

bvkJ.

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

Heft 04/14 · 45. (63.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Jugendmedizin -
Jubiläum in Weimar

Fortbildung:

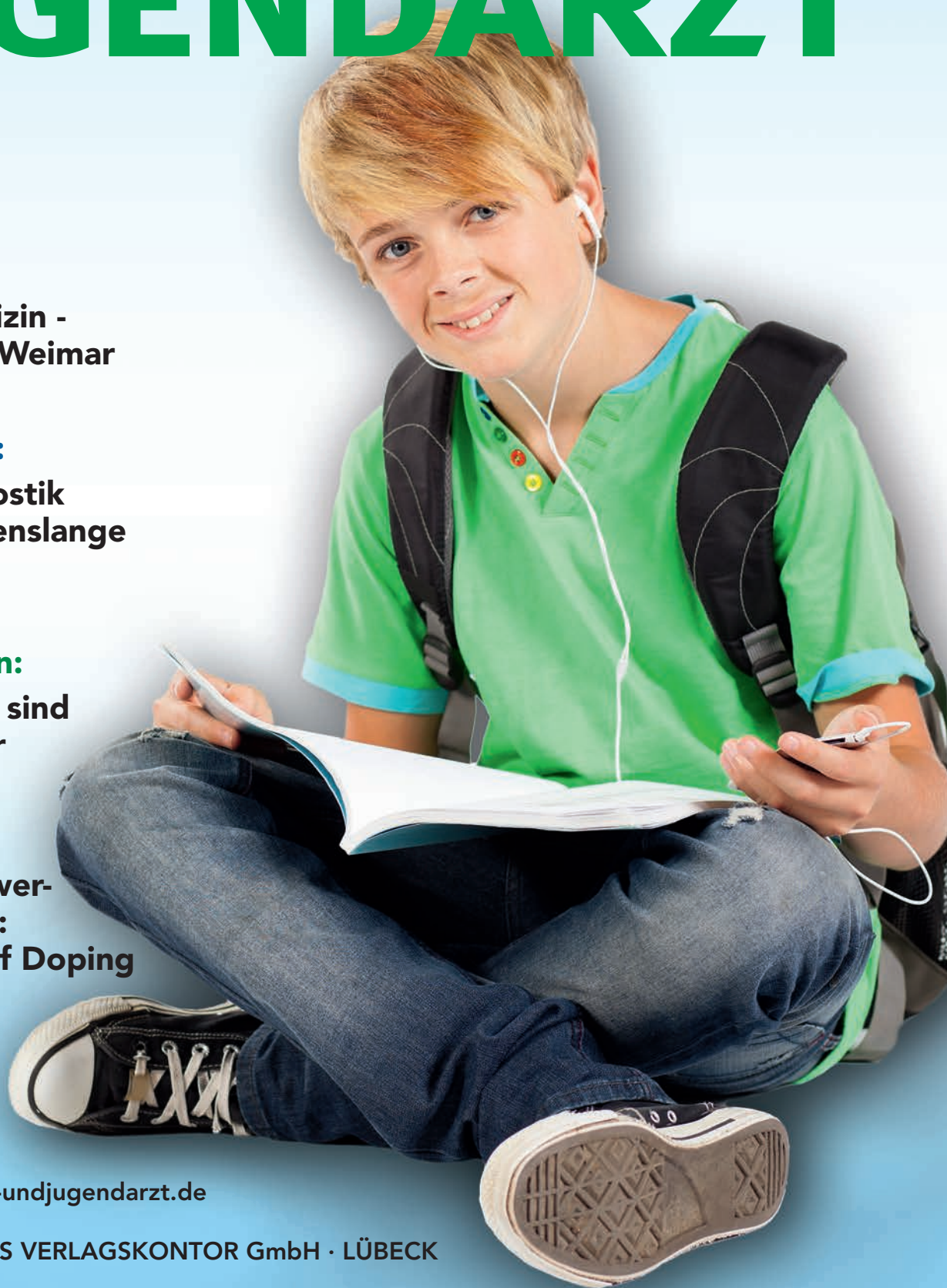
Gute Diagnostik
für eine lebenslange
Therapie

Berufsfragen:

Jugendliche sind
auch Schüler

Magazin:

Themenschwer-
punkt Sport:
Von Kind auf Doping



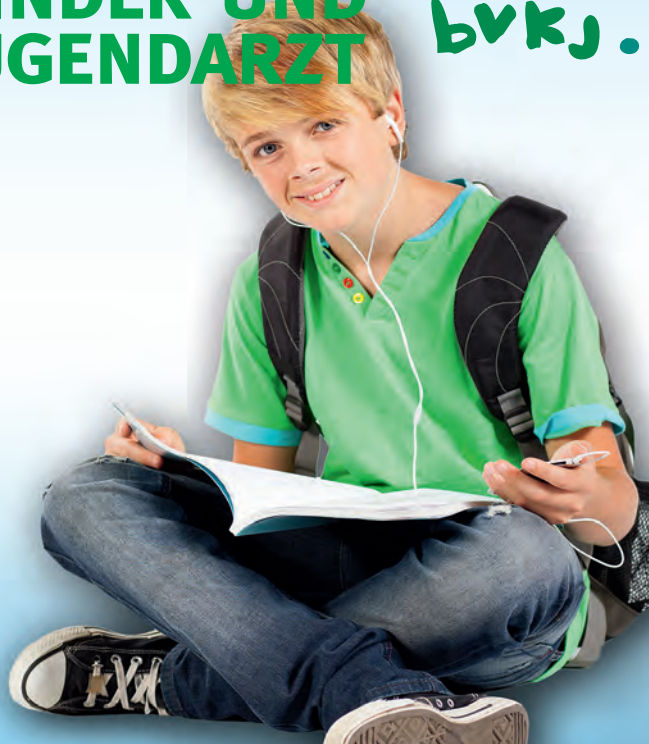
www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

bvkj.



Themenschwerpunkt Sport

S. 194

Inhalt 4/14

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

- 147 Ausgezeichnet. FÜR KINDER
- 148 „Schule macht krank?!?“
Christoph Kupferschmid
- 150 Deutscher Krebspreis 2014
Christoph Kupferschmid
- 151 Nachgefragt
- 152 Das Leser-Forum
- 154 Treffen der Pressesprecher
Folkert Fehr
- 156 AOK Familienstudie 2014
Christoph Kupferschmid
- 157 Vermischtes

Fortbildung

- 159 Die Zöliakie – das Chamäleon unter den Krankheiten
Peter Lauenstein, Klaus-Michael Keller
- 166 Die HPV-Impfung in der Jugendmedizin
Thomas Fischbach
- 173 Suchtforum
Matthias Brockstedt
- 174 Consilium Infectiorum: Verstärkte Hautreaktionen nach Mückenstichen
Bodo Niggemann
- 176 Review aus englischsprachigen Zeitschriften
- 178 Impfforum
Ulrich Heining
- 181 Welche Diagnose wird gestellt?
Hagen Ott

Berufsfragen

- 183 Jeder jugendliche Patient ist auch Schüler
Uwe Büsching
- 185 Mangel an Kinderbewusstsein
Christoph Kupferschmid
- 186 „Mein PraxisCheck“
- 187 Die Warze kann warten!
Stephan Eßer
- 188 Wahlaufruf
- 189 Umweltmedizin BVKJ-Schwerpunkt 2014
Regine Hauch
- 190 Sprachleitfaden des BVKJ – die richtigen Schritte tun
Klaus Rodens, Wolfram Hartmann
- 191 Newsletter BVKJ aktuell

Magazin

- 194 Themenschwerpunkt Sport:
Dopingmentalität
Gerhard Treutlein
- 199 Michael Kinet zum 65. Geburtstag
Wolfram Hartmann
- 200 Fortbildungstermine des BVKJ
- 201 Preis Jugendmedizin
Christoph Kupferschmid
- 202 Gerhard Domagk – Begründer der Sulfonamid-Therapie
Olaf Ganssen
- 203 Impressum
- 204 Buchtipps
- 205 Personalien
- 207 Nachrichten der Industrie
- 211 Wichtige Adressen des BVKJ

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage ein Supplement der Firma Shire Deutschland GmbH, ein Supplement der Firma GlaxoSmithKline GmbH sowie Informationen der Firmen Pari GmbH und Dr. Schär AG, bei.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

„Ausgezeichnet. FÜR KINDER 2014 - 2015“

Bundestagsabgeordnete Michaela Noll verlieh Gütesiegel „Ausgezeichnet. FÜR KINDER 2014 - 2015“ an Kinderkliniken, die sich einer strengen Überprüfung ihrer Strukturqualität gestellt haben. Eltern und Angehörigen steht ein aktuelles Informationsportal zur Verfügung, wenn Kinder und Jugendliche ins Krankenhaus müssen.

Zum dritten Mal unterzogen sich die bundesdeutschen Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinderchirurgie freiwillig einer Überprüfung ihrer Strukturqualität. Wieder galt es herauszufinden, ob die Einrichtungen die in dieser Bewertungsrunde weiter verschärften Qualitätskriterien weiterhin erfüllen. 254 haben die Überprüfung beantragt. Die ersten 127 erhielten ihre Urkunden am 24. Februar in Berlin aus den Händen von Schirmherrin Michaela Noll.

Kranke Kinder und Jugendliche gehören in gute Kinderkliniken, in Qualitäts-Kinderkliniken. Das Gütesiegel „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ ist daher für das deutsche Gesundheitswesen ein wichtiges Instrument zur Sicherstellung einer guten medizinischen Versorgung von Kindern.

Das Gütesiegel und die Veröffentlichung unter www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de ist darüberhinaus eine praktische Orientierungs-



hilfe für Eltern bei der Suche nach einer Qualitäts-Kinderklinik.

Red: ReH

Abgestimmtes Strukturpapier

Grundlage für das Gütesiegel ist ein mit allen pädiatrischen Fachgesellschaften abgestimmtes Strukturpapier aus dem Jahr 2007. Die darin vereinbarten Mindestkriterien definieren, was eine Kinderklinik auszeichnet. Seit 2009 können Eltern somit selbst prüfen, ob es in ihrem Umfeld eine Qualitäts-Kinderklinik gibt.

Die Auszeichnung ist jeweils für zwei Jahre gültig. Durch die regelmäßige Neubewertung der Kinderkliniken soll eine stetige Verbesserung der stationären Versorgung unterstützt.

Homepage: www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de

Die Homepage www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de gibt Auskunft über den Stand der aktuellen Bewertungsrunde, das Anforderungsprofil und die Prüfkriterien.

Für weitergehende Informationen sind die aktuell ausgezeichneten Kinderkliniken jeweils auf ihre eigene Homepage verlinkt.

Die Schirmherrin

Michaela Noll ist Bundestagsabgeordnete, Parlamentarische Geschäftsführerin der CDU/CSU Bundestagsfraktion und stellvertretendes Mitglied im Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie Mitglied der Kinderkommission des Deutschen Bundestags.

Steuererklärung leicht gemacht!

Neuer Ratgeber hilft Eltern behinderter Kinder

Der Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V. hat sein jährlich neu erscheinendes Steuermerkblatt für Familien mit behinderten Kindern aktualisiert. Das Merkblatt folgt Punkt für Punkt dem Aufbau der Formulare für die Steuererklärung 2013. So kann diese schrittweise und schnell bearbeitet werden.

Das Steuermerkblatt 2013/2014 enthält unter anderem Hinweise zu steuerlich absetzbaren Fahrt- und Krankheitskosten. Auch wird erläutert, inwieweit behindertengerechte Umbaumaßnahmen bei der Steuer berücksichtigt werden können.

Das Merkblatt geht schließlich auch auf den Zuständigkeitswechsel bei der Kraftfahrzeugsteuer ein. Bislang mussten behinder-

te Menschen Anträge auf Befreiung von oder Ermäßigung der Kraftfahrzeugsteuer bei den Finanzämtern stellen. Im 1. Halbjahr 2014 übernehmen die Hauptzollämter nach und nach diese Aufgabe. Rechtlich ändert sich durch die veränderte Zuständigkeit nichts. Steuerbescheide, Steuernummern, gewährte Steuervergünstigungen und erteilte Lastschriftzugriffsermächtigungen bleiben gültig

www.bvkm.de

Kup



„Schule macht krank?!?“



Dr. Christoph
Kupferschmid

Der 20. Jugendmedizinkongress in Weimar war sehr gut besucht und vor allem die Medien haben ihn wie nie zuvor bestürmt. Viele Fernsehkanäle berichteten trotz der die Nachrichten beherrschenden aktuellen Weltlage den ganzen Tag über in mehreren Sendungen.

Man kann das Thema, in dem sich ein Ausrufezeichen trutzig zwischen die Fragezeichen stellt als Aufforderung zum Streit begreifen. Aufforderung zum Nachdenken, zum Umdenken und zum Handeln an die Politik ist es allemal. „Schule soll nicht Fächer unterrichten, sondern Kinder“ (BVKJ Präsident Dr. Wolfram Hartmann) und „Gesundheit ist nicht nur Ergebnis, sondern Voraussetzung für Bildung“ (Prof. Peter Paulus, Lüneburg) waren programmatische Kernsätze.

Die Jugendmedizin muss sich auf die Veränderungen in der Bildungslandschaft der letzten Jahre einstellen: Die Zunahme der Ganztagschulen, die verkürzte Gymnasialzeit in G8 und den Abbau der Förderschulen im Rahmen der Inklusion. Schule könnte sich aber in der Zukunft auch verändern. Sie könnte ein einheitlicher Bildungsraum für Jung und Alt werden. Ein Kristallisationspunkt im Stadtteil, wo sich soziales Leben entfalten kann.

Kein Verband, kein Kongress hat eine so große Affinität zur Goethestadt wie der BVKJ mit seiner jugendmedizinischen Tagung. Ulrike Köppel, Geschäftsführerin der Weimar GmbH, überreichte BVKJ Präsident Dr. Wolfram Hartmann zum 20. Jubiläum des Kongress Jugendmedizin eine Torte. Die Kongresse haben der Stadt in dieser Zeit 30.000 Übernachtungen und 10.000 Teilnehmer bei Stadtführungen beschert. Zu den Ärztinnen und Ärzten aus den Praxen, den Kliniken und dem ÖGD kamen in den letzten Jahren noch die medizinischen Fachangestellten hinzu.

Gestohlene Lebenszeit?

„Jugendliche sind gesundheitlich die am schlechtesten versorgte Bevölkerungsgruppe.“ Immer wieder muss man diesen Satz in Erinnerung rufen. Auch das Bewusstsein über die gesundheitlichen Probleme von Jugendlichen ist unterentwickelt. Besondere Bedeutung hat, so Dr. Thomas Fischbach, Solingen, dass Lehrer oft nichts über AD(H)S, Adipositas, Sucht, Medienkonsum oder über andere chronische Erkrankungen ihrer Schüler wissen. Teilweise führe dies zu unsinnigen Maßnahmen, bis zum Schulausschluss.

Schule könne eine „Vernutzung der Kindheit“ sein, führte Fischbach mit Blick auf die Briefe von Henning Sussenbach an seine Tochter Marie aus, die vor knapp drei Jahren in der 'Zeit' erschienen sind. Der Autor ent-

schuldigt sich darin für die gestohlene Lebenszeit. Kinder brauchen Entschleunigung, Kinder müssen sich wieder langweilen dürfen, Kinder brauchen Zeit, um Wissen in ihre Persönlichkeitsentwicklung zu integrieren. Ein Lernen wie in China passe nicht in unsere Gesellschaft. Bis zu 10 Stunden Unterricht am Tag nehme nicht nur den Kindern Entwicklungszeit, auch die Gesellschaft leide darunter, dass ehrenamtliche Funktionen in den Vereinen oder bei der Feuerwehr dem schulzentrierten Zeitmanagement zum Opfer fallen.

Kinder und Jugendärzte sind Fürsprecher der Kinder, auch gegenüber den Lehrern. Dr. Michael Achenbach, Plettenberg, zählte die zahlreichen Vorurteile auf, die beide Berufsgruppen gegeneinander haben. Insbesondere das Gefühl der Übergriffigkeit des Anderen identifizierte er als Hemmnis einer gelingenden Kooperation. Wie es gehen könnte, zeigt die 'Plettenberger Runde', in der sich die Berufsgruppen vier Mal im Jahr treffen. Neben gemeinsamer Arbeit an unterschiedlichen Themen, wie AD(H)S, bietet sie die Möglichkeit, fallbezogene Arbeit zu einzelnen Problemen zu machen.

Kausaler Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit

Stimmen die Schlagzeilen, dass dicke Kinder schlecht in Mathematik sind und psychische Erkrankungen Ursache für schlechte Noten, dass die Zensuren mit reichlich

körperlicher Bewegung besser werden? Prof. Kevin Daczynski, Lüneburg, stellte eine umfangreiche Metaanalyse vor, welche gesundheitlichen Faktoren den Bil-



Abb. 1: Glückwünsche werden verteilt

dungserfolg beeinträchtigen. Natürlich ist der Bildungserfolg von der Intelligenz des Schülers beeinflusst und leider auch vom Sozialstatus, vom sozialen Netzwerk und schließlich auch von politischen Entscheidungen. Aber es stimmt. Übergewicht und körperliche Bewegung haben einen signifikanten Einfluss auf die Schulnoten und den erreichten Bildungsstand – mit gegensätzlicher Gewichtung. Depressionen und Angst mindern das Engagement in der Schule und behindern die spätere Aufnahme eines Studiums.

Zwischen Leistungseinbruch und Schulabstrenzung besteht ein Teufelskreis. Vielleicht beginnt er mit träumen und stören und endet mit dem Wegbleiben über lange Zeiträume und Delinquenz. Jede Phase, so Prof. Norbert Grewe, Hildesheim, muss ernst genommen und spezifisch beantwortet werden. Klärung der Risikofaktoren, lösungsorientierte Gespräche, Neukonzeption der

Schulsituation, eventuell Bußgelder und am Ende ein multiprofessionelles externes Schulverweigerer Projekt sind Schritte, die bis zu 80% Erfolg haben. Voraussetzung ist, dass die Schulen das „Schwänzen“ registrieren und nicht heimlich froh darüber sind, dass Problemschüler eine Zeit lang nicht kommen. Ärzte müssten bei häufigen Krankschreibungen reagieren. Nicht nur „Schulschwänzer“ hätten ein Wiedereingliederungsproblem, sondern auch Schülerinnen und Schüler, die wegen Erkrankungen längere Zeit fehlen.

Zwischen Gesundheit der Lehrer und der Schüler und dem Schulerfolg entfaltet sich günstigenfalls ein „Engelskreis“, hofft Prof. Peter Paulus, Lüneburg. Gesundheit sei Treiber von Bildung und Voraussetzung für Lehren und Lernen. Daher will Paulus Gesundheit in den Dienst des Erziehungs- und Bildungsauftrages stellen. Gesundheit als Basis, nicht als Ergebnis von Bildung, insbesondere ist das die psychische Gesundheit. In einigen Bundesländern gebe es hierfür bereits Programme. Manchmal genüge es, die Beleuchtungssituation zu verändern, um die Konzentration und Arbeitsfreude zu steigern. Schulleitungen und Lehrerteams müssten gecoacht und alle Beteiligten im Schulleben einbezogen werden, auch die Kantine und die Reinigungskräfte. Gesunde Lehrer schafften eine Lernatmosphäre, in der lernen Spaß macht. Es gehe um 8,8 Millionen Schüler, die den Hauptteil ihrer wachen Zeit in der Schule verbringen, in 13,3 Millionen Unterrichtsstunden pro Woche.

Die Jugendmediziner werden immer älter

Wie paradox! 20 Jahre Jugendmedizinkongress und noch immer die Selben, die ihn organisieren und das Thema vorantreiben. Jugendmedizin droht zum Betätigungsfeld der Großväter zu werden. Woran mag das liegen? Dr. Sebastian Hartenstein, Berlin, hatte nach zehn Jahren Weiterbildung und fachärztlicher Tätigkeit in der Klinik keinen Bezug zur Jugendmedizin, ein 'böhmisches Dorf'. Wie viele andere fühlte sich auch dieser jüngere Kollege bestens gewappnet, kritisch kranke Neugebo-



Abb. 2: Es kann nicht genug Gratulanten geben

rene und Säuglinge zu betreuen. Die erste J1 in der Praxis kam jedoch wie eine dunkle Wolke auf ihn zu. Was soll er genau tun, wie wird er akzeptiert werden, wie wird er wichtige Themen ansprechen: Sexualität, Verhütung, Drogen, Alkohol? Im Selbststudium hat er sich vorbereitet. Inzwischen hat er 22 Mal junge Menschen zur J1 untersucht. Alle wollen, wie ein Fragebogen nach der Untersuchung ergab, beim nächsten Arztbesuch lieber in seine Kinder- und Jugendartpraxis kommen als zum Hausarzt der Eltern zu gehen. „Böhmische Dörfer sind eine Reise wert“, resümiert Hartenstein. Sein Praxispartner, Dr. Burkhard Ruppert, zeigte, dass der jugendmedizinische Kompetenzschwerpunkt nicht nur das Selbstverständnis der Praxis stärkt, sondern auch die Wirtschaftskraft. Durch gutes Zeitmanagement und ein konsequentes Recallsystem hat er die Anzahl an U10, U11 und J1 fast verdoppelt. Untersuchungen die extrabudgetär bezahlt werden. Zum Recall und zur Terminvergabe nutzen Ruppert und Hartenstein zunehmend und über-

wiegend die Kommunikation über SMS und entlasten damit das Telefon der Anmeldung.

Kinder- und Jugendärzte sind Fürsprecher ihrer Patienten in vielen Lebensbereichen – auch in der Schule. Sie anerkennen, dass sie keine schulische Bildungscompetenz haben und auch keinerlei Berechtigung, in die Schulen hineinzuwirken. Das Bindeglied zwischen den Praxen und den Schulen in Gesundheitsfragen ist der öffentliche Gesundheitsdienst. In vielen Vorträgen und Seminaren wurde vehement kritisiert und bedauert, dass der ÖGD mancherorts bis zur Unkenntlichkeit und unter die Grenze der Funktionsfähigkeit reduziert wurde. Die Forderung, insbesondere die Pädiatrie im ÖGD ausreichend auszustatten, war während des gesamten Kongresses drängend und einleuchtend.

Fotos: Dr. Helmut Hoffmann, Berlin

Dr. Christoph Kupferschmid
Ch.Kupferschmid@t-online.de

Deutscher Krebspreis 2014: Zwei Pädiater unter den Preisträgern

Beim Krebskongress in Berlin wurden Prof. Martin Schrappe, Prof. Simone Fulda und Prof. Christoph Klein für ihre wegweisenden Arbeiten in der Onkologie ausgezeichnet.

Was treibt Zellen zur unkontrollierten Vermehrung? Wann entscheidet sich, ob ein Tumor streut? Und wie lässt sich vorhersagen, welche Patienten optimal auf eine bestimmte Therapie ansprechen werden? Für ihre zukunftsweisenden Arbeiten zu diesen Fragen wurden drei Wissenschaftler auf dem Deutschen Krebskongress mit dem Deutschen Krebspreis 2014 ausgezeichnet. Der Krebspreis zählt zu den renommiertesten Auszeichnungen in der deutschen Krebsmedizin. Stifter des Deutschen Krebspreises sind die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebsstiftung.

Die klinischen Forschungsarbeiten von Prof. Schrappe von der Klinik für Allgemeinpädiatrie am Universitätsklinikum Kiel haben die individualisierte Therapie der akuten lymphoblastischen Leukämie (ALL) wesentlich verbessert. **Prof. Schrappe** trug mit seinen Untersuchungen zur weltweiten Verbreitung der MRD (minimal residual disease)-Diagnostik bei der ALL bei: Diese Technik ist äußerst empfindlich und erlaubt die Vorhersage, wie gut eine Therapie bei ALL-Patienten anschlagen wird.

Prof. Simone Fulda vom Institut für Experimentelle Tumorforschung in der Pädiatrie an der Goethe-Universität in Frankfurt untersuchte in ihrer Forschungsarbeit die Zelltodmechanismen verschiedener Tumorarten. Ihre Ergebnisse aus Studien am Tiermodell konnte sie erfolgreich zur Entwicklung neuer therapeutischer Anwendungen nutzen.

Das von **Prof. Klein** vom Lehrstuhl für Experimentelle Medizin und Therapieverfahren am Universitätskli-

nikum Regensburg entwickelte Konzept der Tumorprogression zeigt den ursächlichen Zusammenhang zwischen den molekularen Unterschieden, die im Laufe der Evolution entstanden sind, und der diagnostischen und therapeutischen Heterogenität von Tumorerkrankungen. Es bildet eine wichtige Grundlage für die personalisierte Diagnostik und Therapie.

Die Deutsche Krebsgesellschaft ist das größte onkologische Netzwerk von Experten im deutschsprachigen Raum, in der über 7.000 Krebs-Experten fachübergreifend zusammenarbeiten. In 25 verschiedenen Arbeitsgemeinschaften erforschen Mediziner und Naturwissenschaftler die grundlegenden Mechanismen der Krebsentstehung, entwickeln neue Diagnosemethoden und Therapieformen und verbessern die Prävention und Nachsorge von Tumorerkrankungen.

www.krebsgesellschaft.de

Kup

● Nachgefragt

Dürfen Säuglinge im ersten Lebensjahr Kuhmilch bekommen?

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.

Im ersten Lebensjahr durchläuft der Säugling mit einer zunächst ausschließlichen Milchnahrung, später ergänzt um B(r)eikost und dem Übergang zum Familienessen, drei Ernährungsphasen. Falls nicht gestillt wird, ist industriell hergestellte Säuglingsmilchnahrung die einzige Alternative zur Muttermilch. Dass Säuglingsmilchnahrung nicht aus Kuhmilch oder anderen Milcharten selbst hergestellt werden sollte, ist hinreichend

bekannt. Viele Eltern sind jedoch unsicher, ob Kuhmilch für die Beikost geeignet ist oder im ersten Lebensjahr besser ganz darauf verzichtet wird. Darf Kuhmilch schon im ersten Lebensjahr gegeben werden?

Ja. Das Netzwerk Gesund ins Leben, eine IN FORM-Initiative des Bundesernährungsministeriums, empfiehlt, Kuhmilch im ersten Lebensjahr einmal täglich als Zutat im Milch-Getreide-Brei zu ge-

ben. Auch Säuglinge mit erhöhtem Allergierisiko können diesen Brei erhalten. Zum Trinken sollte Kuhmilch erst gegen Ende des ersten Lebensjahres im Rahmen der Brotmahlzeiten auf den Tisch kommen.

Info: Die ausführliche Antwort mit Literaturverweisen finden Sie hier:

[http://www.gesundinsleben.de/
fuer-fachkraefte/nachgefragt/](http://www.gesundinsleben.de/fuer-fachkraefte/nachgefragt/)

Red: ReH

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).



Eine Frage an ...
...den Suchtbeauftragten des BVKJ
Dr. Matthias Brockstedt,
KiJuA (2014), Heft 2, Seite. 6.

Liebe Redaktion,
sehr geehrter Herr Kollege Brockstedt,

warum der Kinder- und Jugendarzt auf der Titelseite versucht mit der Bildzeitung gleichzuziehen: „ADHS – Dealerware Ritalin“ ist uns ein Rätsel. Erreicht man nur

noch mit solch reißerischen Schlagzeilen unsere Kollegen?

Wir befürworten, dass Sie sich des in der Laienpresse immer wieder emotional diskutierten Themas „Ritalinmissbrauch unter Jugendlichen“ annehmen. Mit Erstaunen lesen wir dann in ihrer Stellungnahme, ohne Bezugnahme auf Studienergebnisse, dass „speziell Ritalin sich zur Partydroge als „Ersatz-Speed“ etabliert hat“. Auf welche Daten beziehen Sie sich? Die uns vorliegenden Daten vom Gesundheitsreport 2009 und aus der Kolibri-Studie des Robert-Koch-Instituts 2012 – erhoben bei immerhin 6142 Frauen und Männern im Alter von 19-97 Jahren - weisen in eine ganz andere Richtung:

der Missbrauch von Stimulantien wird als „minimal“ angesehen, und „es ergebe sich aus den Daten kein Grund für eine Öffentlichkeitskampagne“.

Die von Ihnen zitierte „leichte Erreichbarkeit“ ist gar nicht so leicht, denn schließlich müssen alle MPH-Präparate über BtM-Rezept verordnet werden. Was soll der Effekt einer „Partydroge“ sein? Da gibt es andere Drogen, die mehr Euphorie, „High“-Gefühl bringen, nicht teuer und (leider) fast überall erhältlich sind.

Sie finden schnell – auch hier ohne Quellenangaben – Schuldige für den vermeintlichen Missbrauch: die nicht sorgfältig verschreibenden Ärzte. Diese Aussage erscheint zwar immer wieder in Laienpresse und Fernsehberichten, aber: gerade weil Kinder- und Jugendärzte sorgfältig verschreiben und wie Sie ja auch anmahnen, jedes Rezept kontrollieren und die verordnete Tablettenmenge abgleichen, ist kaum ein Missbrauch zu beobachten.

Ihre Beschreibung von Überdosierungen ist nicht nachvollziehbar: die häufigste Wirkung bei Überdosierung ist Müdigkeit, depressive Verstimmung und bei sehr hohen Dosen – Tachykardien! **Zerebrale Krampfanfälle, Verwirrheitszustände bis hin zu Halluzinationen sind, wenn überhaupt, meist auf Kombinationen mit anderen Drogen wie Alkohol, Ecstasy etc. zurückzuführen.**

Sie schreiben: „bei gesicherter Indikation kann die medikamentöse Therapie mit Methylphenidat helfen“. Wissenschaftlicher Stand und unsere eigene Beobachtung ist, **dass bei gesicherter Indikation die medikamentöse Therapie sehr wirksam ist und in über 80 % hilft.**

Die Aussage „die insgesamt sicher zu unkritische und über alle Altersgruppen vermehrte Verschreibung von Methylphenidat“ ist weder aus eigener Erfahrung noch aus der Literatur nachzuvollziehen.

Die KIGGS-Daten erhoben bei über 15.000 Kindern ergaben, dass

- von den 7,9% aller Jungen von 0-17 Jahren mit Diagnose ADHS nur 1,5% medikamentös behandelt werden – also ca. 20%

- von den 1,8% aller Mädchen von 0-17 Jahren mit der Diagnose ADHS nur 0,3% medikamentös behandelt werden – also < 20%.

Seit 2011 ist eine Verschreibung über alle Altersgruppen möglich, die den 30% der Erwachsenen (wie Sie richtig zitieren) mit ADHS die Chance geben, ihre Fähigkeiten unter Medikation ins Arbeits- und Privatleben einzubringen. Die Verordnungszahlen von MPH steigen seitdem für Kinder- und Jugendliche nicht mehr, wohl aber für Erwachsene – aus dem oben genannten Grund.

Ihre Vorschläge zur Verordnung sind Standard:

Die morgendliche Kontrolle der Einnahme erfolgt von den Eltern in der Regel schon deswegen, um Katastrophen im Schulalltag zu verhindern. Und um Kinder und Jugendliche nicht zu stigmatisieren wird meist frühzeitig auf retardierte Präparate umgestellt.

Die Lehrer generell über die Medikamenteneinnahme zu informieren, hat sich aus praktischer Erfahrung nicht bewährt: zu oft gibt es Lehrer, die ideologisch ablehnend auf Medikation reagieren, das Kind in der Klasse bloßstellen „hast Du schon Deine Droge eingenommen“ oder ähnliche, für das Kind frustrierende Aussagen treffen. Hier ist ein differenziertes Vorgehen erforderlich – abhängig vom Wissensstand und der Akzeptanz des Lehrers und – hoffentlich selbstverständlich – in Absprache mit den Eltern. Die Information und Rückmeldung von und mit interessierten Lehrern ist sehr sinnvoll – und üblich!

Information und Diskussionen in der Schule über ADHS und deren Medikation, über Medikamente und deren missbräuchliche Verwendung und Drogen aller Art sind grundsätzlich zu befürworten und sinnvoll. Ob „cognitive enhancement“ mit Methylphenidat (oder anderen Substanzen) funktioniert – darüber streiten sich Wissenschaftler. Aber für alle Diskussionen sollen wissenschaftliche Daten die Grundlage sein und nicht Zeitgeist, Medienberichte und ideologisch gefärbte Meinungen. Informationen dazu finden Sie auf den Seiten der AG ADHS.

