind. Der gesundheitspolitische Sprecher der CDU, Jens Spahn, macht jedem, der sein Kind nicht impfen lässt, den Vorwurf, dass er es in Gefahr bringt. Die SPD-Abgeordnete Hilde Mattheis sieht in einer Stellungnahme für die Ärztezeitung jedoch nur ein „Umsetzungsproblem“, das keine neue gesetzliche Regelung brauche. Unterschwellig droht sie, dass die Länder eine Impfpflicht nicht mittragen könnten. Die Opposition ist klar gegen eine Impfpflicht. Die Linken setzen auf eine verstärkte Förderung der Impfungen und einen Ausbau des ÖGD. Die Grünen wollen dass unverzüglich mehr Geld in die Impfberatung gesteckt wird.

Ein niedergelassener Kinder- und Jugendarzt mag hier ratlos werden. Kein Tag vergeht in seiner Praxis ohne intensive Impfberatung. Die weit überwiegende Zahl der Kolleginnen und Kollegen rät ohne wenn und aber zur Impfung. Keine Woche vergeht ohne ein langes und tiefes Gespräch mit Eltern, die Impfungen ablehnen oder ihnen prinzipiell kritisch gegenüber stehen. All diese Gespräche werden trotz häufiger Forderungen nicht angemessen vergütet. Jahr für Jahr gibt es trotz intensivster jahrzehntelanger Bemühungen in unseren Praxen Masernepidemien. Und jetzt kommt Politikern die Erleuchtung, dass die Masern verschwinden, wenn die Beratung intensiviert und besser bezahlt wird. Glauben die Verantwortlichen, dass die Beratung in unseren Praxen all die Jahre so schlecht war, dass deswegen Masernepidemien ausbrechen. Und wer sollte denn an Stelle der Ärztinnen und Ärzte, die am meisten Impfen, die Beratung übernehmen?

Alle impfenden Ärztinnen und Ärzte sind sicher erfreut, wenn die Impfberatung in Zukunft besser honoriert wird. Lösen wird dies das Masernproblem, wie in der Vergangenheit, nicht. Ein Gesundheitssystem, das nicht erkennt, dass es in der Frage der Maserneliminaton seit Jahren in einer Sackgasse steckt, ist selbst irgendwo krank. Das Thema ist zu wichtig für parteipolitische Spielchen. Aus Sackgassen gibt es nur einen Ausweg: zurück und Richtungswechsel.

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

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.



„Pille danach“ GKV-Leistung für Versicherte bis zum 20. Geburts- tag mit ärztlicher Verordnung

Am 6. März 2015 hat der Bundesrat beschlossen, die Verschreibungspflicht für Notfallkontrazeptiva („Pille danach“) mit den Wirkstoffen Ulipristalacetat und Levonorgestrel aufzuheben. Die vierzehnte Verordnung zur Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung trat am 15. März 2015 in Kraft. Seitdem dürfen Notfallkontrazeptiva mit den beiden oben genannten Wirkstoffen in Deutschland ohne ärztliches Rezept in der Apotheke abgegeben werden.

Wegen des Anspruchs von GKV-Versicherten bis zum vollendeten 20. Lebensjahr auf eine Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln wurden weitere gesetzliche Anpassungen veranlasst, wie beispielsweise die Erweiterung der Leistungspflicht auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva (§ 24a SGB V).

Die rechtliche Klarstellung im Sozialgesetzbuch V ist notwendig, damit die neu aus der Verschreibungspflicht entlassenen Notfallkontrazeptiva weiterhin für Frauen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ärztlich verordnet werden können. Mit dem Inkrafttreten ist Mitte April 2015 zu rechnen. Die Erstattungsregelung gilt rückwirkend ab 1. März 2015.

Für die Übergangszeit bis zur Verkündung des Gesetzes haben sich KBV, GKV-Spitzenverband und Deutscher Apothekerverband zur Verfahrenssicherheit für alle Beteiligten (Ärzte, Apotheker und Patientinnen) auf eine Übergangsregelung verständigt. Danach soll einer Kostenübernahme im Rahmen des Sachleistungsprinzips nichts entgegenstehen und ärztliche Verordnungen von Notfallkontrazeptiva auf Muster 16 und deren Abgabe durch Apotheken während der Übergangszeit nicht beanstandet werden.

Folglich ist es bei betroffenen Frauen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, möglich, das Notfallkontrazeptivum unter Beachtung der jeweiligen Fachinformation zu Lasten der zuständigen gesetzlichen Krankenkasse zu verordnen.

Quelle:
KVRLP

Red.: Kup

Brief aus der Praxis ● ● ●



Dr. Tanja Brunnert

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

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



Liebe Kollegen,
was mich in letzter Zeit immer mehr beschäftigt, ist die nachlassende Wertschätzung unserer Tätigkeit. Dies wird uns in der Niederlassung sicher genauso wie im stationären Bereich begegnen.

Nicht nur die Häufigkeit der Konsultationen, auch deren Intention lässt mich doch gelegentlich verzweifeln. Ein jeder wird hier über seine persönlichen Highlights berichten können. Pickel, welche am Vortag aber sicher noch zu sehen waren, sind ein Beispiel. Auf meine Nachfrage, was ich denn jetzt tun sollte, wo sich das Problem doch schon von allein gelöst habe, ernte ich nur Vorwürfe. Denn der Termin wurde bereits am Vortag, dem Tag des Auftretens der Pickel vereinbart. Und obwohl der Vater meiner Mitarbeiterin unmissverständlich klar gemacht hat, dass es sich bei dem ansonsten pumperlgesunden Kind um einen Notfall handelt, hat er den Termin erst für heute bekommen. Und nun sind sie halt weg, was kann er denn dafür. Mein vorsichtiger Einwand, dass dann eine Konsultation vielleicht gar nicht notwendig gewesen sei, findet keine Beachtung. Eher hinterlässt der väterliche Gesichtsausdruck angesichts dieses ungehörigen Vorschlags bei mir das Gefühl, wieder einmal nicht angemessen auf seine Sorgen reagiert zu haben.

Dabei habe ich mittlerweile fundierte Kenntnisse in vielen medizinisch absolut relevanten Themen. Sie denken jetzt vielleicht an meinen Asthma-Qualitätszirkel? Weit gefehlt. Ich berate exzellent bei der geplanten Anschaffung eines Fahrradanhängers für die lieben Kleinen, ich kenne mich mit vielen Möglichkeiten der Erhitzung des Trinkwassers für die Zubereitung der Milchmahlung aus, ich berate immer auf dem neuesten Stand zu Spielzeugen, Bilderbüchern und Vorleselektüre, ich habe mich bezüglich der Strahlenbelastung durch Babyphone fortgebildet usw. Und trotzdem komme ich immer wieder an meine Grenzen. Aber ist es nicht gerade das, was unseren Beruf so interessant macht?

