

bvkJ.

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

Heft 6/12 · 43. (61.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT



Forum:
Praxisalltag besser managen

Fortbildung:
Das Kawasaki-Syndrom

Berufsfragen:
Die junge Generation tickt anders

Magazin:
Wie Kinder Krisen meistern



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkJ.**



© Picture-Factory – Fotolia.com



© Christian Schwier – Fotolia.com

Wie Kinder Krisen meistern

Vom Umgang mit kritischen Ereignissen
in Kindheit und Jugend

S. 334

Inhalt 06 | 12

Redakteure: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, Dr. Christoph Kupferschmid, Ulm, Regine Hauch, Düsseldorf

Forum

- 287 Ein aktiver Verband wird gehört
Wolfram Hartmann
- 290 Vermischtes
- 291 Der große Einfluss kleiner Schritte
Dagmar Regorsek
- 292 Eine Frage an Dr. Hermann Josef Kahl
- 293 Das Leser-Forum
- 294 Zu wenig gemeinsame Bewegung in der Familie
- 296 Kinder angemessen auf Operationen vorbereiten
- 297 Office-Pädiatrie: Sport bei Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen
Klaus Poggemann
- 298 Impressum

Fortbildung

- 299 Das Kawasaki-Syndrom
Hansjörg Cremer
- 308 Lokalthherapie mit Propionolol-Gel als Ergänzung zum bisherigen Behandlungskonzept bei Hämangiomen: Heilbronner Erfahrungen
Markus Schneider, Hansjörg Cremer, Peter Ruef
- 315 Zufriedenheit in der Kinder- und Jugendarztpraxis aus Sicht der Eltern – Erheben und analysieren mit dem Kinder-ZAP
Eva Maria Bitzer, Stephanie Volkmer, Marco Petrucci, Nikolaus Weissenrieder, Marie-Luise Dierks
- 320 Consilium Infectiorum: MMR-Impfung bei vor 1970 geborenen Patienten
Sigrid Ley-Köllstadt
- 322 Review aus englischsprachigen Zeitschriften
- 324 Welche Diagnose wird gestellt?
Meike Hengst

Berufsfragen

- 327 Die junge Generation von Ärztinnen und Ärzten tickt anders
Christoph Kupferschmid
- 328 Erratum Bertelsmannstudie zur Antibiotikaverschreibung
- 329 Abrechnungsbetrug bei Laborleistungen
Kyrill Makoski
- 330 Zum Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung nach dem SGB II
Ines Twelmeier
- 332 Wahlergebnis und Wahlaufruf

Magazin

- 334 Wie Kinder Krisen meistern
Bernhard Kalicki, Katrin Hüsken
- 338 Tagungen und Seminare
- 338 Praxistafel
- 339 Glückliche Gewinner
Regine Hauch
- 340 Fortbildungstermine BVKJ
- 341 Personalia
- 343 Nachrichten der Industrie
- 348 Wichtige Adressen des BVKJ

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt in voller Auflage ein Supplement der Firma Baxter Deutschland GmbH bei. Als Teilbeilagen finden Sie das Programmheft der 16. Pädiatrie zum Anfass der Landesverbände Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein und Niedersachsen, das Programmheft der Jahrestagung des Landesverbandes Sachsen und das Programmheft der 15. Seminartagung des Landesverbandes Hessen.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

- **Anmietung geeigneter Räumlichkeiten**
- **Tagungsbüro**
- **Teilnehmerverwaltung**
- **Hotelbuchungen**
- **Industrierausstellung**
- **Referentenbetreuung**

KONGRESS ORGANISATION

Ihr leistungsstarker Partner mit über 30-jähriger Erfahrung

Kompetent bei der Durchführung von

- Kongressen
- Tagungen
- Seminaren
- Symposien (auch via Satellit)

im gesamten Bundesgebiet und
dem benachbarten Ausland.

Lassen Sie sich von uns beraten!

- Bereitstellung modernster Technik
und Kommunikationssysteme
- Drucksachen, Herstellung
und Versand
- Rahmenprogramm
- PR unterstützende Aktivitäten



Hansisches Verlagskontor

**SCHMIDT
RÖMHILD**

Kongressgesellschaft mbH

Mengstraße 16 · 23552 Lübeck · Tel. 04 51/70 31-2 05 · Fax. 04 51/70 31-2 14
e-Mail: kongresse@schmidt-roemhild.com · www.schmidt-roemhild.de

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer, Tel. (030) 28047510, Fax (0221) 683204, stephan.esser@uminfo.de; Geschäftsführerin: Christel Schierbaum, Tel. (0221) 68909-14, Fax (0221) 6890978, christel.schierbaum@uminfo.de.

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Kinder- und Jugendkrankenhaus auf der Bult, Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover, Tel. (0511) 8115-3320, Fax (0511) 8115-3325, E-Mail: Christen@HKA.de; Prof. Dr. Frank Riedel, Altonaer Kinderkrankenhaus, Bleickenallee 38, 22763 Hamburg, Tel. (040) 88908-201, Fax (040) 88908-204, E-Mail: friedel@uke.uni-hamburg.de. Für „Welche Diagnose wird gestellt?“: Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus

Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel. (040) 67377-202, Fax -380, E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.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 „Nachrichten aus der Industrie“ sowie die „Industrie- und Tagungsreporte“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“ (V.i.S.d.P. Christiane Kermel, Max Schmidt-Römhild KG, Lübeck).

Druckauflage 12.650

lt. IVW I/2012

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



Redaktionsausschuss: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, Dr. Christoph Kupferschmid, Ulm, Regine Hauch, Düsseldorf, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, Stephan Eßer, Köln, Christel Schierbaum, Köln, und zwei weitere Beisitzer.

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Max Schmidt-Römhild KG, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **Redaktionsassistentz:** Christiane Daub-Gaskow, Tel. (0201) 8130-104, Fax (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Druck:** Schmidt-Römhild, 23547 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. 45 vom 1. Oktober 2011

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.

© 2012. 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.

Das KAWASAKI-Syndrom

Erstbeschreibung durch Dr. T. KAWASAKI (1967) als akute, exanthematöse Erkrankung bei Kindern, charakterisiert durch anhaltendes therapieresistentes hohes Fieber, Exantheme (teils scarlatiniform, teils wie bei Erythema exsudativum multiforme), Hyperämie der Schleimhäute, cervikale Lymphknotenschwellung und periunguale Hautschuppung (6). Im Verlaufe der Erkrankung entwickelte ein Teil der betroffenen Kinder Aneurysmen und Thrombosen vorwiegend im Bereich des Coronarsystems. Die ersten Erkrankungsfälle an Kawasaki-Syndrom (KS) in der BRD wurden 1979 publiziert (2), bis 1998 wurden ca. 1900 Erkrankungsfälle in Deutschland erfasst (3, 4).



Prof. Dr. med.
Hansjörg Cremer

Pathogenese und Ätiologie

Weltweit ist das KAWASAKI-Syndrom die häufigste systemische Vasculitis des Kindesalters. Der entzündliche Prozess betrifft im Anfangsstadium kleine Gefäße und breitet sich im Verlauf der Erkrankung auf große Gefäße aus unter bevorzugtem Befall der Koronararterien.

Nach wie vor ist die eigentliche Ursache des KAWASAKI-Syndroms ungeklärt. Das gehäufte Vorkommen in asiatischen Ländern spricht für eine genetisch bedingte Prädisposition. Von Bedeutung für die Pathogenese scheinen aber auch immunologische Mechanismen zu sein. Es gibt Hinweise dafür, dass einer Bildung von Superantigenen unter Toxineinwirkung eine wichtige Rolle in der Pathogenese des KAWASAKI-Syndroms zukommt (8); bewiesen ist dieser Zusammenhang bis heute aber nicht.

Klinik

Das KS ist charakterisiert durch **6 Hauptsymptome**. Diese Hauptsymptome sind:

1. Abrupt auftretendes Fieber von septischem Charakter, ohne eine gezielte Therapie 1–2 Wochen anhaltend
2. Verstärkte konjunktivale Gefäßfüllung
3. Veränderungen im Bereich der Mundschleimhaut
4. Veränderungen im distalen Extremitätenbereich

5. Exanthematische Hautveränderungen im Stamm- und proximalen Extremitätenbereich
6. Vergrößerung der Zervikallymphknoten

Man unterscheidet beim KS zwei Formen, ein **komplettes** und ein **inkomplettes KS**.

I. Das komplette KAWASAKI-Syndrom

Für das Vorliegen eines kompletten KAWASAKI-Syndroms wird das Vorhandensein von 5 der 6 Hauptsymptome bei gleichzeitigem Ausschluss anderer differenzialdiagnostisch in Frage kommender Erkrankungen (Scharlach, STILL-Syndrom, Morbus WISSLER, Erythema exudativum multiforme u.a) oder von 4 Hauptsymptomen bei gleichzeitigem Nachweis von Coronaraneurysmen gefordert.

Dabei sind **Frühsymptome** von **Spätsymptomen** zu unterscheiden.

a) Frühsymptome

Zu den Frühsymptomen gehören:

1. eine verstärkte conjunktivale Gefäßfüllung

Diese tritt in der ersten Krankheitswoche auf und hält 1–2 Wochen an.

In der Frühphase der Erkrankung wurden vereinzelt zusätzlich eine Iridozyklitis und Uveits beobachtet.

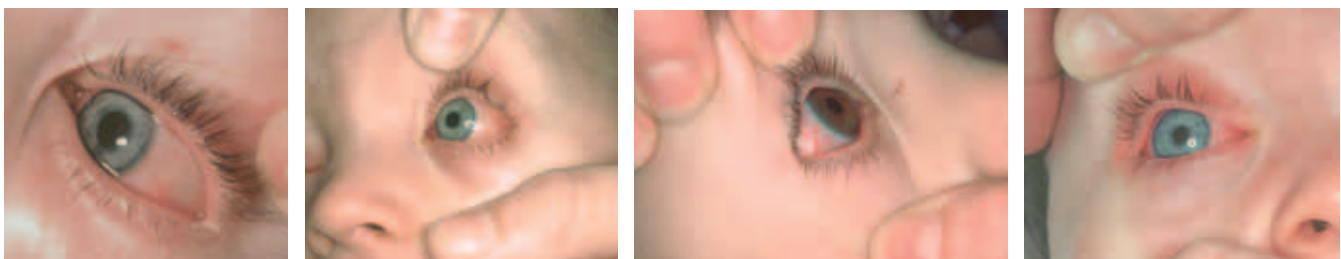


Abb. 1a,b,c,d: Verstärkte conjunktivale Gefäßfüllung

2. Veränderungen im Bereich der Mundschleimhaut

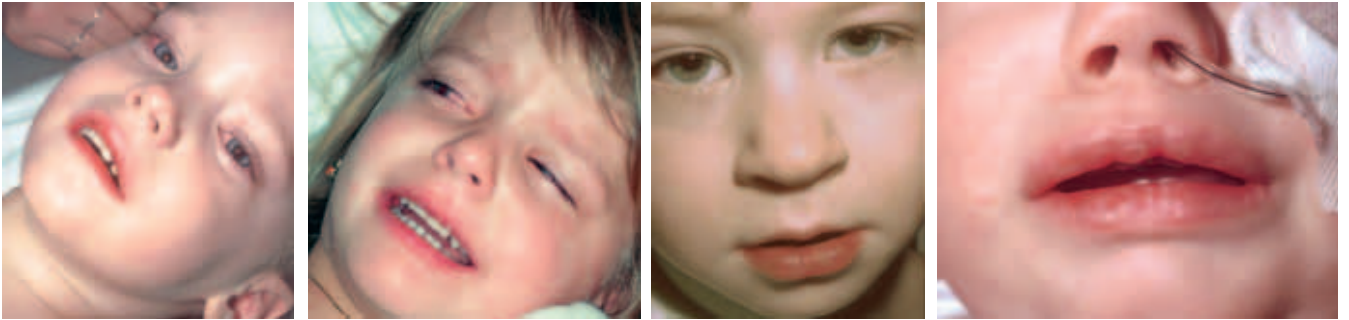


Abb. 2a,b,c,d: Veränderungen im Lippenbereich

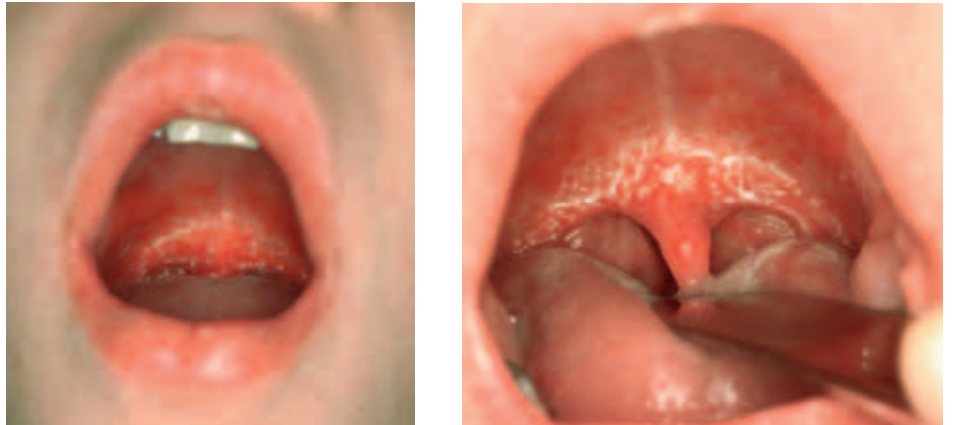


Abb. 3a,b: Diffuse Rötung der Mundschleimhaut

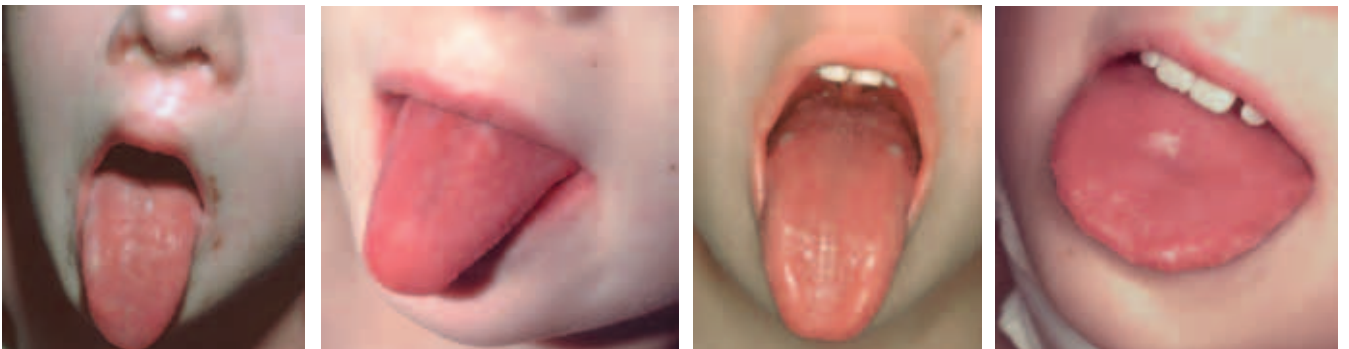


Abb. 4a,b,c,d: Veränderungen im Bereich der Zunge

3. Erythematöse Veränderungen im Hand-/Fußbereich

An den Extremitäten tritt im akuten Stadium ein Ödem der Hände und Füße auf mit Rötung der Hand- und Fußflächen (Palmar- und Plantarerythem).

4. Exanthematische Hautveränderungen im Stamm- bereich und Extremitäten-Bereich

Das Exanthem erscheint meist innerhalb der ersten Krankheitstage. Neben morbilliformen oder scarlatini-



Abb. 5a,b,c: Palmar- und Plantarerythem



Abb. 6a,b,c: Scarlatiniformes Exanthem



Abb. 7a,b,c: Erythema exudativum multiforme-artige Hautveränderungen



Abb. 7d,e,f: Erythema exudativum multiforme-artige Hautveränderungen

formen Exanthemen (Abb. 6a,b,c) finden sich Hautveränderungen wie beim Erythema exudativum multiforme (Abb. 7a,b,c). Diese können in seltenen Fällen

auch „krustig“ sein (Abb. 8a,b). Auch Hautablösungen wie beim bakteriellen LYELL-Syndrom wurden, vorwiegend im Genitalbereich, beobachtet (Abb. 9a,b,c).