Kirsten Stollhoff und Klaus Skrodzki

Vorsitzende der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V

Erwiderung auf den Kommentar der Kollegen Stollhoff/Skrodzki von der AG ADHS:

Leider argumentieren die beiden Autoren (bewusst?) schief, indem sie meine Aussage im zweiten Absatz meines Beitrages um den entscheidenden zweiten Satzteil verkürzen und so versuchen, den Eindruck zu erwecken, ich würde die Wirksamkeit einer Methylphenidat-Therapie in Frage stellen oder nicht kennen: „Bei gesicherter Indikation kann die medikamentöse Therapie mit Methylphenidat (Ritalin u.a.) sogar helfen, das Risiko von Suchtmittelgebrauch im jungen Erwachsenenalter zu reduzieren.“

Leider gehen die Autoren auch nicht auf meine mehr als aktuellen Literaturzitate aus dem British Medical Journal 2013 und aus Pediatrics 2013 ein.

Wenn die Autoren meine „Beschreibung von Überdosierungen“ nicht nachvollziehen können, schlage ich Ihnen vor, das entspre-

chende Kapitel zum Wirkstoff Methylphenidat (Seite 281-282) in dem von mir mit herausgegebenen Standardlehrbuch „Vergiftungen im Kindesalter“, v. Mühlendahl, Oberdisse, Bunjes und Brockstedt, 4. Auflage Thieme Verlag Stuttgart 2003 nachzulesen.

Es freut mich außerordentlich, von den Autoren der AG ADHS zu hören, dass meine Empfehlungen zur Verordnung, wie z. B. die morgendliche Medikamentengabe unter elterlicher Kontrolle, Standard sind. Die Aussage der Autoren, dass Lehrer wegen ihrer oft ablehnenden Haltung nicht generell einbezogen werden sollen in die multimodale Therapie, ist zumindest diskussionswürdig, weil leitliniengerecht eine Verordnung von Methylphenidat ohne multimodale Therapie gar nicht zugelassen ist und psychosoziale Massnahmen immer settingsgerecht den Lebensraum Schule für die 6- bis 17-Jährigen umfasst.

Abschließend sei nur darauf hingewiesen, dass die von den Autoren herangezogenen Zahlen aus der KIGGS – Studie von 2003-2006 falsch zitiert werden: zum einen handelt es sich hier um eine Stichprobe der 3 bis 17- Jährigen, nicht ab Geburt also, sondern von 7569 Jungen und 7267 Mädchen, von denen 66,6 Prozent an der Umfrage teilnahmen, also insgesamt um eine Auswertung von 9881 Kindern via Elterninterview und eben nicht „...über 15 000 Kinder“. Die Lebenszeitprävalenzen für ADHS über alle Altersgruppen gesamt werden von den Autoren richtig mit 7,9 (7,1 - 8,7) für Jungen und 1,8 (1,4 - 2,2) für Mädchen angegeben. In den für die Methylphenidatverordnung relevanten Schulaltersgruppen steigt diese Prävalenz aber z. B. bei den 11- bis 13-Jährigen auf 11,3 (9,5 - 13,3) für Jungen und 3,0 (2,1 - 4,3) für Mädchen an. (zitiert nach Bundesgesundheitsblatt 5/6;2007: 827-835)

Dr. Matthias Brockstedt
Suchtbeauftragter BVKJ e.V.

Red.: ReH



Osteopathie – Marketinginstrument der Krankenkassen von Dr. Wolfram Hartmann, KiJuA (2013) Heft 4, S. 178ff.

Bevor ich angefangen habe zu schreiben, habe ich die Finger gegeneinander verschränkt: es hat geknackt! Blockierungen wurden gelöst. Besser ging's mir nicht, aber es war ein Signal zum Aufbruch.

Viele Krankenkassen haben die „Osteopathie“ auf Bescheinigung des Arztes als Kassenleistung übernommen. Die „Osteopathie“ als Sammeltopf verschiedenster nachvollziehbarer und nicht nachvollziehbarer Techniken von höchst unterschiedlich qualifizierten Behandlern – zu Preisen, von denen Physiotherapeuten nur träumen.

Die Patienten nehmen das gerne in Anspruch und verlangen -auch nachträglich- eine Notwendigkeitsbescheinigung vom Arzt, auch um den „Osteopathen mal gucken zu lassen“.

Für alle vorgetragenen Probleme beim Kind wird von Osteopathen und den Eltern ein Zusammenhang mit einer Blockierung postuliert. Noch kein Brief und noch keine Rückmeldung erreichten mich, wo kein Befund gewesen wäre. Jeder mitgeteilte Befund von dort an die Eltern ist aber ein Dokument für einen vorherigen vermeintlichen Mangel an diagnostischer und therapeutischer Kompetenz - und damit einem Mangel am know how- des Pädiaters.

Daraus folgt für die Pädiater:

- Gezielte Überweisung vom Pädiater bei selbst diagnostizierten auffälligen Befunden zu einem Osteopathen, dessen Befunde und Technik nachvollziehbar sind: ja!
- Keine nachträglichen oder trotz eigenen unauffälligen Befunden ausgestellten Gefälligkeitsbescheinigungen für Osteopathie: von allen! Sie schwächen jedes Mal die Position des Pädiaters.
- Keine Sauberwaschfunktion für Krankenkassen Geschenke. Keine Allianzhilfe Hebammen-Osteopathen.
- Ernsthafte wissenschaftliche Diskussion und Darstellung zum Thema in unseren Fachzeitschriften.
- Klare Positionierung des Berufsverbandes und der Fachgesellschaften gegenüber seinen Mitgliedern, den Patienten und den Kassen auf höchster Ebene.

Nach Aussagen des Dachverbandes der Osteopathen gegenüber der Ärztezeitung seien 30 Millionen Deutsche anspruchsberechtigt - mal 400 Euro für eine Therapieserie: sind zwölf Milliarden.

Dr. Jochen Wulff
58640 Iserlohn
www.kinderarzte-im-netz.de/dr.wulff

Red. : Kup

17 Jahre Treffen der Pressesprecher des BVKJ 15.-16.2.14 in Friedewald

Was hat die Gruppe der Pressesprecher des BVKJ und die Teletubbies gemein? Ein Tipp: Es hat etwas mit dem Alter zu tun. Genau: Beide werden in diesem Jahr 17, stehen also kurz vor ihrer Volljährigkeit.

Und nun verrate ich Ihnen, was beim Pressesprechertreffen geschah. Unter großer Wertschätzung berichten, erzählen, ja bekennten mehr oder weniger erfahrene Pressesprecher, was sie der Presse im vergangenen Jahr mitgeteilt haben. Ein Kollege behauptet, dies sei das Treffen der kreativsten Menschen im Verband. Nebenbei bemerkt: Das Wort „behaupten“ liegt laut Arbeitsmaterial von Journalist Raimund Schmid im Fadenkreuz von wahr/unwahr und emotional/sachlich im Bereich unwahr/sachlich.

Wenn man es sammelt und zusammenzählt, generiert die Gruppe der Pressesprecher unter der Leitung von Bundespressesprecher Uli Fegeler 400 000 bis 500 000 Veröffentlichungen in deutschen Medien und erreicht die doppelte Anzahl an Leserinnen und Lesern.

Unser System der ärztlichen Pressesprecher betont die kinder- und jugendärztliche Fachlichkeit der Informationen, die wir geben. Dass diese lesefreundlich bzw. hörtauglich und telegen rüberkommen, dafür sorgen die Journalistin Regine Hauch mit Mikrofon- und Kameratraining und Raimund Schmid mit Übungen zur Texterzeugung. Teilnehmer gestehen: Dieser Kreis macht Spass, er beflügelt zu Aktivitäten zu Hause, macht bekannt, bietet Unterstützung, die Rolle als Pressesprecher zu erobern.

Nach dem bewährten Konzept, treffen die Pressesprecher aller Bundesländer Freitag Abend im lauschigen Friedewald ein, ziemlich nah am Mittelpunkt Deutschlands. Man flunkert, prahlt und übertreibt in ungezwungener Atmosphäre, was das Zeug hält.



Samstag früh kommt ein fachlicher Vortrag, diesmal von Studienrat Stauffer von der BzGA zur Medienkompetenz. Laut Stauffer werden wir zwischen sieben Identitäten hin- und hergerissen. Besonders schlimm dran sind da die Jugendlichen aus der prekären und der Hedonistengruppe, beteuert er. Mit vielen Studien schwört er sein Auditorium auf seine Kernaussagen ein: Drei Stunden Fernsehen täglich machen dick und dumm. Wenn Vorschulkinder statt eines Menschen nur ein Krakenmonster zu Stande bringen, ist die Glotze schuld. Sozialisation findet dort statt, wo Kommunikation stattfindet. Und da ist ja bei Geflimmer im Zimmer ein Vakuum, schimpft er. In der anschließenden Diskussion heben die Pressesprecher hervor, worüber sie nun im Sinne des bvkj schreiben und sprechen könnten. Wo sind Schnittmengen mit den Zielsetzungen, Forderungen und Stellungnahmen des bvkj? Wie sag ich's meinen Medien?

Im Verlauf bekommen wir die Presseauswertung des vergangenen Jahres und Rück-

meldung von den Fachleuten. Positiv schlugen unsere Beiträge in Elternzeitschriften, in Regionalzeitungen und zu Spezialthemen zu Buche. Punkte sammeln können wir noch durch mehr Präsenz in Anzeigenblättern, Gemeindeblättchen und mehr Verbreitung von bvkj-Pressemitteilungen, die mundgerecht zubereitet im PädInform-Ordner schlummern. Herrjemine, warum schlummern sie denn dort? Die sollen doch wachgeküsst werden! Jede Presse-Prinzessin, jeder Presse-Prinz kann ohne Dornen an diesen Turm journalisti-

scher Weisheit gelangen und den Schlaf dieser süßen Pressemitteilungen beenden.

Schließlich zum Training. Vor der Kamera stottern und radebrechen die Pressesprecher, die zuschauende Meute kommentiert wohlwollend unter der Anleitung von Regine Hauch. Raimund Schmid predigt das kleine Einmaleins der Pressemitteilung und läßt uns Beispiele sammeln, wie man es machen (oder gerade nicht machen) soll. Das Treffen endet mit einer Pressestrategie zur Unterstützung des Jahresthemas des bvkj, Wünschen an das kommende Jahr und Dank. Wir danken den Engagierten, besonders auch dem Pressesprecher inkognito, unserem Präsidenten Wolfram Hartmann, der auf der Liste der bvkj-Pressethemen häufiger auftaucht als jeder andere. Denn ein Pressesprecher ist nur so gut wie sein Herr, der die Themen vom Tisch fallen läßt.

Folkert Fehr
74889 Sinsheim
E-Mail: folkert.fehr@t-online.de

Red: ReH

AOK Familienstudie 2014

Zufriedene und gesunde Eltern haben gesündere Kinder

Die AOK Familienstudie 2014 belegt einen direkten Zusammenhang der Gesundheit von Kindern mit der Gesundheit ihrer Eltern. Von 100 Kindern leiden demnach 20 an wiederkehrenden Beschwerden. Einer der krankmachenden Faktoren für Eltern mit negativem Einfluss auf die Gesundheit ihrer Kinder ist der Zeitstress. Zum dritten Mal nach 2007 und 2010 legte die AOK in diesem Jahr eine Familienstudie vor. Dazu hat das Sinus-Institut in Heidelberg 1503 Mütter und Väter repräsentativ für die rund acht Millionen Familien mit minderjährigen Kindern befragt. Die AOK will mit dieser Studie herausfinden, was in Zukunft getan werden kann, damit es Kindern besser geht.

„Zwei Drittel der Eltern fühlen sich gesundheitlich sehr gut“, sagte AOK-Chef Jürgen Graalman in Berlin bei der Vorstellung der Studie am 6. März 2014. Richtig krank fühlen sich fünf Prozent. Von den Alleinerziehenden sagt jedoch nur die Hälfte, dass sie wirklich gesund ist, 17 Prozent geht es schlecht oder sehr schlecht.

Wirtschaftlich geht es den Familien etwas besser als bei der letzten Erhebung 2010. Der Anteil an Familien mit finanziellen Problemen sank auf von 33 auf 28 Prozent. Eine psychische Belastung gaben 2014 25 Prozent an, 2010 waren es noch 32 Prozent. Zugenommen hat jedoch in diesem Zeitraum die zeitliche Belastung. Heute fühlen sich 46 Prozent der Familien im Zeitstress, gegenüber 41 Prozent 2010. Flexible Arbeitszeitmodelle und eine verlässliche Kinderbetreuung könnten die Familien entlasten.

Paarfamilien und besser gebildete haben es leichter

Fast alle Eltern fühlen sich ihrer Aufgabe der Erziehung ihrer Kinder gewachsen. Was die Ernährung der Kinder betrifft, sind Eltern in den vergangenen vier Jahren sogar sicherer geworden. Auch in der Förderung der Sprachfähigkeit fühlen sie sich kompetenter als noch 2010. Allerdings hat die die Fähigkeit, Probleme in der Familie zu lösen, abgenommen: Während 44 % der Eltern im Jahr 2010 angaben, hierbei sicher zu sein, sagen dies heute nur noch 26 %. Obwohl Mütter und Väter sich insgesamt in ihrer Selbstsicherheit bei Erziehungsfragen nicht unterscheiden, sieht sich jeder dritte Vater sicher, familiäre Probleme selbst zu lösen, aber nur jede vierte Mutter. Gemeinsame Mahlzeiten (81%) und gemeinsame Gespräche (79%)



©micromonkey - Fotolia.com

sind für die Eltern die schönsten Momente in der Familie, aber auch Lesen und Vorlesen haben einen hohen Stellenwert (64%).

Die Alleinerziehenden sind mit 20 Prozent deutlich unzufriedener mit ihrem Familienleben als Eltern in Paarfamilien (5%). Jeder vierte Alleinerziehende ist mit der Organisation ihres Familienalltages überfordert. Diese Aufgabe Bewältigen drei Viertel der Paare ohne größere Probleme.

Der Familienalltag bei weniger gebildete Eltern verläuft oft weniger strukturiert als bei den Eltern mit mittlerer und hoher Bildung: Während etwa drei Viertel der bildungsbenachteiligten Eltern tägliche Gewohnheiten mit den Kindern kennen und feste Regeln mit ihnen vereinbart haben, sind es bei den besser Gebildeten etwa 90 %.

Kindergesundheit

Jedes fünfte Kind war gereizt oder schlecht gelaunt, konnte schlecht einschlafen, hatte Bauchschmerzen, war nervös, litt unter Kopfschmerzen, fühlte sich allgemein schlecht, hatte Rückenschmerzen oder fühlte sich benommen und schwindlig.

Die gesundheitlichen Probleme wirken sich auf die psychische und soziale Anpassung aus. Gesunde Kinder haben in der

Schule und Kita seltener Probleme. Während 55 % von ihnen gut zurecht kamen, sind es bei den gesundheitlich belasteten nur 39 %. Die Konzentrationsfähigkeit ihrer Kinder beschreiben 40 % der Eltern mit gesunden Kindern als gut aber nur 24 % mit gesundheitlich belasteten.

Die Qualität des Familienlebens hat einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Kinder. Wenn die Eltern mit dem Familienleben zufrieden sind, haben nur 19 % der Kinder gesundheitliche Beschwerden, bei den anderen sind es 35 %.

Ein analoger Zusammenhang besteht mit der Zufriedenheit in der Partnerschaft oder der Ehe. Fühlen sich Eltern unter Zeitstress, haben 24 % der Kinder eine oder mehrere der oben beschriebenen Gesundheitsstörungen, besteht kein Zeitproblem sind es nur 16%. Eltern wünschen sich besonders kinderfreie Zeit, alleine und mit dem Partner. Aber auch ein Drittel hätte gerne mehr Zeit für Urlaub und für die Familie.

Die AOK hat vier Empfehlungen verfasst, mit deren Hilfe Eltern den eigenen Alltag entspannen und somit auch die Gesundheit ihrer Kinder bewahren und verbessern können:

- Auf die eigene Gesundheit achten, Auszeiten nehmen.
- Gemeinsame Zeit mit der Familie verbringen.
- Ein breites Unterstützungs-Netzwerk aufbauen.
- Die gesundheitlichen Signale des Kindes ernst nehmen.

Quelle:

<http://familie.aok.de/de/initiative-gesunde-kinder/aok-familienstudie-2014/>

Kup

„Leichte“ Schwangerschaft minimiert kindliches Übergewicht

Immer mehr schwangere Frauen nehmen zu viel zu – PEPO-Studienergebnisse ermöglichen frühe Vorbeugung von Übergewicht beim Kind

Eine übermäßige Gewichtszunahme von Müttern in der Schwangerschaft hat Folgen für die Entwicklung des Kindes. Die rechtzeitige Normalisierung der Gewichtszunahme von Schwangeren kann sich jedoch günstig auf das kindliche Übergewichtsrisiko auswirken. Das konnte nun eine Forschergruppe um PD Dr. Regina Ensenauer, Oberärztin und Leiterin der Arbeitsgruppe Mole-

kulare Ernährung im Dr. von Haunerschen Kinderspital des Klinikums der Universität München feststellen. Die Ergebnisse stammen aus der im Rahmen des Kompetenznetzes Adipositas durchgeführten PEPO-Studie („Perinatale Prävention der kindlichen Adipositas“), die in Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern in Bayern durchgeführt wurde.

Red:ReH

Was hilft bei Legasthenie – und was nicht?

Kinder und Erwachsene, die nicht richtig lesen und schreiben können, haben es in Schule und Beruf schwer. Häufig werden sie diskriminiert und entwickeln in der Folge psychische Probleme. Evidenzbasierte Therapien zur Behebung der LRS werden daher dringend benötigt. Auf die Suche nach solchen evidenzbasierten hilfreichen Therapien haben sich nun Wissenschaftler der Ludwig-Maximilians-Universität München in einer Metaanalyse begeben. Die Arbeitsgruppe um Gerd Schulte-Körne, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie hat Studien ausgewertet, welche die Wirksamkeit von LRS-Therapien mittels eines randomisiert-kontrollierten Studiendesigns untersucht haben. Das Ergebnis ist nun in der Fachzeitschrift Plos One (DOI: 10.1371/journal.pone.0089900) nachzulesen.

Die Autoren untersuchten in ihrer Studie mehr als 20 verschiedene methodische Ansätze, ein Kind mit einer Legasthenie zu fördern. Ergebnis: Nur sehr wenige Methoden helfen den Kindern. Vor allem sehr basale Prozesse der Laut-Buchstaben-Zuordnung müssten systematisch geübt werden.

Zudem ergab die Untersuchung, dass eine längere Förderung wirksamer ist als eine Kurzzeitintervention. Viele populäre Methoden, die an der Veränderung der Augenbewegungen und Verbesserung des Hörens ansetzen, sind der Studie zufolge nicht wirksam. Ebenso wenig wie die Behandlung mit leistungssteigernden Medikamenten oder die Nutzung farbiger Brillengläser (Irlen-Linsen). Die Arbeitsgruppe kündigte an, in Kürze eine medizinische Leitlinie zur Legasthenie zu publizieren.

Red: ReH

● Morgens um 10 in meiner Praxis ...

...kommt eine libanesische Mutter mit hochfieberndem sieben Monate altem Säugling ins Sprechzimmer. Als ich ihm mit dem Spatel in den Mund und Rachen schaue, entdecke ich einen Kaugummi. Ich versuche der nicht deutsch sprechenden Mutter mit "Händen und Füßen" zu erklären, dass die Gefahr der Aspiration besteht.

Sie lächelt und greift in die unergründlichen Falten ihres Gewandes, holt einen weiteren Kaugummistreifen heraus: „Doktor, du auch?“

Dr. Klaus-Dieter Rolirad, Northeim

Red.: ReH



Neuer KBV-Auftritt

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat ihr Onlineangebot unter www.kbv.de vollständig überarbeitet. Den Internetnutzer erwarten nun neu strukturierte Inhalte und ein aufgeräumtes Design. Zudem ist der Onlineauftritt für die Nutzung mit mobilen Geräten optimiert

worden: Die Website passt sich Smartphones und Tablet-PCs an.

Der neu strukturierte Onlineauftritt ist zum einen an den Bedürfnissen der Ärzte und Psychotherapeuten ausgerichtet: In der Rubrik „Service für die Praxis“ finden sie alle für ihren Praxisalltag relevanten In-

formationen. Zum anderen hält die Website auch für Patienten, Journalisten und Anbieter von Gesundheits-IT eigene Themenbereiche bereit.

Red.: ReH

12. Deutsches Down-Sportlerfestival am 17. Mai in Frankfurt

Anmeldung für 12. Deutsches Down-Sportlerfestival läuft auf Hochtouren

Trainingserfolge zeigen und neue Sportarten kennenlernen – das können Menschen mit Down-Syndrom und ihre Eltern, Geschwister und Freunde beim Deutschen Down-Sportlerfestival am 17. Mai. An diesem Samstag findet das Festival bereits zum 12. Mal in Frankfurt am

Main statt. Mehr als 2.500 Gäste und über 500 Sportler werden aus ganz Deutschland erwartet. **Damit ist das Deutsche Down-Sportlerfestival weltweit die größte und wichtigste Sportveranstaltung für Menschen mit Down-Syndrom.**

Sportlicher Ehrgeiz wird beim Sprinten, Werfen oder Springen, beim Torwandschießen, Tennis oder Judo geweckt.

Erstmals wird es Kung Fu geben – eine wichtige Disziplin, um Bewegungsabläufe zu koordinieren. Außerdem können sich die Teilnehmer zum Tischtennis, 1000m-Lauf und Golf anmelden.

Stiftung „FamilienBande“ kümmert sich um Geschwisterkinder

Ein besonderes Sport-Programm gibt es erstmals für die vielen hundert Geschwisterkinder, die Jahr für Jahr ihre Schwester oder ihren Bruder mit Down-Syndrom nach Frankfurt begleiten.

Die Novartis Stiftung **FamilienBande** die Geschwister chronisch kranker oder behinderter Kinder in ihrer besonderen Familiensituation unterstützt, bietet beim

Down-Sportlerfestival eine eigene Geschwisterolympiade an: Bei Basketball und Torwandschießen, Geschicklichkeitsparcours, Dosenwerfen und Staffellauf können Geschwisterpaare miteinander antreten. Außerdem können sie erstmals gemeinsam mit ihren Geschwistern mit Down-Syndrom am Trommel-Workshop „Drums Alive“ teilnehmen.

Anmeldungen zum Festival und zu allen Workshops werden ab sofort entgegen genommen:

down-sportlerfestival@medandmore.de oder unter www.down-sportlerfestival.de.

Red.: ReH

Die Zöliakie – das Chamäleon unter den Krankheiten.

Die Zöliakie ist eine in ihrer Häufigkeit zunehmende immunologisch vermittelte Systemerkrankung (Prävalenz 0,3% in Deutschland, bis 2,4% in Finnland)¹⁻³. Auf Grund ihres breiten klinischen Spektrums ist sie unterdiagnostiziert^{1,4}. Die Zöliakie führt bei Personen mit genetisch-determiniertem Risiko (HLA-DQ2 und -DQ8) durch eine fehlgeleitete Immunantwort auf Gluten zur Bildung von Serum-Antikörpern gegen Endomysium und Gewebstransglutaminase. Folge ist eine duodenale Entzündung mit charakteristischer Histologie mit gastrointestinalen und vielfältigen atypischen Symptomen. Unter glutenfreier Diät (GFD) kommt es zur Remission der klinischen und serologischen Befunde^{5,6}.



Dr. med. Peter Lauenstein

Geschichte

Erste Beschreibungen einer ernährungsbedingten „bauchigen“ Erkrankung (griechisch Koila = Bauch) datieren um das zweite Jahrhundert nach Christus. Den Zusammenhang zwischen Zufuhr von Weizen und Zöliakie erkannte der Pädiater K.W. Dicke in den 30er-Jahren des letzten Jahrhunderts⁷, zuvor war die hohe Letalität von 30 -60% gefürchtet⁸. In den 1950er- Jahren wurden in kurzer Zeit Gluten, das Speicherprotein des Weizens, als Auslöser der Zöliakie, die Zottenatrophie mit Kryptenhyperplasie als morphologisches Korrelat und die Gliadin-Antikörper im Serum erkannt⁷. Erst Ende des zwanzigsten Jahrhunderts folgte die Entdeckung der Gewebstransglutaminase (TG2) als diagnostisch wichtiges Autoantigen der Zöliakie⁹.

Zunahme der Prävalenz

Die in den 80er- und 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts registrierte Zunahme neu erkannter Zöliakiefälle ist sicher eine Folge verbesserter Diagnosemöglichkeiten (Endomysium- beziehungsweise später Gewebstransglutaminase-IgA-Antikörper). Außerdem kam es auch zu einer Verschiebung des Diagnosezeitpunkts vom Kleinkind- zum Schulkindalter^{2,10}.

Andererseits ist im Laufe der Zeit eine echte Prävalenzsteigerung der Zöliakie zu beobachten, wie bei anderen Autoimmunkrankheiten auch, zum Beispiel Diabetes mellitus Typ 1, Multiple Sklerose, chronisch entzündliche Darmerkrankungen et cetera^{11,12}.

Symptome

Die Zöliakie wird in eine klassische, symptomatische und subklinische Form unterteilt, die klinischen Symptome sind vielfältig und altersabhängig. (Tabelle 1)

Erstaunlicherweise nimmt die Zahl der klassischen Symptome wie profuse Diarrhoe, ausladendes Abdomen und Gedeihstörung (Abbildung 1) nicht nur relativ sondern auch absolut ab. Längere Stillzeiten mögen hierfür eine Erklärung sein¹³.

Symptom	Häufigkeit in %
Eisenmangelanämie	3–12
Andere Anämie	3–19
Appetitverlust	26–35
Gewichtsverlust	44–60
Aufgetriebenes Abdomen	20–39
Bauchschmerzen	11–21
Erbrechen	26–33
Flatulenz	5
Diarrhoe	12–60
Leberenzymerrhöhung	5
Reizbarkeit	10–14
Chronische Müdigkeit	7
Obstipation	4–12
Stuhlnunregelmäßigkeiten	4–12

Tab. 1: Symptome bei Kindern und Jugendlichen mit Zöliakie



Gleichzeitig steigt die Zahl der atypischen Symptome wie Dyspepsie, Flatulenz, Obstipation und rezidivierenden Bauchschmerzen. Immer häufiger werden auch Symptome beschrieben, die nicht gastrointestinaler Genese sind und primär nicht an eine Zöliakie denken lassen. In den letzten Jahren

Abb. 1: Kleinkind mit Zöliakie und klassischer Präsentation



Prof. Klaus-Michael Keller

gab es Berichte über isolierte Transaminasenerhöhung, rezidivierende Urtikaria, Lippenschwellung wie beim Angioödem (Abbildung 2) Kopfschmerzen oder Migräne, Tremor und viele andere mehr, wobei die Symptome unter GFD jeweils verschwanden. Dass diese Symptome der Zöliakie zugeordnet werden konnten, liegt größtenteils an den modernen serologischen Diagnoseverfahren^{14,15}.



Abb. 2: 14 Jahre alter Junge mit rezidivierendem Quincke-Ödem, nach Diagnose einer Zöliakie unter GFD nicht wieder aufgetreten

Pathophysiologie

Pathogenetisch entscheidend ist für die Zöliakie die TG2 als Autoantigen. Mit der täglichen Nahrung werden große Mengen Gluten (10-20g/die) aufgenommen. Nicht abgebaute Glutenpeptide werden durch die Mukosa aufgenommen. 90% der Zöliakiepatienten tragen auf ihren antigenpräsentierenden Zellen das Merkmal HLA-DQ2 (10% HLA-DQ8), sodass dadurch glutenspezifische T-Zellen aktiviert werden. TG2 als Enzym und Autoantigen verstärkt durch Deamidierung die elektrische Bindung zwischen Glutenpeptid und HLA-DQ2-Molekül. Folgen sind Potenzierung entzündlicher Reaktionen, Apoptose der Enterozyten und Mukosaumbau bis zur Zottenatrophie. Neben den genetischen Faktoren kommen noch andere in Frage wie zum Beispiel der Zeitpunkt und die Menge der Glutenexposition, Muttermilch zum Zeitpunkt der Gluteneinführung oder nicht, gastrointestinale Infektionen, Medikamente et cetera^{6,16,17}.

Assoziierte Erkrankungen	Zöliakie-Häufigkeit in %
Diabetes mellitus Typ 1	2–12
Juvenile chronische Arthritis	1,5–2,5
Down Syndrom	5–12
Ullrich-Turner Syndrom	2– 5
Williams-Beuren Syndrom	9
IgA-Mangel	2– 8
Autoimmunthyreoiditis	3– 7
Autoimmunhepatitis	12–13

Tab. 2: Screening von Risikopatienten

Diagnostik

Trotz moderner und besserer Antikörpertests hat sich der diagnostische Weg in den letzten Jahren im Wesentlichen nicht geändert. Die Diagnose einer Zöliakie basiert auf Anamnese, der klinischen Untersuchung, der Antikörperbestimmung, der histologischen Untersuchung von Dünndarmbiopsien und der klinischen Besserung unter GFD, einen einzelnen beweisenden Test gibt es nicht^{18–20}.

Antikörper

Eine Antikörperuntersuchung ist nur bei ausreichender Glutenzufuhr aussagekräftig, da bei einigen Patienten bereits nach wenigen Wochen glutenfreier Ernährung eine Normalisierung der Antikörper eintritt^{21,22}.

Es gibt eine Vielzahl auf dem Markt erhältlicher serologischer Testverfahren. Die europäische Leitlinie empfiehlt bei V.a. Zöliakie primär die Bestimmung der Gewebstransglutaminase-IgA-Antikörper (TG2-IgA-AK) (ELISA). Diese besitzen eine hohe Spezifität mit 78-100% und Sensitivität mit 74-100%^{19,23–26}.

Zeitgleich muss stets ein IgA-Mangel ausgeschlossen werden, da sonst die TG2-IgA-AK trotz florider Zöliakie negativ sein können. Die Prävalenz des selektiven IgA-Mangels liegt in der Gesamtbevölkerung bei circa 0,2%, bei Patienten mit Zöliakie dagegen bei 2-3%²³.

Liegt ein IgA-Mangel vor, ist bei Verdacht auf Zöliakie eine zusätzliche Bestimmung der IgG-Antikörper gegen deamidierte Gliadinpeptide (DGP-IgG-AK) oder Transglutaminase sinnvoll. Die Bestimmung von IgA-Antikörper gegen deamidierte Gliadinpeptide (DGP-IgA-AK) hat keinen zusätzlichen diagnostischen Wert^{19,23,27}.

Die Endomysiumantikörper (EMA-IgA-AK) sollten trotz hoher Spezifität und Sensitivität auf Grund fehlender Standardisierung nur in zweiter Linie durchgeführt werden, spielen aber bei den neuesten ESPGHAN-Kriterien (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition) wieder eine größere Rolle¹⁹.

HLA

Die Bestimmung von HLA-DQ2 und -DQ8 muss nicht regelhaft in der Zöliakiediagnostik durchgeführt werden, da nur ein niedriger positiver Vorhersagewert vorliegt. 25-35% der Bevölkerung sind positiv für HLA-DQ2 oder -DQ8. Allerdings kann bei negativem HLA-DQ2 und -DQ8 eine Zöliakie weitgehend ausgeschlossen werden (zu etwa 95-100%)^{19,20,28,29}.

Screening

Bei nicht diagnostizierten Zöliakiepatienten unter glutenthaltiger Ernährung ist das Risiko für weitere Autoimmunerkrankungen erhöht. Ein regelmäßiges Screening auf Zöliakie etwa alle zwei Jahre beziehungsweise bei verdächtiger Symptomatik ist bei bestimmten Risikogruppen mit assoziierten Erkrankungen oder bei Verwandten ersten Grades sinnvoll (Tabelle 2)^{30–32}.

Bei Personen mit erhöhtem Zöliakierisiko empfehlen die ESPGHAN-Leitlinien von 2012 eine primäre HLA-Typisierung, da bei negativem Ergebnis keine regelmäßigen Antikörper-Tests erfolgen müssen¹⁹.

Histologie

Die Ösophago-Gastro-Duodenoskopie mit Probenentnahme aus der Duodenalschleimhaut ist nach wie vor wesentlicher Bestandteil der Primärdiagnostik der Zöliakie^{13,20}.

Zur korrekten Diagnosestellung wird die Analyse von vier bis sechs Biopsien aus verschiedenen Abschnitten des Duodenums empfohlen, da die charakteristischen histologischen Veränderungen der Zöliakie fleckförmig auftreten und in unterschiedlichem Ausmaß vorhanden sein können. Für die Beschreibung dieser Veränderungen hat sich die Marsh-Oberhuber-Klassifikation in der Praxis bewährt (Abbildung 3). Vom Pathologen muss diese Marsh-Klassifikation mit ausreichender Beschreibung der histologischen Veränderungen unbedingt eingefordert werden. Zur Indikation für eine GFD muss mindestens ein Marsh-Stadium II erreicht sein³³⁻³⁶.