Zur letzten U6 kam ein gut vorbereiteter Vater mit einer säuberlich ausgearbeiteten Exceltabelle. In dieser waren über eine Woche sämtliche Nahrungsmittel des Kindes gelistet und bezüglich ihres Calcium- und Fluorgehaltes aufgeführt. Die Werte wurden gemittelt

und auf das Körpergewicht berechnet. Nun aber kam die wichtige, an mich als die Ärztin des Vertrauens gerichtete Frage. Das Trinkwasser unterschiede sich in unterschiedlichen Regionen bzgl. seines Fluorgehaltes. Wenn nun das Kind die Großeltern in Süddeutschland besuche, wie könne man auf eine etwaige Differenz adäquat reagieren? Nur mit Mühe gelang es mir, meine Gesichtszüge unter Kontrolle zu halten. Vor meinem geistigen Auge hatte ich bereits die 04355 abgerechnet (Fütterstörung im frühen Kindesalter) und wahrscheinlich auch gleich die 04356. Aber was soll ich nun antworten? Auf der Zunge liegt mir: Vielleicht ignorieren Sie das einfach?! Oder soll ich auf meine eigene Brut hinweisen, die ohne jedwede Berechnung bisher fantastisch gediehen ist? Beides wird dem Problem nicht gerecht werden. Also schlage ich vor, für diese Fälle vom Apotheker in entsprechender Dosierung vorbereitete Kapsel mit an den Urlaubsort zu nehmen. Diese können nach entsprechender Beratung durch mich auf ein Privatrezept verordnet werden. Die Überweisung der durch die Individuelle Gesundheitsleistung angefallenen Kosten erfolgt bitte binnen 14 Tagen auf mein Konto. Nun ja, dieser Dialog fand nur in meinem Kopf statt. In der Realität habe ich nur erwähnt, dass ich mir darum noch nie Gedanken gemacht habe. Auch dieser Vater verlässt meine Praxis mit unzufriedener Miene. Recht hat er. Wo er sich so perfekt vorbereitet hat, hätte er Selbiges eigentlich auch von mir erwarten können. Dass ich in derselben Untersuchung auf die Perzentilenflüchtigkeit von Gewicht und Körperlänge aufmerksam werde und nach entsprechender Kontrolle und sich anschließender Diagnostik früh eine Zoeliakie diagnostiziere, wird nur zur Kenntnis genommen.

Echte Wertschätzung sieht anders aus. In den wirklich wichtigen Themen kannte ich mich ja nicht aus. Also auf zur nächsten Fortbildung.

Dr. Tanja Brunnert

37077 Göttingen

E-Mail: tanja.brunnert@kinderarzt-goe.de

Red.: ReH

Zur Situation der ambulanten Schwerpunkt-pädiatrie – Kinderpneumologische Versorgungswirklichkeit



Dr. Frank Friedrichs

Die 250 niedergelassenen Kinderpneumologen stellen einen großen Teil der ambulanten kinder pneumologischen Versorgung in Deutschland sicher. In den meist allgemeinpädiatrisch-fachärztlichen Mischpraxen werden umfangreiche allergologische und pneumologische Untersuchungen, Beratungen und Schulungen (DMP Asthma) durchgeführt. Durch die enge Kooperation mit dem Bundesverband der Pneumologen (BdP), in dem die BAPP 12,5% Mitgliederanteil hat, hat sich in den letzten Jahren eine pneumologische Arbeitsteilung zum Wohle der Patienten ergeben. Gemeinsame internistisch-pädiatrische Qualitätszirkel haben hierzu beigetragen. Kinderpneumologie in der Praxis zeigt sich in einem breiten Spektrum von der rein fachärztlichen Überweisungspraxis ohne hausärztlichen Anteil bis zur Mischpraxis mit im Mittel 30% fachärztlichem Patientenanteil. Neue Kooperationsformen, z. B. pneumologische Praxisgemeinschaften von Internisten und Pädiatern werden erprobt.

Dr. Christoph Runge

Die Weiterbildung Kinder-Pneumologie umfasst in Ergänzung zur Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, konservative Behandlung und Rehabilitation von angeborenen und erworbenen Erkrankungen der oberen und unteren Atemwege, der Lunge, des Mediastinums und der Pleura bei Kindern und Jugendlichen von Beginn bis zum Abschluss ihrer somatischen Entwicklung sowie der hiermit verbundenen allergischen Erkrankungen. So definiert es die (Muster-) Weiterbildungsordnung, die 2003 vom Deutschen Ärztetag beschlossen wurde. Während in Bayern, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen die dreijährige Weiterbildung zu einer Schwerpunktbezeichnung führt, wurde die Kinder-Pneumologie in vielen anderen Landesärztekammern als Zusatzweiterbildung verabschiedet. Hierzu hat das Bundessozialgericht 2009 in einem Urteil bereits festgestellt, dass es keinen sachlich-relevanten Unterschied zwischen den Weiterbildungsordnungen verschiedener Landesärztekammern erkennen kann. Im Grunde handelt es sich demnach um eine 36-monatige Schwerpunktweiterbildung Kinder-Pneumologie. In über 150 Weiter-

bildungsstellen (siehe www.paediatrische-pneumologie.eu) kann die Weiterbildung ganz oder teilweise absolviert werden. Maximal 18 Monate können in der Praxis durchgeführt werden. Zur Zeit sind über 250 Kinderpneumologen* in eigener Praxis in Deutschland tätig.

Von der AG zur BAPP

In der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, gegründet 1978 in Hannover, gab es seit 1986 einen Vertreter der niedergelassenen, kinder pneumologisch tätigen Ärzte. Da die GPP als rein wissenschaftliche Fachgesellschaft die Interessen der niedergelassenen Kinderpneumologen in Deutschland nicht wahrnehmen konnte, erfolgte am 05.09.2009 in Berlin durch 41 Mitglieder die Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie e.V. (BAPP). Mittlerwei-



le sind 225 Kinderpneumologen in der BAPP und in 16 Landesverbänden organisiert (bapp-ev.de). Die BAPP kooperiert eng mit dem bvjk (Ausschuss Subdisziplinen in der Pädiatrie), der GPP, der GPA, der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. (AGAS) und nicht zuletzt dem Bundesverband der Pneumologen (BdP). Letzterem trat die BAPP 2009 bei, so dass pädiatrische und internistische Pneumologen seit nunmehr 6 Jahren gemeinsam für ihre Interessen eintreten. In mehreren Bundesländern haben sich

* Im nachstehenden Text werden alle Berufsbezeichnungen, z. B. „Arzt“, „Ärzte“, einheitlich und neutral für Ärztinnen und Ärzte verwendet.

gemeinsame Qualitätszirkel gebildet. Der Vorsitzende der BAPP ist kooptiertes Vorstandsmitglied des BdP. Die gemeinsame Geschäftsstelle med info in Heidenheim betreut die BAPP-Mitglieder und koordiniert die berufspolitischen und vereinsinternen Aktivitäten. Die Arbeitsgruppe niedergelassener Kinderpneumologen in der GPP wurde 2012 aufgelöst.

Struktur der kinderpneumologischen Praxis

60% der niedergelassenen Kinderpneumologen sind zwischen 45 und 55 Jahren alt. Über 20% sind älter als 55 Jahre. Zirka 40% sind in einer Einzelpraxis, 60% in Kooperationen (in der Regel Gemeinschaftspraxen) tätig. 95% der Praxen verfügen über ein Lungenfunktionslabor mit Bodyplethysmographen und/oder IOS-Lungenfunktionsgeräten. Unspezifische Provokationen mittels Laufband (80%) und/oder Methacholin/Histamin (50%) sowie spezifische nasale Provokationen (80%) gehören zum Leistungsspektrum einer kinderpneumologischen Praxis. Die gesamte allergologische Diagnostik wird in den Praxen in der Regel angeboten, denn 65% der Kinderpneumologen verfügen auch über die Zusatzbezeichnung Allergologie.

Die meisten kinderpneumologischen Schwerpunktpraxen sind sogenannte Mischpraxen, die sowohl ihren allgemeinpädiatrischen als auch den fachärztlichen Versorgungsauftrag erfüllen. In einer sechsmonatigen Versorgungsstudie konnten im Jahr 2012 folgende Fakten ermittelt werden: Im Durchschnitt betreut eine Mischpraxis 30% fachärztliche Patienten. 70% dieser Patienten leiden an Asthma bronchiale. 80% der Kinderpneumologen sind Asthma-Trainer und nehmen am DMP Asthma bronchiale teil. Selten gibt es kinderpneumologische Kollegen, die ausschließlich fachärztlich arbeiten. Alle kinderpneumologischen Praxen findet man mit den Angaben zu ihrem Leistungsspektrum unter der Internetseite: www.lungenatlas.de.