Abb. 8a,b:
selten auch
„krustige“
Hautveränderungen

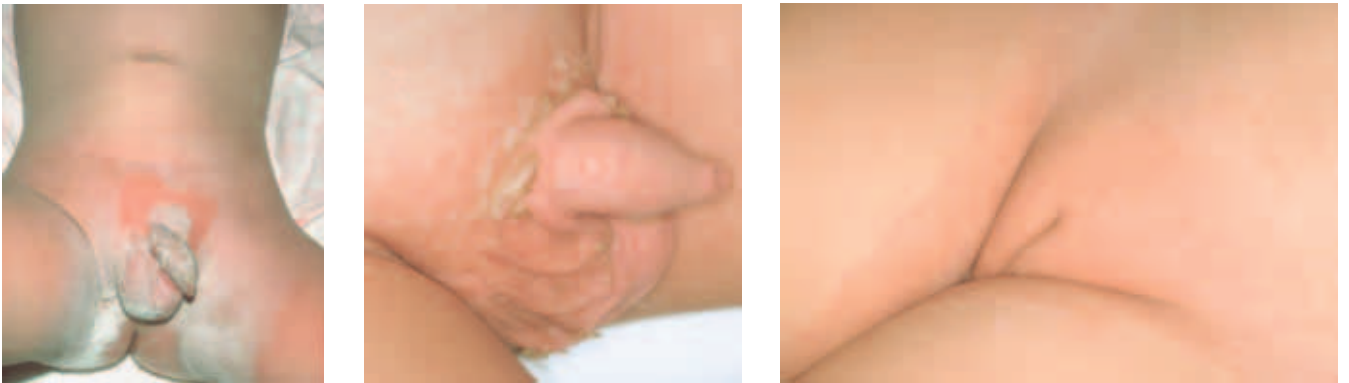
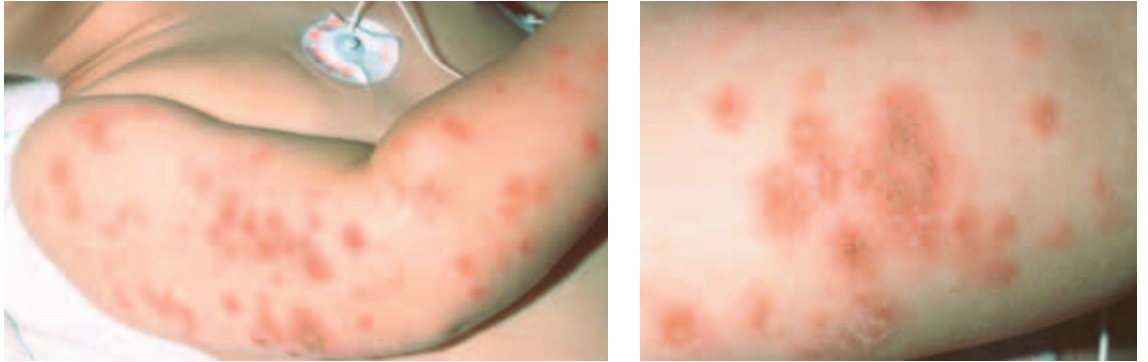


Abb. 9a,b,c: Hautveränderung wie beim Lyell-Syndrom



Abb. 10a,b: Nicht purulente Vergrößerung des Halslymphknoten

Abb. 11: Entzündliche Schwellung der Fingergelenke

Für die cervical auftretende Lymphknotenschwellung (Abb. 10) wird als Kriterium ein Durchmesser von mindestens 1,5 cm gefordert. Charakteristischerweise kommt es nicht zu einer Einschmelzung.

Differenzialdiagnostisch kann eine schmerzhafte Schwellung der Fingergelenke (Abb. 11) vor allem zu Beginn eine Abgrenzung zu Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis (Morbus STILL) Probleme bereiten.

b) Spätsymptome

In der 2.–3. Krankheitswoche wird eine **halbmondförmige Hautablösung** an den Fingerspitzen (Abb. 12a–g) und Zehenspitzen (Abb. 13a,b) beobachtet.

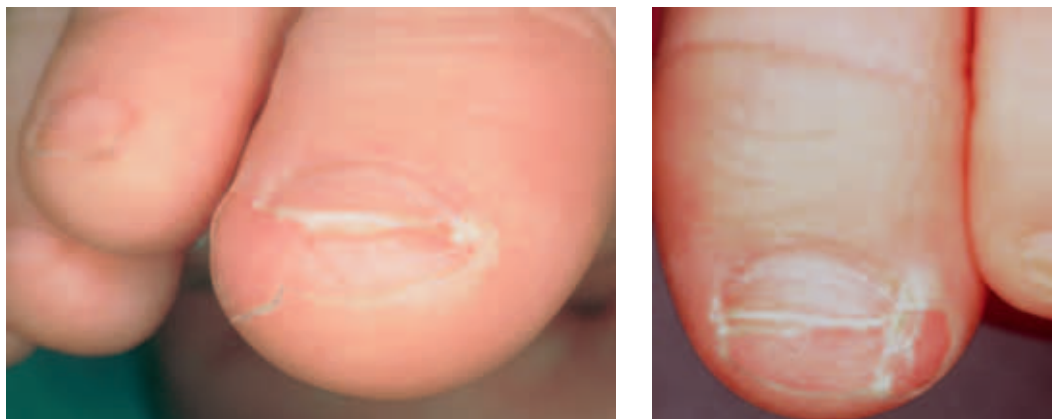
Oft Wochen nach Abklingen der Erkrankung bezeugen **Nagelrillen** eine vorübergehende Wachstumsstörung (Abb. 14a,b,c).



Abb. 12a-g: Halbmond-förmige Schuppung der Fingerspitzen



Abb. 13a,b: Halbmond-förmige Schuppung der Zehenspitzen



Kardiovaskuläre Manifestationen

Ungefähr 20 % der Patienten mit KAWASAKI-Syndrom entwickeln Coronaranomalien (5). Eine Myokarditis, Perikarditis sowie entzündliche Veränderungen auf

Klappenebene werden häufig beobachtet. EKG-Veränderungen sind in 1/3 der Fälle vorhanden und beinhalten ST-Streckensenkung, T-Wellen-Senkung und Inversion, Niedervoltage und Überleitungsstörungen. Über die fol-



Abb. 14a,b,c: Nagel-Rillen als Ausdruck einer Wachstumsstörung

genden Wochen bilden sich diese Störungen meist zurück. Die Coronarveränderungen können jedoch fortschreiten und durch Aneurysmenbildung mit nachfolgender Thrombosierung zum plötzlichen Herztod führen. Zur Bildung von Aneurysmen kommt es meist zwischen dem 9.–15. Tag nach Beginn der Erkrankung (5).

Pathologische Laborparameter

Die pathologischen Laborbefunde sind zwar unspezifisch, in ihrer Kombination aber doch recht charakteristisch für das KAWASAKI-Syndrom.

1. Leukozytose

Charakteristisch ist eine mäßige bis starke Leukozytose mit Überwiegen der neutrophilen Zellen und einer deutlichen Linksverschiebung in der ersten Krankheitswoche.

2. BKS-Erhöhung

Fast ausnahmslos ist die BKS stark beschleunigt. Differenzialdiagnostisch erlaubt dies meist eine Abgrenzung gegenüber viralen Infektionen und allergischen Arzneimittelreaktionen. Hinweise auf ein akutes entzündliches Geschehen ergeben auch **andere Entzündungsparameter** wie erhöhtes CRP und Alpha-1-Antitrypsin.

3. Hämoglobin-Erniedrigung

Eine leichte normozytäre, normochrome Anämie ohne Hämolyse oder Retikulozytose zeigt sich in 30 % der Fälle.

4. Thrombozytose

Die anfänglich normalen Thrombozytenwerte steigen ab der zweiten Krankheitswoche, um dann in der dritten Krankheitswoche ihren Gipfel zu erreichen.

5. Gerinnungsstörungen:

Gerinnungsphysiologisch sind beim KAWASAKI-Syndrom eine verstärkte Gerinnbarkeit und eine vermehrte Thrombozytenaggregation nachweisbar.

6. Immunologische Veränderungen:

Immunregulatorische Störungen beinhalten eine Erniedrigung der zirkulierenden T₈-Suppressorzellen, eine Erhöhung der aktivierten T₄-Helferzellen und eine Erhöhung der IgG- und IgM-produzierenden aktivierten B-Zellen. Die Bedeutung dieser Immunveränderungen für die Pathogenese des KAWASAKI-Syndroms sind z.Zt. noch unklar.

Nebensymptome

Neben den Hauptsymptomen findet sich beim KAWASAKI-Syndrom in unterschiedlicher Häufigkeit eine Reihe von Nebensymptomen, welche nicht beweisend aber hinweisend auf das Vorliegen eines KAWASAKI-Syndroms sein können (Abb. 15):

1. Beteiligung des Magen-Darm-Traktes

Gastrointestinale Symptome (Durchfall und Bauchschmerzen) sind häufig, dominieren aber nur selten das Krankheitsbild.

2. Gelenkbeteiligung

In der ersten Krankheitswoche flüchtiger polyartikulär auftretender schmerzhafter Befall der Knie-, Fuß- und Handgelenke kann bis zur dritten Woche anhalten. Nur selten tritt eine Gelenkbeteiligung erst später auf, wobei dann öfters ein länger anhaltender Befall mit einer Dauer von bis zu drei Monaten zu beobachten ist.

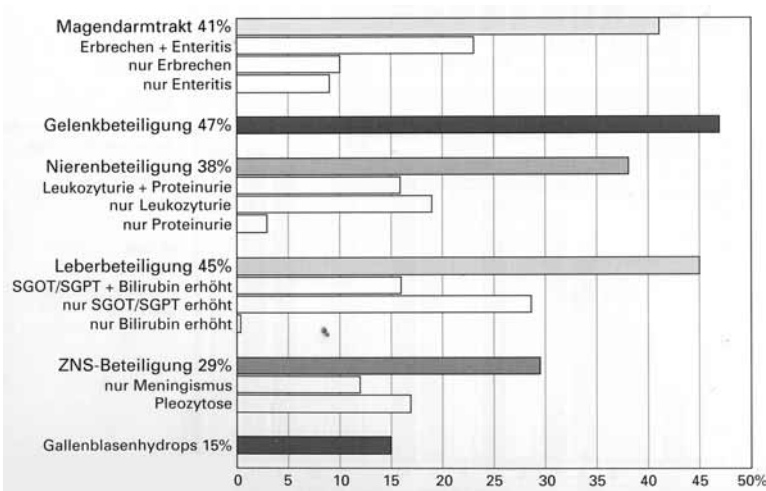
3. Leberbeteiligung

Häufig lassen sich pathologische Leberwerte nachweisen (Erhöhung von Transaminasen und des Serum-Bilirubin), wobei dies teilweise aber auch Therapiefolge (ASS in hoher Dosierung) war.

4. ZNS-Beteiligung

Enzephalitische Erscheinungsbilder bis hin zum Koma mit pathologischen EEG-Veränderungen wurden vereinzelt beschrieben.

Abb. 15: Nebensymptome bei Kawasaki-Syndrom bei 232 in der BRD durch Umfragen erfassten Fallmeldungen (3)



5. Gallenblasenhydrops

Die Ursache eines meist in der subakuten Krankheitsphase auftretenden Gallenblasenhydrops ist ungeklärt (9).

Erforderliche kardiologische Diagnostik

Die Echokardiographie gehört zu den Standarduntersuchungen. Angiographische Untersuchungen sollten bei begründetem Verdacht auf das Vorliegen von Aneurysmen erfolgen.

Krankheitsverlauf

Der Verlauf der Erkrankung beim KAWASAKI-Syndrom kann in drei Phasen unterteilt werden:

1. Die akute febrile Phase, die im allgemeinen 7–14 Tage andauert, ist gekennzeichnet durch ein schweres Krankheitsgefühl mit Fieber, verstärkter konjunktivaler Injektion, Veränderungen im Mund- und Lippenbereich, Schwellung der Hände und Füße, Exanthembildung und Lymphadenopathie. Die betroffenen Kinder sind in dieser Phase missmutig und mitgenommen durch das hohe Fieber und eine generelle Schmerzhaftigkeit vor allem der kleinen Gelenke.

2. In der subakuten Phase (3.–5. Woche) bilden sich Fieber, Exanthem und Lymphadenopathie zurück, während Reizbarkeit, Anorexie und konjunktivale Injektion bestehen bleiben können. In dieser Phase kommt es häufig zu einer Schuppung der Finger- und Zehenspitzen. Regelmäßig findet sich eine Thrombozytose.

3. Die 3. Phase, die Rekonvaleszenz, beginnt meist 6–10 Wochen nach Krankheitsbeginn. Als Ausdruck einer vorübergehenden Wachstumsstörung der Nägel bilden sich bei einem Teil der Patienten sogenannte Wachstumsrillen (Abb. 14).

Vereinzelt kommt es zu **Rezidiven**, meist einige Wochen nach Beginn der Erkrankung, mit einem erhöhten Risiko für Coronarveränderungen.

Von den Rezidiven abzugrenzen sind **Relapse** – also ein erneutes Aufflammen der Symptome noch in der Akutphase.

Komplikationen

Die für die Prognose des KS entscheidenden Komplikation sind im akuten Zustand die Entwicklung einer Pancarditis und im weiteren Verlauf die Ausbildung von **Coronaraneurysmen**.

Zur Ausbildung solcher Aneurysmen kommt es bei ungefähr 20% der Patienten, wobei früher Therapiebeginn und eine optimale Therapiewahl die Inzidenz wesentlich vermindern.

Altersverteilung

Das KAWASAKI-Syndrom ist eine Erkrankung des frühen Kindesalters. 50% aller Kinder sind jünger als drei Jahre, ca. 25% der Kinder erkranken im ersten Lebensjahr.

Geschlechtsverteilung

Die Geschlechtsverteilung ergibt ein Überwiegen des männlichen Geschlechtes (Relation männlich : weiblich von 1,4–1,7 : 1).

Inzidenz

Inzidenzangaben beim KAWASAKI-Syndrom beziehen sich auf jeweils 100 000 Kinder unter fünf Jahren. Es ergeben sich starke ethnische Abweichungen. So beträgt die Inzidenz in Japan 150–200, in China und Korea etwa 100, bei der farbigen Bevölkerung in Amerika ca. 25 und bei der weißen Bevölkerung in Amerika 8–10; in der BRD ca. 9 (3). Dies entspricht auch der mutmaßlichen Inzidenz in Europa.

Therapie

Die Therapie erfolgt derzeit mit Gammaglobulinen (mit intaktem FC-Segment) als einmalige Gabe von 2 g/kg Körpergewicht, kombiniert mit Aspirin (40–50 mg/kg bis zur Entfieberung, dann Langzeittherapie mit 3–5 mg/kg über 6 Wochen). Diese Langzeittherapie sollte jedoch nur dann beendet werden, wenn sich zu diesem Zeitpunkt echocardiographisch kein Hinweis auf das Vorliegen von Aneurysmen findet.

Bei ausbleibender Entfieberung noch über zwei Tage nach Therapiebeginn hinaus empfehle ich zunächst eine Wiederholung der Gammaglobulingabe. Sollte es auch dann innerhalb der nächsten zwei Tage nicht zur Entfieberung kommen, sollte zusätzlich Prednisolon 2 mg/kg/d gegeben werden über 2–3 Wochen und Ausschleichen für eine weitere Woche. Bei solchen Verläufen wurde auch eine Stoßtherapie mit 20 mg/kg Prednisolon erwogen. Diese führt zwar rascher zur Entfieberung, die Häufigkeit einer Aneurysmenbildung wird dadurch jedoch nicht beeinflusst.

Wichtig ist vor allem ein **möglichst frühzeitiger Therapiebeginn** und damit eine frühzeitige Diagnosestellung, da sich gezeigt hat, dass das Risiko einer Coronar-beteiligung entscheidend abhängig ist vom Zeitpunkt des Einsetzens der Therapie. Eigene Untersuchungen ergaben, dass es bei verzögertem Behandlungsbeginn zu einem dramatischen Anstieg der Häufigkeit von Aneurysmenbildungen kommt. So scheint ab der dritten Krankheitswoche – unabhängig von der Therapieform – kein therapeutischer Einfluss mehr gegeben zu sein (3). Dies unterstreicht eindrucksvoll die Bedeutung einer möglichst raschen Diagnosestellung.

Vor Therapiebeendigung ist in jedem Fall die nochmalige Durchführung einer 2-dimensionalen Echokardiographie erforderlich, welche im Verdachtsfall durch eine Coronarangiographie ergänzt werden muss. Beim Nachweis aneurysmatischer Veränderungen empfiehlt sich eine Langzeittherapie mit Acetylsalicylsäure in niedriger Dosierung (3–5 mg/kg/d) mit vierteljährlicher echocardiographischer und jährlicher angiographischer Kontrolle bis zur Befundnormalisierung.

Prognose

Die Prognose des KAWASAKI-Syndroms wird weitgehend bestimmt vom Ausmaß einer cardiovasculären Beteiligung und hier wiederum vor allem durch die Bildung von Aneurysmen. Arteriitische Veränderungen an der Intima können auch nach Rückbildung der Aneurysmen bestehen bleiben und einen Risikofaktor für die Ent-

wicklung einer Arteriosklerose im späteren Lebensalter darstellen.

Über die Langzeit-Prognose von Kindern, welche aufgrund schwerer Coronarveränderungen einer Bypass-Operation zugeführt werden mussten, ist noch wenig bekannt. In einer Langzeit-Studie fanden Kitamura et al. (7) eine 25-Jahre-Überlebenszeit von 95% nach ITA (internal artery graft). Einige Patienten entwickeln mit der Zeit aber doch gewisse kardiale Probleme. Einzelheiten hierüber sind der Originalarbeit zu entnehmen.