Kontrollbiopsien sind in der Regel nicht notwendig, können aber bei fehlender klinischer Besserung oder persistierend erhöhten Antikörpern trotz glaubhaft strikter GFD sinnvoll sein.

Besonderheiten

In der Diagnostik haben nicht alle verfügbaren Tests auch einen Stellenwert, dazu zählen auf Grund fehlender Standardisierung oder niedriger Spezifität und Sensitivität die IgA-Antikörper gegen deamidiertes Gliadin sowie IgA- und IgG-Antikörper gegen natives Gliadin. Speichel-, Stuhl – und Schnelltests können diagnostisch ebenfalls nicht empfohlen werden^{23,24,37}.

Ein Verzicht auf die histologische Sicherung der Diagnose durch duodenale Biopsien kann bei Kindern nur unter bestimmten Umständen durch einen pädiatrischen Gastroenterologen erwogen werden. Das Vorgehen ist in den europäischen Leitlinien hinterlegt und stellt eine Ausnahme für die klassische Präsentationsform der Zöliakie dar¹⁹.

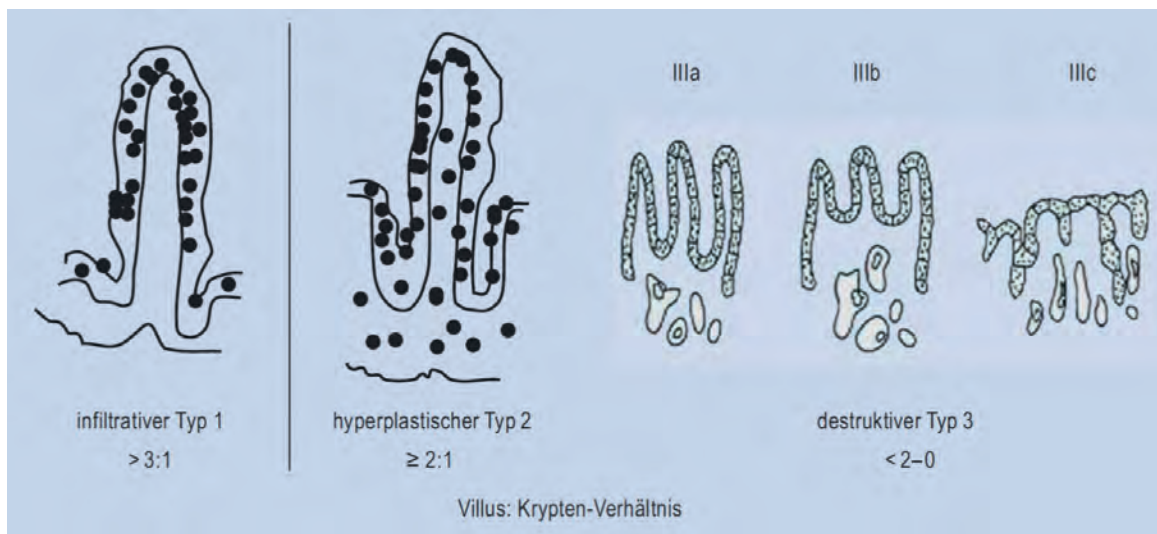
Trotz intensiver Forschung und Verbesserung der serologischen Tests beträgt die diagnostische Latenz in der Gesamtbevölkerung mehrere Jahre^{38,39}. (Tabelle 3)

IgA	TG2-IgA-AK	DGP-IgG-AK	DQ2/DQ8	Bewertung
Normal	+	+	+	Zöliakie sehr wahrscheinlich
Sehr niedrig oder negativ	-	+	+	Zöliakie sehr wahrscheinlich
Normal	-	+	+	Zöliakie möglich
Normal oder negativ	-	+	-	Zöliakie unwahrscheinlich
Normal oder negativ	-	-	+	Keine Zöliakie
Normal	-	-	-	Zöliakie sehr unwahrscheinlich
Niedrig oder negativ	-	-	-	Zöliakie sehr unwahrscheinlich

Tab. 3: Laborkonstellationen und ihre Bewertung unter glutenhaltiger Normalkost

Therapie

Derzeit gibt es keine wirksame Alternative zur glutenfreien Diät (GFD). Bei gesicherter Zöliakie muss die GFD strikt und lebenslang eingehalten werden.



Dt. Ärzteblatt 2013, Vol. 110, Heft 49, S. 835-846.

Abb. 3: Marsh-Oberhuber-Klassifikation: Die histologischen Veränderungen sind eine Vermehrung von intraepithelialen Lymphozyten, eine Hyperplasie der Krypten und eine Verminderung der Zottenhöhe. Für die Diagnosestellung ist mindestens eine Typ-2-Mukosaläsion erforderlich. Aus Schuppan D, The diagnosis and treatment of celiac disease 2013

Therapieziele sind die Besserung oder das Verschwinden gastrointestinaler und extraintestinaler Beschwerden, außerdem sollen Komplikationen und Spätfolgen wie zum Beispiel vermindertes Wachstum, verzögerte Pubertät, Anämie, Osteoporose et cetera verhindert werden.

Dies bedeutet nach Diagnosestellung einen erheblichen Einschnitt in die bisherigen Lebensgewohnheiten der Patienten und Familienangehörigen in der Häuslichkeit, Freizeit und Gemeinschaftseinrichtung (Kindergarten, Hort, Schule).

Eine eingehende Ernährungsberatung der Patienten und deren Familien ist bei Diagnosestellung und im Verlauf bei Bedarf oder Problemen notwendig. Glutenhaltiges Getreide (das heißt Weizen, Dinkel, Grünkern, Roggen, Gerste, Triticale, Kamut, Emmer, Einkorn) muss aus der Ernährung eliminiert werden, glutenfreie Getreide sind erlaubt: Hirse, Mais, Reis, zudem gibt es glutenfreie „Ersatzgetreide“ wie Buchweizen, Quinoa, Marniok, Amaranth und andere. Nicht als glutenfrei gekennzeichnete Haferflocken und ihre Produkte sollten von Patienten mit Zöliakie nicht verzehrt werden. Sortenreine Haferflocken ohne Glutenkontamination werden dagegen von der Mehrzahl der Zöliakiepatienten ohne Nachteil für die Dünndarmmukosa vertragen (neue deutsche S2k-Leitlinie Zöliakie, im Druck).

Da Gluten oft in verarbeiteten Lebensmitteln versteckt und nicht sofort erkennbar ist, erfordert die GFD eine umfassende Beratung⁴⁰⁻⁴³. Empfehlenswert ist diesbezüglich eine Mitgliedschaft in der Deutschen (www.dzg-online.de), Österreichischen (www.zoeliakie.or.at) oder Schweizerischen (www.zoeliakie.ch) Zöliakiegesellschaft, die für den Alltag unentbehrliche Lebensmittellisten mit glutenfreien Produkten bereitstellen⁴⁴. Zudem werden Schulungen, Koch- und Backkurse sowie Selbsthilfegruppentreffen über die nationalen Zöliakiegesellschaften organisiert.

Bei der Diagnosevermittlung sollten unbedingt auch positive Aspekte der oft einschneidenden Ernährungsumstellung hervorgehoben werden, zum Beispiel die Chance einer bewussteren Ernährung für die gesamte Familie unter Verwendung von mehr Rohprodukten. Die meisten Patienten fühlen sich unter strikter glutenfreier Ernährung weitgehend „gesund“, sie können sich in der Regel normal entwickeln und haben im wesentlichen keine Einschränkung in der Lebens- oder Berufsplanung.

Die Lebensqualität von Kindern mit Zöliakie unter GFD ist vergleichbar mit der von gesunden Kindern, er-

staunlicherweise haben aber die Eltern betroffener Kinder eine schlechter Lebensqualität als die Eltern gesunder Kinder^{45,46}.

Fazit für die Praxis

- Die Zöliakie ist häufig und für unterschiedlichste Manifestationsarten verantwortlich. Auch bei ungeklärten Beschwerden außerhalb des Gastrointestinaltraktes sollte an die Zöliakie gedacht werden, das heißt als Regel immer dann, wenn eine Symptomatik sonst unerklärlich ist.
- Die Bestimmung der Transglutaminase-IgA-Antikörper im Serum ist in den meisten Fällen ausreichend um den klinischen Verdacht auf Zöliakie zu erhärten oder eine Zöliakie mit hoher Sicherheit auszuschließen.
- Die Transglutaminase-Antikörper-Tests sind standardisiert und flächendeckend verfügbar, die Sensitivität und Spezifität ist sehr hoch, wenn ein IgA-Mangel ausgeschlossen ist.
- Zur Diagnosesicherung ist neben einer positiven Serologie die duodenale Schleimhautbiopsie mit Histologie (Marsh-Oberhuber-Kriterien) notwendig. Nur bei exzessiv erhöhten Antikörpern und klassischer Manifestation kann ein pädiatrischer Gastroenterologe über die Diagnosestellung ohne Histologie entscheiden.
- Derzeit ist die einzige Behandlung eine strikte glutenfreie Diät, dabei ist die Mitgliedschaft in einer nationalen Zöliakiegesellschaft sehr hilfreich und zu empfehlen.
- Die Zöliakie ist mit einer lebenslangen Diät verbunden, die Diagnose muss exakt gestellt werden, eine versuchsweise glutenfreie Kost darf zuvor nicht erfolgen.

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Korrespondenzadresse
 Dr. med. Peter Lauenstein
 Deutsche Klinik für Diagnostik
 Fachbereich Kinder und Jugendmedizin
 Aukammallee 33
 65191 Wiesbaden
 E-Mail: peter.lauenstein@dkd-wiesbaden.de

Red.: Keller

Klartext ●●●

Die HPV-Impfung in der Jugendmedizin – Niedrige Impfraten in Deutschland – Gründe und Auswege



Dr. Thomas
Fischbach

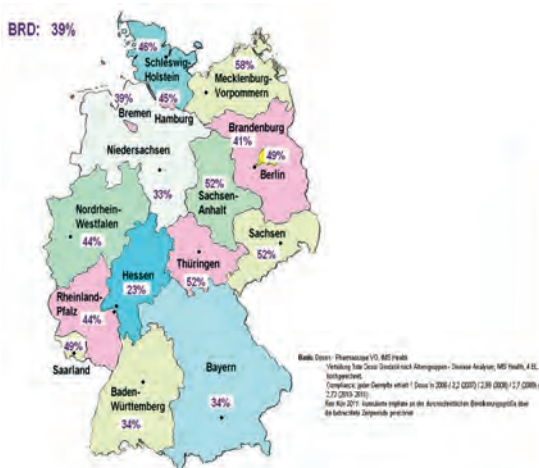
Obwohl humane Papillomviren nachweislich Genitaltumoren bei beiden Geschlechtern verursachen, ist die Impfrate der jugendlichen Zielgruppe in Deutschland im Vergleich zu vielen europäischen und außereuropäischen Ländern trotz Kostenübernahme der Impfung durch die gesetzlichen wie privaten Krankenkassen erschreckend niedrig. Neben irreführenden Fehlinformationen der Jugendlichen und ihrer Eltern über angeblich schwere Nebenwirkungen oder gar nicht ausreichend nachgewiesener Wirksamkeit der zur Verfügung stehenden Impfstoffe besteht ein weiterer Grund für die niedrigen Impfraten in der erschwerten Erreichbarkeit der jugendlichen Zielgruppe im Gesundheitssystem. Hier können nachhaltige aufsuchende Informations-, Beratungs- und Impfkonzpte in den Schulen hilfreich sein, die durch eine Verbesserung der Teilnehmerate an der Jugendgesundheitsuntersuchung J 1 ebenso die Impfaten bei den Jugendimpfungen – hier insbesondere HPV – verbessern können.

Humane Papillomviren stellen eine große Gruppe verschiedener Virustypen dar, von denen einige humanpathogen sind und maligne Tumoren besonders im Bereich der Cervix uteri, aber auch an der Vulva, dem Analbereich, dem männlichen Genitale sowie im Oropharynx verursachen können. Den Zusammenhang zwischen humanen Papillomviren und dem Zervixcarcinom entdeckte der deutsche Arzt Prof. Dr. Harald zur Hausen und wurde dafür im Oktober 2008 mit dem Nobelpreis für Medizin ausgezeichnet. Denn erst seine Erkenntnisse ermöglichten die Herstellung von Impfstoffen gegen HPV-Typen, die ganz überwiegend zur Entwicklung von malignen Vorstufen des Cervix-Carcinoms und anderer Tumoren führen können. 2006 wurde der erste HPV-Impfstoff als tetravalente Vakzine gegen die HPV-Typen 6,11,16 und 18 zugelassen, ein Jahr später folgte ein bivalenter Impfstoff gegen die HPV

- Typen 16 und 18. Die tetravalente Vakzine zeigt zudem nachweislich eine hervorragende Wirksamkeit gegen Papillomviren (Typen 6 und 11), die bei beiden Geschlechtern Genitalwarzen verursachen können. Nachdem im März 2007 die Ständige Impfkommission des Robert-Koch-Institutes die HPV-Impfung für 12–17-jährige Mädchen empfohlen hatte, waren die Hoffnungen groß, die in diese Impfstoffe gesetzt wurden. Aber während im Ausland die Impfaten in vielen Ländern innerhalb kurzer Zeit in die Höhe schossen, gelang dieser Effekt trotz der inzwischen guten Datenlage hinsichtlich Wirksamkeit und Langzeitschutz in Deutschland bis heute nicht. Und so verharren wir in Deutschland mit deutlichen regionalen Unterschieden bei einer absolut unbefriedigenden Impfate von knapp 40 % der Zielgruppe, während Australien in naher Zukunft mit einer Impfate von über 70% (1) demnächst keine Genitalwarzen mehr kennen wird.

Wirksamkeit der HPV-Vakzinen eindeutig erwiesen

Es konnte in der Zwischenzeit eindeutig nachgewiesen werden, dass die malignen Vorstufen des Cervix-Carcinoms CIN 2 und CIN 3 in Ländern mit hoher Impfate inzwischen signifikant rückläufig sind (2). Warum gelingt uns in Deutschland ein solcher Erfolg trotz der beschriebenen Impferfolge im Ausland nicht? Die Gründe sind ganz offensichtlich vielfältig. Zunächst wurde im Februar 2008 in den Medien über Todesfälle im zeitlichen Zusammenhang mit der HPV-Impfung berichtet. Auch wenn die Untersuchungen der zuständigen Surveillancessellen in den USA wie auch in Europa keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen den Todes-



Zum Vergleich:
Juli 2008: 38%
Juli 2009: 33%
Dez. 2009: 30%
März 2011: 29%
Nov. 2011: 39%

fällen und der HPV-Impfung bestätigen konnten (3), führte diese medial stark inszenierte Meldung zu einem deutlich abgeschwächten Anstieg, nahezu einem Verharren der HPV-Durchimpfungsrate in Deutschland. Daran änderte noch nicht einmal der Medizinnobelpreis für Harald zur Hausen im Oktober 2008 etwas. Nachdem das Deutsche Ärzteblatt im Februar 2009 (4) einen Artikel über das sog. „Bielefelder Manifest“ von dreizehn HPV-Impfkritikern, vorwiegend Gesundheitsökonominnen, veröffentlicht hatte, folgte sogar ein deutliches Einbrechen der Impfquote, die sich bis heute nicht erholt hat.

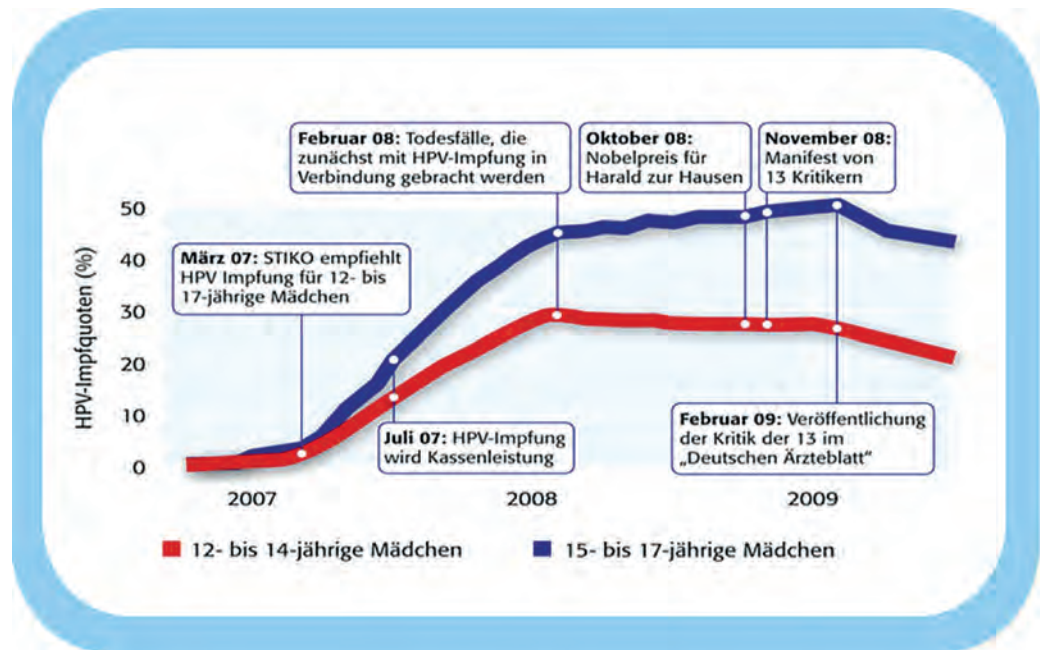
Verfasser des Bielefelder Manifestes eindeutig im Irrtum

Die Kritiker hatten in ihrem Manifest neben den hohen Impfstoffkosten insbesondere bemängelt, dass die Wirksamkeit der HPV-Impfstoffe durch die Zulassungsstudien nicht hinreichend bewiesen seien. Auch wenn die aktuellen Studienlagen die Effektivität beider Vakzinen im Rahmen ihrer jeweiligen Indikationen eindrucksvoll belegen (5, 6), hat die offensichtlich in ihren Kernaussagen unzutreffende Negativbotschaft der Manifestunterzeichner der HPV-Impfung in Deutschland nachhaltig geschadet. Über die gesundheitlichen Folgen dieser Fehlentwicklung für viele Frauen kann nur spekuliert werden. Bis heute haben die Unterzeichner dieses Manifestes den fatalen Irrtum ihrer Aussagen nicht öffentlich eingestanden.

Leider sprangen dann auch sogar einige Krankenkassen auf diesen Zug und vermitteln über Beiträge z.B. ihrer Homepages eine kritische Bewertung der HPV-Impfung. So veröffentlichte die BarmerGEK, in Kooperation mit dem Nationalen Netzwerk Frauen und Gesundheit, die Dokumentation eines Fachgesprächs am 09.12.2008 in Hannover zur HPV-Impfung.

Ministerin von der Leyen pro HPV – Kassen mauern

Auch wenn die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dr. Ursula von der Leyen (CDU) in ihrem Grußwort anlässlich dieses Fachgesprächs bemerkenswert klare Worte zugunsten der HPV-Impfung fand, verweist der Pharmazeut und ehemaliges Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Profes-



Quelle: Modifiziert nach: Stollorz V.Teuer, aus dem Stern 2009;35:100-101. Pharmascope, IMS Health, Statistisches Bundesamt, Berechnungen der Hersteller)

sor Dr. Gerd Glaeske, auf die Position im Bielefelder Manifest und kritisiert, dass die HPV-Impfung viel zu früh eingeführt worden sei und eine ausreichende Nutzendiskussion nicht stattgefunden habe (7). Zur Frage, ob die HPV-Impfung auch für Jungen sinnvoll sei, findet sich auf der Website der BarmerGEK der unzutreffende Hinweis auf vermeintlich fehlende Datenlagen (8), die jedoch inzwischen ebenfalls vorliegen (9). Unter der Überschrift „HPV-Impfung: Sinnvoll oder nicht? Eine persönliche Entscheidungshilfe“ agiert der AOK – Bundesverband ebenfalls unglücklich, wenn er behauptet, dass die Wirksamkeit der Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs bisher nicht untersucht wurde. Noch problematischer wird dieser Medienbeitrag, wenn man feststellen muss, dass die letzte Aktualisierung der Seite im September 2011 erfolgte (10).

Ein hauptsächliches Problem der HPV-Impfung neben all den genannten Querschüssen und teilweise intendierten Störfeuern liegt jedoch ganz offensichtlich daran, dass die jugendlichen Patientinnen nicht ausreichend erreicht werden. Wenn der Pädiater und STIKO-Mitglied, Dr. Martin Terhardt, im Januar 2013 feststellt, dass bis zu 70 % der alljährlich in Deutschland auftretenden Fälle von Cervix-Carcinom bei einer besseren Nutzung der HPV-Impfung verhindert werden könnten, ist seine im selben Interview geäußerte Forderung nach staatlichen Impfprogrammen nur allzu konsequent. Terhardt verweist in diesem Zusammenhang auf Großbritannien, wo Schulbehörden, Gesundheitsämter und andere öffentliche Einrichtungen über die HPV-Impfung aufklären und diese auch organisieren. Schulimpfungen wurden auch in Australien und Kanada erfolgreich eingeführt. Das Ergebnis solchen Handelns spricht eindeutig dafür: Ca. 80 % der zwölfjährigen Mädchen in Großbritannien haben alle vorgeschriebenen Impfdosen erhalten (11).

Ausland bei HPV-Impfung wesentlich erfolgreicher

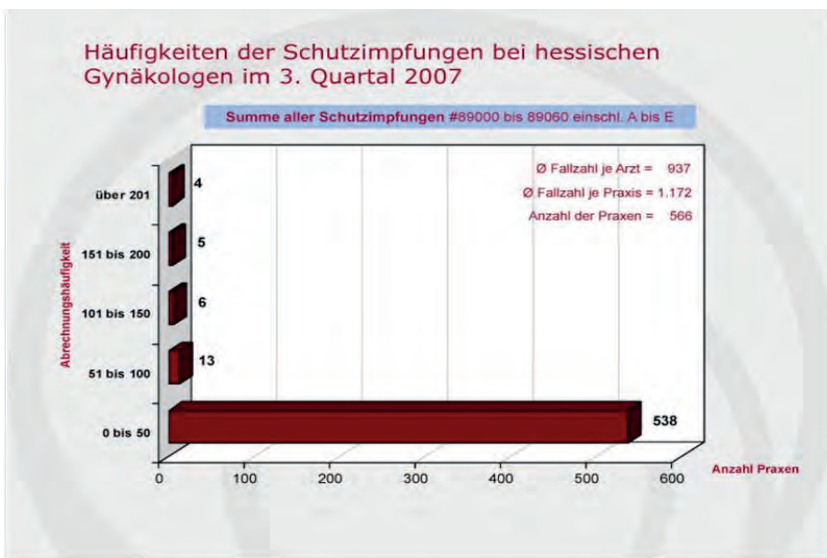
Der Blick ins im Impfwesen wesentlich erfolgreichere Ausland und die Forderungen der deutschen Ärzteschaft nach öffentlichen Maßnahmen zur Förderung des Impfwesens gerade auch anlässlich weiterer unzureichender Impfraten insbesondere bei Jugendlichen und Erwachsenen (z.B. Hepatitis B, Pertussis, Poliomyelitis, Meningokokken C sowie Masern/Mumps), gipfelte im März 2009 in Mainz im Bemühen der Bundesländer zur Erstellung eines Nationalen Impfplanes. Die Arbeiten waren geprägt von föderalem Hickhack und ideologisch gefärbten Positionen der beteiligten Politiker. Drei Jahre später, im Mai 2012, wurde der Nationale Impfplan auf der Website des schleswig-holsteinischen Gesundheitsministeriums nahezu heimlich und von den meisten unbemerkt veröffentlicht (12). Die Heimlichkeit der Veröffentlichung könnte mit dem Impfplan selbst etwas zu tun haben, mutmaßte die Deutsche Ärztezeitung (13). Und in der Tat findet sich auf 159 Seiten lediglich eine Beschreibung der Ist-Situation des deutschen Impfwesens und seiner Problemfelder sowie ein Sammelsurium wenig konkreter Absichtserklärungen. Zielführende Aussagen zur Bewältigung der Maserneradikation, der Ausmerzungen der Rötelnembryopathie sowie der Verbesserung der Influenza-Impfquoten bei Risikogruppen und auch bei medizinischem Personal fehlen. Ebenso wie eine klare Forderung nach einer Catch-Up-Strategie durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Schulen, um auch endlich bei weiteren Infektionskrankheiten wie Hepatitis B, Pertussis, Masern, Mumps, Röteln, Poliomyelitis und Meningokokken C einen Durchbruch bei den Durchimpfungsraten zu erreichen. Strategische Überlegungen zur Verbesserung der HPV-Impfraten sucht man

und ein für die Erarbeitung zuständiges Gremium eingesetzt werden“ (12).

Auf die Einrichtung dieses Gremiums wartet die deutsche Ärzteschaft heute noch. Dabei dürfte es absolut unstrittig sein, dass das Ziel einer Verbesserung der Impfraten nicht nur bei HPV nur im konstruktiven Zusammenspiel von Politik und Gesundheitswesen gelingen kann. Hierzu bedarf es aber eindeutiger Rahmenvorgaben durch einen tauglichen Nationalen Impfplan, der klare Zuständigkeiten für die niedergelassene Ärzteschaft, den Öffentlichen Gesundheitsdienst und den Betriebsärztlichen Dienst definiert und deren/dessen Handeln unterstützt. Ein weiterer Abbau gerade des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch Kreise und Kommunen bringt uns diesem Ziel natürlich nicht näher. Zum Schluss muss sich aber auch die Ärzteschaft ihrer Impfverantwortung stellen und da liegt auch noch Einiges im Argen. Auch wir Ärzte haben das Impfen nicht genug im Blick. Es hat absolut nichts mit Therapiefreiheit zu tun, wenn wenige Ärztinnen und Ärzte ihren Patienten von Impfungen abraten und sogar „Masernpartys“ zur vermeintlichen „Stärkung des Immunsystems“ empfehlen. Diese Kollegen scharen eine entsprechende Patientenklientel um sich, die sich nur allzu häufig aus Schülern von Waldorfschulen rekrutiert, die bereits häufig Ausgangspunkt von Masernausbrüchen gewesen sind.

Grundsätzlich sollte jeder Arzt-Patienten-Kontakt Anlass zur Überprüfung des Impfstatus sein, wobei man sich der Unterstützung durch Aufklärungsbroschüren/-flyer beispielsweise des Grünen Kreuzes bedienen kann. Hierbei sollten auch Geschwister und Angehörige überprüft werden, was problemlos durch die Medizinische Fachangestellte erfolgen kann. In der modernen Welt der elektronischen Praxisverarbeitungssysteme (PVS) eigentlich keine unüberwindbare Schwierigkeit.

Die PVS können ebenfalls für einen individuellen Recall genutzt werden, wenn der Patient zuvor einem solchen Vorgehen zugestimmt hat. Es müssen falsche Kontraindikationen vermieden werden, beispielsweise stellt ein nicht fiebriger Infekt der oberen Luftwege kein Impfhindernis dar. Schließlich muss aber auch festgestellt werden, dass es immer noch zu viele Mediziner gibt, die entweder die STIKO-Empfehlungen nicht beachten und/oder einfach überhaupt zu wenig impfen. Hierbei bestehen erhebliche Unterschiede innerhalb der Fachgruppen. So führen Allgemeinärzte und Gynäkologen nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen weniger als 40 Impfungen im Quartal durch, während die Kinder- und Jugendarztpraxen auf die zehnfache Anzahl im Quartal kommen. Hierbei bestehen erhebliche Unterschiede innerhalb der Fachgruppen und natürlich auch der Regionen. Auf Hessen bezogen zeigt die untenstehende Graphik, dass nur gerade einmal 14 von insgesamt 565 gynäkologischen Praxen im Quartal mehr als 100 Impfungen durchführen (14).



Quelle: Zusammenstellung: Dr. med. Klaus J. Doubek, BVF • Daten: KV Hessen

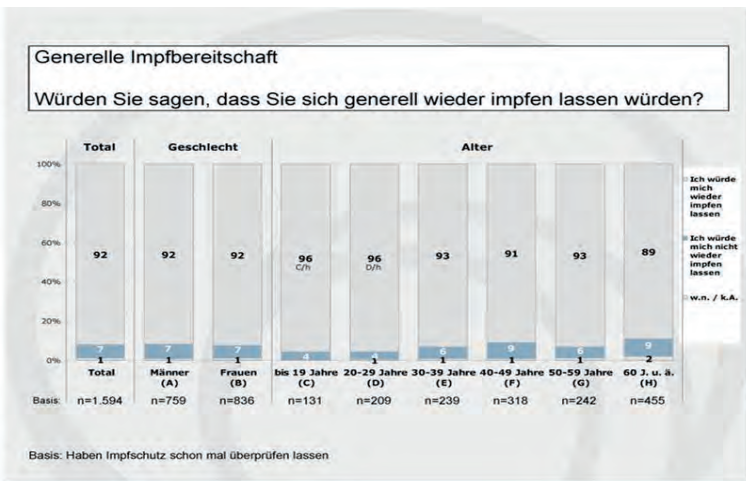
vergeblich. Zum krönenden Abschluss kommen die an der Erstellung des Nationalen Impfplanes Beteiligten zu nachfolgender Erkenntnis: „Um neue Wege einzuschlagen, müssen zunächst nationale Impfziele entwickelt

und natürlich auch der Regionen. Auf Hessen bezogen zeigt die untenstehende Graphik, dass nur gerade einmal 14 von insgesamt 565 gynäkologischen Praxen im Quartal mehr als 100 Impfungen durchführen (14).

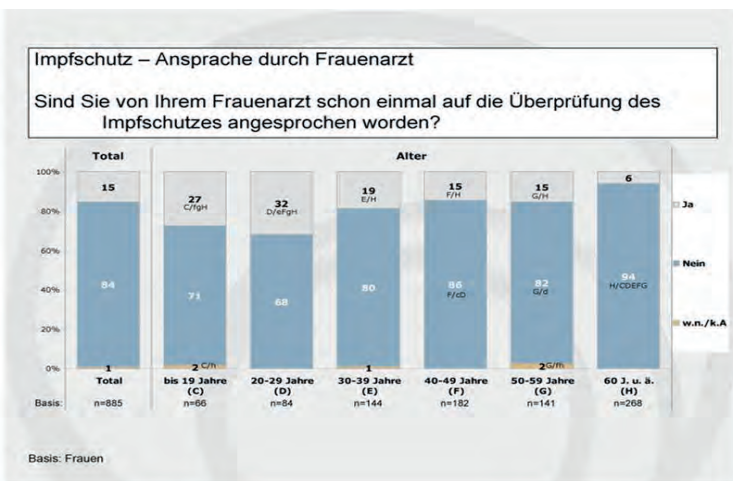
Spitzenreiter bei den Hausärzten ist die Grippeimpfung, gefolgt von der FSME-Impfung.

Hohe Impfbereitschaft in der Bevölkerung, jedoch zu wenige werden erreicht

Mit Blick auf die HPV- und Pertussisimpfung besteht daher gerade bei den Frauenärzten ein erheblicher Nachholbedarf. Hier sorgt eine Studie des IFAK-Institutes für Ernüchterung (14). Das Institut hatte im Zeitraum 20.05.2008 – 10.06.2008 in einer Nettostichprobe die deutsch sprechende Bevölkerung in Privathaushalten mit Telefonanschluss im Alter ab 14 Jahre durch medizinisch geschulte Interviewer telefonisch zum Thema Impfen befragt. Die Frage zur generellen Impfbereitschaft (Würden Sie sagen, dass Sie sich generell wieder impfen lassen würden?) wurde von im Mittel mehr als 90 % der Befragten bejaht. Dies lässt den Schluss zu, dass viele grundsätzlich Impfwillige vom Impfarzt nicht erreicht werden.



In einer weiteren Frage zum Impfschutz („Sind Sie von Ihrem Frauenarzt schon einmal auf die Überprüfung des Impfschutzes angesprochen worden?“) war das Ergebnis ernüchternd. Selbst in der Gruppe der bis 19-jährigen sowie der 10-29-jährigen Frauen bestätigten dies gerade einmal ca. 30% der Befragten.