Qualitätssicherung

Die QM-Gruppe der BAPP ist seit 2010 im Bereich Qualitätsmanagement aktiv. Das QM-Manual und der ICD-10-Codierungsleitfaden für die kinderpneumologische Praxis wurden erstellt. Die Fortbildung der MFA's bei den jährlichen pneumologischen Praxistagen des BdP in Berlin wird von der QM-Gruppe durchgeführt. Neu gegründet wurde gerade eine Arbeitsgruppe „Kinderpneumologische Pharmakotherapie“. Die BAPP-Mitglieder tauschen sich zu aktuellen Themen in ihrem Intranet in PädInform aus.

Ziele

Wichtigstes Ziel der BAPP ist die Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen fachärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Erkrankungen der Atemwege. Dies ist nicht ohne eine wirtschaftliche Absicherung der Praxen zu gewährleisten. Fachärztlich im Schwerpunkt tätig zu sein, bedeutet, dass man im Vergleich zur Fachgruppe weniger Patienten im Quartal mit deutlich höherem Zeit-, Personal-, Geräte-, und Schulungsaufwand zu betreuen hat. Junge Kollegen werden den Schritt aus der Kinderklinik in die kinderpneumologische Schwerpunkt-Praxis nur wagen, wenn sie darauf vertrauen können, dass die betriebswirtschaftliche Grundlage solide und zukunftssicher ist. Ungerechtfertigte derzeit bestehende Honorarunterschiede zwischen Klinikambulanzen (Stichwort § 120 SGBV) und Schwerpunktpraxen lehnen wir daher ab.

Dr. Frank Friedrichs

52072 Aachen

E-Mail: Frank.Friedrichs@t-online.de

Dr. Christoph Runge

22763 Hamburg

E-Mail: christoph.runge@googlemail.com

Red.: Kup

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

Wie bekannt, haben wir bereits in mehreren Selektivverträgen mit den Krankenkassen die Durchführung des Amblyopiecreenings vereinbart und wollen dies auch noch in weiteren Verträgen regeln. Zum Amblyopiecreening referiert beim Kinder- und Jugendärztag am 12.6.2015 um 16 Uhr 30 Herr Prof. Ehrh (Strabismologie, Kinder- und Neooftalmologie) 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/

HPV-Impfung für Mädchen ab neun Jahre jetzt amtlich



Foto: © Production Perig - Fotolia.com

Mitte April 2015 wurde die neue Schutzimpfungsrichtlinie des GbA veröffentlicht und ist damit in Kraft.

Unter anderem hat der GbA die STIKO-Empfehlung übernommen, Mädchen bereits ab dem neunten Geburtstag gegen HPV zu impfen. Dafür wurde die bestehende Richtlinie geändert. Der Impfung ist jetzt von 9 bis 14 Jahren empfohlen. In diesem Alter ist ein 2-Dosen-Impfschema mit einem Impfabstand von 6 Monaten zugelassen. Bei Nachholimpfungen oder der Vervollständigung einer Impfserie im Alter von > 13 Jahren bzw. > 14 Jahren oder bei einem Impfabstand von < 6 Monaten zwischen der 1. und 2. Dosis ist eine 3. Impfstoffdosis erforderlich.“

Red.: Kup



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

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

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

(02 21) 6 89 09 21.





Foto: © Robert Kneschke – Fotolia.com

Die schlechte Qualität von Krippen schadet zweijährigen Einwandererkindern

„Besser keine Krippe als ein schlechte!“

Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr. Ganz recht hat das gute alte Sprichwort nicht, aber Kinder, die zu Hause schlecht angeregt und gefördert werden, können ihre Kompetenzen nicht optimal entwickeln. Bildungspolitiker und -forscher plädieren daher seit Jahren für den Ausbau der Betreuungseinrichtungen. Dort soll durch kompensatorische Förderung wettgemacht werden, was zu Hause versäumt wurde. In der Krippe oder Kita sollen die Kinder lernen, sich sprachlich zu verständigen, sich sozial und emotional angemessen zu verhalten und ihren Körper zu gebrauchen, vor allem ihre Hände und Finger. In den Einrichtungen sollen die herkunftsbedingten sozialen Ungleichheiten also ausgeglichen werden, so dass alle Kinder mit den gleichen Chancen in die Schule starten. Der schönen Theorie steht die prosaische Praxis gegenüber. Zahlreiche Studien zeigen, dass die meisten Krippen und

Kindergärten nur mittelmäßige pädagogische Qualität aufweisen. Insbesondere die Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit (NUBBEK) hat 2012 gezeigt, dass es in Deutschland viele zu wenige gute und sehr gute Krippen und Kindergärten gibt. Mehr als drei Viertel aller Einrichtungen schnitten mittelmäßig bis schlecht ab. Wissenschaftler vom Staatsinstitut für Frühpädagogik in München haben die Daten nun benutzt, um sich die Entwicklung von zweijährigen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund genauer anzusehen.

Unsere Zeitschrift sprach mit Prof. Fabienne Becker-Stoll, Direktorin des Staatsinstituts für Frühpädagogik, über die Ergebnisse dieser Untersuchung.

Stimmt es überhaupt, dass Krippen herkunftsbedingte Nachteile bei Kindern mit Migrationshintergrund oder aus sozial schwierigen Verhältnissen ausgleichen können?

Das können sie. Aber nur, wenn sie sehr gut sind. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind mit Migrationshintergrund in eine hervorragende Krippe geht, ist jedoch gering in Deutschland eher gering. Kinder mit Migrationshintergrund besuchen oft die qualitativ schlechtesten Einrichtungen.

Wie kommt das?

Natürlich zunächst damit, dass über 80 Prozent aller Kitas mittelmäßige und mehr als 10 Prozent pädagogische aufweisen. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind in eine solche Einrichtung geht, ist also schon mal größer als die, dass es einen Platz in einer hervorragenden Einrichtung bekommt. Außerdem leben Familien mit Migrationshintergrund häufig in benachteiligten Stadtvierteln. Die Krippen und Kitas dort sind schlechter ausgestattet. Das hat damit zu tun, dass Städte und Gemeinden die Kitas nach einheitlichen Schlüsseln ausstatten, egal wo sich die Kitas oder Krippen befinden – alle bekommen die gleichen

Mittel. In gutbürgerlichen Vierteln gibt es dann Freundeskreise, Elternvereine, Rotarier etc., die dazu beitragen, dass die Einrichtung gut ausgestattet wird, dass neue Klettergerüste oder anderes Spielzeug angeschafft werden.

Das spielt auch eine Rolle. Viel wichtiger - und danach haben wir in unserer Untersuchung geschaut - ist aber die Prozessqualität in den Einrichtungen.

Was bedeutet Prozessqualität?

Wir haben geschaut, was die Kinder in den Einrichtungen erleben: wie ist die Interaktion mit den Erzieherinnen, wie reagieren sie auf die Bedürfnisse der Kinder, wie kommunizieren sie mit ihnen? Werden die Kinder morgens begrüßt? Gibt es Zwischenmahlzeiten, wenn ein Kind hungrig ist? Wie werden Kinder getröstet? Wie sieht es mit der Hygiene aus? Waschen sich die Kinder die Hände vor den Mahlzeiten? Wie sieht der Schutz gegen Kälte, Hitze und Unfälle aus? Werden die Kinder angebrüllt oder sprechen die Erzieherinnen ruhig mit ihnen? Wie schlafen die Kinder in der

Einrichtung? Werden von behutsam in den Schlaf begleitet und bleibt eine Bezugserzieherinnen in ihrer Nähe, oder werden sie alleingelassen? Die Varianz ist hier enorm - leider gibt es auch Einrichtungen, in denen die pädagogische Qualität nicht ausreicht, um das Kindeswohl in der Kita sicher zu stellen.

Was passiert denn, wenn Kinder mit Migrationshintergrund schlechte oder auch mittelmäßige Krippen besuchen?