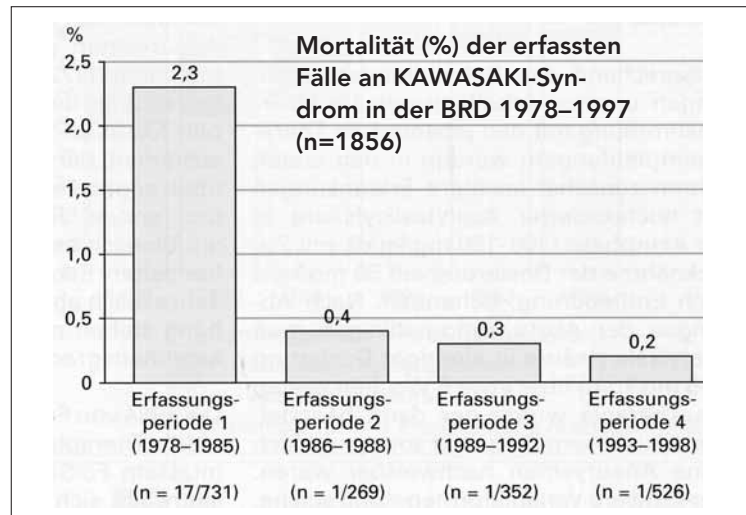
Die **Mortalitätsrate** lag in der BRD zuletzt bei 0,2% (3) (Abb. 16), sie wird international angegeben mit 0,1–1%. Die meisten Todesfälle ereignen sich zwischen der 2. und 12. Woche nach Beginn der Krankheit durch Thrombosebildung innerhalb der Coronararterien mit Infarzierung.

II. Das inkomplette KAWASAKI-Syndrom:

Vor allem im frühen Säuglingsalter und Kleinkindesalter wurden wiederholt Krankheitsbilder beschrieben, welche nur einen Teil der für das KAWASAKI-Syndrom charakteristischen Symptome zeigten und daher nicht den Kriterien für die Einstufung als komplettes KAWASAKI-Syndrom genügten (1). Da sich bei diesen Kindern aber im weiteren ein weitgehend mit dem Vollbild des KAWASAKI-Syndroms identischer Verlauf mit Ausbildung von Coronaraneurysmen ergab, wird inzwischen weltweit gefordert, derartige Erkrankungsfälle als inkomplettes KAWASAKI-Syndrom zu bezeichnen und ebenso zu behandeln wie das komplette KAWASAKI-Syndrom. Die Häufigkeit des Auftretens solcher „inkompletten“ Verlaufsformen wird mit ca. 7–11% aller Erkrankungsfälle angegeben.

Haupt- und Nebensymptome sowie Laborbefunde sind prinzipiell gleichartig wie beim kompletten KAWASAKI-Syndrom, allerdings mit geringerer Häufigkeit.

Die Prognose wird auf Grund oft verspäteter oder gar nicht gestellter Diagnose und dadurch verzögerter oder völlig unterbleibender gezielter Therapie ungünstig beeinflusst. So fanden sich beim inkompletten KAWA-



SAKI-Syndrom häufiger Aneurysmen als beim kompletten KAWASAKI-Syndrom (25% gegenüber 11%) (3). Eine gewisse Rolle könnte außerdem auch die Tatsache spielen, dass ein vergleichsweise höherer Prozentsatz der Kinder, die ein inkomplettes KS entwickeln, im ersten Lebensjahr erkrankt und bei dieser Altersgruppe generell ein gehäuftes Auftreten von Aneurysmen zu verzeichnen ist.

Viele atypische Fälle von KAWASAKI-Syndrom sind erst durch die Entdeckung von Koronararterienaneurysmen mittels Echokardiographie oder postmortal autopsisch diagnostiziert worden. Das größte Risiko für ein atypisches KS haben Säuglinge in den ersten sechs Lebensmonaten!

Literatur beim Verfasser.

Interessenkonflikt: Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Prof. Dr. med. Hansjörg Cremer
Dittmarstr. 54
74074 Heilbronn
e-mail: Hj.Cremer@t-online.de
NipD e.V. (www.hautnet.de)

Red.: Christen

Abb. 16: Rückgang der Mortalitätsrate der in der BRD erfassten Erkrankungsfälle an MCLS in den Jahren 1978–1998

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

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

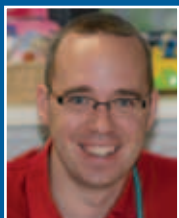
eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis bzw. ein Jobsharingangebot

dann wenden Sie sich bitte an die

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.,
Frau Gabriele Geße, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. (02 21) 6 89 09 23, Tfx. 02 21 / 68 32 04
E-Mail: gabriele.gesse@uminfo.de

Lokaltherapie mit Propranolol-Gel als Ergänzung zum bisherigen Behandlungskonzept bei Hämangiomen: Heilbronner Erfahrungen



Dr. med.
Markus Schneider

Prof. Dr. med.
Hansjörg Cremer
PD Dr. med.
Peter Ruef

Seit dem Jahr 2008 gibt es zur Behandlung problematischer Hämangiome die Therapieoption einer systemischen Behandlung mit Propranolol [1,2]. Dieser Meilenstein hat eine Revolution im bisherigen Behandlungskonzept bei Hämangiomen ausgelöst. Eigene Erfahrungen an inzwischen weit über 500 mit Propranolol behandelten Patienten an der Kinderklinik Heilbronn und weitere Veröffentlichungen zeigen ein beeindruckendes Ansprechen der Hämangiome auf die Propranololbehandlung [3,4,5,6,7]. Die systemische Therapie hat sich als äußerst wirkungsvolle und nebenwirkungsarme Behandlungsoption erwiesen [1,2,8].

Neben der systemischen Propranololbehandlung hat weiterhin insbesondere die Kontakt-Kryotherapie bei -32°C ihren Stellenwert. Diese hat sich gerade bei Hämangiomen, die zu einem frühen Zeitpunkt einer Behandlung zugeführt werden, als rasche und effektive Therapie bewährt. Weitere Behandlungsoptionen stellen die Lasertherapie sowie in Ausnahmefällen die operative Therapie von Hämangiomen dar.

Im Jahr 2010 zeigte eine Veröffentlichung aus China einen beeindruckenden Therapieerfolg. Hier wurden bei einem Hämangiom im Augenbereich Timolol-Augentropfen angewendet [9]. In der Folge kam es zu einer raschen Regression des Hämangioms. Auf Basis dieser Erfahrung begannen wir in der Hämangiom-Sprechstunde Heilbronn mit der Anwendung von Propranolol 1% in Basiscreme-DAC als topisches Therapeutikum zur Behandlung proliferierender Hämangiome. Hierbei konnte bei 100 Patienten in vielen Fällen ebenfalls eine deutliche Regression und ein sicherer Wachstumsstopp der Hämangiome erreicht werden [10,11,12].

Im weiteren Verlauf wurde an der Heilbronner Kinderklinik auf der Grundlage unserer Erfahrungen in der lokalen Anwendung ein Propranolol-Gel entwickelt. Dieses wird bereits seit April 2011 angewandt und im Rahmen individueller Heilversuche als Therapeutikum eingesetzt. Bislang wurden 150 Patienten mit dem Heilbronner Propranolol-Gel behandelt.

Wir möchten im Folgenden über die Erfahrungen mit Propranolol-Gel in der Heilbronner Hämangiom-Sprechstunde berichten.

Indikationsstellung – Welche Hämangiome sind für Propranolol-Gel geeignet?

In der Behandlung von Hämangiomen sehen wir an der Heilbronner Kinderklinik drei wichtige Säulen: Kontakt-Kryotherapie bei -32°C , systemische Propranololbehandlung und topische Anwendung von Propranolol-Gel. Hierzu ergänzen sich Lasertherapie und operative Therapie.

Nach unserer praktischen klinischen Erfahrung eignen sich zur topischen Anwendung von Propranolol-Gel diejenigen Hämangiome, die sich für eine Kontakt-Kryotherapie aufgrund der Größenausdehnung (> 1 cm Durchmesser), der Tiefenausdehnung (> 3 mm dopplersonografisch dokumentierte Tiefenausdehnung) oder Lokalisation nicht eignen, und bei denen es außerdem (noch) nicht medizinisch indiziert ist, eine systemische Propranololbehandlung durchzuführen. In einigen Fällen konnte somit durch eine rechtzeitige Anwendung von Propranolol-Gel eine systemische Propranololbehandlung im Verlauf verhindert werden.

Hämangiome am gesamten Körper inklusive des Genitalbereichs sind prinzipiell für die Lokaltherapie mit Propranolol-Gel geeignet. Ausnahmen sehen wir im Gesichtsbereich (Auge, Mund, Nase), da hier ein Pflasterverband nur schwierig umzusetzen ist und aus Erfahrung eine Wirkung im knorpeligen Bereich der Nase nicht zu erwarten ist. Eine Applikation am behaarten Kopf ist ebenfalls schwierig. Die beeindruckendsten Ergebnisse wurden in der Behandlung von Hämangiomen der Extremitäten, sowie im Genitalbereich und insbesondere im Glutealbereich erzielt. Bezüglich der Größenausdehnung betrug das ausgeprägteste bisher mit Propranolol-Gel behandelte Hämangiom ca. 3% der Körperoberfläche. Eine Zusammenfassung der Indikationen zur Behandlung mit Propranolol-Gel zeigt Tabelle 1.

Bezüglich der dopplersonografisch gemessenen Tiefenausdehnung eines Hämangioms erreichen wir regelhaft gute Therapieerfolge bei einer initialen Tiefenausdehnung von bis zu 0,5 cm. Einzelne tieferliegende Hämangiome bis 0,9 cm Tiefenausdehnung zeigten ebenfalls ein sehr gutes Ansprechen auf das Propranolol-Gel.

Wie auch bei der systemischen Propranololtherapie zeigt eine Therapie nach dem 1. Lebensjahr kaum noch eine Wirkung. Auch hier gilt wie bei der systemischen Therapie die Devise „je früher – desto besser“. Prinzipiell sollten alle potentiell problematischen Hämangiome so

Tab. 1: Indikationen zur lokalen Behandlung mit Propranolol-Gel

- proliferierende Hämangiome, für die eine Kontakt-Kryo-Therapie nicht mehr in Frage kommt:
 - plane großflächige Hämangiome (Durchmesser > 1 cm)
 - Hämangiome mit tiefliegendem Anteil (dopplersonografisch gemessen max. 6 mm, Therapieerfolge auch bis 10 mm möglich)
- ausgedehnte Hämangiome, bei denen eine systemische Propranolol-Behandlung noch nicht indiziert ist
- lokalisierte und segmentale Hämangiome am gesamten Körper mit Ausnahme des Gesichts
 - besonders Hämangiome im Gluteal- und Genitalbereich
 - besonders Hämangiome an Händen und Füßen
- Folgetherapie bei Neuwachstum nach Kontakt-Kryo-Therapie oder Lasertherapie
- Frühgeborene mit rasch proliferierenden Hämangiomen

früh wie möglich in einem Zentrum vorgestellt werden. Ein Abwarten schränkt mögliche Therapieoptionen zunehmend ein. Eine Therapie mit Propranolol-Gel ist bei rasch proliferierenden Hämangiomen schon in den ersten Lebensstagen möglich und wurde ohne Nebenwirkungen in der Heilbronner Hämangiom-Sprechstunde bereits durchgeführt.

Praktische Anwendung von Propranolol-Gel

Die Rezeptur des Heilbronner Propranolol-Gels lautet wie folgt: Propranololhydrochlorid 1% in Natriumhyaluronat-Gel 3% (Propranololhydrochlorid 1%, Natriumhyaluronat 3%, Aqua conservans 96%). Zum jetzigen Zeitpunkt wird das Propranolol-Gel als individuelle Rezeptur durch unsere hauseigene Apotheke hergestellt.

Die Indikation zur Durchführung einer Lokalthherapie sollte in einem auf Hämangiome spezialisierten Zentrum erfolgen, um die optimale Behandlung für das jeweilige Hämangiom zu gewährleisten. Hier ist entsprechende klinische Erfahrung notwendig.

Die Anwendung erfolgt durch die 2x tägliche Applikation einer 1–2 mm dicken Schicht Propranolol-Gel auf das Hämangiom und anschließender Abdeckung mittels eines Pflasterverbandes (Abb. 1). Ein handelsübliches Heftpflaster ist ausreichend. Auch Versuche ohne Pflasterverband zeigen eine Wirkung auf das Hämangiom, jedoch scheint der therapeutische Effekt bei Abdeckung mittels Pflasterverband deutlich besser. Das Gel sollte ca. zwei Stunden auf dem Hämangiom verbleiben. Nach der Entfernung des Heftpflasters sollten Gelreste mit einem feuchten Tuch entfernt werden, um eine Krustenbildung zu vermeiden. Die Applikation sollte alle zehn bis zwölf Stunden erfolgen. Anders als bei der systemischen Propranololtherapie ist keine Koppelung an die Mahlzeiten des Kindes notwendig.



Abb. 1: Praktische Anwendung von Propranolol-Gel

Praktische Anwendung von Propranolol-Gel:

a) benötigt werden: Propranolol-Gel und handelsübliche hautschonende Heftpflaster

b+c) das Propranolol-Gel wird großzügig auf das Hämangiom aufgetragen, bis das gesamte Hämangiom und insbesondere auch der Randbereich mit Beginn der nicht betroffenen Haut mit einer 1–2 mm dicken Schicht Propranolol-Gel bedeckt sind.

d+e) Es erfolgt die Abdeckung mit einem handelsüblichen Heftpflaster. Das Gel sollte ca. 2 Stunden auf dem Hämangiom verbleiben. Im Anschluss werden das Heftpflaster entfernt und Gel-Reste mit einem feuchten Tuch abgewischt. Die Applikation sollte 2x täglich, idealerweise alle 10–12 Stunden erfolgen.

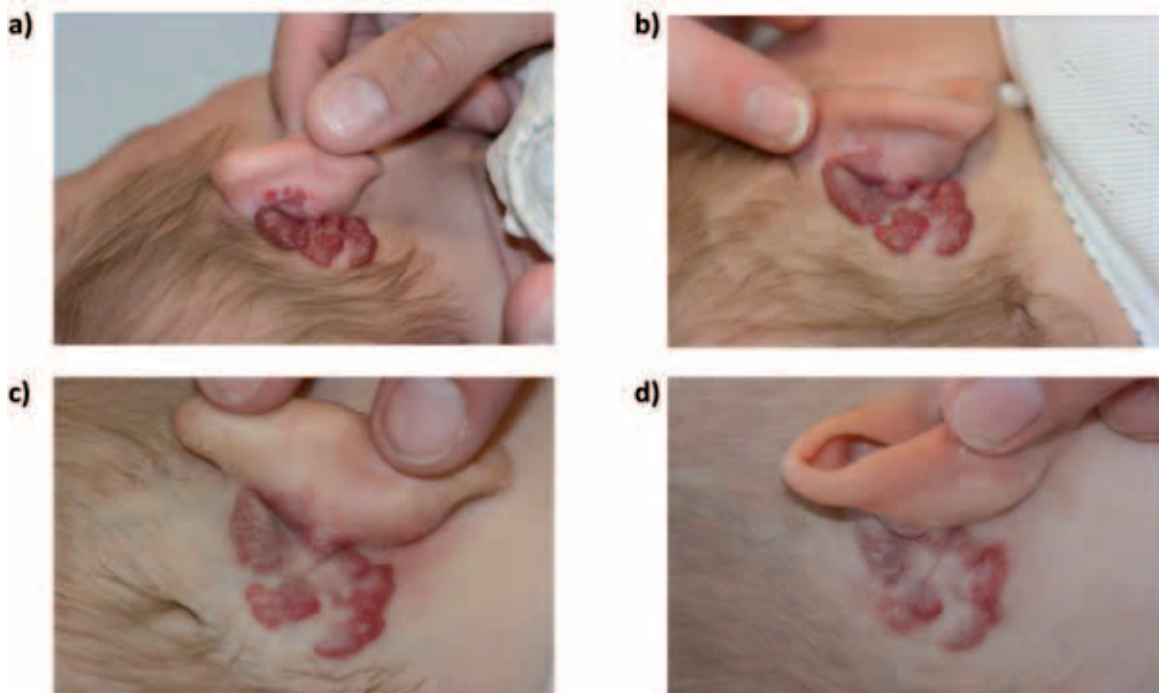


Abb. 2: Therapieverläufe unter Behandlung mit Propranolol-Gel

a) rasch proliferierendes Hämangiom retroaurikulär rechts mit zunehmender Infiltration des Ohrknorpels vor Therapiebeginn. b) nach 2 Wochen lokaler Anwendung von Propranolol-Gel. c) nach 10 Wochen lokaler Anwendung von Propranolol-Gel. Die Therapie wurde zu diesem Zeitpunkt beendet. d) weitere Spontanregression, 5 Wochen nach Therapieende.

Im weiteren Verlauf erfolgen regelmäßige Therapiekontrollen, idealerweise nach zwei, vier und zwölf Wochen. **Unserer Erfahrung nach beträgt die ideale Therapiedauer zwölf Wochen.** Eine längere Behandlung zeigt keine weitere wesentliche Besserung des Hämangioms mehr. In Einzelfällen ist bei sehr raschem Ansprechen auf die Lokalthherapie eine Behandlungsdauer von sechs Wochen ausreichend.