Auch Pädiater müssen mehr impfen – Jugendgesundheitsuntersuchung J 1 als Chance dazu

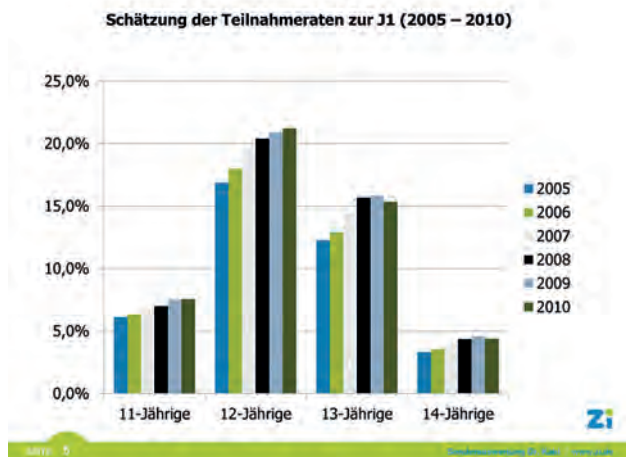
Aber auch die Pädiatrie hat ihre Problemfelder beim Thema Impfen. Sicherlich trifft es zu, dass die Jugendgesundheitsuntersuchung J 1, die von allen Krankenkassen zwischen dem 12. und 15. Geburtstag bezahlt wird, die beste Gelegenheit zum Beginn der HPV-Impfung darstellt, wie dies der Pädiater und STIKO-Mitglied Dr. Martin Terhardt in einem Interview Anfang 2013 äußerte (11). Es trifft aber ebenso zu, dass diese Vorsorgeuntersuchung von viel zu wenigen Jugendlichen in Anspruch genommen wird, obwohl sie bereits 1998 zur Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenkassen wurde. Nach einem mühsamen Anstieg der Inanspruchnahmen über die Jahre, verharrt diese trotz aller bisherigen Maßnahmen beispielsweise der BZgA seit Jahren mit knapp 33 % auf niedrigem Niveau.

TABELLE 1

Teilnahme an der J1 nach Alter und Geschlecht

Alter bei der Befragung (Jahre)	Geschlecht			abs.	in %	
	weiblich	männlich	insgesamt			
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
14	95	21,2	110	22,2	205	21,7
15	141	32,1	175	37,0	316	34,6
16	164	38,9	160	38,0	324	38,4
17	157	37,7	144	39,3	301	38,5
alle	557	32,3	589	33,5	1 146	32,9

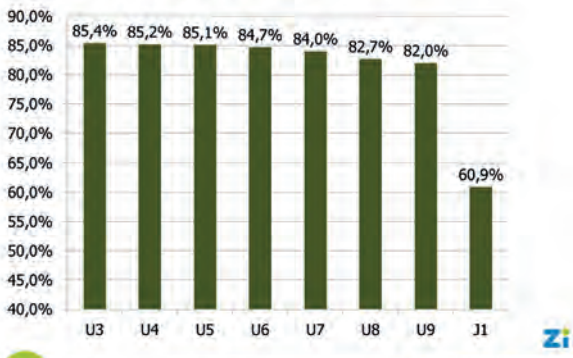
Jugendgesundheitsuntersuchung J1: Auswertung von Daten aus der KIGGS-Umfrage
 Tisch Arztebl Int 2011; 108(11): 180-5; DO: 10.3238/arztebl.2011.0180



Problematisch ist insbesondere die geringe Inanspruchnahme bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Die weitaus überwiegende Zahl der Jugendgesundheitsuntersuchungen wird nach Angaben des Zentralinstitutes des Bewertungsausschusses ZI von Kinder- und Jugendärztinnen und –ärzten erbracht.

Und es lässt sich auch zeigen, dass vom Pädiater betreute Jugendliche signifikant häufiger an dieser Vorsorgeuntersuchung teilnehmen. Es besteht guter Grund zu

Anteil der von Kinder- und Jugendärzten erbrachten Untersuchungen (2009)



der Annahme, dass die HPV – Impfrate gesteigert werden könnte, wenn eine Verbesserung der Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung gelänge. Bisherige Bemühungen über Hochglanzbroschüren oder Ähnliches sind nachweislich unwirksam geblieben.

Aufsuchende Konzepte in Schulen steigern Teilnehmeraten an der J 1

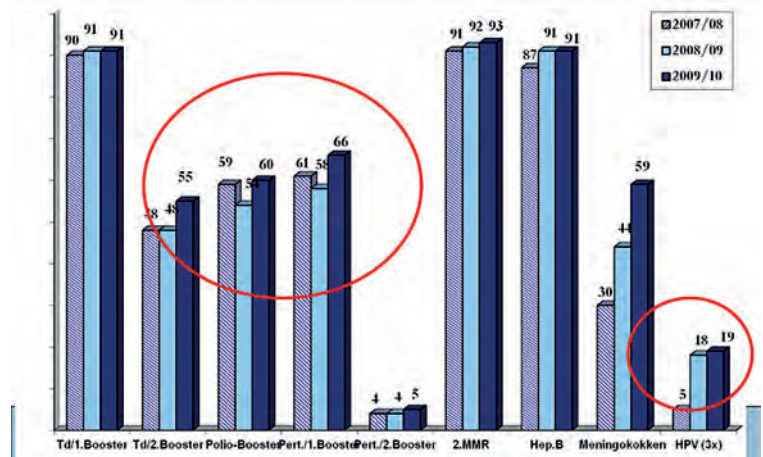
In Projekten konnte gezeigt werden, dass aufsuchende Konzepte beispielsweise in Schulen deutlich wirkungsvoller sind. Hier betätigt sich seit einiger Zeit die Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau ÄGGF (15), deren Mitglieder gezielt in Schulen gehen und dort über vorwiegend gesundheitspräventive Themen informieren und mit den Schülern diskutieren, z.B. auch über die Bedeutung der Jugendgesundheitsuntersuchung und der HPV-Impfung. Auch wenn die (ÄGGF) insbesondere die Schülerinnen im Blick hat, konnte der Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen BVKJ in Nordrhein-Westfalen mit der ÄGGF eine Ausweitung der Beratung zur J1 auch auf männliche Schüler anregen, sodass an den 19 Standorten, an denen die ÄGGF in NRW vertreten ist, eine allgemeine Bewerbung der Jugendgesundheitsuntersuchung erfolgt.

Staatliche Erinnerungssysteme erfolgreich

Ein erfolgreiches Konzept zur Attraktivierung der Jugendgesundheitsuntersuchung und die Impfungen im Jugendalter wurde vom Landesamt für Gesundheit und

Soziales des Landes Mecklenburg-Vorpommern (LAGuS) unter der Leitung von Dr. Martina Littmann ins Leben gerufen (16). Dort war man auch über die schlechten Teilnehmeraten an der Jugendgesundheitsuntersuchung sowie die unbefriedigenden Durchimpfungsraten bei Jugendlichen insbesondere bei der HPV-Impfung besorgt. Während im Erfassungszeitraum 2009/10 im Mittel gerade einmal 38 % der teilnahmeberechtigten Jugendlichen an der Jugendgesundheitsuntersuchung teilgenommen hatten, lag die Impfrate für HPV gerade einmal bei 19 %.

Vergleich Impfraten der 8. Klassen in M-V 2007/08, 2008/09 und 2009/10

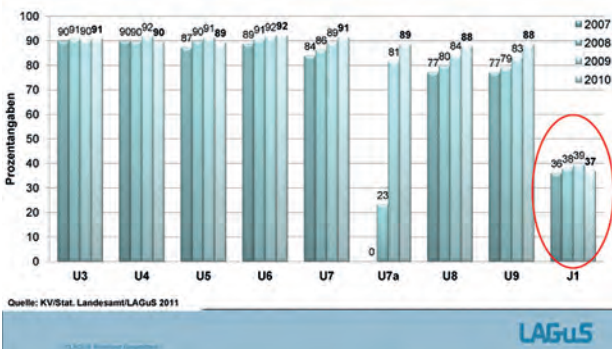


Quelle: Landesamt für Gesundheit und Soziales, Mecklenburg-Vorpommern (LAGuS)

Dies bewog das Landesamt für Gesundheit und Soziales in Mecklenburg-Vorpommern, ein Projekt zu initiieren, bei dem in den sechsten Klassen in der Hälfte der Kreise eine Schulaktion mittels Flyer und Erinnerungsschreiben durchgeführt wurde, die ca. 2500 Kinder umfasste, während in der anderen Hälfte der Kreise eine Elternaktion über die Servicestelle des LAGuS gestartet wurde, die ca. 1200 Kinder erreichte, die im 1. Halbjahr 2011 ihren 12. Geburtstag feierten. Es erfolgten jeweils Informationen an Eltern, Lehrer und Jugendliche über die Jugendgesundheitsuntersuchung und die erforderlichen Impfungen sowie an die Ärzteschaft über Arztmedien wie dem Ärzteblatt. Die Ergebnisauswertung erfolgte durch einen nach Kreisen gegliederten Vergleich, der bei der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern abgerechneten Jugendgesundheitsuntersuchungen des 1. Halbjahres 2011 mit denen des Vorjahres. Zudem wurde ein Vergleich der Kreise untereinander durchgeführt mit dem Ziel der Bewertung der beiden eingesetzten Erinnerungsaktionen sowie einer Auswertung der Impfraten.

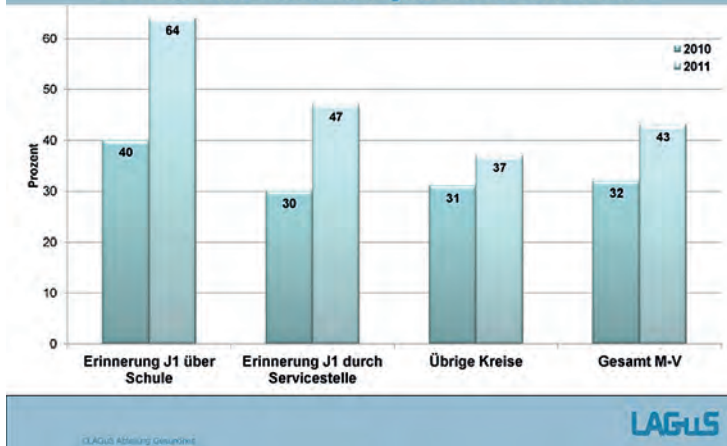
Es konnte festgestellt werden, dass durch beide Maßnahmen die Teilnehmeraten an der Jugendgesundheitsuntersuchung im Beobachtungszeitraum um 21% anstieg. Bemerkenswert war jedoch auch, dass nach Ende der Aktion die Teilnehmeraten sogleich wieder abfielen, was den Schluss zulässt, dass solche Erinnerungsverfah-

Prozentualer Anteil der bei der KV abgerechneten Vorsorgeuntersuchungen 2007-2010 in MV (nur GKV)

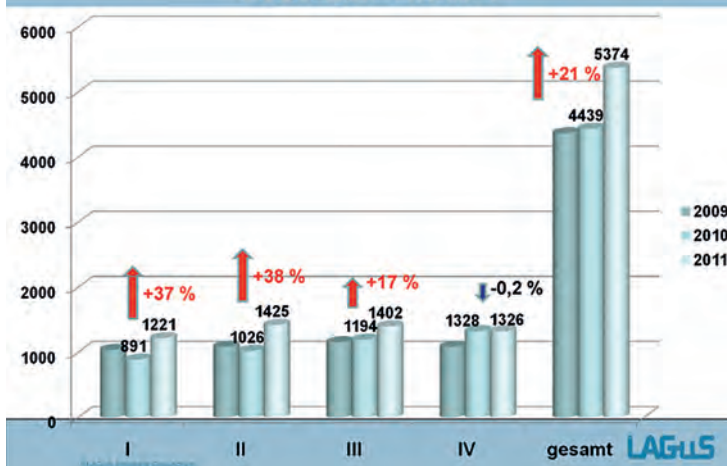


ren zwar wirksam sind, zu diesem Zweck jedoch einer nachhaltigen Durchführung bedürfen.

Vergleich der Teilnahme an J1 in „Aktionslandkreisen“, übrigen Kreisen und Gesamt-MV im I. Halbjahr 2010 und 2011

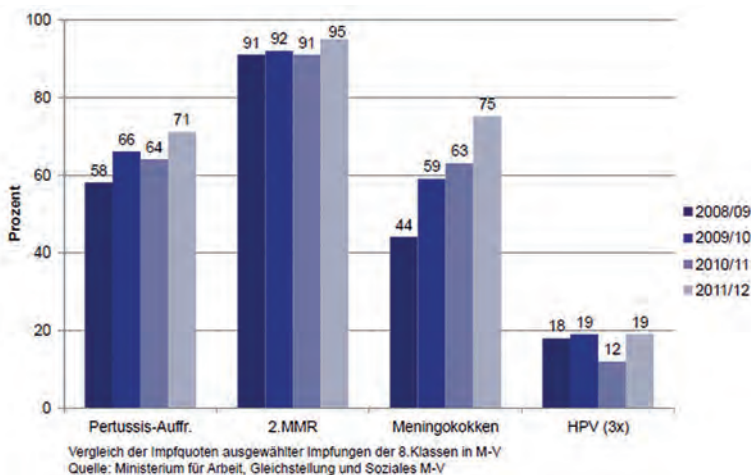


Bei der KV abgerechnete J1-Untersuchungen 2009-2011 in M-V



Pilotprojekt in MV steigert die Impfraten – außer bei HPV

Die bisherigen Ergebnisse des Pilotprojektes hinsichtlich der Erwartung verbesserter Impfraten sind leider uneinheitlich. Es zeigen sich zwar durchaus positive Effekte, jedoch nach wie vor nicht bei der HPV-Impfung.



Dieses Ergebnis enttäuscht und bedarf weiterer Ursachenforschung. Es gibt guten Grund zu der Annahme, dass allgemein die niedrigen Impffzahlen bei den Frauenärzten hier mit verursachend sind und Abhilfe erforderlich macht. Dennoch erscheint der eingeschlagene Weg grundsätzlich erfolgversprechend zu sein (14). Aber auch die Berufsgruppe der Kinder- und Jugendärzte muss ihr HPV-Impfverhalten dringend verbessern. Um die Nachhaltigkeit der Pilotaktion zu gewährleisten, soll die Aktion in Kooperation mit den Krankenkassen fortgesetzt werden. Auch andere Wege sind denkbar und werden teilweise auch heute schon im Sinne von sog. Recall-Systemen eingeschlagen. Wenn der Patient zuvor schriftlich eingewilligt hat, können Ärztinnen und Ärzte ihre Patienten über solche Erinnerungsverfahren auf anstehende Untersuchungen und Impftermine aufmerksam machen. Zur Zeit wird seitens des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte und weiterer ärztlicher Berufsverbände an einer Praxis-APP für Smartphones gearbeitet, die einer solchen direkten Patienteninformation dienen kann. Da über 50 % der Zielgruppe mobile Telekommunikationssysteme nutzen, kann eine installierte APP eben solchen Recall ermöglichen. Die Bedienung ist einfach über eine zentrale Homepage-Verwaltung möglich.

Eltern wie Jugendliche stehen in Deutschland dem Impfen sehr positiv gegenüber, jedoch hapert es an der Erreichbarkeit der Zielgruppe und damit an der konkreten Umsetzung. Unter Berücksichtigung kreativer Ideen und moderner Kommunikationsverfahren ist die Teilnehmerate an der Jugendgesundheitsuntersuchung sicher deutlich steigerbar und es besteht kein vernünftiger Zweifel daran, dass sich dieser Effekt positiv auf die Durchimpfungsraten bei Jugendlichen insbesondere bei der HPV-Impfung auswirken würde.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor ist Mitglied in HPV-Advisory Boards der Pharmaunternehmen GlaxoSmithKline sowie Sanofi Pasteur MSD.

Dr. med. Thomas Fischbach
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Facharzt für Anaesthesiologie
Focher Straße 20
42719 Solingen
Tel.: 0212/22609150
E-Mail: fischbach@kinderarzte-solingen.de

Red.: Huppertz

Steckbrief zu: Kokain

Chemische Bezeichnung: Hauptalkaloid des Coca-Strauches (Erythroxylo-n-coca); Wirkung über zentralnervöse Dopaminverstärkung;

Straßennamen(n): Koks, Charly, Coke, Cola, Schnee, Stardust, Nose Candy;

Dosierung(en): Wirkstoffgehalt des Pulvers zwischen 30 – 50 %; Streckmittel sind neben Milch- und Traubenzucker oder Mannit auch Lidocain, Paracetamol, Coffein oder Amphetamine;

Einzeldosis bei Erwachsenen 25 – 60 mg (i.v. 10 mg !);

Einnahmeform: weißes, geruchsloses kristallines Pulver des Kokainhydrochlorides, das geschnupft wird oder (selten) i.v. gespritzt wird; chemisch als Base aufbereitet wird es geraucht (=Crack);

rascher Wirkeintritt beim Schnupfen nach 2 – 3 Minuten, Wirkdauer 30 Minuten bis 2 Stunden; bei i.v. – Gabe Wirkeintritt in Sekunden, Wirkdauer nur 5 – 20 Minuten;

Interaktionen: Wirkverstärkung durch gleichzeitigen Alkoholkonsum (Cocaethylen);

In Kombination mit Nikotin erhöhtes Apoplexrisiko; Wirkverstärkung auch der unerwünschten bis lebensbedrohlichen vaskulären Symptome durch Stimulanzien, Cannabis, Sympathomimetika, MAO-Hemmer, Trizyklika oder Betarezeptorenblocker;

Straßenpreis(e): 1 Gramm (gestreckt) kosten zwischen 50 bis 100 Euro, was 10 Einzeldosen oder „Reihen“ zu 25 – 60 mg entspricht, ED also 5 bis 10 Euro;

Erwünschte Wirkung(en): Gefühl der Leistungssteigerung, gesteigertes Wohlbefinden und Kreativität; erhöhtes Selbstvertrauen, Wegfall von Hemmungen und Ängsten mit erhöhter Risikobereitschaft, gesteigerte Libido; Unterdrückung von Müdigkeit, Hunger und Durst;

Unerwünschte

Wirkung(en): , starker Rededrang (Laberflash), motorische Unruhe und Hyperaktivität, erhöhte Pulsfrequenz und Blutdruck, kaltschweißige Haut, Anstieg der Körpertemperatur, Mydriasis;

Besonders hohes Risiko in der Schwangerschaft für Aborte, Totgeburten, intrauterine Wachstumsverzögerung und Mikrozephalie; durch Vasokonstriktion beim Feten sind zerebrale Infarkte, eine NEC, intestinale Atresien oder Hemmungsfehlbildungen an Skelett und Urogenitalsystem möglich; postpartal kommt es zu Entzugssymptomen beim Neugeborenen, das Risiko für SIDS ist erhöht, ebenso für langfristige motorische und Verhaltensstörungen;

Symptome bei Überdosierung: generelle Gefäßverengung mit Risiko für Angina pectoris, Myokard- oder Abdominalinfarkt; ventrikuläre



Suchtforum

und supraventrikuläre Herzrhythmusstörungen, Angstzustände bis hin zu Paranoia, Aggressivität und Wahnvorstellungen als sog. Kokainhalluzination (z. B. „Kribbeln unter der Haut wie Würmer“); zerebrale Krampfanfälle; in hoher Dosis (bodypacker) Tod durch Atemlähmung (es gibt kein Antidot);

Nachweismethoden: Kokain selbst ist im Blut bis zu 6 Stunden, im Urin bis zu 12 Stunden nachweisbar; das Hauptstoffwechselprodukt Benzoylcegonin ist im Blut und Urin tagelang nachweisbar und kann schon in sehr geringen Mengen mit herkömmlichen Bedside-Testen erfasst werden. Bei jedem Myokardinfarkt junger Erwachsener sollte auch ein Drogenscreening auf Benzoylcegonin erfolgen;

Therapieoptionen akut: Primäre oder sekundäre Giftentfernung sind wegen der raschen Verläufe unwirksam;

bei Hyperthermie externe Kühlung, bei Tachykardie und Hochdruck keine Betarezeptoren-

renblocker, nur Sedierung mit Benzodiazepinen, bei Gefäßspasmen und Arrhythmien Calciumantagonisten oder Glyceroltrinitrat i.v. bzw. Phentolamin i.v.

Langzeitfolgen: Starke psychische Abhängigkeit mit hoher Rückfallquote bei Abstinenz;

Schädigung der Nasenscheidewand mit Nasenbluten und Verlust des Geruchssinnes; erhöhte Infektanfälligkeit, chronische Gefäßschädigung mit Myokardinfarkt, Herzrhythmusstörungen oder apoplektischem Insult; zerebrale Krampfanfälle, Leberschäden; Wahnvorstellungen, Schizophrenie oder Depressionen sind beschrieben; bleibende Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und kognitiver Fähigkeiten sind möglich.

Dr. Matthias Brockstedt
Ärztlicher Leiter KJGD-Mitte
Reinickendorfer Str. 60b
13347 Berlin
Tel.: 030/9018-46132
E-Mail: matthias.brockstedt@barmittel.berlin.de

Red.: Heinen

Verstärkte Hautreaktionen nach Mückenstichen – Weitere Allergiediagnostik?

Frage:

Ich betreue in kinderärztlicher Praxis einen 7-jährigen Jungen. Familienanamnestisch ist ein Heuschnupfen des Vaters bekannt. Der Patient zeigte im September 2011 und im Juli 2012 verstärkte Hautreaktionen nach Mückenstichen (Erytheme, großflächige Papeln, Pruritus) die sich nach lokaler Behandlung zurückbildeten.

Daraufhin wurde eine RAST-Untersuchung eingeleitet, die u. a. eine Sensibilisierung auf Bienengift (0,7 kU/l, Cap-Klasse 2) zeigte. Wespe war negativ (0,2 kU/l). Meine Fragen:

- Ist eine weitere Diagnostik indiziert?
- Sollte ein Provokationstest aufgrund der Sensibilisierung gegen Bienengift erfolgen?
- Benötigt der Patient ein Notfallset und wie sollte dieses ausgestattet sein?

Antwort:

Entscheidend ist die Anamnese. Leider gibt es keine Informationen über bisherige Stichereignisse. Vorausgesetzt, dass bisher keine wesentlichen Stiche von Wespen oder Bienen erfolgt sind, ist der Junge zwar sensibilisiert, dies aber in sehr schwacher Ausprägung und über eventuelle klinische Reaktionen kann keine sichere Aussage gemacht werden. Aus der Tatsache, dass verstärkte Lokalreaktionen auf Mückenstiche auftreten, kann man lediglich ableiten, dass auch verstärkte Lokalreaktionen auf Wespe oder Biene bei einem Stich auftreten können. Lebensbedrohliche Reaktionen sind nicht wahrscheinlich, können aber natürlich grundsätzlich nie ausgeschlossen werden.

Von der Durchführung der modernen Komponentendiagnostik (Ves v 1, Ves v 5, Api m 1) verspreche ich mir in diesem Fall ebenfalls keine weiterführenden Informationen. Ich halte daher ein abwartendes Verhalten für

gerechtfertigt. Dies gilt auch für die Möglichkeit einer Provokationstestung mit der subkutanen Injektion von 100 µg gereinigtem Insektengift, die einige spezialisierte pädiatrisch-allergologische Zentren anbieten.

Folgerichtig kommt aus meiner Sicht auch die Verschreibung eines Notfall-Sets, das einen Adrenalin-Autoinjektor beinhaltet, wenig in Frage. Entweder man vermutet ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhtes Risiko für bedrohliche Reaktionen, dann sollte eine entsprechende Diagnostik und gegebenenfalls Therapie erfolgen oder man rät zu einem abwartenden Verhalten, da man bei der Allgemeinbevölkerung auch nicht nach Sensibilisierungen gegen Insekten sucht. Es spricht nichts dagegen, dem Patienten ein orales Antihistaminikum und Glukokortikosteroid zur Verfügung zu stellen, um Symptome zu lindern – dabei handelt es sich aber nicht um ein Notfall-Set.

Zusammenfassend würde ich bei diesem Patienten zurzeit keinerlei Maßnahmen durchführen, die Situation aber mit den Eltern im Sinne einer Risikoabwägung besprechen.

Literatur:

- [1] Przybilla B, Ruëff F, Fuchs T, Pfeiffer C, Rakoski J, Stolz W, Vieluf D. Insektengiftallergie. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI). Allergo J 2004; 13: 186-190.
- [2] Ruëff F, Przybilla B. Nebenwirkungen und Erfolg der Insekten-gifthyposensibilisierung. Allergo J 2005; 14: 560-568.

Prof. Dr. med. Bodo Niggemann
DRK Kliniken Berlin
Hedwig-von-Rittberg-Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Spandauer Damm 130
14050 Berlin

Das „CONSILIUM INFECTORUM“ ist ein Service im „KINDER- UND JUGENDARZT“, unterstützt von INFECTOPHARM. Kinder- und Jugendärzte sind eingeladen, Fragen aus allen Gebieten der Infektiologie an die Firma InfectoPharm, z. Hd. 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 sind die Schriftleiter Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, und Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, redaktionell verantwortlich.

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Individualisierung der Therapie der ALL durch molekulare Prognose-Marker

Independent Prognostic Value of BCR-ABL1-Like Signature and IKZF1 Deletion, but not High CRLF2 Expression, in Children with B-cell Precursor ALL

van der Veer A et al: *Blood*, Vol. 122, Nr. 15, 2622-2629, Oktober 2013 mit Kommentar von Mullighan G et al: *Blood*, Vol. 122, Nr. 15, 2531-3532, Oktober 2013

Die 5-Jahresüberlebensrate bei Kindern mit akuter lymphatischer Leukämie (ALL) hat sich über die Jahre hinweg weiter verbessert. Aktuell sprechen wir von einer Heilungsrate von über 90%.

Immer wieder tauchen neue Forschungsergebnisse auf, die frühzeitige Hinweise auf den Verlauf der Erkrankung geben könnten. So stellten Mullighan et al 2009 u.a. einen Zusammenhang zwischen IKZF1-Deletionen (Ikariosfamilyzincfingerprotein 1) und der schlechten Prognose einer B-Zell-Akuten Lymphatischen Leukämie (B-VORLÄUFER-ALL) dar. Van der Veer et al beschreiben in der vorliegenden Publikation anhand einer Studie, die 1128 Kinder mit neu diagnostizierter ALL - behandelt nach 4 Therapieprotokoll-Vorlagen - rekrutiert, noch einmal detailliert, dass folgende drei molekulare Gegebenheiten unabhängig voneinander den prognostischen Vorhersagewert einer B-VORLÄUFER-ALL präzisieren können: der BCR-ABL1 (Fusionen auf Chrom. 22, das auch als Philadelphia-Chromosom bezeichnet wird)-ähnliche Phänotyp, eine partielle oder komplette IKZF1-Deletion und evtl. Veränderungen in der CRLF2-Expression (cytokinereceptor-like factor 2). Dabei gehen van der Veer et al auf die hohe Rezidivrate bei Patienten mit dem Vorhandensein von BCR-ABL1-ähnlich. Phänotyp (oder auch Philadelphia-Chromosom-like-ALL genannt) und/oder IKZF1-Deletion ohne Vorhandensein einer BCR-ABL1-Mutation/Translokation ein. Eingeschlossen sind Patienten aus allen Risikogruppen (Standard-, mittleres und hohes Risiko).

Kommentar:

Diese Erkenntnis könnte für die betroffenen Patienten sehr wichtig und gewinnbringend sein, evtl. sogar unnötige Therapien einsparen. Die B-VORLÄUFER-ALL ist eine aggressive, aber mit intensiver Therapie gut heilbare Form der Akuten Lymphatischen Leukämie. Wenn das minimale Resterkrankungsrisiko (MRD) anhand o.g. molekularer Marker genauer definiert und entsprechende Therapieansätze etabliert werden könnten, würde dies „die Voraussage eines langfristigen Therapieerfolges“ bedeuten.

Mullighan et al mahnen, diese Erkenntnisse nicht einfach nur aufzulisten und ohne Konsequenz nebeneinander stehen zu lassen. Es bedürfe einer genaueren und standardisierten Analyse der einzelnen molekularen Marker. So gäbe es eine Vielzahl von Alterationen in Ph-like-ALLs (Philadelphia-ALL), die durch Tyrosinkinase hervorgerufen werden können. Genau hier könnte ein neuer Therapieansatz etabliert werden: Tyrosinkinase-Inhibitoren additiv zur Chemotherapie. Da sich die Ph-like ALL sehr ähnlich verhält wie die Ph+ - ALL, erhofft man sich von diesem Therapieansatz viel. Laut Mullighan et al zeigen sich in Letzteren eine repräsentativ (durch verschiedene Studien bestätigt) bessere Heilungschance durch die Therapie mit ABL1-Tyrosinkinase-Inhibitoren. Ob dadurch eine evtl. Stammzelltransplantation umgangen werden kann, bleibt offen.

Der Appell geht dahin, weg von konventionellen hin zu mehr zielgerichteten diagnostischen Ergebnissen zu gelangen, um eine effiziente Therapie anzusetzen und damit die Heilungsrate weiter zu steigern bzw. die Überlebensrate zu verbessern und eventuell die Verträglichkeit der Therapie zu erhöhen.

(Stefan Eber, München)

Toxoplasmose in der Schwangerschaft. Ist das pränatale Screening noch sinnvoll?

Toxoplasmosis in Pregnancy in an Area With Low Seroprevalence. Is Prenatal Screening Still Worthwhile?

Capretti MG, De Angelis M, Tridapalli E et al - *Pediatr Infect Dis J*;33,5-10, Januar 2014

Die Autoren vom Universitäts-Krankenhaus in Bologna untersuchten demographische und serologische Befunde für Toxoplasma gondii (Tg) bei allen Schwangeren die zwischen Januar 2009 und 2011 entbunden worden waren. Alle schwangeren Frauen mit einer primären Tg-Infektion und deren Säuglinge wurden in die Studie einbezogen.

Von 10.347 Schwangeren (8.317 Italienerinnen = 76,5 % und 2.250 ausländische Frauen = 23,5 %), die einem Tg-Screening unterzogen wurden, hatten 2308 (22,3%) Tg-Antikörper. Dabei war die Seroprävalenz bei nicht- einheimischen Frauen signifikant höher als bei italienischen Frauen (32,8 % vs. 19,1 %, relat. Risiko: 1,71, P < 0,001). Die Inzidenz für eine primäre Tg-Infektion in der Schwangerschaft betrug 0,77 %. Immigrantinnen hatten eine höhere Inzidenz für eine primäre Tg-Infektion in der Frühschwangerschaft als italienische Frauen (relat. Risiko: 4,88, P < 0,001). Im

Studien-Zeitraum wurde bei 62 Frauen, die alle länger als 1 Jahr in Italien lebten, eine Tg-Primär-Infektion nachgewiesen: 29 im 1. Trimester, 16 im 2. Trimester und 12 im 3. Trimester. 54 der 62 Frauen erhielten eine Spiramycin-Therapie, 2 eine Behandlung mit Sulfadiazin + Pyrimethamin. 6 Frauen führten die verordnete Therapie nicht durch. 55 der 62 Neugeborenen waren bei der Geburt und bei wiederholten Kontrollen Tg-IgM-negativ. Ihre spezifischen TgIgG-Antikörper gingen sukzessive zurück und im Alter von 12 Monaten waren sie seronegativ. Sie wurden als nicht infiziert eingestuft und erhielten keine antiparasitäre Behandlung. Alle 7 Säuglinge mit einer Tg-Infektion waren Immigrantenkinder. 3 der infizierten Säuglinge waren bei der Geburt symptomatisch: zerebrale Verkalkungen in 1 Fall, mässige Ventrikelvergrößerung mit intracerebralen Verkalkungen bei den 2 anderen. Bei keinem von ihnen zeigte sich eine Chorioretinitis im 1. Lebensmonat. Die anderen 4 waren nur subklinisch erkrankt. Alle 7 konnatal infizierten Säuglinge wurden 1 Jahr antiparasitär behandelt und während 18 bzw. 36 Monate in einem Nachuntersuchungs-Programm kontrolliert.

Alle 7 Mütter der infizierten Säuglinge hatten in der Schwangerschaft eine Behandlung erhalten und wurden selber für 1 Jahr antiparasitär behandelt. In keinem Fall entwickelte sich eine Störung der psychomotorischen Entwicklung oder eine neu entstandene Chorioretinitis. Auch wurde bei den Kontrolluntersuchungen keine Hörverminderung oder Sehstörung beobachtet.

Die Autoren folgern aus ihren Ergebnissen, dass Massnahmen zur Prävention einer Tg-Infektion den Schwangeren ausführlich erklärt werden müssen, mit einem Fokus auf die spezifischen Gewohnheiten der nicht-einheimischen Frauen. Das pränatale Screening ist weiterhin effektiv in der Selektion von Frauen, die einer pränatalen Therapie bedürfen, um eine vertikal Übertragung zu verhindern und zur Identifizierung von Feten und Neugeborenen mit einer konnatalen Erkrankung, die von einer prä- und postnatalen antiparasitären Therapie profitieren.