Wir haben einen deutlichen Zusammenhang zwischen der sprachlichen und sozialen Entwicklung der zweijährigen Kinder mit Migrationshintergrund und der Qualität in der Kita gefunden. Zweijährige Kinder mit Migrationshintergrund zeigten eine schlechtere sprachliche und soziale Entwicklung, wenn sie eine Krippe mit schlechter oder mittelmäßiger Qualität besuchten, als wenn sie eine sehr gute Krippe oder Zuhause betreut wurden. Das heißt im Umkehrschluss, dass Zweijährige mit Migrationshintergrund nur von einer sehr guten Kita profitieren und

Zuhause besser aufgehoben sind, als wenn sie eine qualitativ mittelmäßige oder gar unzureichende Krippe besuchen. Bei zweijährigen Kindern ohne Migrationshintergrund fanden wir keinen solchen Zusammenhang. Ihre sprachliche und soziale Entwicklung unterschied sich nicht, wenn sie zuhause, in einer Kita mit hoher, mittlerer oder niedriger Qualität betreut wurden.

Bei Vierjährigen sieht die Situation etwas anders aus. Hier spielt der Migrationshintergrund eine geringere Rolle. Interessant ist, wie sehr in dieser Altersgruppe Jungen mit Migrationshintergrund von einer guten Beziehung zu ihrer Erzieherin profitieren. Haben die Erzieherinnen eine gute Beziehung zu diesen Jungs, wirkt sich das deutlich auf ihre Kommunikationsfähigkeit, auf ihre sozialen und emotionalen Kompetenzen aus.

Warum ist diese Erkenntnis, dass Zweijährige mit Migrationshintergrund in schlechten oder mittelmäßigen Einrichtungen Schaden erleiden, so besonders besorgniserregend?

Weil es politisch gewünscht wird, dass Kinder mit Migrationshintergrund doch bitte möglichst früh Krippen besuchen - auch um die Integration zu fördern. Und die Eltern glauben das natürlich und schicken die Kinder möglichst in eine Krippe. Aber die Zweijährigen profitieren nur, wenn die Einrichtung sehr gut ist. In allen anderen Fällen sind diese Kinder zu Hause besser betreut.

Wie sieht nach Ihrer Untersuchung die ideale Krippe aus für Kinder mit herkunftsbedingten Entwicklungsverzögerungen?

Die Einrichtungen, die in der Nubbek-Studie gut abgeschnitten hatten, verfügten vor allem über eine engagierte Leiterin und engagierte Erzieherinnen, die individuell auf die Bedürfnisse der Kinder eingehen konnten, die also die Kinder in den Mittelpunkt ihrer Arbeit stellten. Das ist eigentlich schon fast alles, was Kinder brauchen, um sich gut zu entwickeln. Alles andere ergibt sich daraus.

Red.: ReH

Patientenorientierte Selbsterfahrung in Leipzig und Mannheim

Neue Kurse „*Patientenorientierte Selbsterfahrung*“ für die Teilnehmer des Grundkurses „*Psychosomatische Grundversorgung für Kinder und Jugendliche*“ über **16 Doppelstunden** mit **maximal 15 Teilnehmern** sind in Leipzig und Mannheim geplant.

Der Kurs ist von der KV-Nordrhein und KV-Westfalen-Lippe als Teil des Kurses Psychosomatische Grundversorgung Kinder und Jugendliche anerkannt.

Leipzig: 06.06. - 26.09. - 7.11. - 05.12.2015
samstags 10.00 Uhr bis 18.00 Uhr
Kosten 450 €

Mannheim: 02.05. - 11.07. - 28.11. - 19.12.2015
samstags 10.00 Uhr bis 18.00 Uhr
Kosten 450 €

**Bitte um sofortige Voranmeldungen unter E-Mail-Adresse
dr.kohns@t-online.de**

Informationen nach Anmeldung
Teilnahmebestätigung nach Reihenfolge des Zahlungseingangs

Niedersachsenweites Kinderpalliativteam wird fünf Jahre alt.

Der gesetzliche Anspruch auf eine spezialisierte häusliche Palliativversorgung sterbenskranker Kinder und Jugendlicher in Niedersachsen ist längst nicht allen Betroffenen bekannt, – obwohl es seit fünf Jahren ein eigenes Versorgungsangebot für betroffene Familien gibt.



Kindern und Jugendlichen mit verkürzter Lebenserwartung so viel Zeit wie möglich zu Hause, bei möglichst guter Lebensqualität zu ermöglichen, ist das Ziel des pädiatrischen Palliativ Care Teams Niedersachsen.

Anders als bei Erwachsenen, begleitet und betreut das Team Kinder und Jugendliche mit lebensverkürzenden Erkrankungen oft bereits vom Zeitpunkt der Diagnose an, bei akuten Verschlechterungen als kurzfristige Krisenintervention, auch über Jahre hinweg immer wieder. Damit steht nicht die reine Sterbegleitung im Vordergrund, sondern die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität durch die Behandlung von Symptomen, aber auch die Beratung der Familien und der betreuenden Kinder- und Hausärzte sowie der Pflegekräfte. Auch die psychosoziale Begleitung der ganzen Familie durch spezialisierte Fachkräfte spielt eine wichtige Rolle.

Die flächendeckend qualitativ hochwertige Palliativversorgung von schwerkranken Kindern und Jugendlichen stellt jedoch im ländlich geprägten Niedersachsen eine große Herausforderung dar.

Jedes der fünf bestehenden Regionalteams in Hannover, Göttingen, Oldenburg, Osnabrück und Braunschweig versorgt einen Radius von ca. 100 km, damit jährlich circa 60 Kinder und Jugendliche in ganz Niedersachsen zu Hause versorgt werden können. Ein zusätzliches neues Regionalteam verstärkt das Niedersachsenteam seit dem 1.4. 2015 von Syke aus.

Wie viele Kinder und Jugendliche genau mit lebensverkürzenden Erkrankungen in Niedersachsen leben ist unklar, Schätzungen gehen von ca. 33.000 Betroffenen deutschlandweit aus.

„Leider“, so Dr. Annette Sander, ärztliche Leiterin des pädiatrischen Palliativ Care Teams Niedersachsen und des Brückenteams der MHH-Kinderklinik, „nehmen viele betroffene Familien diese besonderen Leistungen noch nicht in Anspruch, da bei weitem nicht alle Eltern, Ärzte und Pflegedienste Kenntnis von unserem Angebot und den Besonderheiten der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen haben oder Berührungspunkte bestehen. Aber die Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben und Tod

ist nur ein kleiner Teil unserer Tätigkeit. Wichtig ist uns, dass den betroffenen Familien trotz der schwierigen Situation auch weiterhin Zeit und Kraft bleibt zum gemeinsamen Lachen und Spielen.“

Zentrale Anlaufstelle für Anfragen und Informationen ist das zentrale Koordinierungsbüro des Pädiatrischen Palliativ Care Teams Niedersachsen in Hannover, das u.a. dann den direkten Kontakt ins betreuende Regionalteam herstellt. Hier werden aber z.B. auch Kontakte zu anderen Netzwerkpartnern wie z.B. Pflegediensten oder Apotheken in der Nähe des Patienten vermittelt.

Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e. V.

**Medizinische Hochschule Hannover
Kinderkrankenhaus auf der Bult
Carl-Neuberg-Straße 1**

30625 Hannover

Tel.: 0511 8115-8980

Fax: 0511 8115-8981

E-Mail: koordinierungsbuero@betreuungsnetz.org

Internet: www.betreuungsnetz.org

Red.: ReH

Der junge Ringelnatz – Albtraum der Lehrer

Wer bei seinem Namen nur an den literarischen Clown und vagabundierenden Bänkelsänger denkt, an seine populären „Turngedichte“ und den polternden Seemann „Kutteldaddeldu“, der kennt nicht den leisen Ringelnatz, den oft melancholischen Spötter, in dessen skurriler Fantasie sich noch hinter den unscheinbarsten Dingen Wunder verbergen: Ich kann eine Bohrmaschine/Einen Hosenträger oder ein Kind/So lieben wie eine Biene/Oder wie Blumen im Wind – für den Kritiker und Schriftsteller Alfred Polgar hat er den Stein der Narren entdeckt, welcher, wie wunderbar, dem der Weisen zum verwechseln ähnlich sehe.