Therapiekontrollen sollten in einem auf Hämangiome spezialisierten Zentrum erfolgen. Diese Kontrollen beschränken sich auf klinische Kontrollen des Patienten sowie Fotodokumentation und ggf. Sonografie des Hämangioms.

Innerhalb weniger Tage kommt es unter Lokalthherapie mit Propranolol-Gel bei oben erwähnter Indikationsstellung zu einem Wachstumsstop des Hämangioms. Dies wurde in 95% aller bisher in Heilbronn mit Propranolol-Gel behandelten Patienten erreicht.

Üblicherweise zeigen sich in der ersten Therapiekontrolle nach zwei Wochen im Vergleich zum Vorbefund eine Aufhellung und Abblässung des Hämangioms als typische Zeichen der beginnenden Regression. Häufig wird auch eine erste Größenabnahme beobachtet. Bei tiefliegenden Hämangiomen lassen sich in der Regel dopplersonografisch eine rückläufige Hämangiomdurchblutung und Tiefenausdehnung nachweisen. Im weiteren Verlauf schreitet die Regression unter Propranolol-Gel weiter stetig voran. **Nach einer Behandlungsdauer von zwölf Wochen ist das Hämangiom im Idealfall nur noch als Restbefund zu sehen, der auch nach Absetzen nicht mehr weiter wächst** und im Rahmen der spontanen Regression der Hämangiome schließlich eine weiter gut fortschreitende Rückbildung zeigt (Abb. 2-7). In anderen Fällen kommt es „nur“ zu einem Wachstumsstop. Hier kann dann jedoch ebenfalls auf die weitere Spontanregression gewartet werden.

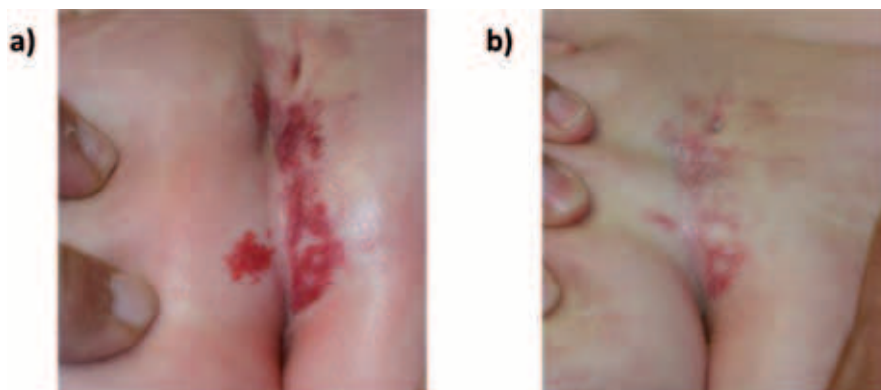
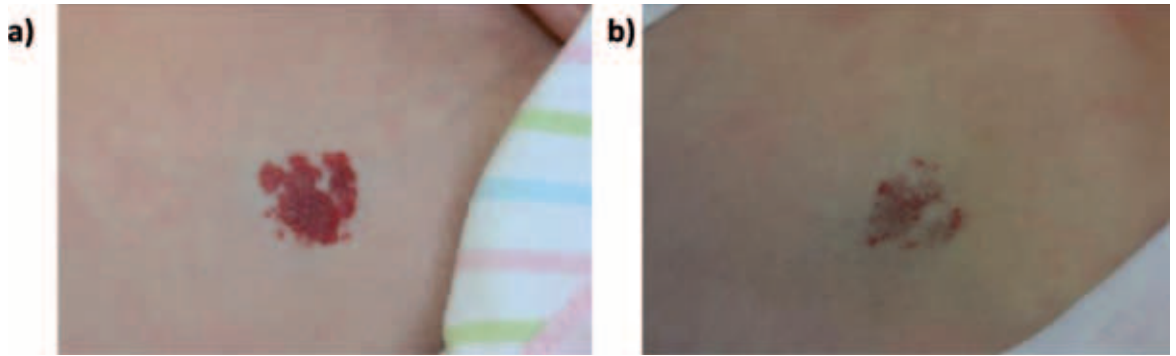


Abb. 3:

a) planes rasch proliferierendes Hämangiom sakral mit zunehmender Ausbreitungstendenz in Richtung Anus. b) nach 6 Wochen lokaler Anwendung von Propranolol-Gel.

Abb. 4:

- a) planes lokalisiertes Hämangiom links-thorakal mit rascher Wachstumstendenz.
b) nach 10 Wochen lokaler Anwendung von Propranolol-Gel.



In der systemischen Anwendung mit Propranolol werden teilweise hohe Reboundraten nach Absetzen der Therapie beschrieben [13, 14]. Aus eigenen Erfahrungen an den bisher in Heilbronn systemisch behandelten Patienten beträgt die Rebound-Rate maximal 10%. **Ein Rebound nach Absetzen der Lokaltherapie mit Propranolol-Gel wurde bei den von uns bisher behandelten Patienten nicht beobachtet.**

Verträglichkeit der Behandlung mit Propranolol-Gel

Zum Ausschluss einer klinisch relevanten Propranolol-Serumkonzentration durch lokale Applikation des Propranolol-Gels wurden bei zehn Patienten im Rahmen individueller Therapiekontrollen Propranolol-Serumspiegel bestimmt. Diese zeigten sich regelhaft unterhalb des messbaren Bereiches (< 20 ng/ml; therapeutischer Bereich 50–300 ng/ml). Nach den Ergebnissen der bereits vorhandenen Propranolol-Serumspiegel unserer Patienten lässt sich somit nach aktuellem Stand durch lokale Applikation keine systemisch relevante Propranolol-Serumkonzentration erreichen. Dementsprechend wurden bisher keine Nebenwirkungen wie von der systemischen Propranololbehandlung bekannt (Bradykardien, Hypotonie, Hypoglykämie) beobachtet.

Auch bei Frühgeborenen mit rasch proliferierenden Hämangiomen im Stamm- und Extremitätenbereich sehen wir die lokale Anwendung von Propranolol-Gel als Therapieoption. Wir führten bei drei Frühgeborenen (SSW 28-36), die aus anderer Indikation eines stationären Aufenthaltes bedurften, zur Behandlung von Hämangiomen eine Lokaltherapie mit Propranolol-Gel durch.

Hier zeigte sich ebenfalls unter kontinuierlicher Monitorüberwachung (kontinuierliche Messung von Herz- und Atemfrequenz, 2-stündliche Blutdruck-Messungen, sowie engmaschige klinische Beobachtung) keinerlei Einfluss auf das Herz-Kreislauf-System.

Selten kann selbstverständlich eine Reizung der Haut durch den Heftpflasterverband auftreten. In zwei Fällen hat sich durch das Gel, welches nicht sachgemäß nach der 2-stündigen Applikation wieder entfernt wurde, eine Kruste gebildet, die abgelöst werden musste und zu einer Hautreizung führte. In zwei Fällen wurde bei Patienten mit bekannter empfindlicher Haut ein Ekzem durch die Pflasterstreifen ausgelöst, dieses heilte nach dauerhaftem Entfernen der Pflaster wieder ab.

Wie auch bei der systemischen Propranololtherapie, der Lasertherapie und der Kontakt-Kryotherapie kommt es bei glutealen Hämangiomen unter Lokaltherapie selten zu einer Ulzeration. Dies tritt jedoch in gleicher Häufigkeit auch ohne Behandlung des Hämangioms auf und lässt sich mittels aseptischem Wundverband gut behandeln. Dies kann somit nicht als spezifische Nebenwirkung der Lokaltherapie mit Propranolol-Gel gewertet werden. Weitere klinisch relevante Nebenwirkungen der Lokaltherapie konnten bisher nicht festgestellt werden.

Der Stellenwert von Propranolol-Gel im Behandlungskonzept von Hämangiomen

Eine Abgrenzung zu den Therapieoptionen „Kontakt-Kryotherapie bei -32°C “ und „systemische Propranolol-

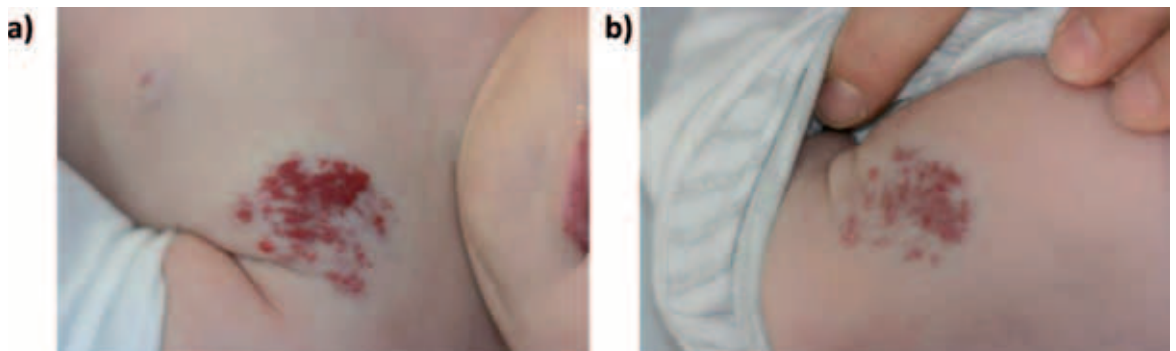


Abb. 5:

- a) rasch proliferierendes Hämangiom links im Bereich der ventralen Schulter mit tiefliegendem Hämangiomanteil. b) nach 4 Wochen lokaler Anwendung von Propranolol-Gel. Der tiefliegende Anteil lässt sich dopplersonografisch inzwischen nicht mehr nachweisen.

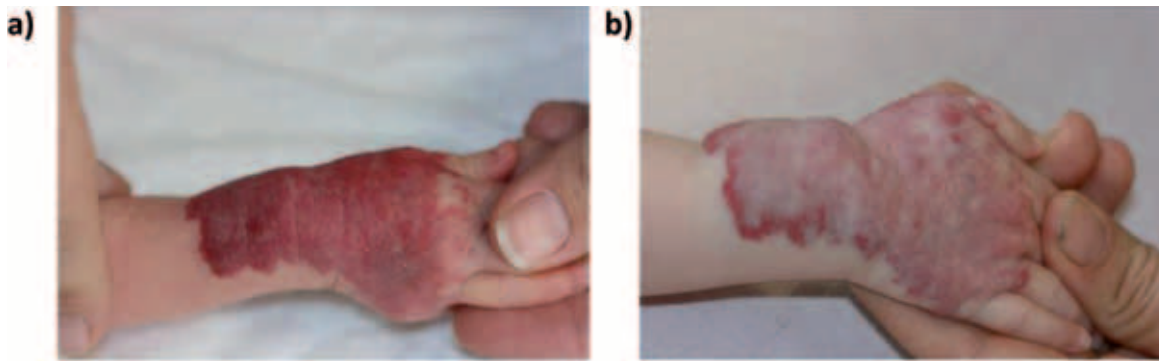


Abb. 6:

a) rasch proliferierendes Hämangiom der rechten Hand. Der Patient war zu diesem Zeitpunkt 3 Wochen alt. b) nach 12 Wochen lokaler Anwendung von Propranolol-Gel.

behandlung“ ist wie bereits erwähnt klar gegeben (siehe auch Tab. 1). Da diese drei Therapiesäulen als Ergänzung zueinander und nicht als Konkurrenz nebeneinander gesehen werden sollten, kann ein Vergleich bezüglich Vor- und Nachteilen nur eingeschränkt angestellt werden.

Im Unterschied zur systemischen Anwendung von Propranolol sind systemische Nebenwirkungen (Hypoglykämie, Bradykardien, Hypotonie) nicht zu erwarten. Ein relevanter Propranolol-Serumspiegel wird nach aktuellem Kenntnisstand durch die lokale Applikation von Propranolol-Gel nicht erreicht. **Die Therapiedauer der Lokaltherapie ist mit ca. zwölf Wochen deutlich kürzer als bei systemischer Propranololgabe.** Hier wird in aller Regel mindestens sechs Monate behandelt. Einen großen Vorteil – insbesondere für die Eltern – stellt die fehlende Notwendigkeit der stationären Therapieeinleitung dar.

Sicher ist der Therapieerfolg unter systemischer Therapie (kosmetisch) kurzfristig als beeindruckender einzustufen, langfristig zeigen sich beide Therapien nach den uns bisher vorliegenden Erfahrungen aber beinahe gleichwertig. Hier sei aber auch nochmals ausdrücklich erwähnt, dass die Indikationsstellungen für systemische und lokale Propranolol-Anwendung deutlich differieren. Es ist von großer Wichtigkeit, zu unterscheiden, wel-

che Hämangiome noch für die Lokaltherapie geeignet sind und welche schon systemischer Therapie bedürfen. Ein direkter Vergleich dieser beiden Therapieoptionen ist somit nur von eingeschränkter Aussagekraft.

In idealer Weise kombinieren lassen sich die Optionen der Kontakt-Kryotherapie und der lokalen Anwendung von Propranolol-Gel. Insbesondere bei Neuwachstum im Randbereich nach Kontakt-Kryotherapie bietet sich eine Lokaltherapie im Anschluss als Folgemaßnahme an.

Propranolol-Gel – Zusammenfassung und Ausblick

Die Lokaltherapie mit Propranolol-Gel ergänzt in unseren Augen die „Lücke an Therapieoptionen“ zwischen der Kontakt-Kryotherapie und der systemischen Propranololbehandlung in idealer Weise und stellt somit eine wichtige Erweiterung im Behandlungskonzept bei Hämangiomen dar.

Relevante Nebenwirkungen wurden bisher nicht beobachtet. Bei entsprechender Indikationsstellung zeigt die Behandlung mit Propranolol-Gel in ca. 95% der Patienten eine positive Wirkung im Sinne eines Wachstumsstops und einer Regression des Hämangioms. Weitere Untersuchungen werden folgen.

Wir hoffen, das Propranolol-Gel in naher Zukunft verfügbar machen zu können.

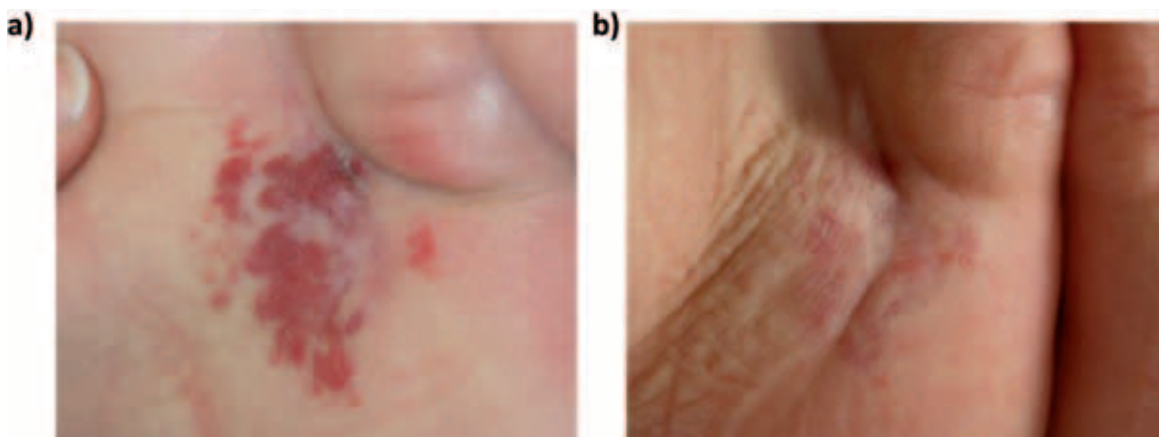


Abb. 7:

a) rasch proliferierendes Hämangiom im Genitalbereich eines Mädchens. b) Minimaler Residualbefund nach 12 Wochen lokaler Anwendung von Propranolol-Gel.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Die Rezeptur sowie die klinische Anwendung des Propranolol-Gels wurden in der Hämangiomsprechstunde der Kinderklinik Heilbronn entwickelt. Wir stellen das Gel aktuell in unserer Klinik-Apotheke selbst her und wenden es bei entsprechender Indikation an. Eine zeitnahe Verfügbarmachung einer Rezepturgrundlage zur Herstellung des Gels durch InfectoPharm soll den aktuellen Engpass in der Versorgung externer Kliniken und Patienten beheben. Dieser Artikel ist eine Arbeit, die unabhängig von einer Verfügbarmachung durch InfectoPharm entstanden ist. Insbesondere deshalb wird auch die exakte Rezeptur und Herstellungsform angegeben. Der Autor erklärt, dass kein Interessenskonflikt vorliegt. Ein Honorar für die Verfassung wurde nicht gezahlt.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Markus Schneider
 SLK-Kliniken Heilbronn GmbH
 Klinikum am Gesundbrunnen
 – Klinik für Kinderheilkunde und
 Jugendmedizin/Perinatalzentrum –
 Am Gesundbrunnen 20-26
 74078 Heilbronn
 Tel.: 07131-49-3702
 Fax: 07131-49-3709
 markus.schneider@slk-kliniken.de

Red.: Christen

Hinweise zur Herstellung des Propranolol-Gels

Rezepturen mit Propranolol sind verschreibungspflichtig. Die Herstellung erfolgt als Individualrezeptur auf ärztliche Verordnung und ist somit prinzipiell erstattungsfähig durch die gesetzlichen Krankenkassen.