Kommentar

Die Studie stellt einen wichtigen Beitrag zur Toxoplasmose-Häufigkeit bei inländischen und ausländischen Schwangeren im Bereich einer norditalienischen Universitäts-Klinik dar. Es bleibt offen, inwieweit sich die Daten auf ländliche Regionen und auf andere europäische Länder übertragen lassen. Solange die Ergebnisse nicht durch überregionale oder nationale deutsche Daten gefestigt sind, sollte das Toxoplasmose-Screening für in- und ausländische Schwangere in Deutschland weiter verpflichtend sein, um intrauterine Infektionen zu verhüten, zu erkennen und gegebenenfalls zu behandeln. Das Screening ist aber auch weiterhin Grundlage einer wirksamen Behandlung von Toxoplasmose-infizierten Schwangeren und ihren Neugeborenen.

(Helmut Helwig, Freiburg)



Impfforum

Wer erkrankt in Deutschland an Masern?

So der Titel eines Beitrags im Epidemiologischen Bulletin 48/2014 (www.rki.de). Antwort: regional betrachtet waren die „Hot spots“ im vergangenen Jahr Bayern und Berlin mit 789 (44%) bzw. 493 (28%) der insgesamt 1775 gemeldeten Fälle bundesweit. Bezüglich der Altersverteilung waren bundesweit 39% der an Masern erkrankten Personen Erwachsene (20 Jahre und älter), in Berlin und Bayern waren es sogar 45% bzw. 41% (Stand vom 31.10.2013). Die grosse Mehrheit (85%) aller Erkrankten mit bekanntem Impfstatus (86%) waren nie gegen Masern geimpft. Die zunehmend zu beobachtende Verschiebung der Krankheitsfälle ins Erwachsenenalter ist ein Kohorteneffekt, da es sich überwiegend um nie gegen Masern geimpfte (junge) Erwachsene handelt, die im Kindesalter der Krankheit entgingen und sich nun bei der ersten Exposition infizieren und erkranken. Ich glaube nicht, dass wir mit der gegenwärtigen Impfstrategie (Standardimpfung nur bis zum Alter von 17 Jahren) diesem Trend Einhalt gebieten können. Wir wissen, dass 2 Dosen Masern-Impfung einen sehr guten (>99%) Schutz verleihen. Die derzeitige Beschränkung der Masern-Nachholimpfung im Erwachsenenalter (Geburtsjahrgänge ab 1970), auf berufliche Indikationen und im Rahmen von Ausbrüchen sowie altersunabhängig als Postexpositionsprophylaxe greift zu kurz. Viel sinnvoller wäre eine generelle Ausweitung der Impfempfehlung auf

alle unklar, nachweislich nicht oder unvollständig (<2 Dosen) geimpften und nach 1970 geborenen Personen. Nur so lässt sich meiner Überzeugung nach das Ziel der Masernelimination in Deutschland mittelfristig erreichen.

Rotavirus-Impfung und Invagination

Vor 2 Jahren hatte ich an dieser Stelle (*Kinder- und Jugendarzt 2012;43:379*) über zwei Studien aus Brasilien und Mexiko berichtet, in welchen eine Risikoerhöhung für Invaginationen nach Rotavirus (RV)-Impfung gezeigt worden war. Nun gibt es ähnliche Ergebnisse aus Australien, ein Land, dessen Lebensverhältnisse mit den unsrigen vergleichbar sind und welches ein nationales RV-Impfprogramm besitzt (*Clin Infect Dis 2013;57:1427-1434*). Stärken der Arbeit sind 1) die Differenzierung nach Impfstofftyp (RV1: Rotarix®, RV5: RotaTeq®) und individuelle Impfdatenerfassung in einem nationalen Register, 2) die bestmögliche Erfassung der Invaginationsfälle Dank Datenbank und der Anwendung der stringenten Falldefinition der Brighton Collaboration (frei verfügbar auf www.brightoncollaboration.org), und 3) Auswertung der Daten mit zwei verschiedenen Ansätzen, nämlich eines Fall-Kontroll- und eines Fall-Serien-Modells. Die Studie umfasste den Zeitraum Juli 2007 bis Juni 2010 und Säuglinge ab dem Alter von 1 Monat. Die Mehrheit aller Invaginationen trat nicht im zeitli-

chen Zusammenhang zu RV-Impfungen auf, d.h. später als 3 Wochen nach einer Impfdosis. Jedoch fand sich in den ersten 7 Tagen nach der 1. RV-Impfung eine relative Inzidenz von 6.8 (95% Vertrauensbereich: 2.4-19) für RV1 und 9.9 (95% VB: 3.7-26.4) für RV5 (Unterschied zwischen RV1 und RV5 nicht signifikant). Nach der 2. Impfdosis fand sich nur noch ein gering erhöhtes Risiko, nach der 3. Dosis (RV5) keines. Insgesamt sind auf der Basis dieser Daten in Australien bei einer angenommenen RV-Durchimpfung von 85% jährlich 14 zusätzliche Invaginationen bei Säuglingen zu erwarten, während gleichzeitig mindestens 6500 Hospitalisierungen durch RV-Infektionen verhindert werden. Die Autoren schlussfolgern deshalb: „Trotz eines geringfügig erhöhten Risikos für Invaginationen sowohl in Assoziation mit RV1 als auch RV5 in Australien, überwiegen die Vorteile der RV-Impfung in der Verhinderung von Gastroenteritis gegenüber den Risiken deutlich.“ Bei allem Respekt vor der Qualität der epidemiologischen Forschung in Australien – entscheidend für uns wird sein, inwieweit in Deutschland eine Assoziation zwischen RV-Impfung und Invaginationen festzustellen sein wird (oder nicht), nachdem diese seit Sommer 2013 gemäss STIKO eine Standardimpfung im Säuglingsalter ist.

Wer C sagt muss auch B sagen

In Abwandlung der Redensart *Wer A sagt muss auch B sagen* nochmals ein Blick nach „Down under“: dort hat Australien als erstes Land neben der Impfung gegen Meningokokken der Gruppe C nun auch die Impfung gegen Meningokokken Gruppe B (MenB) empfohlen. Die „Australian Technical Advisory Group on Immunisation“ (ATAGI) empfiehlt sie für Kinder bis zum Alter von 2 Jahren und für Jugendliche im Alter von 15-19 Jahren, den beiden Altersgruppen mit dem höchsten Risiko für invasive MenB-Infektionen in Australien. Im Gegensatz dazu hatte das Impfgremium des Vereinigten Königreichs die Einführung der Impfung zunächst abge-

lehnt, in erster Linie aus Kostengründen. Dies hat in Expertenkreisen eine lebhaft und kontrollierte Diskussion ausgelöst (*Lancet 2013;382:858, 935-936 und 1019*). In Deutschland gibt es bislang keine MenB-Impfempfehlung der STIKO. Die Datenlage wird evaluiert und via BVKJ hat eine von der STIKO initiierte Umfrage bei Ihnen in der Praxis betreffend einer evtl. Implementierung der MenB-Impfung stattgefunden, deren Ergebnisse derzeit ausgewertet werden. Die Ihnen bekannte „Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der DAKJ“ hat kürzlich eine Stellungnahme zur MenB-Impfung abgegeben (www.dakj.de). Unter Anerkennung aller noch vorhandener offener Fragen und der fehlenden Kostenerstattung für diese neue Impfung plädieren wir darin, „unter Berücksichtigung der Zielsetzung eines individuellen Impfschutzes gegen Meningokokken B-Erkrankungen die Impfung zum frühestmöglichen Zeitpunkt, also bereits ab einem Alter von 2 Monaten durchzuführen. Gleichzeitig sollte allen älteren Säuglingen, Kindern und Jugendlichen im Sinne einer Nachholimpfung der MenB-Impfschutz individuell angeboten werden.“ Dies ist konform mit dem viel zitierten Passus der STIKO: „Neben den von der STIKO empfohlenen Impfungen sind auf der Basis der existierenden Impfstoff-Zulassungen weitere Impfindikationen möglich, auf die nach folgend nicht eingegangen wird, die aber für den Einzelnen, seiner individuellen (gesundheitlichen) Situation entsprechend, sinnvoll sein können. Es liegt in der Verantwortung des Arztes, seine Patienten auf diese weiteren Schutzmöglichkeiten hinzuweisen. Insofern hindert auch eine fehlende STIKO-Empfehlung den Arzt nicht an einer begründeten Impfung.“ (*Epidem Bull 2013, Heft 34, Seite 319*). Wesentlich leichter fiel die Impfung in der Praxis natürlich mit einer STIKO-Empfehlung und zugesicherter Kostenerstattung im Rücken.

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

Red.: Huppertz



Welche Diagnose wird gestellt?

Hagen Ott

Anamnese

Eine 14 Monate alte, ansonsten gesunde Patientin wird wegen einer Blasenbildung und anhaltenden Schuppung im Bereich der Hände und Knie vorgestellt, die sich nach Beginn des Krabbelns manifestiert hätten. Nach Erlernen des aufrechten Ganges seien ähnliche Veränderungen auch an den Fußsohlen aufgetreten. Schmerzen, Juckreiz, kutane Infektionen oder andere Komplikationen wurden nicht berichtet. Die Familienanamnese ist unauffällig. Die Eltern sind nicht konsanguin.

Untersuchungsbefund

14 Monate altes Mädchen in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Beidseits palmar finden sich teils intakte, teils oberflächlich erodierte Blasen mit randständiger Schuppung (Abb. 1a). Plantar bds. zeigen sich unter Aussparung des Fußgewölbes



Abb.1a: Beidseits palmar teils intakte (weiße Pfeile), teils oberflächlich erodierte Bullae (schwarze Pfeile) mit randständiger Schuppung („peeling“)

oberflächliche, erythematöse Erosionen mit randständiger Desquamation (Abb. 1b). Eine Schleimhautbeteiligung liegt nicht vor, die Hautadnexstrukturen sind nicht betroffen.



Abb.1b: Oberflächliche, erythematöse Erosionen mit randständiger Desquamation

Wie lautet die Diagnose?

Diagnose: Akrales Peeling-Skin-Syndrom (APSS)

Das APSS stellt eine sehr seltene Genodermatose mit autosomal-rezessivem Erbgang dar, die durch eine intraepitheliale Blasenbildung charakterisiert ist. Klinisch weisen betroffene Patienten eine mittel- bis groblamelläre Schuppung („peeling“) an Händen und Füßen auf, die typischerweise nicht mit Schmerzen oder anderen subjektiven Beschwerden einhergeht. Nur bei wenigen Patienten bestehen Juckreiz oder Hautbrennen. Zusätzlich können sich insbesondere im Säuglings- und Kleinkindalter bevorzugt in mechanisch beanspruchten Hautarealen oberflächliche Blasen bilden. Diese Läsionen erodieren rasch, sind dann über lange Zeit erythematös (Abb. 1b) und heilen in der Regel ohne Narbenbildung oder andere Komplikationen vollständig ab.

Die Verdachtsdiagnose eines APSS wird zunächst klinisch gestellt, zur weiterführenden Abklärung ist regelhaft eine Hautbiopsie erforderlich. Sie zeigt den charakteristischen Befund einer Spaltbildung in den oberen Abschnitten der Epidermis zwischen Stratum granulosum und Stratum corneum. Eine endgültige Diagnosesicherung gelingt durch gezielte Mutationsanalyse des Transglutaminase 5 (TGM5-)Gens auf dem langen Arm von Chromosom 15 (15q15.2). TGM5 wird vorwiegend im Stratum granulosum exprimiert, wo es eine entscheidende Rolle in der Quervernetzung wichtiger Strukturproteine übernimmt. Bedingt durch inaktivierende Mutationen kann es zu einer eingeschränkten oder vollständig aufgehobenen TGM5-Funktion kommen, die zu einer Störung der epidermalen Integrität mit Blasenbildung und oberflächlicher Schuppung führt.

Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch sind in erster Linie andere Formen kongenitaler, blasenbildender Erkrankungen zu berücksichtigen. Insbesondere die Epidermolysis bullosa simplex (EBS), die auf Mutationen im Keratin 5- oder Keratin 14-Gen beruht, kann klinisch von einem APSS nicht unterscheidbar sein. So zeigen sich auch hier oberflächliche Blasen in mechanisch beanspruchten Hautarealen. Zusätzlich stellt sich wie beim APSS in feuchter Umgebung oder bei starkem Schwitzen eine deutliche Beschwerdezunahme ein. Zur sicheren Abgrenzung ist daher häufig eine Hautbiopsie unverzichtbar, die im Vergleich zum APSS eine tiefere, aber noch immer intraepitheliale Spaltbildung zeigt. Zur definitiven Abgrenzung sollte in der Regel eine K5/14-Mutationsanalyse angestrebt werden.

Therapie und Prognose

Eine kausale Therapie dieser genetisch bedingten Erkrankung ist nicht möglich. Im (seltenen) Fall einer ausgeprägten Blasenbildung folgt die symptomatische Therapie den allgemeinen Prinzipien der Wundversorgung: primäre Wundauflage (z. B. silikonbeschichtetes Polyamid-Netz [Mepitel®] oder Carboxymethylzellulose- und Vaseline-getränkte Polyester-Fasern [Urgotül®]; sekundäre Wundauflage: Polyurethan-Schaumverbände (z. B. Allevyn® oder Mepilex®); Fixierung mit halbelastischen Schlauchverbänden (z. B. Tubifast® oder Coverflex®). Eine Analgesie ist nur in Ausnahmefällen erforderlich.

Hinsichtlich möglicher physikalischer Triggerfaktoren ist eine entsprechende Expositionsprophylaxe anzuraten. So sollte das Tragen zu engen Schuhwerks vermieden werden. Auch von Reisen in Regionen mit hoher Luftfeuchtigkeit ist abzuraten. Ein vermehrtes Schwitzen der Hände und Füße (Hyperhidrosis palmo-plantaris) sollte gezielt erfragt und ggf. therapiert werden (Aluminiumchlorid-Hexahydrat, Iontophorese).

Wie bei jeder genetischen Erkrankung ist eine humangenetische Beratung des Patienten und seiner Angehörigen sinnvoll. Es sollte bereits im Erstgespräch nach Diagnosestellung sowie erneut im Rahmen des humangenetischen Beratungsgesprächs darauf hingewiesen werden, dass das APSS zwar nicht heilbar ist, im weiteren Verlauf jedoch eine spontane Besserung zeigen kann. So entwickeln erwachsene APSS-Patienten zumeist keine kutanen Blasen mehr, sondern zeigen lediglich eine unterschiedlich ausgeprägte, akrale Schuppung. Von einer deutlich beeinträchtigten Lebensqualität oder einer signifikanten Erwerbsminderung im späteren Leben muss somit nicht ausgegangen werden.

Literaturangaben

- 1: Kavaklieva S et al. Acral peeling skin syndrome resembling epidermolysis bullosa simplex in a 10-month-old boy. *Case Rep Dermatol.* 2013; 5: 210-4
- 2: Pigors M et al. TGM5 mutations impact epidermal differentiation in acral peeling skin syndrome. *J Invest Dermatol.* 2012; 132: 2422-9
- 3: Kiprono SK et al. Acral peeling skin syndrome in two East-African siblings: case report. *BMC Dermatol.* 2012 Mar 19;12:2

PD Dr. med. Hagen Ott

Abt. Pädiatrische Dermatologie/Allergologie

Epidermolysis bullosa-Ambulanz Hamburg (ELBA)

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg

Red.: Höger

Jeder jugendliche Patient ist auch Schüler

Am 19.01.2014 forderte NRW-Gesundheitsministerin Steffens menschlichere Medizin. Wir Jugendärzte fordern menschlichere Schulen.

Die nordrhein-westfälische Gesundheitsministerin Steffens ist überzeugt, dass persönliche, individuelle Zuwendung im Gesundheitssystem unterfinanziert ist. „Spitzenmedizin alleine macht die Menschen nicht gesund“, sagt sie. Das Gesundheitswesen sei in vielen Bereichen nicht an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet.

Die deutschen Jugendärzte sind überzeugt, dass schulische Bildung unterfinanziert ist und deshalb krank macht. Schulische Spitzenleistungen allein machen junge Menschen nicht zufrieden. Das Schulsystem ist in vielen Bereichen nicht an den Bedürfnissen der Lehrer und Lehrerinnen oder gar der Schüler und Schülerinnen ausgerichtet.

Die Kritik der Jugendärzte ist nicht neu und ist mancherorts auch angekommen - Schulversuche allerorten. Aber, das geschieht nicht überzeugend oder gar koordiniert.

Peter J. Brenner schrieb 2006 in 'Schule, ein Zwischenzeugnis': „Seit den sechziger Jahren ist das deutsche Schulwesen einer unablässigen Flut von Reformen ausgesetzt. Erfolgreich waren sie offensichtlich nicht. Bereits vor den PISA-Studien ist deshalb die deutsche Schule erneut in Bewegung geraten, in eine Bewegung allerdings, die kein Ziel mehr hat. ... 2005 wirbt allein das bayrische Kultusministerium damit, dass von seinen rund 400 Gymnasien 160 an Schulversuchen beteiligt seien. Einen Überblick über die in Deutschland durchgeführten Schulversuche hat niemand mehr (auch weil es 16 Kultusministerien in Deutschland gibt); allein ihre bloße aktuelle Zahl zu ermitteln wäre ein eigenes, kaum zu finanzierendes Forschungsprojekt. Seit den siebziger Jahren dürften in Deutschland eher zehntausende als tausende von Schulversuchen durchgeführt worden sein... Was sich dem nüchternen Betrachter als komplettes Chaos darstellt, wird aus der Innenperspektive der Schulpolitik als Innovationsfähigkeit des Schulwesens gedeutet.“

Konzepte durchgeboxt?

Neben den Schulversuchen gab es auch noch 16-mal die Entscheidungen zu G8 und G9.

Bei der Lektüre der umfangreichen Diskussion hatte man schnell den Eindruck, hier musste ein Konzept durchgeboxt werden. Oder fehlte es nur an Räumen, an ausgebildeten Lehrerinnen und Lehrern oder am Geld, das eine Jahr Bildung finanzieren zu müssen? Die Position der deutschen Kinder- und Jugendärzte ist identisch mit der des Bayrischen Elternverbandes: „Die Frage, ob die gymnasiale Ausbildung acht oder neun oder auch nur sechs Jahre dauert, ist unwichtig. Vorrangig ist eine sinnvolle inhaltliche Ausgestaltung der gymnasialen Schulzeit.“

Nach all den Vorwürfen, G8 würde die Lebensqualität der Schülerinnen und Schüler deutlich einschränken, kam eine Umfrage zur elterlichen Einschätzung von G8 und G9 zu dem Schluss: „Es ist festzuhalten, dass zum Ende der Jahrgangsstufe 5 (fast) keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen dem acht- und neunjährigen Bildungsgang vorliegen.“ Welche Ergebnisse diese Befragung wohl ergeben würde, wenn man Jugendliche und deren Eltern statt nach dem ersten Orientierungsjahr nach der 9. Klasse befragt hätte?

Aber in unseren Praxen sehen wir immer häufiger junge Menschen mit körperlichen und oder psychischen Beschwerden (wie Essstörungen, Ängsten, Suchtverhalten). In der ambulanten Medizin fehlt nicht nur das Geld für die „sprechende Medizin“, es fehlt auch Geld für ambulante Forschung. Ein „mehr“ an Zuweisungen in die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist bei stark begrenzten Ressourcen kein tauglicher Messwert zur Beurteilung der psychischen Folgen durch G8. Das dadurch bedingte Fehlen höherer Krankheitszahlen wird aber sicher bald dafür herhalten müssen, dass G8 gar nicht so schlimm war. So bleiben Dunkelziffern tatsächlich im Dunkeln.

Wieder wird von dem Thema, dass eine sinnvolle inhaltliche Ausgestaltung der Schulzeit vorrangig ist, abgelenkt werden. Darüber hinaus verhindern qualifizierte Untersuchungen falsche bildungspolitische Entscheidungen nicht. In einem Buch der Bertelsmann Stiftung (2012): „Warum sparen in der Bildung teuer ist“, wird dies sehr detailliert aufgeführt. Denn unter fehlender Bildung leiden nicht nur die betroffenen jungen Menschen, auch die Gesellschaft trägt schwer an den Konsequenzen und Folgekosten unzureichender Bildung. Die Veröffentlichung der Bertelsmann Stiftung beweist, dass fehlende Bildung erhebliche Auswirkungen auf das Wachstumspotenzial unserer Volkswirtschaft, auf die öffentlichen Haushalte sowie auf das Ausmaß kriminellen Verhaltens hat. Auch Zusammenhängen zwischen Bildung und gesundheitsbewusstem Handeln sowie freiwilligem Engagement wird nachgegangen. Detailliert werden Kosten beziffert, die langfristig aufgrund fehlender Bildungschancen auf die Gesellschaft in Deutschland zukommen.

„Es gibt nur eins was auf Dauer teurer ist als Bildung: keine Bildung.“ Diese Worte von John F. Kennedy treffen es auf den Punkt

Während das Thema G8 / G9 gerade abgewickelt wird, haben die Kultusministerien schon ein weiteres Thema weit vorangetrieben. In 2012 wurden 3.000 Eltern telefonisch zu Inklusion befragt. Das Ergebnis ist vielschichtig: Eltern stehen Konzepten, die das gemeinsame Lernen von behinderten und nicht behinderten Kindern fördern, generell aufgeschlossen gegenüber. Neun von



Dr.
Uwe Büsching

zehn Eltern (89%) befürworten ein gemeinsames Lernen gesunder mit körperlich beeinträchtigten Kindern. Und immerhin 72% sind dafür, dass Kinder mit Lernschwierigkeiten im Klassenverband einer Regelschule unterrichtet werden. Im Falle von geistig behinderten oder verhaltensauffälligen Kindern ist das Stimmungsbild unter den Eltern jedoch anders: Nur noch knapp die Hälfte (46 %) der Befragten befürworten das Modell des gemeinsamen Lernens.

Das war 2012 und damals ging es um die Idee, heute geht es um die Realisierung und es kam zu einem unwürdigen Streit um die Finanzierung der Inklusion. Seither ringen Länder und Kommunen darum, wer die Kosten für die schulische Inklusion übernehmen soll. Aber geht es bei inklusiver Bildung nicht um das Recht aller Schüler und Schülerinnen auf eine individuelle Förderung unter Achtung von Stärken und weniger um Schwächen? Um die Nutzung von Ressourcen, um die Chance Selbstwirksamkeit zu erleben und zu einem emotional stabilen jungen Erwachsenen zu werden? Unabhängig von sozialer Benachteiligung oder einem Handicap? Oder muss die Medizin reparieren, was die Bildungspolitik mit unseren Kindern macht?

Schon jetzt wird zurückgerudert; VBE-Umfrage: Deutsche wollen Inklusion – aber nur in kleineren Klassen, 26. 11. 2013: „Die bisherige Umsetzung der Inklusion in Deutschland stößt bei den Bürgern zunehmend auf Misstrauen“, warnte Udo Beckmann, Bundesvorsitzender des Verbandes Bildung und Erziehung (VBE). „Die konkrete Praxis vor Ort stößt Bürger vor den Kopf, obwohl diese die Inklusion grundsätzlich befürworten“, so Beckmann. Beckmann stellte fest: „Es besteht die Gefahr, dass die Politik die Inklusion vor die Wand fährt.“ Die Bevölkerung glaube der Politik ihr Versprechen schlichtweg nicht, dass sie die Inklusion mit vernünftigen Rahmenbedingungen versehen wolle. Der VBE fordert einen transparenten Dialog, in dem die Sorgen und Nöte der Beteiligten ernst genommen werden.

Zu Lasten der Förderschulen und der Förderung

Das Recht auf Inklusion ist in der UN-Behindertenrechtskonvention eindeutig auch auf das Bildungssystem angewandt. Ein 'Recht' ist ein Anspruch, den der Einzelne an andere oder auch an Organe des Staates richten kann. 'Recht' beinhaltet uneingeschränkt die Möglichkeit der Wahl, hier Förderschule oder Inklusion. Nicht

wenige Eltern beklagen aber, dass Förderschulen an vielen Standorten geschlossen werden, und dass auf diesem Weg aus dem Recht zur Inklusion eine Pflicht zur Inklusion wird. Viele Eltern befürchten, in inklusiven Schulen wird nicht dieselbe Intensität an individueller Förderung wie an Förderschulen möglich sein, sie befürchten ein Sparmodell. Wir Jugendärzte verstehen die Klagen der Eltern, die sich durch das 'Recht auf Inklusion' um eine umfassende Förderung ihrer Kinder betrogen fühlen.

Medizin darf auch nicht reparieren, was die Bildungspolitik mit unseren Kindern und Jugendlichen macht. Was ganz viele Lehrerinnen und Lehrer, aber auch die Eltern von Kindern mit Handicap, nicht wissen (Heilmittelrichtlinien §6 Verordnungsausschlüsse, Fassung vom 20. Januar 2011): „Weiterhin dürfen Heilmittel bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich störungsbildspezifische pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung von Schädigungen geboten sind (insbesondere Leistungen nach dem Kapitel 7 des SGB IX). Sind solche Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Heilmittel nicht an deren Stelle verordnet werden. Neben pädagogischen, heilpädagogischen oder sonderpädagogischen Maßnahmen dürfen Heilmittel nur bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser Maßnahmen verordnet werden.“

Die Hoffnung, was Schule bei Inklusion nicht leistet, könnte durch Heilmittel aufgefangen werden, ist also nicht berechtigt. Für die gesundheitliche Betreuung von Schülerinnen und Schülern ist zudem primär der öffentliche Gesundheitsdienst als dritte Säule des Gesundheitssystems zuständig. Eine ernst gemeinte betriebsmedizinische Betreuung der Schülerinnen und Schüler wird jedoch durch ständigen Personalabbau im ÖGD – je nach Finanzkraft einer Kommune – vereitelt. Hier wird eine große Chance vertan, Kinder und Jugendliche in ihren Lebenswelten zu begleiten, präventive, gesundheitsförderliche Maßnahmen gemeinsam in und mit Schule umzusetzen.

Bei soviel gedankenlosem Aktionismus ist die Gefahr groß, dass Schule krank macht!

Dr. Uwe Büsching, Bielefeld

Dr. Gabriele Trost-Brinkhues, Aachen

Dr. Burkhard Ruppert, Berlin

Dr. Michael Achenbach, Plettenberg

Red.: Kup

BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann zur Lage der Kinder in Deutschland

Mangel an Kinderbewusstsein

BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann erinnerte in seiner politischen Stellungnahme am Rande des 20. Kongress für Jugendmedizin, dass auch die UN-Kinderrechtskonvention Jubiläum hat. 25 Jahre alt ist sie in diesem Jahr geworden. Deutschland habe noch viel zu tun, um ihr in ganzem Umfang gerecht zu werden.

Das Recht auf körperliche Unversehrtheit und auf Selbstbestimmung sei mit dem „Beschneidungsgesetz“ anderen Interessen geopfert worden. 434 Abgeordnete des Bundestages haben zugestimmt. Viele von ihnen würden sich jetzt angewidert abwenden, wenn ihr ehemaliger Kollege beschuldigt wird, angeblich legale Bilder von nackten Kindern im Internet gekauft zu haben. „Kinderrechte sind unteilbar“, erinnert Hartmann. Der BVKJ wende sich seit Jahren ohne Resonanz gegen den Missbrauch entblößter Kinder in der Werbung und auf Wahlplakaten. Er verfolgt den Kinderschutz auch konsequent in seiner Ablehnung von medizinisch nicht indizierten Beschneidungen kleiner Jungen.

Hartmann begrüßte, dass der Bundestag wieder eine Kinderkommission eingesetzt hat. Allerdings seien Kinderrechte immer noch nicht im Grundgesetz verankert. Auch hätten wir immer noch keinen Kinderbeauftragten, der Gesetze und politisches Handeln im Licht des Kindeswohls prüft. Das Kinderschutzgesetz müsse dringen nachgebessert werden, obwohl es erst zwei Jahre alt ist. Sein Ziel, die Zahl der Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen wesentlich zu reduzieren habe es verfehlt.

Politik hält nicht Schritt

Hartmann begrüßt ausdrücklich die Absichten der Koalition, die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern um Maßnahmen der primären Prävention zu ergänzen. Er bedauerte, dass der Gesetzgeber hinter den Erkenntnissen vieler Krankenkassen zurückbleibt. Diese haben die Versorgungslücken erkannt und die Prävention mit Hilfe des neuen BVKJ-Vorsorgeheftes verbessert. Die Politik hält hier weder mit dem Prozess der gesellschaftlichen Entwicklung noch mit der Verände-

rung der Morbidität Schritt. Hartmann erwartet, „dass es die große Koalition endlich schafft, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der primäre Prävention auf allen Ebenen verbessert und unseren Kindern ein Höchstmaß an Gesundheit ermöglicht.“



Dr. Wolfram Hartmann

Auch mit dem zunehmenden Problem von Kindern aus anregungsarmen und bildungsfernen Familien hält die Politik nicht Schritt. Sprachproblemen, Störungen des Sozialverhaltens und Folgen falscher Ernährung müsste durch aufsuchende soziale Förderprogramme begegnet werden. In jedem Altersjahrgang erreichen 10% der Kinder keinen Schulabschluss und haben eine schlechte Sozialprognose. Viele von ihnen sind über lange Zeit auf Sozialleistungen angewiesen.

Kernforderungen des BVKJ

Hartmann wiederholte noch einmal die Kernforderungen des BVKJ an die Politik

zur Sicherung einer bedarfsgerechten kinder- und jugendärztlichen Versorgung. Diese hat er bereits mehrfach bei Gesprächen mit Verantwortlichen in Ministerien und bei den Bundestagsparteien vorgetragen.

- Stärkung des Jugendmedizinischen Dienstes im ÖGD.
- Sicherung und Stärkung der haus- und fachärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im ambulanten Versorgungsbereich unabhängig von ihrem Versicherten- und Aufenthaltsstatus durch entsprechend weitergebildete Kinder- und Jugendärzte.
- Erhalt einer qualifizierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Sicherung von Kinderkliniken und eigenständigen Kinderabteilungen.
- Förderung der pädiatrischen Weiterbildung in der Praxis entsprechend der Förderung bei den Allgemeinmedizinern.
- Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung und zur primären Prävention für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Geburtstag.
- Ein nationales Impfkonzept mit Nachweis vollständiger Impfungen vor Aufnahme in überwiegend öffentlich finanzierte Einrichtungen.
- Erhalt einheitlicher kassenärztlicher Vereinigungen und keine -aufspaltung in eine Hausarzt- und Facharzt-KV.
- Abschaffung unsinniger Budgetregelungen bei Heil- und Hilfsmitteln

Kup

„Mein PraxisCheck“: Online-Selbsttest für Ärzte jetzt auch zum Thema Hygiene

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat ihr Online-Serviceangebot „Mein PraxisCheck“ ausgebaut. Nach der elektronischen Checkliste zur Informationssicherheit, die seit dem Start im November 2012 rund 6000 niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter genutzt haben, bietet sie den kostenlosen Selbsttest jetzt auch zum Thema Hygiene an.

Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV, erklärte zum Start des neuen Angebotes: „Die umfangreichen Hygienemaßnahmen im vertragsärztlichen Bereich dienen nicht nur der Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen, sondern schützen vor allem Patienten, Ärzte und Praxismitarbeiter vor der Übertragung von Krankheitserregern. Es ist wichtig, dass alle im Team die gesetzlichen Vorschriften – beispielsweise zur Desinfektion der Hände und zur generellen Vermeidung von Infektionsrisiken – kennen und umsetzen können. Dabei spielen regelmäßige Schulungen und die Motivation der Mitarbeiter eine wichtige Rolle.“

An dieser Stelle setzt der Selbsttest „Mein PraxisCheck“ zur Hygiene an: Er bietet eine einfache, schnelle und kostenlose Möglichkeit, das Einhalten der hohen Hygieneanforderungen zu überprüfen.

Und so funktioniert der Test: Der Nutzer beantwortet 19 Fragen zu Aspekten wie Hygieneplan, Händedesinfektion, Hautschutz, Instrumentenreinigung, Desinfektion, Sterilisation, meldepflichtige Krankheiten oder Infektionsschutz. Bei jeder Frage kann zwischen vier Antwortmöglichkeiten gewählt werden. Klickt der An-



wender auf eine Antwort, erhält er sofort ein Feedback und eventuell Vorschläge zur Optimierung. Am Ende des Tests kann er sich einen individuellen Auswertungsbogen als PDF herunterladen, der die Ergebnisse zusammenfasst und weitere Tipps und Hinweise bietet.

Dabei bleiben alle Nutzer anonym: Weder werden Namen abgefragt, noch werden IP-Adressen gespeichert.