Als Hans Böttcher wird er 1883 im sächsischen Wurzen geboren. Der Vater ist ein literarisch begabter Musterzeichner, der über Jahre „Auerbachs Deutschen Kinderkalender“ herausgibt und auch selbst erfolgreiche Unterhaltungsliteratur schreibt. Mit vier Jahren zieht er mit der Familie nach Leipzig an den Stadtrand an der alten Elster.

„Für mich war der größte Eindruck der Fluß mit seiner Uferromantik. Zwischen den Löchern und dem wirren Gestrüpp der steilen Abhänge kletternd, kämpfend, forschend, erlebte ich die Abenteuer meiner Sehnsucht voraus... Noch unheimlicher waren die hohen alten Pappeln an unserem Ufer... Sie rauschten unsagbar unheimlich in meine einsame Kinderphantasie.“

In der Erinnerung nennt Ringelnatz sich selbst ein wildes Kind, ungezogen und unordentlich. Er ist verspielt und kaum zu zügeln. Die Volksschule und später das Gymnasium werden ihm zur Qual: „... in der Schule war's trostlos. Schönschrift und Orthographie brachten mich zur Verzweiflung. Kein Lehrer mochte mich leiden. Meine Hefte waren schmierig. Glaubte ich mich unbeobachtet, so trieb ich Allotria. In den Pausen war ich nicht zu bändigen. Ich wurde verpetzt oder erwischt und immer wieder bestraft.“

Lehrbuchbeispiel ADHS

Zweifelsfrei eine typische Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung, die den Eltern große Sorgen bereitet, und die alle Beteiligten ohne Ritalin durchstehen

müssen. – Dieser Schul-Tunichtgut verfasst aber kaum neunjährig seinem Vater zum Geburtstag ein Buch „Landpartie der Tiere“ mit eigenen Gedichten und Zeichnungen.

In der Quinta schleicht er in der Pause vom Schulhof und besucht im Zoo eine gerade gastierende Völkerschau. Dort lässt er sich von einer



Samoanerin einen Unterarm tätowieren und schenkt ihr zum Dank den Christbaumschmuck der Familie, den diese zur Verwunderung der Besucher mitten im Sommer als Kopfputz trägt.

Das Maß ist voll: Er wird von der Schule verwiesen und auf eine sogenannte „Presse“ gesteckt, wo er nach manchen Eskapaden mit achtzehn endlich das Einjährige besteht, „unwissend wie eine Kanone“, wie er selbst vermerkt.

Später blickt er zurück:

*An meinen Lehrer
Ich war nicht einer
deiner guten Jungen
An meinem Jugendtrotz
ist mancher Rat
Und manches wohlgedachte
Wort zersprungen
Nun sieht der Mann,
was einst der Knabe tat.*

*Doch hast du, alter Meister,
nicht vergebens
An meinem Bau geformt
und dich gemüht
Du hast die besten Werte
meines Lebens
Mit heißen Worten mir
ins Herz geglüht.
Verzeih, wenn ich das Alte
nicht bereue
Ich will mich heut wie einst
vor dir nicht bücken
Doch möcht ich dir für
deine Lehrertreue
Nur einmal dankbar stumm
die Hände drücken.*

Unruhige Jahre

Es folgen abenteuerliche Jahre als Schiffsjunge und Matrose auf allen Meeren und eine abgebrochene Lehre als kaufmännischer Angestellter. 1909 entdeckt er das Schwabinger Künstlerlokal „Simplicissimus“, wird dort selbst entdeckt und avanciert zum Hausdichter. Von kärglichen Ersparnissen kauft er einen mit Fotos und Trophäen seiner Reisen vollgestopften Tabakladen, der ihn aber nicht ernähren kann. Er entflieht der Schwabinger Bohème für einen Sommer in die Idylle eines kurländischen Gutes. Die Schriftstellerei bringt noch immer so gut wie nichts ein.

Bis zum Ausbruch des 1. Weltkrieges schlägt er sich mit Gelegenheitsarbeiten durch: mal als Privatbibliothekar beim Grafen York von Wartenburg, danach in gleicher Funktion beim Frhr. von Münchhausen, dem Vater des Balladendichters. Es folgen kurze Episoden als Fremdenführer auf einer Burg in Oberfranken und als Schaufenster-

dekorateur eines Delikatessenladens in der Kaulbachstraße.

Durchbruch und Erfolg

1914 zur Marine eingezogen, bringt er es bis zum Leutnant zur See und legt später seine Kriegserlebnisse in dem Buch „Als Mariner im Krieg“ nieder. Nach Kriegsende ist er stellungslos, friert und hungert; erstmals unterzeichnet er Gedichte mit Joachim Ringelnatz. Das Jahr 1920 bringt ihm endlich Glück: privat und als Künstler. Er heiratet Lona Pieper, seine muschelverkalckte Perle, wie er sie in einem Briefgedicht

nennt. Literarischer Erfolg stellt sich ein und im gleichen Jahr der Durchbruch auf der Berliner Kleinkunsthöhle „Schall und Rauch“. Von nun an wird er bis in sein Todesjahr ruhelos umherziehen und in allen großen Kabaretts eigene Dichtungen vortragen.

Mit der Machtübernahme 1933 kommt es zu Repressalien und ersten Auftrittsverboten. Fast etwas wehmütig reimt er in einem seiner letzten Gedichte für Kinder, vielleicht seinen baldigen Tod vorausahnend:

*Ich komme und ich gehe wieder
Ich, der Matrose Ringelnatz*

*Die Wellen des Meeres auf und nieder
Tragen mich und meine Lieder
von Hafenplatz zu Hafenplatz
Ihr kennt meine lange Nase
Mein vom Sturm zerknittertes Gesicht
Daß ich so gern spaße
Nach der harten Arbeit draußen
Versteht ihr das? Oder nicht?*

Am 17. November 1934 stirbt er an einer rasch progredienten Lungentuberkulose,

Dr. Olaf Ganssen
Kinder- und Jugendarzt
Am Grünwald 38, 42549 Velbert
Red.: Kup

SBS oder Schrumpfbabys: Ein neues Syndrom in der Neonatologie

Das Shrinking Baby Syndrome (SBS), ist eine sich derzeit epidemisch ausbreitende Neugeborenenkrankung. Reifgeborene Kinder mit der staunenden Verwandtschaft schon mitgeteilten Gardemaßen von 56, 58 oder gar 60 cm Körperlänge sind bei der U2 mit einem Mal nur 51, 52 oder maximal 53 cm lang, oder bei der U3 gar kleiner als bei Geburt. Eltern sind enttäuscht und ungläubig, das Vertrauen gerät ins Wanken. Da Zahlen das Maß aller Dinge sind – nur was man zählen kann, existiert – ist die elterliche Enttäuschung maßlos, auch wenn die Maße wohlwollend durch sanftes Strecken in der Messmulde adaptiert und nachjustiert werden. Dass Neugeborene postpartal abnehmen, ist ja bekannt und wird gerne hingenommen – aber dass sie auch schrumpfen, eingehen wie ein zu heiß gewaschenes Wäschestück? Das ist neu und rechtfertigt die Diagnose eines SBS.