Rezepturvorschlag für 50 g Propranolol-Gel 1%:

Rp:	Propranolol-Hydrochlorid	0,5
	Natriumhyaluronat*	1,5
	Aqua conservans	ad 50

Anleitung zur Herstellung von 50 g Gel:

- 0,5 g Propranolol-Hydrochlorid werden in 48 g konserviertem Wasser DAC (NRF S.6.) gelöst.
- 1,5 g Natriumhyaluronat werden auf die Lösung aufgestreut und anschließend eingearbeitet.
- Das Gel vor Abgabe 2 Stunden quellen lassen.
- Das fertige (klare bis opake) Gel wird im Kühlschrank (2-8 °C) gelagert und ist 8 Wochen haltbar.

* Das eingesetzte Natriumhyaluronat ist im Handel gegenwärtig leider nur in kosmetischer Qualität verfügbar und recht teuer (Caelo, 2x1 g = 25,30 €).

Zufriedenheit in der Kinder- und Jugendarztpraxis aus Sicht der Eltern – Erheben und Analysieren mit dem Kinder-ZAP

Die Erhebung der Patient(inn)enzufriedenheit auf der Basis schriftlicher Erhebungsinstrumente ist ein zentraler Bestandteil des Qualitätsmanagements in stationären und ambulanten Versorgungseinrichtungen. Um hier zuverlässige Erkenntnisse zu gewinnen, sollten standardisierte und validierte Fragebögen eingesetzt werden. Mit dem Kinder- und Jugend-ZAP liegt erstmals ein validierter, deutschsprachiger Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit von Eltern mit der ambulanten ärztlichen Versorgung in Kinder- und Jugendarztpraxen vor.

Patientenbefragungen als zentraler Bestandteil von Qualitätsmanagement in Kinder- und Jugendarztpraxen

Seit der Gesundheitsreform 2000 ist die Umsetzung interner Qualitätsmanagementmaßnahmen für weite Bereiche der gesundheitlichen Versorgung, so auch für die Kinder- und Jugendmedizin, gesetzlich verpflichtend. Dabei können verschiedene Qualitätsmanagementsysteme genutzt werden, die, trotz unterschiedlicher Ausrichtung, alle unter dem Stichwort „Kundenorientierung“ die Patient(inn)enperspektive als eine zentrale Dimension der Qualitätsbewertung beinhalten. Dabei geht es darum, die Bedürfnisse der Kund(inn)en zu erkennen, diese zu erfüllen, kontinuierlich die Zufriedenheit der Nutzer(innen) zu erheben, die Ergebnisse intern zu kommunizieren bzw. auch, sie mit externen Daten zu vergleichen.

Die Sichtweise und die Zufriedenheit von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern kann mit standardisierten Erhebungsinstrumenten erfasst und für das Qualitätsmanagement in der Kinder- und Jugendmedizin genutzt werden. Damit Befragungen belastbare Ergebnisse und Hinweise für Qualitätsverbesserungen liefern können, sollten bei der Auswahl des Fragebogens (Erhebungsinstrument) und in der praktischen Durchführung folgende Gesichtspunkte beachtet werden.

Was gilt es bei der Auswahl eines Erhebungsinstruments zu beachten?

1. Erfassung der relevanten Dimensionen der Patientenzufriedenheit

Fragebögen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit müssen die aus Sicht der Patient(inn)en (d.h. von Kindern sowie Jugendlichen, aber auch von Eltern) relevanten Dimensionen der Zufriedenheit im Sinne der Prozessqualität erfassen. Dazu gehören organisatorische Aspekte, die Interaktion zwischen Kinder- und Jugendarzt/ärztin mit Kindern, Jugendlichen und ggf. ihren Eltern, die während der Interaktion vermittelten Informa-

tionen sowie die Zufriedenheit mit der aktiven Einbindung der Patient(inn)en in diagnostische und/oder therapeutische Entscheidungen. In der pädiatrischen Versorgung ist darüber hinaus auf altersgerechte Befragungsinhalte sowie auf eine dem jeweiligen Entwicklungsstand von Kindern angemessene Vorgehensweise zu achten.

2. Psychometrische Eigenschaften des Erhebungsinstruments

Die psychometrischen Eigenschaften von Erhebungsinstrumenten umfassen Objektivität, Validität und Reliabilität. Zur Prüfung der psychometrischen Eigenschaften stehen verschiedene, zumeist statistische Methoden zur Verfügung. Ihre Anwendung ist aufwendig, bei neu entwickelten Fragebögen aber unabdingbar, um Aussagen zur Qualität des Fragebogens treffen zu können. Daher sollten im Qualitätsmanagement möglichst validierte und in Bezug auf ihre psychometrischen Eigenschaften geprüfte Erhebungsinstrumente verwendet werden. Für diese Instrumente sollte ein Manual vorliegen, das methodische Eigenschaften, Verfahren zur Auswertung und Interpretation der Messergebnisse sowie Angaben zu bisherigen Einsatzbereichen enthält.

In Tab. 1 sind Hinweise zu Anforderungen an die Fragebögen aufgeführt.

Was ist der Kinder-ZAP?

Für den Versorgungsbereich in der Kinder- und Jugendarztlichen Praxis gilt es, folgende Besonderheit zu berücksichtigen: Die Adressaten der Versorgung sind primär Kinder und Jugendliche, insbesondere bei jüngeren Kindern sind jedoch die Eltern ebenso wichtige Ansprechpartner für die Behandler. Deshalb ist es hier erforderlich, die Eltern 1. zu ihrer eigenen Zufriedenheit (Selbsteinschätzung) mit der Behandlung ihrer Kinder zu befragen und 2. die Einschätzung der Eltern zur Zufriedenheit ihrer Kinder (Fremdeinschätzung) einzuholen. Der „Fragebogen zur Erhebung der Zufriedenheit mit der Prozessqualität in der ambulanten Kinder- und



Prof. Dr. med.
Eva Maria Bitzer^{1,2}

Stephanie Volkmer³,
Marco Petrucci²,
Dr. med. Nikolaus
Weissenrieder⁴,
Prof. Dr. rer. biol. hum.
Marie-Luise Dierks³

1 ISEG-Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung

2 Pädagogische Hochschule Freiburg – Institut für Alltagskultur, Bewegung und Gesundheit, Gesundheitspädagogik

3 Medizinische Hochschule Hannover – Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
Forschungsschwerpunkt Patientenorientierung und Gesundheitsbildung

4 Berufsverband der Kinder- und Jugendarzte e.V.

Aspekt	Empfehlung
Qualitätskriterien für Fragebögen	Es gibt kein zusammenfassendes Maß für die Testgüte bzw. die 'Eignung eines Instrumentes'. Die Auswahl eines Fragebogens sollte unter inhaltlichen Aspekten, in Kenntnis der psychometrischen Eigenschaften (s. u.) sowie unter Einschätzung der Praktikabilität erfolgen.
Inhalte	Der Fragebogen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit mit der Prozessqualität soll die aus Sicht der Patient(inn)en (d.h. von Kindern, Jugendlichen aber auch von Eltern) relevanten Dimensionen der Zufriedenheit erfassen. Dazu gehören die organisatorischen Aspekte, die Interaktion zwischen Kinder- und Jugendarzt/ärztin auf der einen Seite und Kindern, Jugendlichen und ggf. ihren Eltern auf der anderen Seite, die während der Interaktion vermittelten Informationen sowie die aktive Einbindung der Patient(inn)en in diagnostische- und/oder therapeutischen Entscheidungen.
Psychometrische Eigenschaften	Zur Prüfung der klassischen Gütekriterien „Objektivität“, „Validität“ und „Reliabilität“ stehen umfangreiche und unterschiedliche statistische Verfahren und Methoden zur Verfügung.
Praktikabilität	Der Fragebogen muss hinsichtlich des mit seiner Bearbeitung verbundenen zeitlichen Aufwands und der Schwierigkeit seiner Bearbeitung angemessen sein. Zur Praktikabilität eines Messverfahrens gehören auch die bei seiner Anwendung entstehenden Kosten (u. a. Personal- und Materialkosten sowie Lizenzgebühren)
Wer soll befragt werden?	Wenn es um die Erhebung der Patientenzufriedenheit geht, wird generell und so auch bei Kindern gefordert, die Betroffenen selbst zu befragen. Ab ca. einem Alter von sechs Jahren können Kinder selbst befragt werden, wobei altersgerechte Befragungsinhalte und dem jeweiligen Entwicklungsstand von Kindern angemessene Vorgehensweisen bei der Durchführung der Befragung verwendet werden sollten. Um auch die Perspektive von Kindern, die jünger als sechs Jahre sind, im Qualitätsmanagement zu berücksichtigen (aus Gründen der Praktikabilität auch bei älteren Kindern) sollten die Eltern bzw. der das Kind begleitende Elternteil (oder ggf. andere nahestehende Personen) befragt werden.
Wie kann ich einen Fragebogen beurteilen?	Die methodischen Eigenschaften eines Erhebungsinstruments, die Modalitäten seiner Auswertung und der Interpretation der Messergebnisse sowie seine bisherigen Einsatzbereiche sollten in einer möglichst umfassenden Dokumentation (Manual) beschrieben sein. Die Auswertung der mit den Messverfahren erhobenen Daten sollte in der Dokumentation ausreichend genau und mit allen erforderlichen Detail-Informationen einschließlich der zur Interpretation der Messergebnisse verwendbaren Richt- oder Normwerte und weiterführender Hinweise zur Ergebnisinterpretation dargestellt sein.

Tab. 1: Anforderungen an einen geeigneten Fragebogen

Jugendärztlichen Versorgung (Kinder-ZAP)“ ist ein kurzes Erhebungsinstrument, das sich in diesem Sinne an Eltern in Kinder- und Jugendarztpraxen richtet. Erfragt wird die Zufriedenheit mit der wahrgenommenen Qualität der ambulanten Versorgung in der jeweiligen Praxis.

Der Fragebogen ist in acht verschiedene Bereiche (Skalen) unterteilt: Hierbei werden Aspekte der Kind-Arzt-Interaktion (drei Skalen) und der Eltern-Arzt-Interaktion (fünf Skalen) berücksichtigt.

Die drei Kinder-Skalen decken die Bereiche „Interaktion zwischen Kind und Arzt/Ärztin“, „Information des Kindes durch Arzt/Ärztin“ und „Einbindung des Kindes in die Entscheidungsfindung“ ab. Die fünf Eltern-Skalen erfassen die Dimensionen „Information der Eltern“, „Einbindung der Eltern in die Entscheidungsfindung“, „Fachliche Kompetenz des Arztes/der Ärztin“ sowie „Praxisorganisation“ und „Praxisausstattung“.

Die Entwicklung des Fragebogens

In Deutschland gab es für den Bereich der ambulanten kinder- und jugendärztlichen Versorgung bisher noch keinen Fragebogen zur Erfassung der prozessbezogenen Patientenzufriedenheit. Der Kinder-ZAP wurde in Anlehnung an den zur Qualitätssicherung in allgemein- und fachärztlichen Praxen häufig eingesetzten „Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung (ZAP)“ entwickelt. Da mehr als die Hälfte der in kinder- und jugendärztlichen Praxen behandelten Kinder jünger als fünf Jahre ist, wurde auf eine direkte Befragung der Kinder verzichtet: Die Fragen des Kinder-ZAP sollten sich ausschließlich an die Eltern richten. Eine erste Version des Instrumentes entstand, indem die Fragen des (Erwachsenen-)ZAP in einer qualitativen Vorstudie unter Mithilfe von Eltern, älteren Kindern und Jugendlichen an den Zielbereich „Kinder- und Jugendarztpraxis“

Antwortende Person	Mütter Väter Sonstige Personen (z.B. Großmutter)	94,3 % 4,8 % 0,3 %
Alter in Jahren Alter in Jahren	der antwortenden Person (Mittelwert) des Kindes (Median)	35,4 (35) 4,7 (3,7)
Arztzugehörigkeit	(Mittelwert)	4,6 Jahre
Wartezeit in der Praxis	(Mittelwert)	20 min.
Zeit mit dem Arzt	(Mittelwert)	17 min.
Art des Anliegens*	U-Untersuchung, Impfung Beschwerden bei akuter Erkrankung Beschwerden bei chronischer Erkrankung Notfall Rezepte, Atteste, Überweisungen Sonstiges	36,2 % 44,1 % 11,3 % 1,3 % 13,9 % 5,7 %
* Mehrfachnennungen waren möglich		

Tab. 2: Stichprobencharakteristika (n=979)

angepasst wurden. Der so entstandene Fragebogen wurde im nächsten Schritt an Eltern in 19 Kinder- und Jugendarztpraxen in Niedersachsen getestet. Auf der Basis der statistischen Auswertung der Daten der ersten Befragungswelle (n=924) wurde die endgültige Version des Kinder-ZAP entwickelt und wiederum an Eltern in weiteren 20 Kinder- und Jugendarztpraxen in Niedersachsen ausgeteilt. Für die abschließenden Analysen standen aus der zweiten Welle 979 auswertbare Fragebögen zur Verfügung (Tab. 2). Zu mehr als 90% wurden diese Fragebögen von Müttern ausgefüllt. Das Alter der ausfüllenden Person betrug im Mittel 35,4 Jahre, das Alter der in Kinder- und Jugendarztpraxen behandelten Kinder 4,7 Jahre. Die häufigsten Kontaktpunkte waren U-Untersuchungen bzw. Impfungen und Beschwerden bei akuten Erkrankungen (vgl. Tab. 2). Basierend auf diesen Daten konnten die psychometrischen Eigenschaften des Kinder-ZAP berechnet, die Skalen des Fragebogens nach den Prinzipien der klassischen Testtheorie validiert und seine Tauglichkeit für die Verwendung in der Qualitätssicherung nachgewiesen werden. Die entsprechenden psychometrischen Kennwerte sind in Tab. 3 für die Kinderbefragung und in Tab. 4 für die Elternbefragung dargestellt.

Welche Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit mit der Versorgung?

Alle im Kinder-ZAP berücksichtigten Dimensionen der ambulanten Versorgung weisen einen direkten Zusammenhang zur Zufriedenheit mit dem Arzt/der Ärztin insgesamt, der globalen Einschätzung der Behandlungsqualität und dem Vertrauen in den Arzt/die Ärztin auf. Ein besonders starker Zusammenhang fand sich bei den Dimensionen „Interaktion zwischen Kind und Arzt/Ärztin“, „Information durch Arzt/Ärztin“ und „Fachliche Kompetenz von Arzt/Ärztin“. Die Dimensionen „Praxisorganisation“ und „Praxisausstattung“ hängen dagegen am wenigsten mit der Gesamtzufriedenheit zusammen (siehe Tab. 5).

Lange Wartezeiten und kurze Arztkontakte wirken sich negativ aus

Wie in Abb. 1 dargestellt, ist eine Wartezeit von mehr als 30 Minuten mit einer deutlich geringeren Zufriedenheit in allen untersuchten Aspekten verbunden. Am deutlichsten nimmt die Zufriedenheit mit der Praxisausstattung und der Praxisorganisation ab. Umgekehrt zeigt sich, dass Arztkontakte, die weniger als 10 Minuten dauern, mit geringerer Zufriedenheit der Eltern verbunden sind (vgl. Abb. 2).