„Mein PraxisCheck“ ist leicht erreichbar, ein Internet-Zugang genügt.

Der Test kann auch auf mobilen Geräten wie Tablets oder Smartphones genutzt werden.

Bereits seit November 2012 steht mit einer Checkliste zur Informationssicherheit ein Online-Selbsttest als kostenloses Serviceangebot der KBV zur Verfügung. Praxen können hierbei unter anderem die elektronische Übermittlung patientenbezogener Informationen, die Erhebung von Patientendaten oder Aspekte der Datensicherung überprüfen.

„Mein PraxisCheck“ wurde von der KBV in Zusammenarbeit mit Vertragsärzten und -psychotherapeuten sowie Experten entwickelt. Die Fragen, Antworten und Empfehlungen orientieren sich an gesetzlichen Anforderungen sowie Qualitätszielen aus QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen*, dem Qualitätsmanagement-System der KBV.

„Mein PraxisCheck“ steht auf der Website der KBV unter <http://www.kbv.de/MeinPraxisCheck>

Red.: ReH

Die Warze kann warten! Sitzung der Akademie der Gebietsärzte in Berlin

Am 15. Februar tagte im Haus der Bundesärztekammer die Akademie der Gebietsärzte, die Vertreter aller fachärztlichen Gesellschaften und Berufsverbände zusammenbringt.

Dr. Martina Wenker, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer zeigte sich in ihrem Bericht zur gesundheits- und sozialpolitischen Lage nicht gerade begeistert über den von Union und SPD geschlossenen Koalitionsvertrag: Die gesundheitspolitischen Aussagen ließen für die laufende Legislaturperiode keinen großen Wurf erwarten. Zu der seit Jahren überfälligen Erneuerung der Gebührenordnung

für Ärzte findet sich im Vertrag kein Wort. Dies lasse darauf schließen, dass die Koalition dieses Projekt weiter auf die lange Bank schieben werde.

Der Plan des neuen Gesundheitsministers Hermann Gröhe, mittels einer bei der KV angesiedelten Servicestelle den Patienten zu schnelleren Facharztterminen zu verhelfen, kritisierte Wenker scharf. Terminmanagement sei ureigene Sache der Ärzte, insbesondere die Entscheidung, welche Patienten mit Vorrang zu behandeln seien. Die Bürger müssten lernen, „dass die Warze auch mal warten könne“.

Entsetzen über Sterbehilfe für Kinder in Belgien

Bestürzt zeigte sich Wenker über die Entscheidung des belgischen Parlamentes, aktive Sterbehilfe für Kinder zu legalisieren. Es zeige sich hier deutlich, wie schnell man auf eine schiefe Bahn gerate, sobald man irgendeine Form der Sterbehilfe zulasse. Die Antwort auf die Leiden schwerkranker Kinder könne nur in einer qualitativ hochwertigen Palliativmedizin liegen. Hier seien sicherlich in Deutschland noch Verbesserungen erforderlich, insbesondere auf dem Gebiet der Schmerzmedizin. Immerhin sei aber mittlerweile ein

nahezu flächendeckendes Angebot von Hospizen in Deutschland vorhanden. Problematisch fand Wenker, dass höchstens 25 Prozent der Bundesbürger eine Patientenverfügung erstellt hätten. Es sei Aufgabe aller Ärzte, dieses Thema bei jedem Patientenkontakt anzusprechen.

Noch ein Institut für Qualität?

Mit großer Skepsis beurteilte die Vizepräsidentin die Absicht der Koalition, ein „Institut für Qualitätssicherung“ zu etablieren, das beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) angesiedelt werden soll. Angesichts des bereits bestehenden IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) erschließe sich nur schwerlich, welchen zusätzlichen Erkenntnisgewinn ein weiteres Institut mit ähnlichen Aufgaben stiften kann. Wenker fürchtet eine Zunahme der Kontrollbürokratie.

Pille danach: eine ideologische Diskussion?

Als erstaunlich und von Ideologie geprägt empfindet Wenker die seit einiger Zeit tobende Diskussion um die Abgabe der „Pille danach“ ohne vorherige Konsultation eines Frauenarztes. Im weltweiten Vergleich ist die Rate von Abbrüchen bei Minderjährigen in Deutschland einmalig niedrig und innerhalb von zehn Jahren um über 40 Prozent gesunken. Deshalb stelle sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit ei-

ner Veränderung des deutschen Systems aus ärztlicher Beratung und Verordnung des richtigen Medikamentes, verbunden mit der Vermeidung überflüssiger Verordnungen. Dr. Klaus König vom Berufsverband der Frauenärzte merkte an, dass sich die geplante Freigabe auf das alte weniger wirksame Hormonpräparat *Levonogestrel* beziehe, während das erfolgreichere und europaweit verschreibungspflichtige *Ulipristal* außen vor bliebe. Ob eine Beratung an der Apothekenklappe nachts um vier eine fachärztliche Beratung ersetzen kann, wurde von der Runde mit großer Skepsis beurteilt.

Weiterhin dramatischer Rückgang der Organspenden

Mit großer Sorge sieht die Bundesärztekammer den weiter anhaltenden Rückgang von Organspenden als Folge der Skandale in einigen deutschen Transplantationszentren. Die Verunsicherung der Bürger geht so weit, dass in einer Umfrage unter Empfängern von Spendernieren die Hälfte dieser Gruppe angab, selbst nicht zu einer Organspende bereit zu sein. BÄ-Vizepräsidentin Wenker hält große Werbeanstrengungen der Ärzteschaft für erforderlich, um die auch vor den Skandalen schon zu niedrige Zahl der Organspender in Deutschland wieder zu steigern.

In der Diskussion sprachen sich Transplantationsmediziner für einen kritischen Vergleich der deutschen Vergaberichtli-

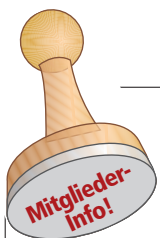
nien mit den Vorgaben in anderen europäischen Ländern aus. Es müsse durchaus über eine Priorisierung zugunsten jüngerer Patienten mit besseren Erfolgsaussichten nachgedacht werden.

Mangelhaftes Bundeskinder-schutzgesetz

Mit Blick auf die jüngsten Fälle von Kindesmisshandlungen bat BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann die Bundesärztekammer, sich für Nachbesserungen beim 2012 in Kraft getretenen Bundeskinder-schutzgesetz stark zu machen. Als grundlegenden Fehler bezeichnete er die Nichteinbeziehung des Gesundheitsministeriums bei den Beratungen im Vorfeld der Verabschiedung des Gesetzes. Bei den jüngsten Todesfällen hatten Mediziner immer vor der Gefährdung der betroffenen Kinder gewarnt, die personell schlecht ausgestattete Kinder- und Jugendhilfe und die Familiengerichte hätten diese Warnungen aber nicht ernst genommen und die oft schon schwer misshandelten Kinder nicht aus ihren Familien herausgenommen, um Schlimmeres zu verhüten. Wenker zeigte sich bereit, in diesem Feld gemeinsam mit dem BVKJ tätig zu werden, um die Politik zu Reformen zu bewegen.

Stephan Eßer

Red: ReH



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlauf Ruf für den Landesverband Thüringen

Termingerecht findet vom 12.05. bis 02.06.2014 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum 02.06.2014 abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Andreas Lemmer, Erfurt
Landesverbandsvorsitzender

Umweltmedizin als BVKJ-Schwerpunktthema für das Jahr 2014

Die Folgen des globalen Klimawandels treffen uns als Katastrophen. Wenn Taifune wie zuletzt auf den Philippinen, ganze Landstriche verwüsten und Tausende von Menschen töten, spüren wir für einen kurzen Moment, wie abhängig wir und das System Gesundheit von Umweltfaktoren sind.

Die mit hohem Schadenspotenzial behafteten Innen- und Außenraumbelastungen sind dagegen weniger medienwirksam. Ihre Zunahme nötigt der Öffentlichkeit allenfalls ein Schulterzucken ab. Es fehlt an Aufklärung über die Zusammenhänge zwischen Umwelteinflüssen und dem Anstieg von bestimmten Krankheiten.

Wir sind überzeugt, dass umweltmedizinische Fragestellungen in der Zukunft wieder einen größeren Stellenwert und auch praktische Relevanz für die Arbeit der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte gewinnen werden.

Weit über den individuellen Erkrankungshorizont hinaus wirft Umweltmedizin ihren Schatten auch auf ganz grundsätzliche gesellschaftliche Fragen wie der Frage nach unserer Verantwortung für die Gesundheit kommender Generationen. Denn die Luft, die wir heute vergiften, werden nachfolgende Generationen einatmen müssen. Sie müssen das Wasser trinken, das wir heute verschmutzen, sich von den Böden ernähren, die wir heute mit Schadstoffen belasten und überdüngen.

Um das Bewusstsein für die Gefahren der Umweltverschmutzung für die Gesundheit zu schärfen, hat der BVKJ das Thema Umwelt in diesem Jahr zum Schwerpunktthema seiner Veranstaltungen gemacht.

Veranstaltungen:

Beim 20. Kongress für Jugendmedizin vom 7. Bis zum 9. März 2014 in Wei-

mar ging es gleich in mehreren Veranstaltungen um das Thema Umweltmedizin in Verbindung mit Schule.

Auch der 44. Kinder- und Jugendärztetag vom 13. bis zum 15. Juni 2014 in Berlin widmet sich mit zahlreichen Vorträgen und auch Seminaren dem Thema „Umweltmedizin“.

U. a. : Neues zur Hygienehypothese - Was bringt die „Dreckspritze“ wirklich?

Belastung durch elektromagnetische Strahlen (Mobiltelefone, Hochspannungsleitungen etc.)

Anreicherung von Schadstoffen in der Nahrungsmittelkette

Lärmbelastung in Innenräumen sowie durch Kopfhörerbeschallung

Antibiotika in der intensiven Nutztierhaltung und Auswirkungen auf Mensch, Tier und Umwelt

Folgen des Klimawandels: Globalisierung von Allergenen und Infektionserregern

Bedeutung von Feinstäuben und Autoabgas-Belastung durch Tabakrauch

Stellenwert der Exposition durch Schimmelpilze

Qualität der Innenraumluft

Das Programm-pdf ist in PädInform (bvkj-fobi-terminen) zu finden und auch im Internet auf der Kongresshomepage <http://kongress.bvkj.de>

Bei der Jahrestagung der DGKJ in Leipzig am 14. 09. geht es ebenfalls u.a. um Umweltmedizin, etwa um das Thema Klimawandel und Kindergesundheit, um Gesundheitsgefahren durch Nanopartikel und um Quecksilbervergiftungen beim Goldabbau.

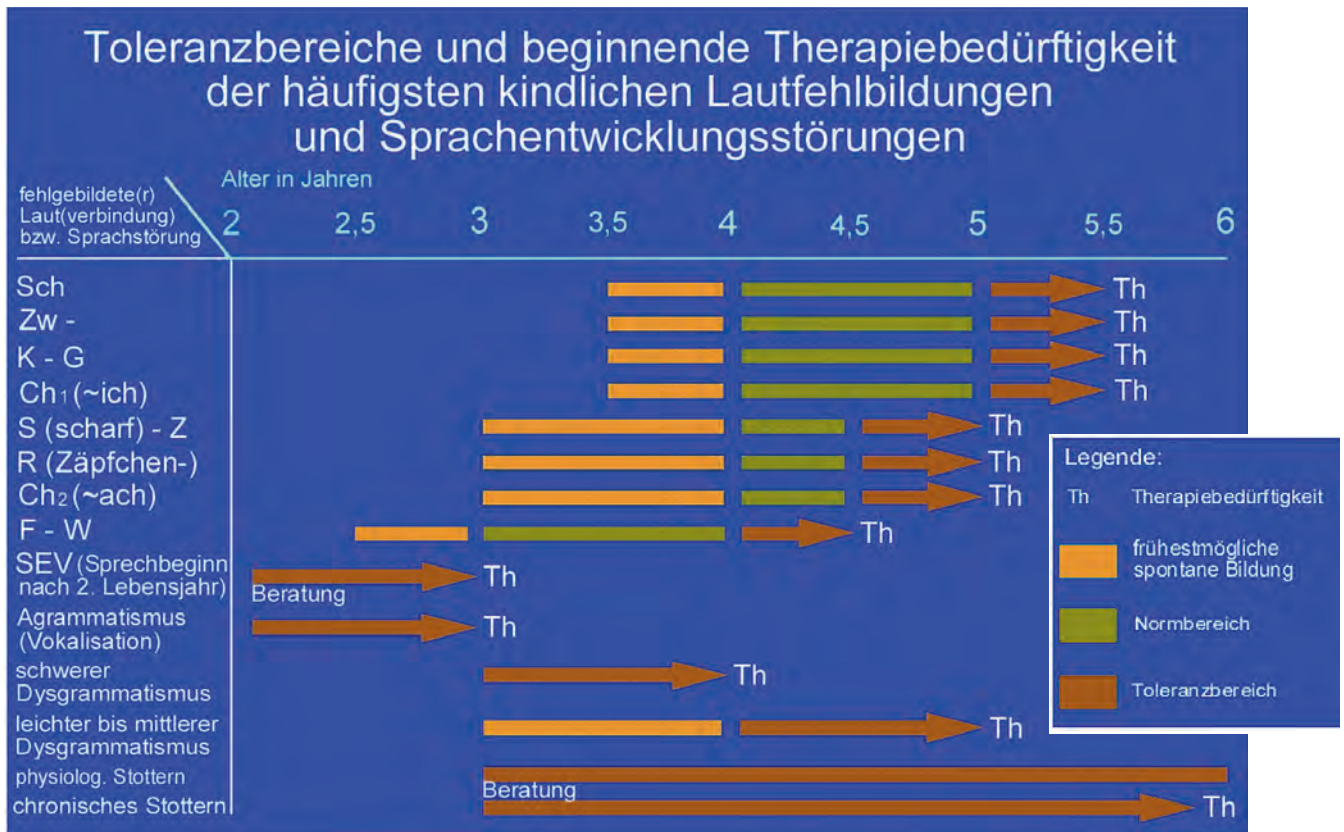
ReH

Sprachleitfaden des BVKJ – die richtigen Schritte tun

Mit der jüngsten Aussendung durften wir den BVKJ-Mitgliederinnen und Mitgliedern einen Sprachleitfaden des Berufsverbandes präsentieren, der mindestens zwei Dinge zusammenbringen soll: Zum einen wollten wir ein Update zum theoretischen und evidenzbasierten Wissen um normale und pathologische Sprachentwicklung an die Hand geben. Zum anderen haben wir uns vorgenommen, auf der Basis dieses aktuellen Kenntnisstands

Die Broschüre kann und soll im Praxisalltag selbstverständlich durch vertraute Hilfen ergänzt werden. Hier ist besonders das hilfreiche Schema von Frau Dr. Tigges-Zuzok zu nennen, das uns in der Kommunikation mit den Eltern viele unnötige Diskussionen erspart.

Wir hoffen und wünschen, dass Sie sich die Zeit nehmen, sich in den Leitfaden einzuarbeiten und daraus die richtigen Folge-



Aus: Cornelia Tigges-Zuzok, Wann soll gehandelt werden? KJA 1/2008, S. 11

eine rationale Handhabe für den operativen Umgang mit betroffenen Kindern in den Praxen zur Verfügung zu stellen, die dabei hilft, die richtigen Schritte zu tun. Dies sind im Wesentlichen die weitere Beobachtung der Sprachentwicklung oder eine Initiierung sprachfördernder Maßnahmen, danach eine Verordnung einer Sprachtherapie.

Wir, das sind in erster Linie Frau Prof. Szagun (Cambridge und Oldenburg) und daneben eine Arbeitsgruppe des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (Dr. G. Trost-Brinkhues, Dr. U. Fegeler, D. Banthien, Dr. K. Rodens und Prof. Dr. R. Schmid), die sich auf ein nicht triviales Feld gewagt hat, in dem es unter uns allen etliche Wissenslücken und Unsicherheiten gibt, auf der anderen Seite an jedem Praxistag unsere Expertise gefordert ist.

rungen für Ihre tägliche Arbeit mit den Ihnen anvertrauten Kindern und ihren Sprachentwicklungsproblemen ableiten.

Weitere Leitfäden können Sie bei der BVKJ- Geschäftsstelle, Mienforster Straße 2, 51069 Köln beziehen. Bitte fügen Sie einen ausreichend großen Freiumschlag bei.

Dr. Klaus Rodens
für die Autorengruppe

Dr. Wolfram Hartmann
Präsident des BVKJ

Red.: Kup

Ausgabe 1, März 2014

Sehr geehrte Mitglieder des BVKJ,

mit diesem Newsletter wollen wir Sie in Zukunft regelmäßig über die Schwerpunkte unserer Arbeit informieren.

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident

Christel Schierbaum, Geschäftsführerin

Delegiertenversammlung

Im Oktober 2013 hat die Delegiertenversammlung Änderungen unserer Satzung beschlossen. Sie finden die Satzung unter folgendem Link: <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/bvkj/show.php?id=125&nodeid=>

Politische Arbeit

Wir hatten bereits mehrere Kontakte mit Mitgliedern des neu gewählten Bundestages. Im Januar fand bereits ein Gespräch mit der parlamentarischen Staatssekretärin im BMG, Frau Ingrid Fischbach, statt. Wir kennen sie gut aus ihrer Zeit als Mitglied der Kinderkommission des Deutschen Bundestages und als engagierte Familienpolitikerin. Im Februar waren Gespräche mit der parlamentarischen Staatssekretärin im BMFSFJ, Frau Caren Marks, und mit der zweiten parlamentarischen Staatssekretärin im BMFSFJ, Frau Elke Ferner. Dabei wurde vereinbart, dass wir jetzt, zwei Jahre nach Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes und in Anbetracht der Vorwürfe der Berliner Rechtsmediziner Prof. Dr. Michael Tsokos und Dr. Saskia Guddat, in einem gemeinsamen Gespräch im Ministerium Bilanz ziehen und Verbesserungsmöglichkeiten zum Schutz der Kinder ausloten. Ich habe darum gebeten, dass bei diesem Gespräch auch ein hochrangiger Vertreter des BMG anwesend ist, weil die Verzahnung zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe weiterhin in vielen Teilen des Landes zu wünschen übrig lässt. Auch muss endlich die Teilnahme von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten an Fallbesprechungen und Netzwerksitzungen finanziell geregelt werden.

Weitere Gespräche gab es mit Abgeordneten aus dem Gesundheitsausschuss und einer Abgeordneten aus dem Familienausschuss, die gleichzeitig auch Mitglied der Kinderkommission ist.

Wir haben unsere in PädInform (Ordner: BVKJ Aktuell) veröffentlichten Forderungen und Stellungnahmen bei der Politik vorgetragen. Die Gespräche wurden von Frau Schierbaum, Herrn Eßer und mir gemeinsam geführt.

Anhörung in Straßburg beim Europarat zu den Kinderrechten in Europa (hier mit Schwerpunkt Beschneidung von Jungen ohne medizinische Indikation). Hier der Link dazu:

<http://assembly.coe.int/nw/xml/News/News-View-EN.asp?newsid=4851&lang=2&cat=133>.

Orientierungskongress

Der für Ende November/Anfang Dezember in Frankfurt geplante zweite Orientierungskongress zusammen mit der DGKJ

für unseren Nachwuchs musste leider ausfallen, da es zu wenig Anmeldungen gab. Zusammen mit den beiden Vertreterinnen der Weiterbildungsassistenten in unserem Vorstand, Frau Goecke und Frau Harris, überlegen wir, wie wir in Zukunft diese Mitglieder besser ansprechen und informieren können.

Erarbeitung neuer Papiere für die Praxis

Konsensuspapier zur Sprachdiagnostik/Sprachstandserhebung in Kindertagesstätten zusammen mit Vertreterinnen und Vertretern aus dem ÖGD

Sprachleitfaden, erstellt von den Kollegen Banthien, Dr. Fegele, Dr. Rodens zusammen mit Frau Prof. Szagun. Wird an alle Praxen kostenlos ausgeliefert und kann bei unserer Geschäftsstelle bestellt werden.

Klausurtagung Vorstand am 11./12. Januar in Köln

Neben wichtigen Finanzierungsfragen der Verbandsarbeit und den politischen Aktivitäten des BVKJ wurde beschlossen, die Initiative zur Verhinderung der Inter-Tabac Asia, die im Februar in Indonesien stattfinden soll, zu unterstützen.

Herr Monks stellte dem Vorstand die Vorschläge zur neuen smartphonetauglichen Homepage des BVKJ, zu einem separaten berufspolitischen Auftritt des BVKJ und zum Angebot von APPs vor. Es wird zusätzlich einen neuen Auftritt der BVKJ-Service GmbH im Netz geben. Die APP kostet teilnehmende Ärzte 5,- € pro Monat und ist an eine Homepage bei Kinderärzte im Netz gebunden. Das Recall-Angebot kann mit dem neuen System verknüpft werden.

Das von der DGSPJ erarbeitete Sozialpädiatrie-Modul wird vom Vorstand mit Mehrheit nach intensiver Diskussion akzeptiert.

Aufgrund von Wünschen aus den Reihen älterer Mitglieder werden die vorhandenen Angebote und weitere Möglichkeiten erörtert. Senioren wünschen häufig Sonderkonditionen, z.B. zur Teilnahme an Kongressen. Diese Ermäßigungen existieren auch, Rentner und Assistenzärzte bekommen 50% auf den regulären Preis. Als Angebot speziell für Rentner/Senioren bei Kongressen wird z.B. ein eigener Stammtisch in Bad Orb vorgeschlagen.

Bei der nächsten Satzungsänderung soll die Kündigungsfrist der Mitgliedschaft von 6 auf 3 Monate zum Jahresende verkürzt werden. Zu viel gezahlte Beiträge werden nicht zurückerstattet, wenn das Mitglied versäumt hat, die Änderung seines Berufsstatus mitzuteilen.

Als Schwerpunktthema des Jahres 2015 einigt sich der Vorstand auf „Seelische Kindergesundheit“.

Famulatur in den Praxen. Die Geschäftsstelle wird die Fachschaften der Universitäten anschreiben und bitten, gegenüber den Studentinnen und Studenten zu kommunizieren, dass die Kinder- und Jugendärzte als Hausärzte und nicht als Fachärzte gelten und somit auch in pädiatrischen Praxen eine hausärztliche Famulatur möglich ist. Die Obleute sollen aufgefordert werden, an die Bezirke Stellen heranzutreten und Famulaturplätze zu mel-

den. Ab dem 1.4.2014 soll auch die neue Praxis- und Vertretungsbörse des BVKJ an den Start gehen. Hier werden Praxisübernehmer und –abgeber gesucht, ebenso Praxisvertretungen und künftig auch wünschenswerterweise Famulaturplätze. Bitte beteiligen Sie sich aktiv, denn jede Börse ist so gut wie Sie sie leben lassen.

Öffentlichkeitsarbeit

Im Januar gab es ein lebhaftes Medienecho wegen der Vorwürfe der Berliner Rechtsmediziner gegenüber uns Kinder- und Jugendärzten, dass wir misshandelte Kinder nicht ausreichend schützen, nicht mit anderen Professionen eng zusammenarbeiten und aus pekuniären Gründen von Meldungen an die Behörden absehen würden, um keine Patienten zu verlieren. Wir haben mit einer Pressemeldung und mehreren Stellungnahmen im Internet reagiert und diese Vorwürfe begründet zurückgewiesen. Ebenso habe ich die LÄK Berlin wegen Verstoßes gegen die Berufsordnung eingeschaltet.

Workshop der Pressesprecher am 15./16. Februar in Friedewald. Bilanz der Öffentlichkeitsarbeit 2013. Strategieentwicklung für 2014.

Berufspolitik

Wunsch der Zahnärzte nach zusätzlichen Vorsorgen ab dem 6. Lebensmonat mit lebhaftem Medienecho. Wir haben uns klar dagegen ausgesprochen. Die Kinder, die besonders von Karies betroffen sind, kommen meistens aus bildungsfernen Familien und aus bestimmten Migrantenfamilien. Sie sind schwer erreichbar und auch ganz sicher nicht zu zusätzlichen Vorsorgen bei Zahnärzten zu motivieren, insbesondere auch nicht in einem Alter, in dem viele Kinder noch gar keine Zähne haben. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat uns zwischenzeitlich um ein Gespräch gebeten.

Die Augenärzte schließen in zunehmendem Maße mit Krankenkassen Selektivverträge zum Amblyopie-Screening ab. Die Kassen nutzen solche Angebote als Marketinginstrument, obwohl nicht zu erwarten ist, dass die Eltern bei ihrem ohnehin dichten Terminkalender im ersten Lebensjahr weitere Termine mit Vorsorgen akzeptieren werden. Es ist sicher besser, wenn das Amblyopiescreening bei uns Kinder- und Jugendärzten im Rahmen der ohnehin stattfindenden Früherkennungsuntersuchungen erfolgen würde und wir alle auffälligen Kinder dann an die Augenärzte überweisen würden. Natürlich sollten die Augenärzte für diese Leistungen außerhalb der RLV vergütet werden.

Weiterer Service

Nach der großen Mitgliederbefragung, deren Ergebnisse ja veröffentlicht wurden, sind zahlreiche Maßnahmen erfolgt, um den Wünschen und Bedürfnissen sowie der Transparenz für die Mitglieder in Angriff genommen worden. In der Zeitschrift „Kinder- und Jugendarzt“ wird künftig auch die Arbeit der verschiedenen Gremien des BVKJ detaillierter vorgestellt.

Als weitere Services aus der Geschäftsstelle kündigen wir schon jetzt einen Regress-Leitfaden an, der weitgehend fertiggestellt ist und in Kürze verfügbar ist. Ferner wurde eine aktualisierte IGEÜbersicht für die ambulante Versorgung erarbeitet, ebenso ist ein Flyer „Vitamin D“ in Arbeit und eine Übersicht für die Untersuchung von Jungen. Die Imagebroschüre des BVKJ wird in Kürze aktualisiert wieder zur Verfügung stehen.

Das in die Jahre gekommene Plakat „Unser Hausarzt ist der Kinder- und Jugendarzt“ ist neu kreiert worden. Dieses wird über einen Firmenaußendienst direkt in die Praxen geliefert. Auch hier gilt die Anforderungsmöglichkeit über die Geschäftsstelle.

Nach wie vor können Sie ein Abonnement für die Elternzeitschrift „Kinderpraxis“ bei uns erwerben. 50% der Auflage sind bereits über den Abonnement-Bezug in der Verteilung.

Der BVKJ hat in Zusammenarbeit mit dem Graefe & Unzer-Verlag ein Buch „Kinderkrankheiten“ herausgegeben (Autor: Dr. Nase, Bergneustadt).

Bitte nutzen Sie auch die Zeitschrift „Praxisfieber“ für Ihre Mitarbeiterinnen, ebenso empfehlen wir weiterhin das noch immer kostenfrei nutzbare Intranet für die Mitarbeiterinnen www.praxisfieber.de. Hier sind wichtige Informationen und Downloads zu finden.

Auch im Jahr 2014 wird die außerordentlich gut besuchte Veranstaltungsserie „Immer etwas Neues“ in den Bundesländern mit neuen Themen „gastieren“ – nutzen Sie diese für Ihr Praxisteam und sichern rechtzeitig Ihre Teilnahme.

Für die leitenden Mitglieder in Kliniken gibt es auch in diesem Jahr ein Seminar in Berlin vom 11. bis 13. Juni 2014.

Hinweise aus der Geschäftsstelle

Bitte denken Sie daran, dass der BVKJ die Stiftung „Kind und Jugend“ mit ihren wichtigen Studien, aber auch Projekten wie „Theater auf Rezept“ dringend Spender sucht, kleine regelmäßige Spenden oder auch Zustiftungen, die sie am Leben und vor allem Wirken erhalten. Vielleicht beim nächsten runden Geburtstag oder die jährliche Weihnachtsspende... oder... ?!

Zum Schluss der Wunsch, uns zu melden, wenn

- Ihre Kontodaten oder Adresse sich ändern,
- Ihr Mitgliedsstatus sich ändert,
- Ihre DATENSCHUTZERKLÄRUNG uns noch nicht erreicht hat...
- Sie Interesse an jedweder Mitwirkung haben, es ist für jede(n) etwas dabei!
- Sie den Assistenten-Newsletter beziehen möchten,
- Sie uns ein Feedback geben möchten! Diese bitte an geschaeftsstelle@uminfo.de

Wichtige anstehende Termine

27. März: KBV-Messe in Berlin mit Präsentationen des BVKJ
03. April: Parlamentarischer Abend der DAKJ in Berlin
05. April: Pädiatref in Köln
06. April: Verleihung des Felix-Burda-Award in Berlin (der BVKJ ist nominiert)
13. – 19. April: Oster-Seminar-Kongress in Brixen (Südtirol) mit Angeboten des BVKJ
07. Mai: Politforum und Verleihung des Medienpreises des BVKJ in Berlin
10. Mai: Obbleutreffen des BVKJ in Hannover
27. – 29. Mai: Deutscher Ärztetag in Düsseldorf

Alle Programme des BVKJ sowie Online-Anmeldeformulare finden Sie auf der Homepage unter „Kongresse“.

Die nächste Ausgabe des Newsletters erscheint Anfang Juni.



Themenschwerpunkt Sport

Dopingmentalität: Grundlagen werden in der Kindheit und Jugend gelegt!



Prof. Dr.
Gerhard Treutlein

Doping im Leistungssport ist ein Dauerthema in den Medien, zuletzt bei den Olympischen Winterspielen. „Schande“ lautet die Schlagzeile des führenden Boulevardblatts zum Dopingfall der Evi Sachenbacher-Stehle. Ein Einzelfall? Und nur verursacht durch den Konsum eines kontaminierten Nahrungsergänzungsmittels? Wohl eher nicht. Nicht nur Olympiasieger, sondern auch ganz „normale“ Jugendliche, die Leistungssport betreiben, greifen zu leistungssteigernden Substanzen. In der Grauzone vor dem Doping (was ist noch nicht nachweisbar, was könnte leistungssteigernd wirken?) wird alles versucht, was erreichbar ist. Eine besondere Rolle spielen dabei seit Jahren der Missbrauch von Schmerzmitteln und der übertriebene Konsum von Nahrungsergänzungsmitteln.

Wer ist ein Doper – nur der positiv Kontrollierte?

Ein Sportler nimmt einmalig vor einem Wettkampf ein verbotenes Stimulans und gerät in eine Wettkampfkontrolle; er ist „positiv“ und wird bestraft. Ein „Dopingexperte“ wendet regelmäßig verbotene Substanzen und Methoden an, weiß aber, wie man „Positivproben“ vermeidet. Ein Oberstufenschüler lernt für sein Abitur, nimmt deshalb täglich vier Modafinil, aber er braucht keine Kontrollen zu fürchten. Ein Spitzenspieler im Handball nimmt vor Training und Wettkampf jeweils vier Voltaren und kann damit viel härter in Zweikämpfen

einsteigen. Alle zeigen das gleiche Verhalten, der „positiv“ Kontrollierte in der geringsten Ausprägung von **Dopingmentalität**.

Schulen und Vereine tun zu wenig für die Entwicklung mentaler Stärke

Ursachen der Entwicklung des Griffs zu Pillen in allen Lebenslagen können sein: Konkurrenzdruck; Informationen, Gerüchte, Werbung; das Verfolgen zu hoher Ziele wie auch die Angst vor dem nicht Erreichen selbst oder fremdgesteckter Ziele. Wenn die eigenen Kompetenzen zum Erreichen gesteckter Ziele nicht ausreichen, dann wird die Versuchung zum Griff zu – legalen wie verbotenen - Substanzen groß. Verstärkt wird die Versuchung durch Gruppendruck und bei nicht gegebener ausreichender mentaler Stärke (Fähigkeit, in Versuchungssituationen nein zu sagen, sich mit seinen natürlichen Grenzen zufrieden zu geben). Für die Entwicklung von mentaler Stärke wird in Schulen und Vereinen viel zu wenig getan.

Vor dem Doping kommt die Dopingmentalität

Mit Substanzkonsum und Doping wird meist die Fähigkeit gesteigert, größere Trainingsumfänge leisten, mehr qualitativ hoch stehende Wettkämpfe absolvieren, härter in Zweikämpfen gehen und Regenerationszeiten verkürzen zu können; parallel dazu kommt es zur Risikosteigerung, da der Körper nicht grenzenlos belastbar

ist. Bei überraschenden Todesfällen junger Sportler ist dann das Erstaunen groß und die Bemühung intensiv, diese als nicht durch den Leistungssport oder Doping verursacht hinzustellen. Viel zu selten wird nach der Vorgeschichte, der Entwicklung von Dopingmentalität, gesucht. Wenn Jugendliche und Erwachsene im Leistungssport z.B. Schmerzmittel konsumieren, wenn wegen des brennenden Verlangens nach einem schwimmbadgerechten Waschbrettbauch vor allem das männliche Geschlecht u.a. zu anabolen Steroiden greift, wenn nicht nur im Sport aus Angst um die gesundheitliche Entwicklung im Übermaß zu Nahrungsergänzungsmitteln und Vitaminen gegriffen wird, dann liegt meist schon eine längere Entwicklung vor, die für Versuchungen in herausfordernden Situationen anfällig macht.