Was ist die Ursache dieses Syndroms? Schauen wir im Kreißsaal nach: Die Körperlänge wird heute beim frischen Neugeborenen nicht selten portionsweise abgemessen – wer immer das auch so lehrt: Vom Kopf zum Po, dann Oberschenkel

und Unterschenkel addiert, und daraus resultieren die weit über der 97. Percentile liegenden Gardemaße, die offensichtlich auch dann so hingenommen werden, wenn der Body in Größe 56 noch schlabbert. Die/der nachbehandelnde Kinder- (und Jugend- aber das kommt später) ärztin oder arzt ist der, den es trifft: Er muss den enttäuschten Eltern die Wahrheit sagen – oder es für sich behalten. Am einfachsten geht es, wenn man bei der U2 die Neugeborenen gar nicht misst sondern das angebliche Geburtsmaß übernimmt. Nur erwischt es einen dann bei der U3 kalt: das Kind wiegt ein Kilo mehr als bei der Geburt, ist aber gar nicht in die Länge gewachsen. Nur gut, dass in den Daten der Neonatalerhebungen die Körperlänge nicht mehr erfasst wird – sonst wäre die Zahl, die ganz gewiss ungläubig ist, die Körperlänge. Und falls dieser säkulare Trend anderweitig wissenschaftlich ausgewertet wird, wird der neue neonatale Gigantismus die entsprechenden Normwerte ins Wanken bringen. Gut, dass das auf der anderen Seite die immer kleiner werdenden Frühgeborenen wieder ausgleichen....

Die Therapie und vor allem Prophylaxe des SBS besteht im korrek-



ten Messen. In den Leitlinien der AWMF zur Betreuung gesunder Neugeborener heißt es: „Als Körpermaße werden Gewicht, Länge und Kopfumfang erhoben“. Wie, steht allerdings nicht dabei. In den österreichischen Leitlinien heißt es genauer: „Von den Körpermaßen werden Gewicht und Länge (Messmulde) erstmalig erhoben.“ Und daran, oder wenigstens an einem Messstab, sollte festgehalten werden.

Dr. Stephan Heinrich Nolte
Kinder- und Jugendarzt
35039 Marburg
E-Mail: shnol@t-online.de

Red.: ReH

Fortbildungstermine



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Programme und Anmeldeformulare finden Sie immer aktuell unter:
www.bvkj.de/kongresse

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 Thüringen, Erfurt

Tag.-Leiterin: Dr. Anette Kriechling
Auskunft: ①

Juni 2015

12.-14. Juni 2015

45. Kinder- und Jugendärztetag 2015

Jahrestagung des BVKJ, Berlin
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und
Jugendärzte e.V.
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Tel.: 0221/68909-16/26
Fax: 0221/68909-78
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 Kin-
der- und Jugendärzte e. V.,
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
Tel: 0221-68909-26, Fax: 0221-68909-78
Email: Yvonne.rottlaender@uminfo.de

August 2015

19.08.2015

„Immer etwas Neues“ 2015

Update für das gesamte Praxisteam
Leverkusen, 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
Mertens, Radebeul, Auskunft: ①

09.09.2015

„Immer etwas Neues“ 2015

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

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
Bahnhofstr.4, 86150 Augsburg
Auskunft: ③

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

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

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

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



Geburtstage im Juni 2015

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Kornelie *Jacke-Pfeffer*, Osnabrück, am 03.06.
 Herr Dr. med. Hermann *Leuser*, Biberach, am 06.06.
 Herr Dr. med. Reinhard *Brückner*, Wangen, am 10.06.
 Herr Dr. med. Heinz-Günther *Braumann*, Düsseldorf, am 12.06.
 Herr PD Dr. med. Jürgen *Bauer*, Wetzlar, am 12.06.
 Frau Dr. med. Hella *Hoffmann*, Remseck, am 12.06.
 Frau Dr. med. Irmgard *Schorberg*, Krefßberg, am 12.06.
 Herr Prof. Dr. med. Johannes *Forster*, Freiburg, am 13.06.
 Frau Dr. med. Bettina *Bleize*, Bocholt, am 13.06.
 Frau Dr. med. Martina *Baumann*, Meiningen, am 14.06.
 Herr Georg *Niesert-Skibinski*, Berlin, am 18.06.
 Herr Dr. med. Wolfgang *Uhl*, Gießen, am 19.06.
 Frau Dipl.-Med. Marion *Schellenberg*, Salzwedel, am 20.06.
 Herr Dr. med. Hermann Josef *Kahl*, Düsseldorf, am 21.06.
 Frau Dr. med. Brigitte *Kneer*, Meßstetten, am 23.06.
 Herr Dr. med. Karlheinz *Hassemer*, Bad Vilbel, am 26.06.
 Frau *Mina Wagner*, Offenburg, am 26.06.
 Herr Dr. med. Klaus *Wagner-Flunkert*, Königswinter, am 30.06.
 Frau Dr. med. Hanne *Habelt-Bock*, Happurg, am 30.06.

70. Geburtstag

Herr Peter *Hantschel*, Schneeberg, am 01.06.
 Frau Dr. med. Michaela *Schmitz-Valckenberg*, Koblenz, am 04.06.
 Herr Dr. med. Michael *Krins*, Münster, am 06.06.
 Frau Dr. med. Dorothea *Bogner*, Heilbronn, am 07.06.
 Frau Dr. med. Gerda *Tenhonsel*, Nettetal, am 11.06.
 Herr Dr. med. Heinz-Jürgen *Rüdiger*, Vörstetten, am 13.06.

Frau Dr. med. Isolde Martha *Decker*, Erfstadt, am 14.06.
 Herr Dr. med. Detlev *Thimm*, Berlin, am 21.06.
 Herr Dr. med. Wolfram *Hartmann*, Kreuztal, am 21.06.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Birgit *Bruch*, Panketal, am 01.06.
 Frau Elisabeth *Olchawa*, Hamburg, am 08.06.
 Herr Dr. Dr. med. Peter *Meyburg*, Heidelberg, am 08.06.
 Frau Dr. med. Adelheid *Boesing*, Münster, am 08.06.
 Frau Dr. med. Helga *Peteler*, Neuss, am 11.06.
 Herr Dr. med. Rolf *Huenges*, Barskamp, am 11.06.
 Herr Dr. med. Helge-Harald *Boeger*, Gustavsburg, am 11.06.
 Herr Dr. med. Jonathan *Aryee*, Geldern, am 15.06.
 Frau Heide *Holtze*, Stadroda, am 22.06.
 Frau Dr. med. Käte *Aurin*, Nordhausen, am 24.06.
 Herr MR Dr. med. Georg *Müller*, Lausa, am 27.06.
 Herr Dr. med. Helmut *Keudel*, München, am 30.06.
 Herr Dr. med. Christian *Hofert*, Hamburg, am 30.06.

80. Geburtstag

Herr MR Dr. med. Manfred *Kessel*, Seehausen, am 01.06.
 Frau Dr. med. Klara *Fietzek*, Dahme, am 04.06.
 Herr Dr. med. Klaus *Roggenkamp*, Dortmund, am 06.06.
 Frau Dr. med. Renate *Koeberich*, Glashütten, am 20.06.
 Herr Dr. med. Hermann-J. *Schumacher*, Stegen, am 23.06.

81. Geburtstag

Herr Dr. med. Peter Wolfgang *Fretwurst*, Hamburg, am 03.06.
 Herr Dr. med. Ulrich *Iseke*, Wittlich, am 11.06.
 Herr Dr. med. Wolfhart-Dietrich *Schmidt*, Reutlingen, am 12.06.
 Herr Dr. med. Karl Heinz *Siegert*, Wolfen, am 18.06.

Frau Dr. med. Gisela *Krohn*, Dortmund, am 25.06.
 Frau MR Christine *Leuschner*, Rostock, am 26.06.

82. Geburtstag

Herr Dr. med. Gerhard *Stephan*, Darmstadt, am 09.06.