Allgemeine Zufriedenheit nicht ganz so hoch wie bei allgemein- und fachärztlichen Praxen – Vergleichbarkeit jedoch eingeschränkt

Im Durchschnitt fand sich bei den befragten Eltern eine hohe Zufriedenheit mit der Versorgung in den Kinder- und Jugendarztpraxen insgesamt. Diese war in den meisten der untersuchten Dimensionen jedoch deutlich geringer als die durchschnittliche Zufriedenheit einer

Subskalenkennwerte			
Kinder-Skalen	Interaktion	Information	Entscheidungsfindung
Itemanzahl	7	3	4
Gültige Werte (n)	957	816	503
Fehlende Werte (%)	2,2	16,6	48,6
Subskalenwerte transformiert (min/max)	0/100	0/100	0/100
Subskalenmittelwert, transformiert	87,1	86,3	66,4
Inter-Item-Korrelation (min/max)	0,71 (0,65–0,83)	0,81 (0,78–0,84)	0,80 (0,74–0,84)
Cronbach's alpha	0,95	0,93	0,94

Tab. 3: Kinder-Skalen – Kennwerte und Reliabilität

Subskalenkennwerte					
Eltern-Skalen	Information	Entscheidungsfindung	Fachliche Kompetenz	Praxisorganisation	Praxisausstattung
Itemanzahl	6	4	3	4	2
Gültige Werte (n)	878	915	693	966	973
Fehlende Werte (%)	10,3	6,5	29,2	1,3	0,6
Subskalenwerte transformiert (min/max)	0/100	0/100	0/100	0/100	0/100
Subskalenmittelwert, transformiert	80,9	70,3	86,4	85,2	73,9
Inter-Item-Korrelation (min/max)	0,67 (0,57-0,79)	0,79 (0,75-0,83)	0,63 (0,50-0,69)	0,39 (0,27-0,50)	0,78
Cronbach's alpha	0,92	0,94	0,84	0,72	0,88

Tab. 4: Eltern-Skalen – Kennwerte und Reliabilität

Kinder-ZAP Subskalen	Vertrauen zu Arzt/Ärztin	Qualität der Behandlung	Zufriedenheit mit Arzt/Ärztin
Kind: Interaktion	0,56	0,60	0,62
Kind: Information	0,49	0,50	0,45
Kind: Einbindung in die Entscheidungsfindung	0,52	0,59	0,54
Eltern: Information	0,65	0,68	0,66
Eltern: Einbindung in die Entscheidungsfindung	0,50	0,58	0,53
Fachliche Kompetenz	0,62	0,65	0,62
Praxisorganisation	0,45	0,42	0,44
Praxisausstattung	0,32	0,37	0,37
Korrelation nach Spearman, alle Korrelationen p < 0,0001			

Tab. 5: Korrelation der Kinder-ZAP Subskalen mit Globalitems zur Zufriedenheit mit der Kinder- und Jugendarztpraxis

vergleichbaren Gruppe von Patient(inn)en in allgemein- und fachärztlichen Praxen (erhoben mit dem Erwachsenen-ZAP). Es ist davon auszugehen, dass dieser Unterschied nicht auf die schlechtere Versorgungsqualität bei den Kinder- und Jugendärzten/Ärztinnen zurückzuführen ist. Vielmehr ist zu vermuten, dass Eltern die Behandlung ihres Kindes kritischer bewerten als erwachsene Pa-

Aspekt	Empfehlung
Stichprobengröße	Nach bisherigen Erfahrungen sollten über einen Zeitraum von fünf bis vierzehn Tagen 100 Patient(inn)en einen Fragebogen erhalten.
Repräsentativität	Bei der Verteilung der Befragungsunterlagen soll keine bewusste Auswahl vorgenommen werden: einbezogen werden sollen alle Personen der geplanten Zielgruppe, die mindestens das zweite Mal in Ihrer Praxis sind. Wenn nur bestimmte Patient(inn)en um die Beantwortung des Fragebogens gebeten werden (beispielsweise nur Patient(inn)en mit einer bestimmten Erkrankung, nur besonders langjährige Patient(inn)en, nur neue Patient(inn)en), sind die Ergebnisse auch nur für diese Patientengruppe aussagekräftig. Darüber hinaus ist die Repräsentativität am ehesten gewährleistet, wenn möglichst viele der ausgegebenen Fragebogen auch ausgefüllt werden und für die Auswertung zur Verfügung stehen (hohe Rücklaufquote).
Rücklaufquote	Als Faustregel sollten für aussagekräftige Ergebnisse mindestens 50% der ausgegebenen Fragebögen zur Auswertung zur Verfügung stehen. Eine deutlich geringere Rücklaufquote kann ein Hinweis auf organisatorische Probleme sein. Die Rücklaufquote kann durch Vertraulichkeit und Anonymität, die Art der Verteilung der Fragebögen, die Art der Ansprache durch die Praxis und die Motivation der Befragten verbessert werden.
Vertraulichkeit und Anonymität	Auf dem Fragebogen selbst soll nicht nach Name oder Adresse, Datum des letzten Arztbesuches oder ähnlichem gefragt werden! Es soll darauf hingewiesen werden, dass <ul style="list-style-type: none"> ☞ die Praxis/das Praxisteam besonderen Wert auf die Meinung der Patient(inn)en legt ☞ die Beteiligung selbstverständlich freiwillig ist ☞ die Befragung anonym durchgeführt wird ☞ keine Nachteile entstehen, wenn man sich nicht an der Befragung beteiligt ☞ die Befragung aber nur dann aussagekräftige Ergebnisse liefert, wenn sich möglichst viele Patient(inn)en beteiligen.
Vertrauenswürdige Durchführung	Die Anonymität und Vertraulichkeit kann am besten (aber auch mit dem größten Aufwand) dadurch gewahrt werden, dass den Patient(inn)en der Bogen inklusive eines frankierten und an die Praxis adressierten Rückumschlages mit nach Hause gegeben wird. Die Patient(inn)en können den Fragebogen dann zu Hause in Ruhe ausfüllen und anonym an die Praxis zurückschicken. Dieses Vorgehen führt zu einem etwas geringeren Rücklauf, zu vollständiger ausgefüllten Fragebögen, etwas kritischeren Bewertungen und dazu, dass sie mehr Anregungen für das Qualitätsmanagement erhalten. Wenn der Aufwand für das Drucken und Frankieren von Kuverts vermieden werden soll, ist das Ausfüllen beim Besuch in der Praxis eine weitere Möglichkeit. Dabei sollte beachtet werden, dass die Patient(inn)en den Fragebögen möglichst ungestört ausfüllen können und anschließend in einem vertrauenswürdigen Behältnis (z.B. Karton mit „Briefschlitz“, Briefkasten) einwerfen können. Diese Vorgehensweise führt (im Vergleich zur Rücksendung auf dem Postweg) zu einem höheren Rücklauf, höherem Anteil fehlender Antworten und positiveren Bewertungen. Nicht empfohlen wird, den ausgefüllten Fragebogen von einer Vertrauensperson des Praxispersonals einsammeln zu lassen. Dies gefährdet zu sehr die Anonymität.
Sonstiges	Eine positive Grundhaltung zur Durchführung einer Patientenbefragung bei Ihnen selbst und Ihrem Team beeinflusst den Rücklauf positiv. Die Patient(inn)en registrieren sehr genau, welchen Stellenwert die Patientenbefragung bei Ihnen bzw. dem Praxispersonal hat und reagieren darauf u. a. mit unvollständig ausgefüllten Fragebögen und/oder mit der Verweigerung der Teilnahme. Vermitteln Sie daher sich und dem Praxispersonal, warum die Patientenbefragung durchgeführt werden soll! Legen Sie klare Verantwortlichkeiten fest, beraten Sie, wie lange die Befragung dauern wird und wann mit Ergebnissen zu rechnen sein wird.

Tab. 6: Praktische Hinweise zur Durchführung von Patientenbefragungen

tient(inn)en ihre eigene Versorgung. Daher sollten Qualitätsbeurteilungen von Kinder- und Jugendarztpraxen nicht direkt mit Beurteilungen anderer Einrichtungen oder Praxen für Erwachsene verglichen werden!

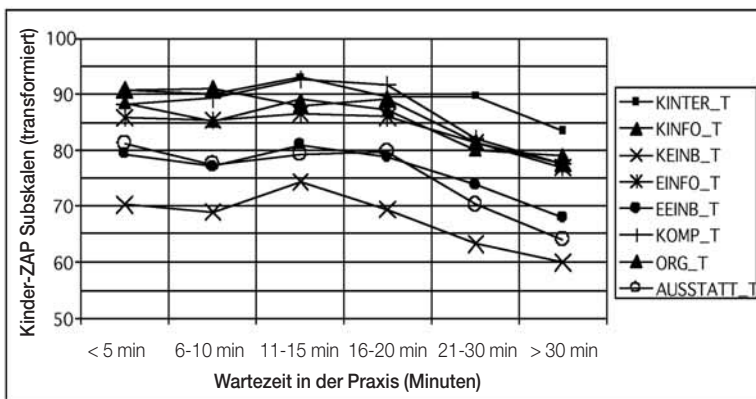


Abb. 1: Kinder-ZAP Subskalen und Wartezeit in der Praxis (Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen der Gruppe mit der kürzesten und der längsten Wartezeit: $p < 001$)

Was gilt es bei der Durchführung einer Patientenbefragung zu beachten?

Bei der konkreten Durchführung von Befragungen in der Kinder- und Jugendarztpraxis oder im (Kinder)krankenhaus ist es von großer Bedeutung, praktischen Aspekten Aufmerksamkeit zu schenken: Geklärt werden muss, welche Maßnahmen zur Gewährleistung der Repräsentativität der Befragten sinnvoll sind, wie man Vertraulichkeit und Anonymität von Patientenbefragungen gewährleisten kann und welche Faktoren darüber hinaus zu erfolgreichen Patientenbefragungen beitragen. Tab. 6 fasst zentrale praktische Hinweise zur Durchführung von Patientenbefragungen zusammen.

Wer sich für diesen Fragebogen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit in Ihrer Praxis entscheidet, sollte beachten, dass die Skalen, die die Einbindung des Kindes in die Entscheidungsfindung sowie die Information des Kindes durch den Arzt/die Ärztin messen, bei kleinen Kindern (jünger als 6 Jahre) aus inhaltlichen Gründen nicht eingesetzt werden sollten.

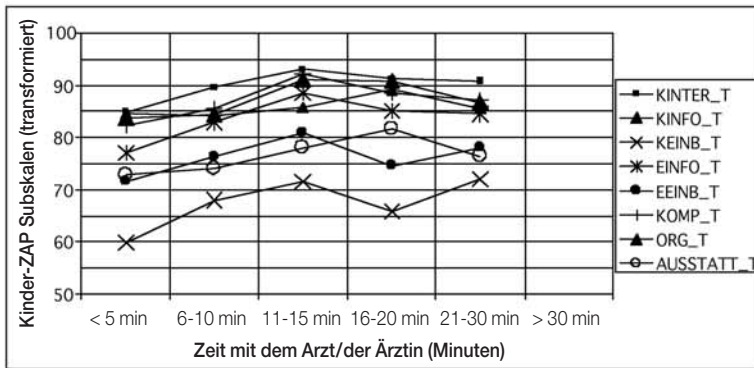


Abb. 2: Kinder-ZAP Subskalen und Zeit mit dem Arzt/der Ärztin (Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen der Gruppe einer Kontaktdauer von weniger als 5 Minuten und der Gruppe mit einer Kontaktdauer von mind. 11 Minuten: $p < 001$)

Ausblick – Patientenbefragungen und der Kinder-ZAP als Benchmarking-Instrument

Die Einführung von standardisierten Patientenbefragungen kann als erster Schritt zu einem Benchmarking verwandt werden. Durch den Einsatz einer entsprechenden Software können die Ergebnisse der ausgefüllten Fragebögen in eine zentrale Datenbank eingegeben werden.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte plant dazu, in einem geschützten Bereich im Internet die Möglichkeit zu schaffen, dass jede Praxis einen Zugang erhält, in dem sich die Praxis einen Account anlegt. Um einen Vergleich mit anderen Praxen zu ermöglichen, werden dabei zusätzliche Parameter abgefragt (Einwohnerzahl am Praxisort, Anzahl der Ärzte in der Praxis, Anzahl der Patienten in der Praxis usw.). Von der Praxis werden die Ergebnisse der einzelnen Fragebögen in das elektronische Datenverarbeitungs-

system übertragen. Die Software übernimmt die Auswertung der eingegebenen Fragebögen und erlaubt eine Auswertung aller Parameter mit unterschiedlichen Filtern. Die Ergebnisse werden als grafische oder numerische Darstellungen ausgegeben. Jede teilnehmende Praxis hat die Möglichkeit, die Ergebnisse der eigenen Praxis mit den anonymisierten Ergebnissen von ausgewählten Praxen zu vergleichen. Damit wird es der Praxis möglich, die Bereiche in der Praxis zu identifizieren, in denen im Vergleich mit anderen Praxen Verbesserungspotentiale genutzt werden können.

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondierende Autorin:
 Prof. Dr. med. Eva Maria Bitzer
 ISEG-Institut für Sozialmedizin,
 Epidemiologie und
 Gesundheitssystemforschung
 Lavesstr. 80
 30159 Hannover
 Tel. 0511 / 53091-13
 E-Mail: bitzer@iseg.org

Red.: Riedel

MMR-Impfung bei vor 1970 geborenen Patienten

CONSILIUM
INFECTORUM

Dr. med. Sigrid
Ley-Köllstadt

Frage:

In meiner Praxis beschäftige ich zwei Arzthelferinnen, die vor 1970 geboren sind. Eine Masernimpfung wurde bisher nicht durchgeführt, anamnestisch sollen die Erkrankungen bereits im Kindesalter durchgemacht worden sein.

- Kann/soll ich diese MTA's gegen Masern impfen (auch wenn ich es der Kasse nicht in Rechnung stellen kann)?
- Wenn ja, sollte ich den Kombinationsimpfstoff (MMR) verwenden?
- Oder ist zunächst doch eine Titerbestimmung indiziert?

Antwort:

Prinzipiell sollte man sich auf die Aussagen von Patienten (oder Mitarbeitern) zu bereits durchgemachten Erkrankungen oder durchgeführten Impfungen nicht verlassen, da die Erinnerung oftmals täuscht. Hier gilt nur der dokumentierte Impfschutz.

Bei den Masern stellt sich eine etwas andere Situation dar, da hier auch das Lebensalter zu berücksichtigen ist. Die *Ständige Impfkommission* (STIKO) empfiehlt seit 2010 die einmalige Masern-Impfung (vorzugsweise mit MMR-Impfstoff) als berufliche Impfung für **nach 1970 Geborene mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit, die im Gesundheitsdienst und bei der Betreuung von Immundefizienten sowie in Gemeinschaftseinrichtungen tätig sind** (1). In ihrer Begründung (2) weist die STIKO auf Seroprävalenzuntersuchungen aus den Jahren 1995/96 und 1998 (Daten des ersten gesamtdeutschen Bundesgesundheits surveys) hin, die zeigen, dass bei den Geburtsjahrgängen vor 1970 ein Immunitätsniveau von mindestens 95 % in allen Bundesländern erreicht wird. Eine Untersuchung aus den Jahren 2005/06 zur Einschätzung der Leihimmunität von 344 Müttern zwischen 15 und 48 Jahren (120 aus den neuen, 209 aus den alten Bundesländern, 15 aus dem Ausland) ergab bei 96,2 % der untersuchten Frauen ein seropositives Ergebnis im Enzym Immuno Assay (EIA) oder im Plaque-Neutralisationstest (PNT). Dabei wiesen die Frauen mit steigendem Alter und aus den alten Bundesländern signifikant höhere Antikörperwerte auf.

Man kann daher davon ausgehen, dass die vor 1970 geborenen Jahrgänge eine ausreichende Masern-Immunität aufweisen. Letztlich beweisend ist eine Titerbestimmung. Hierbei kann festgestellt werden, ob Ihre beiden Mitarbeiterinnen unwahrscheinlicherweise zu den ca. 4 bis 5 % gehören, die noch keine Masern-Immunität aufweisen. Eine Titerbestimmung vor einer Impfung ist jedoch unnötig, denn von einer zusätzlichen Impfung bei bereits bestehender Immunität geht kein erhöhtes Komplikationsrisiko aus. Hierzu äußert sich die STIKO (1) wie folgt: „Von zusätzlichen Impfungen bei bereits bestehendem Impfschutz geht kein besonderes Risiko aus. Dies gilt auch für Mehrfachimpfungen mit Lebendvirusimpfstoffen. Serologische Kontrollen zur Überprüfung des Impfschutzes sind nur in Ausnahmefällen angezeigt (z. B. Anti-HBs bei Risikopersonen); zum Nachweis vorausgegangener Impfungen, z. B. unter dem Aspekt „unklarer Impfstatus“, sind serologische Kontrollen ungeeignet.“

Wenn gegen Masern geimpft wird, sollte vorzugsweise der MMR-Impfstoff verwendet werden, eine Altersbegrenzung nach oben gibt es für den Impfstoff nicht.

Fazit:

Die Wahrscheinlichkeit, dass Ihre beiden Arzthelferinnen die Masern - wie auch anamnestisch berichtet - durchgemacht haben, ist hoch. Eine Impfung würde sich daher erübrigen. Wenn eine Impfung gewünscht wird, ist sie unabhängig vom Lebensalter jederzeit möglich. Eine Titerbestimmung vorab kann erfolgen, ist aber nicht erforderlich. Von einer zusätzlichen Impfung geht kein erhöhtes Risiko aus, die Impfviren werden einfach neutralisiert. Der Kombinationsimpfstoff gegen Masern, Mumps und Röteln sollte bevorzugt werden.

Literatur

- (1) Mitteilung der Ständigen Impfkommission am *Robert Koch-Institut*: Empfehlungen der *Ständigen Impfkommission* (STIKO) am *Robert Koch-Institut* / Stand: Juli 2011, Epidemiologisches Bulletin Nr. 30 /2011 vom 1. August 2011
- (2) Mitteilung der *Ständigen Impfkommission* (STIKO) am *Robert Koch-Institut* (RKI): Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Masern, Epidemiologisches Bulletin Nr. 32 /2010 vom 16. August 2010

Dr. med. Sigrid Ley-Köllstadt
Deutsches Grünes Kreuz e.V. – Medizin und Wissenschaft
Schuhmarkt 4, 35037 Marburg

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

Protrahierte bakterielle Bronchitis und Malazie

Protaracted Bacterial Bronchitis in Young Children: Association with Airway Malacia

Kompare M, Weinberger M; *J Pediatr* 160: 88-92, Januar 2012

Chronischer Husten und Rasseln sind häufig Vorstellungsgrund bei Kinderärzten. In vielen Fällen können Asthma, Mukoviszidose, Immundefekte oder chronische Aspirationen ausgeschlossen werden, diese Kinder werden dann häufig pädiatrisch-pneumologischen Zentren zur weiteren Abklärung mittels Bronchoskopie vorgestellt. Gelegentlich wird dann im Bronchialsekret oder in der broncho-alveolären Lavage ein bakterieller Erreger gefunden (Haemophilus influenzae, Moraxella katarrhalis oder Pneumokokken). In der Universitäts-Kinderklinik in Iowa, USA, wurden retrospektiv über die letzten 10 Jahre von ca. 1000 Bronchoskopien bei Kindern im Alter von 1 bis 5 Jahren in 70 Patienten eine signifikante Besiedelung mit oben genannten Erregern in der broncho-alveolären Lavage gefunden. In 52 von diesen 70 Kindern (74%) konnte bronchoskopisch eine Tracheomalazie (20%), eine Bronchomalazie (43%) oder die Kombination von Tracheomalazie und Bronchomalazie (11%) gefunden werden. Zum einen bestätigten die Autoren somit, dass die sogenannte protrahierte bakterielle Bronchitis eine Ursache von chronischem Husten bei Kleinkindern sein kann, zum anderen fanden sie in $\frac{3}{4}$ der bakteriell besiedelten Patienten eine Malazie und vermuten hier einen ursächlichen Zusammenhang.