Fachleute wissen heute: Doping beginnt nicht erst mit der Einnahme von Substanzen, sondern mit der Entwicklung der so genannten Dopingmentalität.

Optimierte Kinder und Jugendliche

Grundlage für die Entwicklung von Dopingmentalität ist oft ein mangelndes Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten, sei es der Kinder und Jugendlichen selbst, und/oder ihrer Eltern. Kinder lernen dann von klein auf: „Wenn ich etwas erreichen oder vermeiden will, dann muss ich etwas zusätzlich machen, mich anstrengen reicht nicht aus“.

Die Versuchung, nach Nahrungsergänzungsmitteln und Schmerzmitteln zu greifen, wird umso größer, je weniger Leistungsgrenzen auf natürlichem Weg (Training, Ernährung, Schlaf usw.) hinausgeschoben werden können.

Die Einteilung von Drogen nach Hautefeuille (2009) zeigt die drei wichtigsten Kategorien von Substanzen und ihre Akzeptanz in Gesellschaft und Sport:

– **Anpassungsdrogen** wie z.B. Ritalin, mit denen gesellschaftlich erwünschtes Normalverhalten hergestellt werden soll. Bei nicht wenigen Kindern könnten sie z.B.

durch mehr Bewegung ersetzt werden. Anpassungsdrogen werden viel zu häufig verordnet und konsumiert.



© Jelena Ivanovic – Fotolia.com

– **Leistungsdrogen** wie z.B. Stimulantien. Sie sind im Leistungssport verboten, in der Gesellschaft meist erwünscht, um die geforderten Arbeitsleistungen erbringen zu können. Dies führt oft zur Falle der Einnahme von Leistungsdrogen am Morgen und von Sedativa am Abend. Von nicht wenigen Eltern werden Leistungsdrogen ihren Kindern schon ab dem frühesten Kindesalter angeboten.

– **Genussdrogen:** Ein Teil von ihnen wie Nikotin und Alkohol sind erlaubt, andere dagegen verboten, was das Argumentieren schwer macht. Cannabis ist die bei Dopingkontrollen bei Jugendlichen am häufigsten festgestellte Droge, was in Anbetracht der gesteigerten Trainingsumfänge und der reduzierten Regenerationszeiten nicht verwunderlich ist.

Mit Anpassungs- und Leistungsdrogen werden viele Kinder zum Teil von klein auf direkt konfrontiert und an Pilleneinnahme gewöhnt. Als Ergebnis der Gewöhnung an die Einnahme von Pillen zur Bewältigung jeder herausfordernden Lebenslage meinen auch jugendliche Sportler, körperliche Belastungen auszuhalten und Erfolge in Wettkämpfen zu erzielen seien nur unter Zuhilfenahme solcher Mittel möglich.

Auf diesem Weg geht die Hemmung vor der Pilleneinnahme verloren. Nach Laure ist z.B. das Risiko, dass in späteren Jahren viele Substanzen genommen werden, fünfmal so hoch, wenn Mittel schon im Alter von sechs bis zwölf Jahren gegeben werden (Laure 2000, siehe hierzu

<http://www.cycling4fans.de/index.php?id=5644>).

Solche Mittel versprechen:

– **Leistungsverbesserung:** „Mit diesem Mittel wirst Du schneller laufen, dich besser konzentrieren können, das wird dich stark machen.“

– **Reduzierung von Ermüdung, Schmerz, Angst:** „Das ist gegen den Schmerz, das hilft dir weitermachen zu können, damit wirst du die Anstrengung gar nicht spüren.“

Diese Versprechen sind so erfolgreich, dass nach einer Studie des Apothekerverbands

– drei von fünf Eltern ihrem Kind pro Monat mindestens ein Medikament verabreichen,

– 19 Prozent der Kinder angeblich vorbeugende Präparate (Vitamine, Nahrungsergänzungsmittel usw.) erhalten,

– 43 Prozent der Eltern ihren Kindern Arzneimittel verabreichen, ohne vorher einen Arzt konsultiert zu haben (Brandt/Follmer 2009).

Indikatoren für eine bereits verfestigte Dopingmentalität: Wenn zur Bewältigung von realen oder vermeintlichen Schwierigkeiten (z.B. Klausuren, Druck im Arbeitsalltag, öffentliche Auftritte, Wettkämpfe), zu deren Ertragen (Vermeiden von Angst, Angst vor verminderter Leistungsfähigkeit) und/oder zur Leistungssteigerung Substanzen/Medikamente konsumiert werden. Jugendlichen Konsumenten sind Wirkungen meist bekannt, selten aber potentielle Nebenwirkungen. Völlig unbekannt sind mögliche negative Zusammenspiele zwischen der Vielzahl an Substanzen.

Auf dem Vormarsch: Nahrungsergänzungs- und Schmerzmittel

Werbeversprechen und massive Werbung haben dazu geführt, dass besonders gesundheitsbewusste Jugendliche zu Nahrungsergänzungsmitteln greifen. Jedoch: Eine frühe und umfangreiche Verwendung von solchen Substanzen schon bei Kindern

- fördert die Entwicklung von Dopingmentalität,
- verleitet den Organismus zu Bequemlichkeit, da bestimmte Stoffe, die er selbst herstellen könnte, von außen zugeführt werden,
- führt dazu, dass selbst bei optimaler Ernährung bestimmte Bestandteile der Nahrung nicht mehr verwertet werden.

Im optimalen Fall wird dabei nur teurer Urin produziert; im negativen Fall kommt es zu erheblichen Nebenwirkungen.

Voltaren naschen wie die Vorbilder

Was bei Kindern und Jugendlichen wirkt, ist das Verhalten von Eltern, Vereinsumfeld und entsprechende Äußerungen in den Medien. Wenn z.B. bei den Handballweltmeisterschaften 2007 bei fast jedem deutschen Spieler lobend erwähnt wurde, dass er dank „Voltaren naschens“ für Deutschland antreten konnte, so ist dies ein fatales Signal an Kinder. Der Konsum von Nahrungsergänzungsmitteln, Vitaminen und Medikamenten wird zum „Normalfall“ deklariert und sogar gelobt. Der Schritt zum Doping ist dann nicht mehr weit. Im Interview wies ein dopender Radrennfahrer darauf hin, dass die Einnahme von Pillen für ihn als Kind abstoßend war; problematisch war die Gewöhnung an die Pilleneinnahme, der spätere Übergang zu Dopingmitteln dann aber nicht mehr. Nach und nach wurden so Pillen und Spritzen selbstverständliche begleitende Maßnahmen von Training, Wettkampfvorbereitung und Wettkampf.

Der dopende Radfahrer ist kein Einzelfall. Rekordhalterinnen des Substanzkonsums im Leistungssport sind die Siebenkämpferin Birgit Dressel (1987 gestorben im Alter von 26 Jahren); sie konsumierte im Jahr vor ihrem Tod ca. 120 Mittel. Ilka Wyluda (Olympiasiegerin 1996 im Diskus) gab bei einer Dopingkontrolle bei der Europameisterschaft 1998 63 Mittel an, die sie in den 48 Stunden vor der Kontrolle genommen hatte.

Wie pädagogisch sollte der Leistungssport für Kinder und Jugendliche sein?

Im Leistungssport sollen Kinder und Jugendliche entdecken können, dass Handlungsergebnisse und eigene Anstrengungen/Tüchtigkeit in einem Zusammenhang stehen; sie sollen aber auch lernen, die eigenen Grenzen zu akzeptieren und Regeln einzuhalten. Vorbereitet werden sollten sie auf Entscheidungen und Handeln in Krisensituationen, z.B.

- anhaltende Leistungsstagnation trotz Ausschöpfens legaler Ressourcen,
- Rückschläge durch Krankheiten oder Verletzungen,
- eklatante Leistungsverbesserungen von gleichaltrigen Konkurrenten,
- der Übergang von der Jugend- in die Erwachsenenklasse, zumal wenn die Substanzeinnahme dort der Normalfall ist (z.B. Voltaren in Training und Wettkampf)

Diese Krisensituationen müssen junge Leistungssportler lernen zu bewältigen. Dazu brauchen sie die Hilfe von Eltern, Kinder- und Jugendärzten, Sportlerumfeld, Funktionären und auch Politikern. Diese sollten daran mitwirken, den mündigen Sportler zu erziehen, der in der Lage ist, selbständig Entscheidungen zu treffen, die Konsequenzen des eigenen Handelns voraussehen und sich dafür auch verantwortlich zu fühlen. Sie alle sollten sich für mehr Prävention als Bestandteil der täglichen Arbeit mit jugendlichen Sportlern einsetzen. Vor allem aber dürfen Olympiastützpunkte, Fachverbände, Vereine und Trainer nicht mehr wie bisher den Konsum von Nahrungsergänzungsmitteln und Schmerzmitteln propagieren.

Doping im engeren Sinne liegt vor, wenn gegen die Bestimmungen der internationalen und nationalen Doping-Agentur verstoßen wird (www.nada.de, www.wada-ama.org). Im weiteren Sinne werden mit dem Begriff Doping alle mit dem Ziel einer Leistungssteigerung verwendeten Mittel gefasst, bis hin zum Missbrauch der Begrifflichkeit durch die Werbung wie Doping „für die Haare“, „für den Computer“ usw.

keine

Bemerkungen zur Abnahme:

Mineralien, Wasser, Vitaprinol Bz, ATP Charge, Metalin, Phosphor Mono, Standard, Standard, Standard-Energie, Vit. B1 + B6, Taurin, Koffein, Pantothinsäure, Aminosäuren, Nuprin, Actovegin 2000, Jonosthin, Rescurtan, GABA, Seeland, Amino 3000, Koffein, BCAA, ASS+C, ACC 200, Pantothinsäure, Taurin, Didofinac, Selen, Chromium picolinate, Magnesium Oxid, Procto spex, Repard, Choleprel

unter Hinweis auf die oben aufgeführten Bemerkungen bestätige ich die ordnungsgemäße Probenabnahme.

Beispiel für Angaben für vorangegangene 48 Stunden bei einer Dopingkontrolle

Prof. Dr. Gerhard Treutlein
Mühlthalstr. 124a
69121 Heidelberg
E-Mail: treutlein@ph-heidelberg.de

Der Autor war Professor für Sportpädagogik an der Pädagogischen Hochschule sowie 35 Jahre lang verantwortlich für die Studierendennationalmannschaft in der Leichtathletik. Er ist Spezialist für Dopinggeschichte und Dopingprävention.

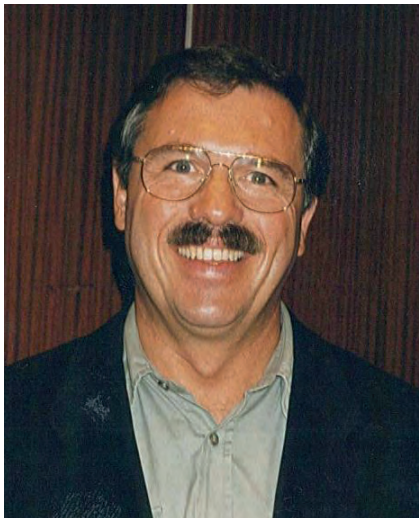
Red: ReH

Michael Kinet zum 65. Geburtstag

Am 11. April feierte Dr. Michael Kinet aus Rendsburg seinen 65. Geburtstag. Dazu gratuliert ihm der BVKJ ganz herzlich und wünscht ihm für den kommenden Lebensabschnitt alles Gute. Michael Kinet wurde in Düsseldorf geboren, legte dort 1967 sein Abitur ab und nahm im gleichen Jahr das Studium der Humanmedizin in Kiel auf. Von 1974 bis 1980 absolvierte er seine Weiterbildung zum Kinderarzt in der Abteilung für Allgemeine Pädiatrie an der Universitäts-Kinderklinik zu Kiel und ließ sich dann als Vertragsarzt in Rendsburg nieder, zunächst in Einzelpraxis, seit 1997 in Gemeinschaftspraxis. Im Jahre 2007 wurde er mit der ärztlichen Leitung der pädiatrischen Anlaufpraxis in Rendsburg betraut.

Seit 1981 ist Michael Kinet auf Landes- und Bundesebene im BVKJ berufspolitisch aktiv, zunächst als stellvertretender Delegierter, später auch als stellvertretender Vorsitzender des Landesverbandes Schleswig-Holstein. Von 1990 bis 2002 war er Vorsitzender des Landesverbandes Schleswig-Holstein im BVKJ. Daneben betreute er von 1990 bis 2011 als Obmann des BVKJ den Kreis Rendsburg-Eckernförde. Aufgrund seines hervorragenden Engagements und seines ausgleichenden und verbindlichen Wesens wurde er von der Delegiertenversammlung des BVKJ 2003 in den Vorstand des BVKJ gewählt, ein Amt, das er vier Jahre mit großem Einsatz innehatte.

Seit 2001 ist er Mitglied der Kommission für Infektionskrankheiten und Impf-



Dr. Michael Kinet

fragen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ), zusätzlich übernahm er von 2003 bis 2007 das Amt des Schatzmeisters der DAKJ.

Daneben engagierte er sich in der Ärztenossenschaft Schleswig-Holstein (jetzt Ärztenossenschaft Nord), wo er seit dem Jahre 2000 Mitglied des Aufsichtsrates ist. Wir alle kennen sein großes Engagement für das Impfen. Deshalb verwundert es nicht, dass er seit 1998 in der Arbeitsgruppe „Impfziele für Schleswig-Holstein“ im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein mitarbeitet. Er gilt weit über Schleswig-Holstein hinaus als anerkannter Fachmann in allen Impffragen.

In all diesen Ämtern zeichnete sich Michael Kinet durch kluge Politik und bemerkenswerten Einsatz im Interesse seiner pädiatrischen Kollegen sowie einer Verbesserung der gesundheitspolitischen Versorgung von Kinder und Jugendlichen in Deutschland aus. Michael Kinet genießt höchstes Ansehen nicht nur im BVKJ, sondern auch in den pädiatrischen Schwesterngesellschaften und in der Landespolitik in Schleswig-Holstein. Der BVKJ hat Michael Kinet für sein großes Engagement im Jahr 2001 mit der Ehrennadel in Silber und 2010 mit der Ehrennadel in Gold ausgezeichnet.

Michael Kinet liebt den Norden, kehrt aber auch immer wieder in seine rheinische Heimat zurück. Lieber Michael, in Schleswig-Holstein ist die Luft klar, die Elemente sind hautnah zu spüren und das hat auf Dich abgefärbt. Du bist der klar denkende und nüchtern abwägende aus dem hohen Norden und hast in aller Bescheidenheit sehr viel für den Landesverband aber auch auf Bundesebene und in der DAKJ bewirkt. Ganz herzlichen Dank für Deinen beispielhaften Einsatz. Genieße einen etwas ruhigeren Lebensabschnitt zusammen mit Deiner Gisela und Eurem Hund, der Euch viele Jahre zu allen Kongressen des BVKJ begleitet hat. Ad multos annos!

Dr. Wolfram Hartmann
Präsident BVKJ

Fortbildungstermine



April 2014

26. April 2014

Pädiatrie zum Anfassen und Kongress PRAXISfieber-regio für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen
Gemeinsam mit der **63. Jahrestagung der Süddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, 25.–26. April 2014**

des bvkj e.V., LV Baden-Württemberg, in Stuttgart/Fellbach;

Verantwortlich Frau Dr. Gudrun Jacobi
Auskunft: Interplan München, Tel. 089/54823411, Fax 089/548234-42, www.sgkj-tagung.de

Mai 2014

14. Mai 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.

des bvkj e.V., in Rostock

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78
(bvkj.kongress@uminfo.de)

16.–17. Mai 2014

12. Pädiatrie à la carte des LV Westfalen-Lippe

des bvkj e.V., in Münster-Hiltrup

Auskunft: Dr. med. Marcus Heidemann, Bielefeld, Tel. 0521/204070, Fax: 0521/2090300; Dr. med. Andreas Schmutte, Datteln, Tel. 02363/8081, Fax 02363/51334, www.pac-bvki.de ④

16.–17. Mai 2014

24. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Thüringen, in Erfurt
Auskunft: Dr. med. Annette Kriechling, In der Trift 2, 99099 Erfurt, Tel. 0361/5626303, Fax: 0361/4233827 ①

Juni 2014

13.–15. Juni 2014

44. Kinder- und Jugendärztetag 2014 „Umwelteinflüsse – Was macht wirklich krank?“

Jahrestagung des bvkj e.V., in Berlin
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de) ①

14.–15. Juni 2014

9. Praxisfieber Live Kongress für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen

des bvkj e.V., in Berlin

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de) ①

Juli 2014

2. Juli 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.

des bvkj e.V., in Leipzig

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78
(bvkj.kongress@uminfo.de)

5. Juli 2014

17. Seminartagung des LV Hessen

des bvkj e.V., in Bad Nauheim

Auskunft: Dr. Ralf Moebus, Bad Homburg, Tel. 06172/26021, Fax 06172/21778 – Tel. 069/818131, 069/880983, Fax 069/814756 ①

September 2014

6.–7. September 2014

18. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck

des bvkj e.V., LV Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein und Niedersachsen, in den MediaDocks in Lübeck

Auskunft: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Tel. 0421/570000, Fax: 0421/571000; Dr. Stefan Renz, Hamburg, Tel. 040/43093690, Fax: 040/430936969; Dr. Dehtleff Bant-hien, Bad Oldesloe, Tel. 04531/3512, Fax: 04531/2397; Dr. Volker Dittmar, Celle, Tel. 05141/940134, Fax: 05141/940139 ②

20. September 2014

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkj e.V., in Dresden

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

Oktober 2014

11.–15. Oktober 2014

42. Herbst-Seminar-Kongress „Infektiologie“

des bvkj e.V., in Bad Orb

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de) ②

November 2014

1. November 2014

Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvkj e.V., in Verden

Auskunft: Dr. med. Tilman Kaethner und Dr. med. Ulrike Gitmans ③

15.–16. November 2014

12. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Bayern, in Bamberg

Tag-Leiter: Prof. Dr. C. P. Bauer, Gaißach/München

Auskunft: Dr. Martin Lang, Bahnhofstr. 4, 86150 Augsburg, Tel. 0821/3433583, Fax 0821/38399 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

Preis Jugendmedizin an die Arbeitsgemeinschaft Sexualität und Prävention für das Projekt „Mit Sicherheit verliebt“

Die Bundesvereinigung der Medizinstudenten in Deutschland e.V. (BVMD) hat mit ihrer Arbeitsgemeinschaft Sexualität und Prävention 2001 das Projekt „Mit Sicherheit verliebt“ ins Leben gerufen. „Mit Sicherheit verliebt“ ist ein peer-education-Präventionsprogramm, in dem Jugendlichen Grundlagenwissen zu Sexualität, Verhütung und sexuell übertragbaren Infektionen vermittelt werden soll. Etwa 400 Medizinstudentinnen und Medizinstudenten stehen dabei Jugendlichen als Gesprächspartner zur Verfügung. Mit weniger Hemmschwellen gelingt es, Wissen zu vermitteln und auch falsche Vorstellungen von Sexualität zu korrigieren, welche von peer group oder Jugendmagazinen vorgezeichnet wurden.

Die Jugendlichen lernen am Vorbild der angehenden Mediziner, dass es eine

Alternative gibt zum unsicheren, schambehafteten oder auch affektierten Gespräch über Sex. Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AG ste-

oder kulturelle Grenzen akzeptiert. Dabei wird eine klare und unmissverständliche Haltung zum Thema Verhütung vermittelt, ebenso wie Faktenwissen zu sexuell

übertragbaren Infektionen und insbesondere zu HIV. Die Möglichkeiten, sich selber vor Ansteckung zu schützen, werden interaktiv herausgearbeitet.

BVKJ Präsident Dr. Wolfram Hartmann stellte bei der Preisverleihung am Rande des 20. Kongress Jugendmedizin in Weimar mit Freude fest, „dass dieser engagierte medizinische Nachwuchs bereits früh erkannt hat: Prävention ist ein absoluter Schwerpunkt des medizinischen Handelns! Wir können stolz sein auf das Engagement dieser angehenden Ärztinnen

und Ärzte und auf dieses hervorragende Projekt“. (siehe auch Heft 5/2013, S. 213)

Kup



Photo: Helmut Hoffmann, Berlin

Sebastian Küchlin (li.) und sein Kollege Marco Spehl nehmen den Preis stellvertretend entgegen.

hen Modell für einen unverkrampften, selbstbewussten und toleranten Umgang mit Sexualität, der trotzdem persönliche

Gerhard Domagk (1895-1964)

Begründer der Sulfonamid-Therapie



Dr. Olaf Ganssen

Am 24. April 1964, vor 50 Jahren, stirbt der deutsche Pathologe und Pionier der Chemotherapie bakterieller Infektionen. Der Durchbruch ist die Einführung des ersten Sulfonamids Prontosil im Jahr 1935. Woher kam er?

Domagk wird am 30. Oktober 1895 als Sohn eines Schul Lehrers in Lagow in der damaligen Provinz Brandenburg geboren. Nach Versetzung des Vaters macht er Abitur 1914 in Liegnitz (Schlesien). Während des ersten Semesters Medizin in Kiel bricht der 1. Weltkrieg aus. Er meldet sich freiwillig, wie viele seiner Kameraden, an die Front. Nur er und drei Mitschüler (von fünfzehn aus seiner Klasse) überleben die schweren Kämpfe bei Langemark in Flandern. Die Reste seiner Einheit werden im Dezember 1914 an die Ostfront verlegt, wo er nach Ausheilung einer Verwundung zum Sanitäter ausgebildet wird. Die Kriegserlebnisse, Qualen und Sterben der Soldaten lassen ihn nicht mehr los und schon damals an Wege denken, auf denen man Gasbrand- und andere Erreger von Wundinfektionen beherrschen kann.

Nach Kriegsende Fortsetzung des Studiums in Kiel, 1921 Staatsexamen und Promotion. Ab 1923 Assistent am Pathologischen Institut in Greifswald. Er forscht über die Bedeutung des reticulo-endothelialen Systems bei der Vernichtung von Infektionskeimen, ein Gebiet, das 1924 erweitert auch Thema seiner Habilitationsschrift wird. Im gleichen Jahr Umzug nach Münster, wo er die Abteilung für Experimentelle Pathologie übernimmt.

Wechsel zur Industrie

1927 folgt er kurz entschlossen dem Angebot der Bayer-Forschungslaboratorien in Elberfeld, die Leitung des zu gründenden Instituts für Experimentelle Pathologie und des angeschlossenen bakteriologischen Labors zu übernehmen. Er ist froh, dem mühseligen und spärlich bezahlten

Dasein eines Privatdozenten zu entkommen und ohne akademische und finanzielle Zwänge in modernsten Forschungseinrichtungen arbeiten zu können. Das weite Feld der Bekämpfung bakterieller Infektionen wird ihn die nächsten Jahre beschäftigen. Nach seinen Plänen auf zwei Wegen: Steigerung der körpereigenen Abwehr, vor allem aber die Suche nach chemischen Substanzen,



Gerhard Domagk

die Erreger schädigen oder abtöten - eine riesige Herausforderung.

In-vivo Tests

In-vitro-Tests allein sind nicht aussagekräftig, in-vivo-Tests müssen folgen. Domagk wählt einen hochpathogenen Streptokokken Stamm, der bei Mäusen eine tödliche Infektion bewirkt. Die zu untersuchenden Substanzen werden in die Schwanzvene injiziert, die Methode zu einem Routineverfahren entwickelt und später auch mit Staphylokokken, Pneumokokken, Meningo- und Gonokokken durchgeführt.

Er hat das große Glück, mit zwei begnadeten Chemikern Fritz

Mietzsch und Josef Klarer zusammen zu arbeiten, die Hunderte Verbindungen synthetisieren. Ausichtsreich geglaubte Substanzgruppen, wie Schwermetallsalze, Arsen-Antimon-Verbindungen und Akridine, die bei Malaria erfolgreich waren, sind entweder unwirksam oder zu toxisch. Erst die Kopplung eines Azofarbstoffes - einer schon länger bekannten Substanzklasse mit großer Kombinationsvielfalt - an eine Sulfonamidgruppe führt nach systematischer Prüfung zahlloser Verbindungen 1932 zum Ziel: Die Prüfsubstanz KL 730, das spätere Prontosil, ist hochwirksam und ohne erkennbare Nebenwirkungen, auch bei anderen Versuchstieren. Die infizierten Mäuse zeigen 48 Stunden nach Behandlungsbeginn weder Bakterienbefall noch pathologische Gewebeveränderungen, während alle unbehandelten Tiere der Kontrollgruppe bereits verendet sind. KL 730 wird unverändert im Harn ausgeschieden. - Domagk bekennt später: „Wir haben oft seziert, bis wir nicht mehr stehen konnten und mikroskopiert, bis wir nicht mehr sehen konnten.“

Klinische Prüfungen

Danach kommt die Zeit der Erprobungen. Eine der ersten unfreiwillig an seiner vierjährigen Tochter Hildegard: Sie verletzt sich durch einen Nadelstich an der Hand, was zu einer so bedrohlichen Phlegmone führt, dass die Chirurgen zur Amputation raten, um den Arm zu retten. Domagk entschließt sich in dieser Notlage, sein Sulfonamid einzusetzen und erreicht eine vollständige Heilung. Die chemische Weiterentwicklung führt zum Prontosil solubile; dadurch wird die enterale und parenterale Verabreichung möglich.

Der Essener Pädiater Otto Sprockhoff schreibt in seinen Erinnerungen an die Assistenzarztzeit an der Königsberger Städtischen Kinderklinik: "Da sie eine der größten Kinderkliniken in Deutschland war, wurde sie von der Firma Bayer mit beauftragt, das von Prof. Domagk soeben gefundene Sulfonamid Prontosil klinisch zu erproben. Für uns war es damals 1935 geradezu eine Sensation, wie ungewöhnlich prompt mit Prontosil die bisher so therapieresistenten, wochenlang oft mit Schaukeldiät vergeblich behandelten Cystitiden der kleinen Mädchen ausheilten und ebenso ein Großteil der Meningitiden." - Auf die harmlose aber erschreckende Rotfärbung des Urins unter der Behandlung mit diesem ersten Sulfonamid musste man die Patienten immer hinweisen.

Durch ihr breites Wirkspektrum beginnt eine jahrelange Erfolgsgeschichte mit ständig weiterentwickelten Verbindungen. Viele Hirnhautentzündungen, Pneumonien und das Puerperalfieber verlieren ih-

ren Schrecken. Auch Coli – bedingte Harnwegsinfekte, wie oben geschildert, werden erreicht.

Der Nobelpreis

1938 schlugen ausländische Wissenschaftler Domagk für den Nobelpreis vor. Aber seit der Journalist und Pazifist Carl von Ossietzky 1936 den Friedens-Nobelpreis erhielt und im KZ landete, verbot Hitler allen Deutschen, Nobelpreise anzunehmen. Am 17. November 1939 wird Domagk von der Gestapo ohne Angabe von Gründen verhaftet und tagelang verhört. Man zwingt ihn, die Verleihung schriftlich abzulehnen. Erst 1947 erlebt er in Stockholm die feierliche Aushändigung. Der nicht unerhebliche Geldbetrag ist allerdings den Statuten gemäß verfallen. Dass er allein diese Auszeichnung erhält, wird von vielen als einseitig angesehen. Wohl zu recht, denn ohne die enge Zusammenarbeit mit den kongenialen Chemikern Mietzsch und Klarer wäre sein Ziel nicht erreicht worden. Beide bekommen aber auf Domagks Antrag den Eh-

rendoktor der Medizinischen Fakultät Münster.

Nicht vergessen seien seine Forschungen und Erfolge bei der Behandlung der Tuberkulose, die noch während des Krieges beginnen. Nach dem Krieg kommen die von Bayer synthetisierten und von Domagk getesteten Tuberkulostatika Conteben und Neoteben in den Handel. Mit Conteben gelingt die erste erfolgreiche Behandlung der Haut-Tbc. Neoteben gehört heute noch als Isozid (INH) zur Basismedikation der Lungentuberkulose.

Die Jahre nach dem Ausscheiden 1960 bei Bayer bis zu seinem Tode sind geprägt von Einladungen, rastloser Vortragstätigkeit in aller Welt und hohen Ehrungen und Auszeichnungen.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Olaf Ganssen

Am Grünwald 38, 42549 Velbert

Red.: Kup

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

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

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

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

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

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

Druckauflage 13.533

lt. IVW IV/2013

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 47 vom 1. Oktober 2013

Bezugspreis: Einzelheft € 9,90 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 99,- zzgl. Versandkosten (€ 7,70 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

© 2014. 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.

Buchtipp

Josef Althaus

Das sind unsere besten Jahre 41 Ermutigungen für Eltern aus der Kinderarztpraxis



Lardon Media, Berlin, 176 S., € 14,95, ISBN 978-3-897691650

Dr. Josef Althaus, praktizierender Kinder- und Psychotherapeut hat ein Erziehungsbuch der besonderen Art geschrieben. Was harmlos als „41 Ermutigungen für Eltern aus der Kinderarztpraxis“ daherkommt, zielt auf nichts Geringeres, als

auf „einen heilsamen Zwang zur Selbsterkenntnis“.

„Die Geburt eines Kindes bedeutet auch eine psychische Neugeburt der Eltern“, aber die Neugeburt muss hart, oft unter Tränen, erarbeitet werden. Wer kennt nicht die Hilflosigkeit, die in einem aufsteigt, angesichts eines sich im Kaufhaus brüllend auf dem Boden werfenden

Dreijährigen? Oder das Bild der heulenden Mutter mit dem schreienden Säugling auf dem Arm, den man, so scheint, es, mit nichts, aber auch gar nichts beruhigen kann?

Kinder sind grausam, wenn es um Entlarvung alter Rituale geht. Kinder durchschauen ihre Eltern, sie merken jede Unsicherheit. (Von der kindlichen Fähigkeit des Gedankenlesens handelt ein ganzes Kapitel.) Sie können die Eltern vor sich her treiben, bis diese am Ende in einer Sackgasse landen, nackt, hilflos und vollgepackt mit Versagensängsten. Und dann setzt leider oft ein unüberlegter Reflex aus Angelegenem, Unverdaulichem und eigenen Kindheitserlebnissen ein, es kommt zu einer Perpetuierung der eigenen Erziehung in die nächste Generation. Jede Statistik zeigt, dass schlagende Eltern selbst in ihrer Kindheit geschlagen wurden.

Am Anfang war das Staunen, so sagen die Philosophen, das Staunen, dass die Dinge sich stets verändern, dass nichts selbstverständlich, das eigene Handeln unzulänglich ist und

das Selbstbildnis schnell ins Wanken gerät.

Die 41 Szenen aus dem täglichen Elterndasein möchten zeigen, wie Eltern mit diesen immer wieder neuen (Lebens-)Situationen umgehen können. Es ist eine andere Perspektive: Nicht das Kind lernt von den Eltern, sondern Eltern erleben sich neu über ihre Kinder und gelangen auf diesem Weg zum Erwachsensein mit eigener neuer Identität.

Hierin liegt der Wert der 41 Ermutigungen, angereichert durch des Autors eigene oder aus der Literatur stammenden Aphorismen, die jedes Kapitel zieren. Ein Buch, das eher zum Nachdenken anregt, als dass es sich in praktischen Erziehungsratschlägen verliert.

Wie erfreulich und beruhigend ist es doch, wenn Eltern nach langen Jahren harter Arbeit ihre spät pubertierenden Sprösslinge endlich ins Leben entlassen und erleichtert ausruhen können: Das waren unsere besten Jahre!

Dr. Wolfgang Gemppe,
78464 Konstanz

Red: ReH

Holger Grötzbach /
Judith Hollenweger-Haskell /
Claudia Iven (Herausgeber)

ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie



Verlag Schulz-Kirchner,
2. Auflage 2014, S. 308,
€ 36,99, ISBN 978-3-8248-1014-7

400 Gramm logopädische
Bewusstseinsweiterung

In der Alltagspraxis schleifen sich häufig unbemerkt Muster ein, die sich wiederholten Abläufen geschuldet - als effizient und zeitsparend, also ressourcenschonend erwiesen haben. Lohnenswert ist, diesen Mechanismus regelmäßig zu reflektieren und zu durchbrechen, wenn der individuelle Patient aus dem Blickfeld zu geratendroht. Die Herausgeber stellen am Beispiel

der logopädischen Praxis die ICF-Klassifikation vor, die eine erweiterte Herangehensweise an den Patienten über das engere Krankheitsbild hinaus ermöglichen soll. Die in dieser zweiten Ausgabe ergänzte ICF-CY geht auf die Entwicklungsbesonderheiten von Kindern und Jugendlichen ein.

Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Behinderung (ICF)“ wurde 2001 von der WHO verabschiedet und hat als gesetzlich verpflichtendes Konzept Eingang in das deutsche Rehabilitationswesen gefunden.

Bei der ersten Durchsicht erschlägt die Detailfülle, welche die einzelnen Autoren anbieten. Damit ist das Buch keine am Stück konsumierbare Lektüre. Empfehlenswert ist vielmehr, es als Ergänzung in Griffweite zu halten und patientenorientiert von Fall zu Fall zu bearbeiten. Die Denk- und Arbeitsweise des

ICF lassen den Schluss zu, dass die praktische Umsetzung primär in größeren Therapieeinrichtungen in Rahmen eines erweiterten QM realisierbar ist. Dabei ertappt sich der fortgeschrittene Behandler dabei, dass ihm die dargestellten Schritte zum Teil selbstverständlich erscheinen, weil von ihm seit Jahren bereits praktiziert. Hingegen ist die vorgeschlagene ausufernde Dokumentation im knappen Zeitrahmen der niedergelassenen Praxis kaum zu schaffen.

Fazit: Das durchaus zur Reflexion anregende Buch zeigt, was patientenzentriert geleistet werden kann, wenn hierfür ausreichende Ressourcen vorhanden sind.

Die Autorin ist Sprachwissenschaftlerin und Logopädin.

Dr. Cornelia Tigges-Zuzok
Stemmering 51
45259 Essen

Red: ReH



Geburtstage im Mai 2014

65. Geburtstag

Herr Dr. med. Fritz *Hering*,
Köln, am 01.05
Frau Dr. med. Steffi *Hohlbein*,
Prohn, am 01.05
Herr Richard Irswan *Ghozali*,
Wiehl, am 02.05
Herr Dr. med. Ernst-Werner *Hempfung*,
Bielefeld, am 08.05
Frau Dipl.-Med. Angelica *Jacob*,
Potsdam, am 08.05
Herr Dr. med. Dipl.-Psych. Michael
Löchel, Kurtscheid, am 08.05
Frau Gisela *Kühn*, Berlin, am 09.05
Frau Ursula *Dahmen*, Amberg, am 09.05
Herr Dr. med. Joachim *Dellnitz*,
Philippsburg, am 12.05
Frau Helga *Boitz*, Nünchritz, am 14.05
Herr Carsten Wilhelm *Behrens*,
Ahrensburg, am 15.05
Herr Dr. med. Joachim *Häfelein*,
Bredstedt, am 16.05
Herr Dr. med. Manfred *Popp*,
Bremerhaven, am 17.05
Herr Peter *Bödeker*, Berlin, am 19.05
Frau Dipl.Med. Angelika *Schilde*,
Naumburg, am 20.05
Frau Dr. med. Brigitte *Klingmüller*,
Gießen, am 26.05
Frau Dr. med. Ulrike *Brendel*,
Parsberg, am 27.05
Herr Ulf *Raupach*, Offenbach, am 30.05
Herr Dr. med. Georgios *Zografos*,
Sinzheim, am 31.05

70. Geburtstag

Herr Dr. med. Horst *Schallner*,
Bielefeld, am 03.05
Herr Thomas *Schreyer*,
Buchholz, am 05.05
Frau Dr. med. Marita *Dieminger*,
Gera, am 08.05
Frau Dr. med. Gisela *Masius*,
Puchheim, am 09.05
Frau Dr. med. Monika *Babendererde*,
Joachimsthal, am 09.05
Herr Dr. med. Michael *Walther-Richters*,
Meitingen, am 14.05
Herr Dr. med. Hans-Joachim *Juretko*,
Münster, am 15.05
Herr Dr. med. Hans *Krahe*,
Mülheim, am 16.05
Herr Dr. sc. med. Amadeus *Hartwig*,
Berlin, am 20.05
Frau Elke *Grzonka*, Stendal, am 21.05
Herr Dr. med. Ernst *Romberg*,
Geseke, am 23.05

Frau Dr. med. Gunhild *Kreibig*,
Homburg, am 26.05

75. Geburtstag

Herr Dr. med. Jens-Peter *Roth*,
Berlin, am 06.05.
Frau Dr. med. Elisabeth *Haes*,
Unkel, am 06.05.
Herr Dr. med. Dietrich *Apel*,
Braunschweig, am 15.05.
Frau Dr. med. Anna *Anemüller*,
Bad Sassendorf, am 15.05.
Herr Dr. med. Franz-Josef *Schuy*,
Bergisch Gladbach, am 16.05.
Frau Sigrun *Matheus*, Forst, am 18.05.
Frau Dr. med. Erika *Kauth*,
Leipzig, am 24.05.
Herr Dr. med. Peter *Porsch*,
Soest, am 29.05.

80. Geburtstag

Herr Dr. med. Paul *Wirtz*,
Meerbusch, am 03.05.
Herr Dr. med. Youssef *Toulimat*,
Asendorf, am 05.05.
Herr SR Dr. med. Hans-R. *Böhm*,
Eisenach, am 08.05.
Herr Dr. med. Suat *Savran*,
Eltville, am 10.05.
Herr Prof. Dr. med. Werner *Blunck*,
Hamburg, am 24.05.
Frau Dr. med. Jutta *Kaestner-Köhler*,
Walluf, am 29.05.

81. Geburtstag

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

82. Geburtstag

Frau Dr. med. Charlotte *Spindler*,
Pähnitz, am 07.05
Herr Dr. med. Hans-Joachim *Bosch*,
Berlin, am 13.05.
Herr Dr. med. Sirius *Keschawarzi*,
Hagen, am 31.05.

83. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Horst *Köditz*,
Magdeburg, am 06.05.
Herr Prof. Dr. med. Burkhard *Schnee-
weiß*, Berlin, am 16.05.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Ruth *Geiger*,
Uhldingen-Mühlhofen, am 01.05.
Herr Prof. Dr. med. Hans *Helge*,
Berlin, am 10.05.
Frau SR Dr. med. Renate *Jehring*,
Dresden, am 16.05.
Frau Dr. med. Elisabeth *Clauss*,
Schwäbisch Hall, am 27.05.

Herr MR Dr. med. Rudolf *Scholz*,
Fürstenwalde, am 28.05.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Lotte *Waltz*,
Hagen, am 02.05.
Herr OMR Dr. med. Klaus *Schröter*,
Chemnitz, am 16.05.

86. Geburtstag

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

87. Geburtstag

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

88. Geburtstag

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

91. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Galandiuk*,
Hannover, am 07.05.
Frau Dr. med. Erika *Kramer*, Andernach,
am 28.05.

92. Geburtstag

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

93. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *von Laer*,
Bielefeld, am 11.05.
Frau Dr. med. Inghild *Westermann*,
Porta Westfalica, am 18.05.
Frau Dr. med. Marianne *Groll*,
Frankfurt, am 29.05.

94. Geburtstag

Herr Dr. med. Rolf-Joachim *Candler*,
Wildeshausen, am 06.05.
Frau Dr. med. Gisela *Kleeberg*,
Neunkirchen, am 14.05.
Herr Dr. med. Heinrich *Wiggermann sen.*,
Dortmund, am 28.05.

Wir trauern um:

Herrn Prof. Dr. med. Victor *Weidtmann*, Frechen

Als neue Mitglieder begrüßen wir



Landesverband Baden-Württemberg

Frau Anna Lena *Full*
Frau Dr. med. Katja *Nething*



Landesverband Bayern

Frau Dr. med. Saskia *Huppmann*
Frau Dr. med. Cornelia *Kiani*
Herrn Simon *Lay*
Herrn Joachim *Mannert*



Landesverband Berlin

Frau Janna *Buchenau*



Landesverband Niedersachsen

Frau Dr. med. Soha *Asgari*
Frau Dr. med. Verena *Böhrsch*

Frau Kessy Ann *Haase*
Frau Wisal *Sami*



Landesverband Nordrhein

Frau Dr. med. Birthe *Kierdorf*
Frau Stephanie *Knebel*
Frau Dr. med. Wei-Shih *Liu*
Frau Dr. med. Victoria *Lorenzen*
Frau Dr. med. Sonja *Müller*



Landesverband Rheinland-Pfalz

Herrn Dr. med. Sebastian *Bar-
tels*



Landesverband Sachsen

Frau Barbara *Große*



Frau Sabine *Herdzin*

Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Saskia *Lüthke*
Frau Dr. med. Valeria *Strauß*



Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Julia *Bode*
Frau Anna *Bülow*
Frau Marianna *Grzegorzek*
Herrn Dr. med. Rasmus *Jürgens*
Frau Manushaqe *Kryeziu-Rrahmani*
Frau Dr. med. Eva *Nilovic*

Modernes Serviceprogramm für Jugendliche mit ADHS und ihre Ärzte

HyperCheck – eine Smartphone-App zur Erleichterung der Therapieeinstellung und Verbesserung der Adhärenz

Um Jugendliche mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Alltag zu unterstützen, sie aktiv in die Therapie einzubeziehen und ihre Eigenverantwortlichkeit zu stärken, hat das Unternehmen MEDICE die HyperCheck-App entwickelt. Diesen Service können sich Patienten nach vorausgegangener Registrierung kostenlos auf ihr Smartphone herunterladen. Die neue App beinhaltet zahlreiche alltagsrelevante Serviceleistungen, die letztendlich zu einer Optimierung der Adhärenz und der Symptomkontrolle beitragen können. Auch der behandelnde Arzt profitiert von dem zeitgemäßen Service-Tool: Durch die enge Vernetzung der HyperCheck-App mit dem onlinebasierten HyperCheck-Arztportal erhält er direkten Einblick auf die Wirkungen der Medikation und den Verlauf der Stimmung – Informationen, die gerade in der Titrationsphase entscheidend sind.

Jugendliche mit ADHS sind im Umgang mit dem Störungsbild im Alltag oftmals überfordert. Um sie entsprechend zu unterstützen und die Möglichkeiten effektiver medikamentöser und verhaltenstherapeutischer Therapieansätze weiter zu optimieren, setzt MEDICE auf Schulung und Aufklärung. Hierfür entwickelt das Unternehmen lösungsorientierte Serviceleistungen, die auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten und ihrer Ärzte zugeschnitten sind. Mit HyperCheck ist man jetzt noch einen Schritt weiter gegangen: Einerseits soll die App den jugendlichen ADHS-Patienten helfen, im Alltag besser zurechtzukommen; zugleich ist sie aber auch ein wichtiges Bindeglied zwischen Arzt und Patient.

HyperCheck-App: hilfreiches Tool für ADHS-Patienten

Die HyperCheck-App bietet jugendlichen Patienten mit ADHS eine Vielzahl attraktiver, altersgerechter Möglichkeiten zum Management der Behandlung und zur Verlaufsdokumentation. Ein Reminder erinnert den Jugendlichen an die zeitgenaue und regelmäßige Medikamenteneinnahme. Zudem enthält die App eine Tagebuchfunktion, die es dem Patienten ermöglicht, viermal täglich rasch und unkompliziert seinen Gemutzzustand zu dokumentieren. Die Tageswerte lassen sich grafisch als Langzeitverlauf der Stimmung über Wochen und Monaten darstellen. Frei formulierte Texteinträge in das Tagebuch sind ebenfalls möglich. Außerdem erhält der Nutzer umfangreiche Informa-

tionen rund um das Thema ADHS, Diagnose und Therapiemöglichkeiten, Ratschläge zum Management des Störungsbildes im Alltag sowie Erläuterungen der wichtigsten Begriffe aus dem Bereich ADHS und nützliche Links auf informative Seiten im Internet.

HyperCheck-Arztportal: Informativ Online-Plattform für den Arzt

Durch die enge Vernetzung der HyperCheck-App und des browserbasierten HyperCheck-Arztportals erhält der behandelnde Arzt auf einen Blick alle relevanten Angaben zur Qualität der Behandlung und dem Ausmaß der Symptomkontrolle. Die Auswertung des Patiententagebuchs spiegelt ein differenziertes Stimmungsbild über den Verlauf des Tages und mehrerer Wochen in Schule, Freizeit und Familie wider. So erhält der behandelnde Arzt einen tieferen Einblick in das Befinden seiner ADHS-Patienten, das er bei der Therapie – insbesondere in der Einstellungsphase – nutzen kann.

Die Sicherheit für die Anwendung hatte bei der Entwicklung von HyperCheck höchste Priorität. Ärzte haben drei Möglichkeiten, sich für das HyperCheck-Patientenserviceprogramm anzumelden: (1.) über ihren persönlichen MEDICE-Ansprechpartner, (2.) via Internet (www.hypercheck.me) oder (3.) formlos per E-Mail an: Service@hypercheck.me. Nach der Verifizierung der Angaben erhält der Arzt seine persönlichen Zugangsdaten für das HyperCheck-Arztportal sowie

Broschüren inklusive Registrierungskarte für die Patienten.

Im persönlichen Gespräch vermittelt der Arzt dem ADHS-Patienten den Registrierungscode für die HyperCheck-App. Nachdem sich der Patient angemeldet hat, erhält er per SMS den Zugangscode. Nach dem kostenlosen Download der App auf sein Smartphone kann er alle Funktionen uneingeschränkt zur Therapieunterstützung nutzen.

Die Datenübertragung zwischen der HyperCheck-App auf dem Smartphone des Patienten und dem HyperCheck-Arztportal ist SSL (Secure Socket Layer) verschlüsselt und wurde nach entsprechender Prüfung* als datenschutzrechtlich unbedenklich bewertet.

Fazit für die Praxis

In Verbindung mit der Auswertung durch den Arzt wird die HyperCheck-App zu einem effektiven und zeitgemäßen Hilfsmittel im Management der ADHS. Der Patient kann stärker in Therapie involviert werden und wird somit ein aktiver Partner des Arztes. Therapieerfolge bzw. unzureichende Symptomkontrolle können direkt mit der Medikamenteneinnahme, der entsprechenden Dosisstärke bzw. dem Auslassen einer Dosis in Verbindung gebracht werden, was vor allem in der Titrationsphase hilfreich ist.

Nach Informationen von Medice Arzneimittel Putter GmbH & Co. KG, Iserlohn

Wirksame Ernährungstherapie zur Behandlung von AD(H)S, Lernstörungen und Konzentrationsproblemen

Mehrfach ungesättigte Fettsäuren sind für den Menschen essenzielle Nährstoffe. Sie sind strukturelle und funktionelle Bestandteile von Zellmembranen und Vorstufen der hormonell und immunologisch aktiven Eicosanoide. Erst in jüngerer Zeit zeigt sich, dass die langkettigen Omega-3-Fettsäuren Eicosapentaensäure (EPA) und Docosahexaensäure (DHA) auch im zentralen Nervensystem eine wichtige Rolle spielen und für die Aufrechterhaltung der normalen Hirnfunktion und damit auch für Konzentration und Aufmerksamkeit unentbehrlich sind (Schuchardt et Hahn 2008).

Zwischen der wünschenswerten und der tatsächlichen Aufnahme an langkettigen Omega-3-Fettsäuren herrscht sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern meist eine Diskrepanz. Das liegt in erster Linie an den üblichen Ernährungsgewohnheiten in westlichen Industrieländern. In der hier vorherrschenden Nahrung, speziell in Fertigprodukten, ist der

Gehalt an langkettigen Omega-3-Fettsäuren im Allgemeinen sehr gering. In verschiedenen Studien wurde bereits ein Effekt der Omega-3-Fettsäuren EPA und DHA auf das Aufmerksamkeits- und Konzentrationsvermögen bei Kindern gezeigt.

Auf dieser Basis wurde ESPRICO® nach den aktuellen ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelt. Der Anteil an den Omega-3-Fettsäuren EPA im Verhältnis zu DHA ist bewusst hoch gewählt. Nach Studienlage ist es die Omega-3-Fettsäure EPA, die effektiv Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Stimmungslage verbessern kann (Peet et Stokes 2005, Richardson et Ross 2000, Richardson et al. 2005, Freemann et al. 2006). Zudem enthält ESPRICO® die Omega-6-Fettsäure Gammalinolensäure (GLA) und die Mineralstoffe Magnesium und Zink.

Eine multizentrische Praxisbeobachtung über 12 Wochen mit 810 Kindern zwischen 4 und 15 Jahren zeigt die Wirk-

samkeit und gute Verträglichkeit dieser ergänzenden bilanzierten Diät. Bereits nach 2-4 Wochen waren deutliche Verbesserungen erkennbar. Die emotionalen Probleme der Kinder gingen nach 12 Wochen um 42,9% zurück, Aufmerksamkeitsdefizite um 36,4% und Merkmale für Hyperaktivität und Impulsivität gingen um 35,2% zurück.

Darüber hinaus zeigte sich ein deutlicher Rückgang der Einschlafstörungen um 40,2% über alle Altersgruppen hinweg. (Huss et al; 2010, Lipids Health and Disease 9:105)

ESPRICO® ist als fruchtige, gut schmeckende Kaukapseln oder Suspension im praktischen Portionsbeutel erhältlich.

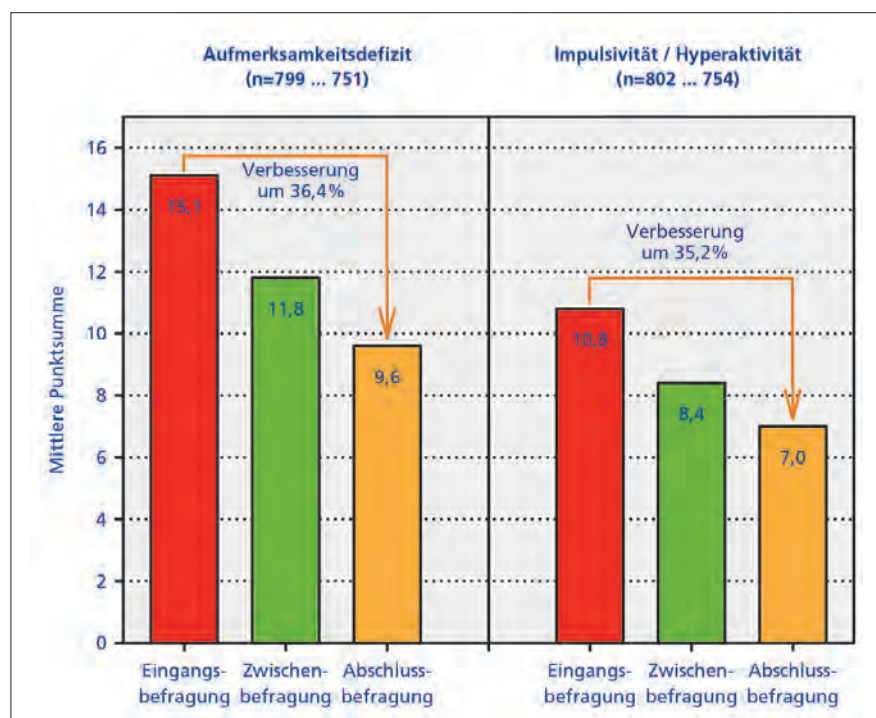


Mehrfach ungesättigte Fettsäuren

- Zentrale Bedeutung für die Funktion von Gehirn und Nervensystem
- Mangel oder Imbalance kann bei Kindern zu Entwicklungs- und Verhaltensstörungen führen

(Schuchardt et Hahn 2008)

Nach Informationen von Engelhard Arzneimittel GmbH, Niederdorfelden



CHMP befürwortet 2-Dosen-Schema für den am häufigsten eingesetzten HPV-Impfstoff in Europa

Der Europäische Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) empfiehlt die Zulassung eines 2-Dosen-Schemas mit Gardasil® bei 9- bis 13-jährigen Jugendlichen

Der Europäische Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) hat eine positive Empfehlung für die Zulassung eines 2-Dosen-Schemas mit dem tetravalenten HPV-Impfstoff Gardasil bei 9- bis 13-jährigen Jungen und Mädchen ausgesprochen.

„Dies ist ein wichtiger Schritt in Richtung Vereinfachung des Impfschemas durch zwei Dosen. Dadurch erhoffen wir uns höhere Impfraten bei den Jugendlichen beider Geschlechter. Nun warten wir noch auf die Zulassung durch die Europäische Kommission“, erklärte Dr. Klaus Schlüter, Senior Director Scientific Affairs und Market Access, Geschäftsführer Sanofi Pasteur MSD Deutschland.

Der europäische Zulassungsantrag stützt sich auf die Ergebnisse einer in Kanada durchgeführten, randomisierten Immunogenitätsstudie der Phase III¹. Es konnte gezeigt werden, dass die Antikörper-Konzentration mit einem reduzierten

Impfschema (0, 6 Monate) bei 243 Mädchen zwischen 9 und 13 Jahren verglichen mit dem 3-Dosen-Schema (0, 2, 6 Monate) bei 272 Frauen zwischen 16 und 26 Jahren im Monat sieben nicht unterlegen ist.

Als einziger tetravalenter HPV-Impfstoff schützt Gardasil in der Praxis nachweislich vor dem Zervixkarzinom, aber auch vor präkanzerösen genitalen Läsionen und Genitalwarzen^{2,3,4}. Bei ca. 144 Millionen ausgelieferten Dosen weltweit und 29 Millionen Dosen in Westeuropa ist es der europaweit am häufigsten eingesetzte HPV-Impfstoff.

Gardasil ist aktuell mit einem Impfschema von drei Dosen (0, 2 und 6 Monate) bei Mädchen und Jungen ab 9 Jahren zugelassen. Es dient der Prävention prä-maligner genitaler Läsionen (Zervix, Vulva, Vagina) und des Zervixkarzinoms, die durch bestimmte onkogene HPV-Typen verursacht werden. Zudem kann der Impfstoff Genitalwarzen (Condyloma

acuminata) vorbeugen, die durch spezifische HPV-Typen verursacht werden⁵.

Literatur

- 1 Dobson SR, McNeil S, Dionne M, Dawar M, Ogilvie G, Krajden M, et al. Immunogenicity of 2 doses of HPV vaccine in younger adolescents vs 3 doses in young women. *JAMA* 2013;309(17):1793-802.
- 2 Brotherton JML et al. Early effect of the HPV vaccination programme on cervical abnormalities in Victoria, Australia: an ecological study. *Lancet* 2011;377:2085-92.
- 3 Read TRH et al. The near disappearance of genital warts in young women 4 years after commencing a national human papillomavirus (HPV) vaccination programme. *Sex Transm Infect* 2011; 87: 544-547.
- 4 Markowitz LE et al. Reduction in Human Papillomavirus (HPV) Prevalence Among Young-Women Following HPV Vaccine Introduction in the United States, National Health and Nutrition Examination Surveys, 2003–2010. *JID*, 2013; 208[3], 385-393.
- 5 Gardasil® Fachinformation, Stand Oktober 2012.

Nach Informationen von Sanofi Pasteur MSD Deutschland GmbH, Leimen

Lacteol® – Lactobazillen mit starker Adhäsion an der Darm-Mukosa

Das optimale Antidiarrhoikum hemmt Durchfall-Erreger und schützt die Enterozyten vor dem Angriff durch Toxine, forderte der Berliner Gastroenterologe PD. Dr. Harald Matthes (Berlin) auf einem Expertengespräch der Firma Pohl-Boskamp am 13.1.2014. Das leisten nicht alle Anti-Diarrhoika in gleichem Maße. In einer Zellkultur-Untersuchung verglich das INSERM-Team (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Universität Paris) die Adhäsionsfähigkeit des Lactobacillus delbrueckii und fermentum (enthalten in Lacteol®) mit 24 anderen Lactobacillus-Stämmen. Als Maß für die Adhäsion wurde die mittlere Lactobacillen-zahl gewählt, die an 100 Caco-2-Zellen einer Monolayer-Kultur anhafteten. Ergebnis: Die Adhäsionsfähigkeit von delbrueckii und fermentum war deutlich stärker ausgeprägt als die Adhäsion anderer Stämme. Sie ist beispielweise fast doppelt so stark wie die Adhäsion des Lactobacillus rhamnosus GG¹.

Der Nachweis der erhöhten Adhäsionsfähigkeit der 10x10⁹ Lactobazillen in Lacteol® spiegelt sich in einer effektiven und gut verträglichen antidiarrhoischen Therapie wieder. Die Behandlung akuter Diarrhöen mit hochkonzentrierten Lactobazillen (delbrueckii und fermentum) wirkt sich verkürzend und abmildernd auf den Krankheitsverlauf aus [2].

Lacteol® – effektiv und sicher

So konnte eine plazebokontrollierte randomisierte Studie[3] zeigen, dass der Anteil symptomfreier Kinder in der Lacteol®-Gruppe ab dem ersten Behandlungstag signifikant höher als in der Plazebogruppe (p = 0,0017) war. Die Therapie führte bei den Kindern zu einer signifikanten und klinisch bedeutsamen

Verkürzung der Durchfalldauer von 13,6 Stunden (p = 0,034). Dieser Effekt war noch ausgeprägter bei Kindern ohne antibiotische Vorbehandlung (p = 0,017). Hier konnte die Durchfalldauer um 1-3 Tage verkürzt werden. Aber nicht nur die Krankheitsdauer wird durch Lactobazillen verkürzt, sondern auch die Anzahl der täglichen Stuhlentleerungen. Die Stuhlkon-

sistenz und die klinischen Begleitsymptome ($p < 0,025$) [4] werden zusätzlich verbessert.

Lacteol® - vierfach wirksam gegen Diarrhö

Aus tierexperimentellen und in-vitro-Untersuchungen lassen sich vier verschiedene Wirkmechanismen ableiten: Durch das ausgeprägte Adhäsionsvermögen der Lactobazillen an Epithelzellen der Mukosa bildet sich eine Art Biofilm, der die Adhäsion, Invasion und systemische Verbrei-

tung pathogener Durchfallerreger hemmt. Außerdem erzeugen die Lactobazillen antibiotisch wirkende Substanzen, die eine direkte antibakterielle Wirkung auf darm-pathogene Keime haben. Weitere Vorteile von Lacteol®: Die Lactobazillen bewirken eine unspezifische Immunstimulation der Schleimhäute verbunden mit einer vermehrten IgA-Synthese. Außerdem fördern sie das Wachstum der säurebildenden Darmflora. „Durch diese vier Wirkmechanismen wird auf sichere und natürliche Weise die Krankheitsdauer

verkürzt und die Schwere der klinischen Symptomatik gemildert. Damit empfiehlt sich Lacteol® für alle Typen der akuten infektiösen Diarrhö und kann auch bei immunreduzierten Patienten, Säuglingen und kleinen Kindern als First-Line-Therapie eingesetzt werden“, sagte Dr. Matthes.

Nach Informationen von Pohl Boskamp GmbH, Hohenlockstedt

Studie zeigt: EMA erste Wahl zur Zöliakienachsorge von Kindern

Eine aktuell veröffentlichte Studie zeigt, dass sich Endomysium-IgA-Antikörper (EMA) am besten eignen, um in der Zöliakienachsorge von Kindern eine Ausheilung der Dünndarmmukosa vorherzusagen. Die Originalarbeit steht als PDF-Dokument unter <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-230X-14-28.pdf> zur Verfügung.

Internationale Leitlinien empfehlen, bei Zöliakiepatienten regelmäßig Nachsorgeuntersuchungen durchzuführen, um den positiven Effekt der glutenfreien Ernährung zu dokumentieren. Was allerdings die Dokumentation der Regeneration der Dünndarmschleimhaut anbelangt, stehen Pädiater jedoch vor dem Problem, dass die Dünndarmbiopsie nicht nur einen invasiven Eingriff darstellt, sondern auch mit Komplikationen verbunden sein kann. Die alleinige Untersuchung der Antikörper in der Nachsorge von Zöliakiekindern unter glutenfreier Ernährung ist, im Vergleich zu Kindern mit unbehandelter Zöliakie, von fraglicher Verlässlichkeit in der Beurteilung, ob die Dünndarmschleimhaut nach wie vor geschädigt ist. Das Forschungsteam um Andreas Vécsei von der Ambulanz für Pädiatrische Gastroenterologie am St. Anna Kinderspital, Medizinische Universität Wien, hat sich daher mit der Frage beschäftigt, welche Antikörpertests sich am besten dafür eignen, den Status der Dünndarmmukosa bei Zöliakiekindern unter glutenfreier Ernährung vorherzusagen. „Unsere Forschungsergebnisse zeigen, dass von allen möglichen Antikörperbefunden negative EMA bei Kindern den verlässlichsten Hinweis auf eine Ausheilung der Darmschleimhautschädigung unter glutenfreier Ernährung liefern“, erläutert Vécsei. Einschränk-

kend aber sagt er, dass EMA von allen Zöliakieantikörpertests die kostspieligsten und Observer-abhängig seien, das heißt, dass sie unter Umständen nicht flächendeckend in hoher Qualität angeboten würden. „Aber gerade in Zöliakiezentren, in denen üblicherweise die Zöliakienachkontrollen bei Kindern stattfinden, sollten in erster Linie EMA für das Follow-up eingesetzt werden“, stellt Vécsei fest. „Aber ganz allgemein muss gerade für Pädiater in der Praxis festgehalten werden, dass Antikörpertests in der Nachsorge, und hier besonders die deamidierten Gliadinpeptid-IgA, bei weitem nicht die von der Primärdiagnostik her gewohnte Verlässlichkeit aufweisen, wenn es darum geht, den Mukosastatus unter glutenfreier Ernährung vorherzusagen. Dies gilt vor allem innerhalb der ersten Jahre nach der Diagnose. Nach einem längeren Zeitabstand könnten diese Tests ausreichend sein“, ergänzt der Leiter der Forschungsgruppe.

Eckpunkte der Studie

Bei 148 Kindern und Jugendlichen zwischen 2 und 19 Jahren wurde unter Vollnarkose eine Ösophagogastroduodenoskopie durchgeführt, bei 95 Kindern (32 von ihnen hatten positive Zöliakieantikörper) im Rahmen der Abklärung von Symptomen, sowie bei 53 Kindern, bei denen die Zöliakiediagnose mindestens ein

Jahr vor Studienbeginn zurücklag, im Rahmen der Nachsorge. Die Dünndarmmukosa wurde anhand der Marsh-Kriterien beurteilt. Die Zöliakie-Serologie wurde mittels Transglutaminase-IgA/IgG, Antikörper gegen deamidierte Gliadinpeptide (DPG-IgA/IgG) und Endomysium-IgA (EMA) bestimmt (ein IgA-Mangel wurde davor ausgeschlossen). Im Mittel 2,2 Jahre nach Erstdiagnose fand sich bei 88,7 Prozent der Kinder mit bereits bestehender Zöliakiediagnose eine regenerierte Dünndarmmukosa. Nur der negative Wahrscheinlichkeitsquotient von EMA lag niedrig genug ($< 0,1$), um eine dauerhafte Dünndarmschädigung auszuschließen, das bedeutet, dass negative EMA korrekterweise nur bei Kindern mit vollständiger Mukosaregeneration zu finden waren. Hingegen hatten 18 Kinder aus der Nachsorgegruppe positive EMA und 12 von ihnen wiesen trotzdem eine Mukosaregeneration (Marsh 0 oder 1) auf. 9 dieser 12 Kinder wurden dann im weiteren Verlauf EMA-negativ. Somit scheint die Mukosaregeneration schneller vonstatten gehen zu können als die EMA-Serokonversion. Denn gerade bei diesen Kindern zeigte sich, dass der Beginn der glutenfreien Ernährung signifikant kürzer zurücklag.

Nach Informationen von Dr. Schär AG

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@kinderaerzte-lauf.de

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

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

Wir sind für Sie erreichbar:
Montag – Donnerstag
von 8.00–18.00 Uhr,
Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum	Tel.: 0221/68909-14 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 – Donnerstag
von 8.00–18.00 Uhr,
Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführer: Herr Klaus Lüft	E-Mail: bvkj-service-gmbh@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)
Prof. Dr. med. Florian Heinen
Prof. Dr. med. Peter H. Höger
Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller
Prof. Dr. med. Stefan Zielen

E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de
E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de
E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de
E-Mail: klaus-michael.keller@dkd-wiesbaden.de
E-Mail: stefan.zielen@kgu.de

Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. med. Christoph Kupferschmid
Regine Hauch

E-Mail: Ch.Kupferschmid@t-online.de
E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz	www.kinderaerzte-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