83. Geburtstag

Herr Dr. med. Klaus *Kevenhörster*, Mülheim, am 01.06.
 Frau Med.-Dir. Dr. med. Gertrud *Mey*, Fernwald, am 05.06.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Marie-Luise *Lorenzmeier*, Bad Salzuflen, am 04.06.
 Herr Prof. Dr. med. Hansjörg *Cremer*, Heilbronn, am 18.06.

85. Geburtstag

Herr Dr. med. Joachim *Heidrich*, Oppenheim, am 06.06.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Hannelore *Brück*, Neumünster, am 18.06.
 Herr Dr. med. Georg *Jäkle*, Landshut, am 23.06.

87. Geburtstag

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

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Gerta *Weidner*, München, am 03.06.

91. Geburtstag

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

92. Geburtstag

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

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

93. Geburtstag

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

94. Geburtstag

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

95. Geburtstag

Frau Dr. med. Brigitta *Englich*, Hohenwesdt, am 09.06.
 Herr Dr. med. Hans-Ulrich *Sauerbrei*, Essen, am 25.06.

98. Geburtstag

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

Wir trauern um:

Herrn Dr. Hugo *Konrad*, Augsburg

Frau Dr. Heide *Kiefer*, Emmendingen

Im Monat März durften wir 47 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. Gabriele
Guckenberger-Pallarz
Frau Johanna *Riehl*
Herrn Dr. med.
Klaus Peter *Rühs*
Frau Dr. med. Daniela
Yangyuoru-Sigrist



Bayern
Frau Dr. med.
Renate *Abt*
Frau Dr. med. univ.
Anna *Aichinger*
Frau Dr. med. Lisa *Glöning*



Hessen
Frau Dr. med.
Isabell *Beger*



Nordrhein
Frau Dr. med. Eva *Busch*
Frau Dr. med. Ute Friederike
Jarmola
Frau Dr. med. Cornelia *Mütze*
Frau Ellen *Piepenbrock*
Herrn Dr. med. Johannes *Pigulla*
Frau Julia Christina *Scholl*
Herrn Dr. med. Markus *Treichel*
Herrn Dr. med. Dominic *Weber*
Frau Nicola *Wieczorek*
Herrn Dr. med. Christoph *Wilmes*



Thüringen
Frau Susanne *Bernadeau*
Frau Karoline *Seidlitz*
Frau Dr. med. univ. Jeaninne
Tändler
Frau Claudia *Terschluse-Knabe*
Frau Navina *Trommer*
Frau Susann *Weidhaas*



Westfalen-Lippe
Herrn Dr. med. Stefan *Kusserow*

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:

Ich suche einen Praxismachfolger/Partner

Ich suche eine Vertretung

Ich suche einen Kollegen zur Mitarbeit/Jobsharing

Ich nehme eine/n Weiterbildungsassistenten/in auf

Zeitraum: von _____ bis _____

Unterkunft kann gestellt werden: ja nein

Ich möchte in eine Praxis/Gemeinschaftspraxis einsteigen

Ich möchte in einer Praxis mitarbeiten/Jobsharing

Ich möchte in einer Praxis vertreten

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

Sechsfach-Impfstoff in der Fertigspritze: wirksam, verträglich und praktisch

Virale oder bakterielle Infektionen gefährden Säuglinge besonders, weshalb laut Ständiger Impfkommission (STIKO) empfohlene Impfungen möglichst frühzeitig durchgeführt werden sollten.¹ Für die Impfstoffwahl sind die Kriterien Wirksamkeit, Sicherheit und Verträglichkeit maßgeblich, aber auch die Anwendungssicherheit spielt eine wichtige Rolle. Mit Hexyon® steht Ärzten ein Sechsfach-Impfstoff zur Verfügung, für den eine hohe Immunogenität aller enthaltenen Antigene sowie ein gutes Sicherheitsprofil nachgewiesen wurden. Die Fertigspritze sorgt für eine sichere und einfache Handhabung – das bringt auch Vorteile für das Qualitätsmanagement mit sich.

Der Sechsfach-Impfstoff bietet Impfschutz vor Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis und Hepatitis B sowie durch *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) verursachte invasive Erkrankungen. Eingesetzt werden kann der Impfstoff bei Säuglingen und Kleinkindern im Alter von sechs Wochen bis 24 Monaten sowohl zur Grundimmunisierung als auch zur Auffrischimpfung.²

Umfangreiches klinisches Studienprogramm belegt medizinische Gleichwertigkeit

Hexyon® zeichnet sich durch eine hohe Immunogenität bei guter Verträglichkeit aus.³⁻⁶ Das belegt ein umfangreiches klinisches Programm bestehend aus 12 Studien, an denen über 5.000 Kinder teilgenommen haben (Abb. 1). Die für alle

sechs enthaltenen Antigene (DTaP-IPV-HB-Hib) nachgewiesene Immunogenität war mit der des zur Kontrolle eingesetzten Sechsfach-Impfstoffs vergleichbar.^{3,4} Weiterhin zeigten beide hexavalente Impfstoffe in Studien vergleichbare Seroprotektions- bzw. Serokonversionsraten.^{3,4} Auch hinsichtlich der Sicherheitsdaten wurden keine wesentlichen Unterschiede dokumentiert.³⁻⁶

Die Auffrischimpfung mit dem Sechsfach-Impfstoff ist ebenfalls effektiv, und zwar unabhängig davon, ob die Kinder mit Hexyon® oder dem hexavalenten Kontrollimpfstoff grundimmunisiert worden sind.² Europaweit wird die Fertigspritze mittlerweile in sieben Ländern angewendet. Mehr als 870.000 Impfstoff-Dosen wurden bislang in Europa ausgegeben.

Praktische Handhabung und praxisorientiertes Impfschema

Neben den Aspekten Wirksamkeit und Sicherheit des Impfstoffes ist eine sichere und möglichst einfache Handhabung wichtig. Der Sechsfach-Impfstoff in der Fertigspritze benötigt nur wenige Arbeitsschritte pro Impfvorgang: Da die Hib-Komponente bereits gelöst ist, entfällt das Anmischen und der Impfstoff ist sofort gebrauchsfertig. Vor der Impfung muss lediglich die Nadel auf die Spritze aufgesetzt werden. So werden mögliche Fehlerquellen wie z. B. das Vergessen der Hib-Komponente vermieden. Im Zuge der kontinuierlichen Produktverbesserung wurde außerdem eine neue Fertigspritze entwickelt, deren optimierter Kolben die Handhabung weiter erleichtert.

Hexyon® kann zeitgleich mit anderen pädiatrischen Impfstoffen gemäß eines praxisorientierten Impfschemas geimpft werden.² So lassen sich die STIKO-Empfehlungen für Kinder im Alter von 2, 3 und 4 Monaten durch eine Impfung gemeinsam mit der Impfung gegen Rotaviren (z. B. RotaTeq®) und einem Pneumokokken-Impfstoff einfach umsetzen. Dies verringert die Anzahl der Impftermine und entlastet Praxisteam, Eltern und Kind.

Referenzen:

- 1 Robert Koch-Institut. Epid Bull 2014; 35: 341–347.
- 2 Fachinformation Hexyon®. Stand Februar 2015.
- 3 Lyseng-Williamson KA, McCormack PL. Drugs Ther Perspect 2013; 29: 329–355.
- 4 Aquino AG et al. Vaccine 2012; 30: 649–500.
- 5 Kosalaraksa P et al. Int J Infect Dis 2011; 15: e249–256.
- 6 Lanata C et al. J Vaccines Vaccin 2012; 3: 128.
- 7 Nunes MC et al. Expert Opin Biol Ther 2013; 13: 575–593.