Kommentar

Bei chronischem Husten und rezidivierenden obstruktiven Episoden, die nicht auf die übliche antiasthmatische Therapie ansprechen, wird bronchoskopisch oft eine Malazie gefunden, verbunden mit einer guten Prognose für die Zukunft. Die Untersuchung von Kompare und Weinberger zeigt, dass hierbei oft eine bakterielle Besiedelung vorliegt und möglicherweise die Malazie die Hauptquelle für die protrahierte bakterielle Bronchitis dar-

stellt. Zu erklären ist dieses mechanisch über einen verminderten Reinigungseffekt durch den Atemwegskollaps. Eine antibiotische Therapie bei protrahiertem Verlauf und nach Ausschluss der häufigen Ursachen von chronischem Husten und rezidivierenden obstruktiven Bronchitiden ist somit ein interessanter therapeutischer Aspekt. Eine definitive Diagnose ist allerdings nur über eine flexible Bronchoskopie zu stellen, die spätestens bei einem Versagen einer antibiotischen Therapie indiziert ist.

(Frank Riedel, Hamburg)

Bisphenol A-Exposition und Verhaltensauffälligkeiten

Impact of Early-Life Bisphenol A Exposure on Behavior and Executive Function in Children

Braun J, Kalkbrenner A, Calafat A, Yolton K, Xiaoyun et al.; *Pediatrics* 128: 873-882, November 2011

Die Autorengruppe führte bei einer Geburts-Kohorte von 244 Müttern (von 2003–2006) und ihren Kindern (von 2006–2009) im Alter von 1 bis 3 Jahren aus dem Raum Cincinnati, Ohio, eine prospektive Untersuchung durch. Bestimmt wurden das Gestationsalter und die kindliche Bisphenol A (BPA)-Exposition unter Verwendung der mittleren BPA-Konzentration im mütterlichen Urin in der 16. und 26. Schwangerschaftswoche sowie bei den Kindern im Alter von 1, 2 und 3 Jahren.

Verhalten und Exekutiv-Funktion der Kinder wurden mit Hilfe des Verhaltens-Beurteilungs-Systems für Kinder (BASC-2) und des Verhaltens-Bewertungs-Katalogs der Ausführungs-Funktion für das Vorschulalter (BRIEF-P) bestimmt.

Dabei wurde in 97 % der Urinproben der Schwangeren (Median 2.0 µg/l) und der Kinder (Median 4.1 µg/l) BPA nachgewiesen.

Jede 10-fach erhöhte BPA-Konzentration in der Schwangerschaft korrelierte mit einem verstärkt ängstlichen und depressiven Verhalten im BASC-2 und einer schlechteren Emotions-Kontrolle und Inhibition im BRIEF-P. Die Testergebnisse erhöhten sich bei Mädchen um 9–12 Punkte, nicht jedoch bei Jungen. Der neurologische Befund wurde weder bei Mädchen noch bei Jungen beeinflusst.

Kommentar

In den Industrie-Ländern sind die Menschen verschiedensten Umwelteinflüssen ausgesetzt. Die Basis-Chemikalie Bisphenol A wird in großen Mengen für die Synthese polymerer Kunststoffe verwendet und kann aus zahlreichen Gegenständen des täglichen Lebens (Konservendosen-Beschichtungen, Getränkebehältern, Wasserkochern, Säuglingsschnullern, Thermopapier etc.) freigesetzt werden und unterschiedlich leicht vom menschlichen Organismus aufgenommen werden. Es ist bekannt, dass eine Bisphenol A-Exposition in der Schwangerschaft und während den ersten Lebensjahren zu Verhaltens-Auffälligkeiten führen kann. Allerdings existieren bisher kaum prospektive Studien beim Menschen über

den Einfluss der Exposition in der Schwangerschaft und beim Kind.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung ergaben eine Beeinflussung des Verhaltens bei Mädchen – nicht aber bei Jungen – im Alter von 3 Jahren durch die BPA-Exposition in der Schwangerschaft, jedoch nicht durch die Exposition beim Kind nach der Geburt. Während eine Verminderung der BPA-Exposition durch Vermeidung bestimmter Produkte besonders bei Schwangeren sinnvoll erscheint, fehlen bisher Untersuchungen des Nutzens einer solchen Verminderung.

Wenn die vorliegende Untersuchung auch noch keine überzeugenden Beweise liefert, so verdeutlicht sie doch, den verschiedenen Umwelteinflüsse in Schwangerschaft und während der kindlichen Entwicklung größere Beachtung zu schenken und diese in Feldversuchen genauer zu überprüfen. Auch haben Industrie und WHO in den Jahren 2010 und 2011 bereits Beschlüsse zur Reduzierung der BPA-Exposition verabschiedet, was bei künftigen Studien zu berücksichtigen ist.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Neue Screening-Methode für vesiko-ureteralen Reflux

Urinary Proteome Analysis to Exclude Severe Vesicoureteral Reflux

Drube J, Schiffer E, Lau E et al.; *Pediatrics* 129: e356-363, Februar 2012

Hochgradiger vesikoureteraler Reflux (VUR IV° oder V°) stellt einen Risikofaktor für Parenchymnarben, Nierenfunktionsverlust und Bluthochdruck dar. Das Miktionscystoureterogramm (MCU) ist der Goldstandard, um das Vorhandensein und den Grad des VUR zu ermitteln. Allerdings hat nur eine Minderheit

der Kinder, die ein MCU wegen rezidivierender Harnwegsinfekte (HWI) erhalten, tatsächlich einen hochgradigen VUR. Die Mehrheit der Kinder erhält also invasive Diagnostik, ohne dass sich daraus therapeutische Konsequenzen ergäben. Ein nicht-invasiver Test zur Erkennung von Kindern mit hochgradigem VUR wäre daher sehr wünschenswert.

In einer multizentrischen Case-Control-Studie (18 Kinder mit hochgradigem VUR und 19 Kinder nach HWI) wurde ein für den hochgradigen VUR spezifisches Proteommuster aus dem Urin mittels einer Kapillarelektrophorese, die mit einem Massenspektrometer gekoppelt wurde, erstellt. Dieses Muster wurde geblindet an einer zweiten Kohorte aus 17 Kindern mit hochgradigem VUR und 19 Kindern nach HWI überprüft.

Die Sensitivität, einen hochgradigen VUR zu erkennen, lag in der geblindeten Studie bei 88%, die Spezifität bei 79%. Die Genauigkeit des Tests war unabhängig vom Alter, Geschlecht und Grad des VUR der kontralateralen Niere. Die Odds-Ratio einen hochgradigen VUR zu haben, wenn der Test positiv ist, war 28 (95% Konfidenzintervall 4,5 bis 176).

Kommentar

Der nicht-invasive Test, der in dieser Studie etabliert wurde, hat das Potenzial, als Screening bei Kindern eingesetzt zu werden, bei denen ein hochgradiger VUR vermutet wird. Besonders überzeugend ist die Reproduzierbarkeit der Ergebnisse in einer geblindeten Analyse, sowie die Robustheit des Tests, der nicht nur alters- und geschlechtsunabhängig ist, sondern auch nicht von der Höhe des VUR der kontralateralen Niere beeinflusst wird. Patienten, die in einem solchen Test positiv bewertet werden, sollten dann ein MCU erhalten. So könnte vielen Kindern unnötige, invasive Diagnostik erspart werden.

Bevor dieser Test jedoch angewendet werden kann, bedarf er noch einer prospektiven Validierung in einer großen Kohorte. Dieser Test ist ein aussichtsreicher Kandidat für eine zukünftige nicht-invasive Screeningmethode auf VUR, deren Spezifität und Sensitivität deutlich über der von Ultraschall oder anderen Biomarkern wie z.B. Procalcitonin liegt.

(Lars Pape, Hannover)

Welche Diagnose wird gestellt?

Meike Hengst

Anamnese

Seit dem ersten Lebensjahr besteht bei dem jetzt 6 7/12-jährigen Jungen ein Atopisches Ekzem, das sich unter der Behandlung mit Basistherapeutika und intermittierend topischen Steroiden bzw. Calcineurin-Inhibitoren insgesamt deutlich besserte. Seit einigen Monaten treten jetzt neu stark juckende „Ekzemherde“ insbesondere im Bereich der Unterarme auf.

Untersuchungsbefund

6 7/12 Jahre alter Junge in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Betont an den Handgelenken volar (Abb. 1) sowie an den Unterschenkeln und Sprunggelenken (Abb. 2) polygonale, livide, erythematöse, teils exkorierte Papeln und Plaques mit feiner oberflächlicher Schuppenzeichnung. Enorale Mukosa und Hautadnexen unauffällig.

Laborparameter

Normwerte für Blutbild, inklusive Differenzierung, IgE auf 410 kU/l erhöht. In der CAP/RAST-Diagnostik Nachweis einer Sensibilisierung gegen Haselnuss (67 kU/l), Katze (67,6 kU/L), Birke (>100 kU/l) und geringgradig auch gegen Lieschgras, Roggen, Beifuß, Hausstaubmilbe, Hundeschuppen, Sojabohne, Eiklar und Erdnuss.

Welche Diagnose wird gestellt?

(Auflösung auf Seite 326)



Abb. 1: Typische beugenbetonte, rötliche, polygonale Papeln (linkes Handgelenk)



Abb. 2: Exanthematische Verteilung der Läsionen

Eine andere Art, die Welt zu sehen

Der Bestseller von THOM HARTMANN – **Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom**

Der Amerikaner Thom Hartmann, Jahrgang 1951, selbst ADD-Betroffener, hat sich intensiv mit dem Brennpunktthema ADD auseinandergesetzt und durch eigene Erfahrungen und den Dialog mit anderen Betroffenen das „Jäger- und Farmer-Prinzip“ auch Außenstehenden nahegebracht.

Mit diesem Buch werden ADDlern die möglichen Ursachen und das Ausmaß ihrer Verhaltenseigenart und damit verbundenen Wege des besseren Verstehens sowie sinnvolle Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt.

**SCHMIDT
ROEMHILD** DEUTSCHLANDS
ÄLTSTES VERLAGS-
UND DRUCKHAUS
SEIT 1579

Mengstraße 16 Tel. 04 51/70 31-2 67 vertrieb@schmidt-roemhild.com
23552 Lübeck Fax 04 51/70 31-2 81 www.schmidt-roemhild.de

Eine praktische Lebenshilfe
für aufmerksamkeitsgestörte
Kinder und Jugendliche

DIN A5, 168 Seiten,
ISBN 978-3-7950-0735-5

€ 12,50

Erhältlich in Ihrer Buch-
handlung oder direkt
beim Verlag.



Diagnose: Lichen ruber planus

Der Lichen planus (=Knötchenflechte) hat seinen Häufigkeitsgipfel zwar zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr. Allerdings kommen ca. 1 bis 10% dieser chronischen papulösen Erkrankung auch bei Kindern vor [1]. Die Ätiologie der T-Zell-vermittelten Entzündungsreaktion [2] ist bisher nicht geklärt, ein Autoimmungschehen wird diskutiert. Neben einer genetischen Disposition tritt die Erkrankung auch sporadisch auf. Als Triggerfaktoren sind Infektionen (und zwar insbesondere Hepatitiden) sowie „Stress“, bei Erwachsenen auch Arzneimittel bekannt [2, 3]. Da bei der atopischen Dermatitis ebenfalls T-Zell-vermittelte Entzündungsreaktionen eine entscheidende Rolle spielen, überrascht es nicht, dass beide Erkrankungen gehäuft gemeinsam auftreten; allerdings zeigen sie ein unterschiedliches Muster der Chemokinexpression (2).

Klinisch imponieren v.a. beugenbetont an den Handgelenken und Unterschenkeln sowie sakroiliakal flache, rötlich-livide polygonale Papeln. Diese sind meist symmetrisch, können aber auch linear oder anulär angeordnet sein. Bei einer disseminierten Aussaat spricht man von einem exanthematischen Lichen planus. Pathognomonisch sind die Wickham-Streifen, d.h. eine feine, oberflächliche, netzartige Schuppenbildung, die sowohl auf den kutanen Papeln als auch auf den Schleimhäuten (meist Wangen, seltener genital) auftreten kann. Das Koebner-Phänomen ist typischerweise positiv: durch leichte Verletzungen oder Druck können isomorphe Effloreszenzen ausgelöst werden.

Die Erkrankung wird zusammenfassend auch als die „4 P disease“ bezeichnet: *Purple, Polygonal, Pruritic, Papules*.

In ca. 10% der Fälle können ein oder mehrere Nägel mitbetroffen sein. Klinisch können die Symptome von einer Längsriffelung bis zum Nagelverlust imponieren. Ursächlich ist eine entzündliche Veränderung der Nagelmatrix. Extrakutane Manifestationen sind jedoch nicht beschrieben.

Die Diagnose wird klinisch gestellt, spezifische Laborparameter bestehen nicht. Entscheidend ist das polygonale Aussehen der Papeln. Die serologische Diagnostik einer Hepatitis als Trigger-

faktor ist umstritten. Histologisch zeigen sich Hyperkeratose, eine Hypergranulose, eine vakuoläre Degeneration der Keratinozyten und ein bandförmiges lymphohistiozytäres Infiltrat in der oberen Dermis.

Mittel der Wahl ist die topische Glukokortikoidtherapie mit einem Klasse II-III Steroid. Die Anwendung sollte zweimal täglich für 3 Wochen erfolgen. Bei ausgeprägtem oder therapieresistentem Befall ist ggf. eine kurzfristige okklusive Therapie über wenige Tage oder eine orale Therapie (Prednisolon 0,1–1 mg/kgKG/d für 2–4 Wochen) erforderlich. Meist tritt eine spontane Remission nach 2 bis maximal 6 Monaten auf [4]. Eine postinflammatorische Hyperpigmentierung wird jedoch häufig beobachtet.

Differenzialdiagnostisch muss besonders bei einem generalisierten Befall an eine Psoriasis gutata gedacht werden. Die enorale Wickham Streifen sind im Gegensatz zur einer oralen Soorinfektion nicht abstreifbar. Lichenoide Arzneimittelexantheme sollten anamnestic ebenfalls ausgeschlossen werden.

Literaturangaben

- [1] Luis-Montoya P et al. Lichen planus in 24 children with review of the literature. *Pediatr Dermatol.* 2005;22:295-8.
- [2] Wenzel J et al. Gene expression profiling of lichen planus reflects CXCL9+-mediated inflammation and distinguishes this disease from atopic dermatitis and psoriasis. *J Invest Dermatol.* 2008;128:67-78.
- [3] Asch S, Goldenberg G. Systemic treatment of cutaneous lichen planus: an update. *Cutis.* 2011;87:129-34.
- [4] Usatine RP, Tinitigan M. Diagnosis and treatment of lichen planus. *Am Fam Physician.* 2011;1;84:53-60

Dr. Meike Hengst
Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
22149 Hamburg
Lilienconstr. 130

Red.: Höger

Die junge Generation von Ärztinnen und Ärzten tickt anders

Die Zeiten von Überstunden in den Kliniken und von Niederlassung in Einzelpraxis sind für sie vorbei

Ein Traumberuf droht unattraktiv zu werden

Zahlen einer aktuellen Umfrage des Hartmannbundes unter seinen mehr als 20.000 Medizinstudierenden aus der gesamten Bundesrepublik geben Anlass zur Sorge und zum Umdenken: Fast jeder Zweite schließt demnach schon jetzt nicht aus, nach dem Studium einen Job außerhalb der kurativen Medizin anzutreten – und damit nicht der Patientenversorgung zur Verfügung zu stehen. So viele finden den einstigen Traumberuf nicht mehr oder nur noch teilweise attraktiv. „Das ist bei einem so beliebten Studiengang wie der Humanmedizin ein Armutszeugnis für all jene, die für die Rahmenbedingungen der ärztlichen Ausbildung und Berufsausübung verantwortlich sind“, sagte Kristian Otte, Vorsitzender des Ausschusses der Medizinstudierenden im Hartmannbund, anlässlich der Vorstellung der Umfrage in Berlin. Den ländlichen Raum würde der Versorgungsnotstand zuerst mit voller Härte treffen: Während 24 Prozent der Befragten aus ländlichen Regionen stammen, sind nur neun Prozent bereit, dort auch dauerhaft ambulant tätig zu werden.