Der Sechsfach-Impfstoff Hexyon®: Umfassende internationale klinische Entwicklung* Untersucht wurden:

Unterschiedliche Impfschemata	Unterschiedliche Kontrollimpfstoffe (Standard of care)	Zeitgleiche Gabe mit anderen Impfstoffen
<ul style="list-style-type: none"> • 6., 10., 14. Woche • 2., 3., 4. Monat • 2., 4., 6. Monat <p>Mit und ohne HBB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auffrischimpfung (15. – 19. Monat) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kombinationsimpfstoffe mit azellulärer Pertussis-Komponente • Pentavac® • Infanrix Hexa® <ul style="list-style-type: none"> • Kombinationsimpfstoffe mit Ganzkeim-Pertussis-Komponente 	<p>Grundimmunisierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff • Rotavirus-Impfstoff <p>Auffrischimpfung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MMR-Impfstoff • Varizellen-Impfstoff**

Abkürzung: HBB: Hep B bei Geburt, MMR: Masern-Mumps-Röteln

* Studienzentren in Argentinien, Mexiko, Peru, Südafrika, Thailand und der Türkei

** Die zeitgleiche Gabe von Hexyon® mit Varizellen-Impfstoff wird nicht empfohlen.

Abb 1.: Hexyon® wurde in einem umfangreichen klinischen Studienprogramm erfolgreich auf seine Wirksamkeit, Sicherheit und Verträglichkeit geprüft⁷

Mit freundlicher Unterstützung der
Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen

DE02458

Schuppige Hauterkrankungen

Neue Therapieoption zur Behandlung von Milchschorf und Psoriasis

Bei einer Vielzahl von Hauterkrankungen werden im Praxisalltag Hautschuppen mit keratolytischen Substanzen gelöst. Eine neue, rein physikalische Therapieoption hat hier eine größere therapeutische Breite als Salicylsäure: Mit der Kombination aus einem Trockenemollients und Dimeticonen zeigte das neue Loyon® gute Wirksamkeit bei Kleinkindern mit Milchschorf und bei Schuppenflechte der Kopfhaut.

Schuppige Hauterkrankungen haben viele Gesichter: Nicht nur bei der Modellerkrankung, der Schuppenflechte, spielt die Keratolyse im Behandlungsalltag eine zentrale Rolle. Auch bei anderen schuppigen Erkrankungen wie Ekzemen, Neurodermitis, schuppigen Mykosen oder im Alter auch bei der Aktinischen Keratose ist das sanfte Lösen der Schuppen eine Herausforderung für Basispflege und Therapie. Bei der Jahrestagung der Gesellschaft für Dermopharmazie in Berlin¹ beschrieb Prof. Petra Staubach, Hautklinik Mainz, welche Therapieoptionen zum Lösen der Hautschuppen eingesetzt werden können. Klassische keratolytische Wirkstoffe sind Harnstoff oder Salicylsäure, in Konzentrationen zwischen drei und zehn Prozent, in Emollientien als Basistherapeutika. Staubach betonte, dass das Lösen der Schuppen nicht nur kosmetische Gründe hat – um der Stigmatisierung entgegenzuwirken – sondern Teil des Therapiekonzeptes ist: „Wenn wir diese Schuppen lösen, können wir besser in tiefere Hautschichten gelangen. Häufig können wir Wirkstoff sparen, weil wir besser in die Tiefe kommen.“

Überzeugende Wirksamkeit bei Psoriasis und Milchschorf

Bei der Schuppenflechte ist die Keratolyse meist unabdingbar, erläuterte Dr. Arnd Jacobi, UKE Hamburg. In einer Studie bei Patienten mit Kopfhaut-Psoriasis wurde die Effektivität einer Keratolyse mit Loyon® (siehe Kasten) mit Salicylsäure (10%) verglichen, einem Standard der Psoriasis-Leitlinie. Beide Substanzen zeigten eine gleichwertige Abschuppung, wobei Loyon® deutlich schneller als das Vergleichspräparat ansprach.

Auch bei Milchschorf bewies das physikalische Behandlungskonzept seine



Abb: Milchschorf-Baby vor und nach einwöchiger Behandlung mit Loyon®.
Quelle: Pohl-Boskamp.

Neues Therapiekonzept Loyon®

Als neues Keratolytikum steht seit Kurzem die Kombination aus dem Trockenemollients Dicaprylyl Carbonat und Dimeticonen zur Verfügung (Loyon®). Aufgrund der besonderen Kriech- und Spreiteigenschaften der Lösung mit sehr niedriger Oberflächenspannung fließt sie unter Schuppen und Krusten der Haut, breitet sich zwischen den interzellulären Spalten der Kerneozyten aus und löst sie von der darunterliegenden Hautschicht ab. Durch

die schonende physikalische Entfernung werden die sonst bei der mechanischen Ablösung häufig auftretenden blutigen Abrisspunkte vermieden. Das Medizinprodukt enthält keine pharmakologisch aktiven Inhaltsstoffe oder Hilfsstoffe, das Allergiepotential ist entsprechend gering, die Verträglichkeit sehr hoch. Loyon® kann auch bei Schwangeren und Säuglingen angewendet werden, da es nicht in den körpereigenen Stoffwechsel eingreift.

Effektivität: Prof. Ulrich Hengge, Düsseldorf, beschrieb eine Pilotstudie bei 20 Kindern mit Milchschorf, die drei Tage lang mit Loyon® behandelt wurden. Die Lösung, die mit einer Pipette oder per Sprühflasche aufgetragen wird, verteilt sich deutlich leichter als Wasser und sollte etwa drei Stunden auf der Haut verbleiben. In dieser Studie konnte das neue Präparat bei 80 Prozent der Studienteilnehmer einen Behandlungserfolg erzielen (siehe Abbildung)².

Literatur:

- 1 Mittagseminar „Salicylsäurefreie Keratolyse: Aktuelle Studiendaten zu einem neuen Medizinprodukt“ anlässlich der 19. Jahrestagung der Gesellschaft für Dermopharmazie, 17. März 2015 in Berlin, Pohl Boskamp
- 2 Hengge UR: Topical, non-medicated Loyon® in facilitating the removal of Scaling in Infants and Children with Cradle cap: A Proof-of-concept-Pilot Study. *Dermatol Ther* 2014; 4(2): 221-32

Quelle: „Salicylsäurefreie Keratolyse: Aktuelle Studiendaten zu einem neuen Medizinprodukt“. Mittagseminar im Rahmen der 19. Jahrestagung der Gesellschaft für Dermopharmazie, Berlin, 17. März 2015, veranstaltet von G. Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG

Autor: Martina Freyer, Medizinjournalistin

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann
Tel.: 02732/762900
E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid
Tel.: 08671/5091247
E-Mail: e.weindl@KrK-aoe.de

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler
Tel.: 030/3626041
E-Mail: ul.fe@t-online.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer
E-Mail: dr.roland.ulmer@kinderaezrte-lauf.de

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Tel.: 0221/6 89 09-0
www.bvkj.de

Wir sind für Sie erreichbar:
Montag/Mittwoch/Donnerstag
von 8.00–16.30 Uhr,
Dienstag von 8.00–17.00 Uhr
Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-11
christel.schierbaum@uminfo.de

Büroleiterin:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12
doris.schomburg@uminfo.de

Bereich Mitgliederservice/Zentrale

Tel.: 0221/68909-0, Tfx.: 0221/683204
bvkj.buero@uminfo.de

Bereich Fortbildung/Veranstaltungen

Tel.: 0221/68909-15/16,
Tfx.: 0221/68909-78
bvkj.kongress@uminfo.de

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Wir sind für Sie erreichbar:
Montag/Mittwoch/Donnerstag
von 8.00–16.30 Uhr,
Dienstag von 8.00–17.00 Uhr
Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführer: Herr Klaus Lüft

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de
Tfx.: 0221/6890929

Ansprechpartnerinnen:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-27
E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28
E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

E-Mail: klaus-michael.keller@helios-kliniken.de

Prof. Dr. med. Stefan Zielen

E-Mail: stefan.zielen@kgu.de

Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. med. Christoph Kupferschmid

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaezrte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de