Lieber mehr Familie als mehr Geld

Hauptursache für die grundlegende Skepsis der Medizinstudierenden gegenüber ihrem künftigen Beruf sind offenbar die heutigen Versorgungsstrukturen und die Arbeitsbedingungen: Ein nicht unerheblicher Teil der jungen Ärztegeneration sieht seine Perspektive nämlich weder in Einzelpraxen noch in Kliniken mit hierarchischen Strukturen und ausufernden Arbeitszeiten. Im Vordergrund stehen vielmehr Teamarbeit, bessere Arbeitsbedingungen und vor allem die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Die Zeiten, in denen Ärztinnen und Ärzte klaglos Überstunden hinnehmen und ihr Privatleben dem Beruf unterordnen, sind offenbar vorbei. Die über 4.400 Teilnehmer der Umfrage geben Privatleben und Familie überwiegend einen höheren Stellenwert als finanziellen Anreizen.

Trend zu Kooperation oder Anstellung

„Die Ergebnisse unserer Umfrage sind wohl ein deutlicher Weckruf an Politik und Klinikträger, endlich zu handeln und angehenden Ärztinnen und Ärzten attraktive berufliche Perspektiven zu bieten“, sagte Otte. „Die junge Ärztegeneration tickt anders als ihre Vorgänger, sie hat ein anderes Verständnis vom Arztberuf, sie setzt andere Schwerpunkte und sie hat sehr konkrete Vorstellungen davon, wie ihr Berufsleben aussehen soll.“ Vor dem Aus steht of-



© drubig-photo - Fotolia.com

fensichtlich die klassische Einzelpraxis. Für gerade noch zehn Prozent ist diese überhaupt eine ernsthafte Option. Im Trend liegen stattdessen Gemeinschaftspraxen und Kooperationen und – das ist eine weitere Überraschung der Umfrage – die Anstellung im ambulanten Bereich. Dort ist nach Einschätzung vieler Studierender offensichtlich der Wunsch nach einer zeitgemäßen Beschäftigung inklusive Teamarbeit und flexibleren Arbeitszeiten eher umsetzbar als an den großen Krankenhäusern. Viele ziehen offenbar auch die finanzielle Sicherheit eines Angestelltenverhältnisses dem Risiko der freiberuflichen Tätigkeit vor.

Neues Modell: Stadt – Land – Praxis

Für den Vorsitzenden des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, dokumentiert das Ergebnis der Umfrage vor allem eines: „Die Politik steht am Scheideweg. Legt sie jetzt endlich entscheidend die Hebel um und erkennt die Signale, dann hat

sie noch alle Chancen, den jungen Mediziner die Perspektiven anzubieten, die diese sich für eine Tätigkeit in der kurativen Medizin vorstellen.“ Dazu müssten die verantwortlichen Akteure des Gesundheitswesens vor allem akzeptieren, dass sie auch künftig niemanden mehr zwingen können, den Beruf des Arztes nach altem Muster auszuüben. Stattdessen könne es nur heißen, die Berufsbedingungen für Ärzte den Vorstellungen der jungen Generation anzupassen.“ Nur so können wir das in Schiefelage geratene Bild des Traumberufes ‚Arzt‘ auch in den strukturschwachen Regionen verbessern: „Die übergroße Mehrheit der Befragten schließt es immerhin grundsätzlich nicht aus, in der Stadt zu leben und auf dem Land zu praktizieren oder auch befristet in strukturschwachen Regionen tätig zu werden. Das Potenzial ist also da! Wer es allerdings versäumt, die notwendigen Strukturänderungen endlich konsequent anzugehen, der gibt die flächendeckende Gesundheitsversorgung fahrlässig verloren.“

Pädiater sind im Trend

Der bvjk hat den Trend, der durch die Umfrage des Hartmannbundes bestätigt wird, schon vor vielen Jahren vorausgesehen. Immer wieder hat er seine Mitglieder aufgerüttelt und gemahnt, sich neuen, kooperativen Versorgungsformen zu öffnen. Durchaus mit Erfolg. Der Präsident, Dr. Wolfram Hartmann war deshalb zwar immer wieder Anfeindungen ausgesetzt, er rede die Einzelpraxis tot. Doch, wie meist, ist es nicht der Überbringer der Nachricht, der den Mord begangen hat. Es ist höchste Zeit, dass sich junge Kolleginnen und Kollegen aus den ärztlichen Strukturen des 19. Jahrhunderts emanzipieren. Die Motivation zum Arztberuf liegt nicht im ärztlichen Ethos begründet, sondern im Erfolg. Nicht nur die Lebensqualität und die Attraktivität unseres Berufes wird in kooperativer Tätigkeit steigen. Man kann auch erwarten, dass die Versorgungsqualität zunimmt. Kooperation ist fachlicher Austausch. Kooperation ist Lebensqualität und geistiger Freiraum. Kooperation ist Ansporn, gemeinsam ein Ziel mit hoher

Qualität zu verwirklichen. Kooperation ist zwar auch ein Zeitfresser, sie gibt auf der anderen Seite Freiräume, die der persönlichen Fortbildung und dem Gespräch mit Patienten zugute kommt. Unter den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten hat die Zahl der Kolleginnen und Kollegen in Einzelpraxen zwar von 2005 auf 2011 noch um 8% zugenommen. Am Ende des Jahres 2011 waren jedoch 40% mehr Mitglieder des bvjk in Kooperationen niedergelassen, als 2005 (Abb. 1). Von den Angestellten in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) mit pädiatrischem Schwerpunkt waren 2011 68% Frauen. Aber insgesamt hat besonders der Anteil der Männer in kooperativen Praxen (Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften und MVZ) zugenommen.

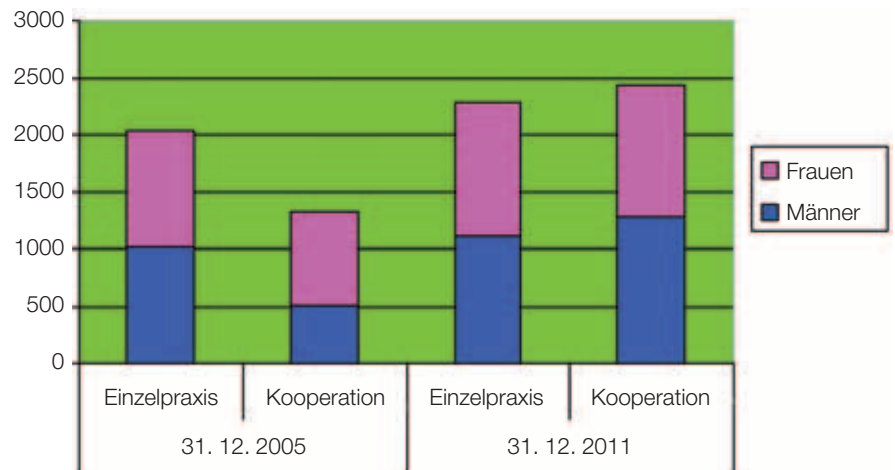


Abb. 1: Anzahl von bvjk-Mitgliedern in unterschiedlichen Niederlassungsformen. Vergleich 2011 zu 2005 (bvjk-Daten)

Quelle Hartmannbund

Ch. Kupferschmid

Erratum Bertelsmannstudie zur Antibiotikaverschreibung

Im Beitrag zu „faktencheck-antibiotika“ ist es zu bedauerlichen Missverständnissen gekommen. Diese wollen wir hier korrigieren.

- Direkt im Einstieg des Textes ist zweimal eine falsche Jahresangabe zu den Studienergebnissen auf Kreisebene genannt – die Aussagen beziehen sich auf 2010, nicht auf 2009. Stefan Etgeton wird als Vertreter der Bertelsmann Stiftung mit dieser falschen Jahresangabe zitiert.
- Der Artikel bedauert, dass nicht auf Kreisebene zwischen der Verschreibungshäufigkeit von Allgemeinmedizinern und Pädiatern differenziert wird. Eine solche Differenzierung wäre auch aus Sicht der Bertelsmann Stiftung

wünschenswert gewesen. Sie konnte jedoch auf Basis der Daten nicht umgesetzt werden, da in den BARMER GEK Daten die Facharztnummern pseudonymisiert sind.

Der Faktencheck Gesundheit gibt sowohl Ärzten als auch Eltern zahlreiche

nützliche Informationen und praktische Hinweise, was im Umgang mit Antibiotika zu beachten ist und wie ein übermäßiger Antibiotika-Verbrauch eingedämmt werden kann. Machen Sie auch Ihre Patienten darauf aufmerksam: www.faktencheck-antibiotika.de.

Kup

Eltern-Ratgeber „Antibiotika für Kinder: Weniger ist mehr“

Bestellen Sie **kostenfrei** als Service für Ihre Patienten **ein Praxis-Paket** mit:

- **35 Eltern-Ratgeber** (DIN A5, 8 Seiten) zum Thema Antibiotika
- **60 Checklisten** (DIN A6, Klappkarte) **mit Antibiotika-Pass**, in den jede Verordnung eingetragen werden kann.

Beide Materialien sind unter Mitwirkung des BVKJ (Dr. Stefan Trapp) erstellt worden.

Bestellung per E-Mail oder Fax:

- per E-Mail an faktencheck@aof.de (bitte Stichwort „Antibiotika-Ratgeber“ und Praxisadresse angeben)
- per Faxrückantwort an: **04171 - 6559-80** (bitte Namen und Praxisadresse angeben).

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

Die Justitiare des BVKJ e.V., die **Kanzlei Dr. Möller und Partner**, stehen an **jedem 3. Donnerstag** eines Monats **von 17.00 bis 19.00 Uhr** unter der Telefonnummer

0211 / 758 488-14

für telefonische Beratungen zur Verfügung.

Stephan Eßer, Hauptgeschäftsführer

Abrechnungsbetrug bei Laborleistungen

Mit Beschluss vom 25. Januar 2012 - 1 StR 45/11 - hat sich der Bundesgerichtshof mit der Problematik des Abrechnungsbetruges bei Laborleistungen auseinandergesetzt.

Sachverhalt

Angeklagt war ein Arzt, dem unter anderem vorgeworfen wurde, Leistungen des Speziallabors über eine Laborgemeinschaft bezogen und dann später als eigene Leistungen abgerechnet zu haben, obwohl er zu keinem Zeitpunkt persönlich im Labor abwesend gewesen war. Daneben hatte er teilweise im Zusammenwirken mit den Patienten geänderte Rechnungen ausgestellt, um nicht erstattungsfähige Leistungen abdecken zu können, sowie Leistungen von bei ihm tätigen Therapeuten (Osteotherapeut und Akupunkteur) ebenfalls als eigene Leistungen in Rechnung gestellt. Insgesamt erwirtschaftete er auf diese Weise einen Umsatz von ca. 750.000 €. Das Landgericht München verurteilte ihn deswegen zu einer Freiheitsstrafe von drei Jahren und drei Monaten. Der BGH hat die Entscheidung bestätigt.

Rechtliche Ausführungen

Von allgemeiner Bedeutung sind die Ausführungen des BGH zum Abrechnungsbetrug bei privatärztlichen Liquidationen. Die schon bisher für die Annahme eines Abrechnungsbetruges bei GKV-Patienten herangezogenen Grundsätze, dass nämlich bei der Abrechnung auch zum Ausdruck gebracht werde, dass die abgerechneten Leistungen selbst erbracht worden sind und die der Abrechnung zugrunde liegenden Rechtsvorschriften eingehalten worden seien, hat der BGH auch auf Privatliquidationen übertragen. Wer eine Leistung einfordere, bringe damit zugleich das Bestehen des zugrunde liegenden Anspruchs zum Ausdruck, d.h. die Einhaltung der maßgeblichen Abrechnungsvorschriften der GOÄ. Nur in dieser Höhe steht dem Arzt ein Honoraranspruch zu. Die Rechnungsstellung beinhaltet nicht nur eine Rechtsansicht („Mir steht dieses Honorar zu.“), sondern auch eine Tatsachenbehauptung („Ich habe diese Leistungen erbracht.“).

Die Vergütungsansprüche der Ärzte bestimmen sich bei Privatpatienten ausschließlich nach der GOÄ. Ein Arzt darf Leistungen des Speziallabors (Abschnitte M III und M IV GOÄ) nur dann abrechnen, wenn er diese selbst erbracht hat. Der Bezug entsprechender Leistungen ist unzulässig. Durch diese Regelung sollte dem Einsendearzt jeglicher finanzieller Anreiz im Zusammenhang mit nicht selbst erbrachten Laborleistungen genommen werden. Auch eventuelle Umgehungsmöglichkeiten (z.B. Factoring-Vereinbarung oder Abtretung des Vergütungsanspruches des Laborarztes gegen den Patienten an den Einsendearzt mit gleichzeitiger Tilgungsvereinbarung) sind als Umgehungsgeschäfte ebenfalls

unzulässig. Darüber hinaus ist im vorliegenden Fall zu beachten, dass jegliche Vereinbarung im Innenverhältnis zwischen Arzt und Laborarzt hier wegen des Verbots der Zuweisung gegen Entgelt gemäß § 31 Berufsordnung nichtig wäre. Abgesehen davon war hier von Anfang an zwischen dem Laborarzt und dem angeklagten Arzt vereinbart worden, dass der Laborarzt selbst keinerlei Vergütungsansprüche geltend machen würde. Der Angeklagte wollte damit nicht als Vertreter des Patienten mit dem Laborarzt einen Vertrag schließen (vgl. BGH, Urt. v. 14.1.2010 - III ZR 188/09, MedR 2010, 559). Vielmehr hat er die Verträge mit dem Labor im eigenen Namen abgeschlossen und auch selbst die Rechnungen des Labors (GOÄ mit Faktor 0,32 bis 1,0) ausgeglichen. Die Laborleistung selbst hat er dann im eigenen Namen den Patienten bis zu einem Faktor von 1,3 liquidiert (entsprechend § 5 Abs. 4 GOÄ).

Soweit teilweise in der Rechtswissenschaft vertreten wird, bei einer Privatabrechnung müssten die Patienten feststellen können, welche Leistungen der Arzt selbst erbracht habe, da hier alle Leistungen aufgeführt worden seien und der Patient ja auch selber wisse, wann der Arzt selber tätig geworden sei, weist der BGH dies zurück. Grundsätzlich darf auch der Privatpatient auf die sachliche Richtigkeit der Rechnung vertrauen, ohne sich mit allen Einzelheiten des Abrechnungssystems der GOÄ beschäftigen zu müssen, insbesondere der teilweise ausufernden Rechtsprechung zur Angemessenheit einzelner Gebührenordnungspunkte. Besonders bei Laborleistungen könne der Patient mangels eigener Kenntnis gar nicht überblicken, wann der Arzt selber tätig geworden sei und welche Leistungen er über andere bezogen habe.

In strafrechtlicher Hinsicht bedeutend sind die Ausführungen des BGH zur Frage des Vermögensschadens. Während bei einem Abrechnungsbetrug im GKV-Bereich zu Gunsten des Arztes berücksichtigt wird, welches Honorar er denn bei korrekter Abrechnung erhalten hätte (bzw. welche Leistungen erspart worden waren), neigt hier der BGH dazu, bei Privatabrechnungen eine derartige Saldierung nicht vorzunehmen. Zwar hätte in dem hier entstehenden Fall der Laborarzt selbst abrechnen dürfen und hierfür dem Patienten auch eine Rechnung bis zum Faktor 1,15 stellen können, so dass eigentlich der Patient im erheblich geringeren Umfang geschädigt worden wäre. Denn alle Laboruntersuchungen waren medizinisch erforderlich und wurden fachlich einwandfrei durchgeführt. Allerdings neigt der BGH dazu, diese Betrachtung hier abzulehnen, da der hierdurch erfolgten „Befreiung“ des Patienten ein wirtschaftlicher Wert nicht zuzumessen sei. Die Zahlungen des Patienten hätten insoweit keine schuldbefreiende Wirkung. Zudem würden hierdurch hypothetische Reserveursachen einbezogen, die aber im jeweiligen Fall nicht festgestellt werden könnten.



Dr. Kyrill Makoski

Bewertung

Dieser Beschluss fügt sich ein in eine ganze Reihe von Urteilen der letzten Jahre, in denen die ärztliche Privatabrechnung deutlich kritischer betrachtet wird und in denen insbesondere systematische „Optimierungen“ auch unter strafrechtlichen Aspekten gewertet werden. Insofern ist jedem Arzt nur anzuraten, auf die genaue Einhaltung der Vorgaben der GOÄ zu achten und möglichen Modellen der „Abrechnungsoptimierung“ kritisch gegenüber zu stehen.

In den Fokus der Ermittlungsbehörden sind Laborleistungen gerückt, gerade wegen der Problematik der persönlichen Leistungserbringung. Selbst in den Fällen, in denen die Ärzte in den

Laborräumen zur Validierung anwesend waren, werden inzwischen Anklagen wegen Abrechnungsbetruges erhoben, da einige Staatsanwaltschaften davon ausgehen, dass der Arzt während des gesamten Untersuchungszeitraums im Labor anwesend sein muss (anders **Taupitz/Neikes**, MedR 2008, 121). Aktuelle Rechtsprechung dieser Frage liegt nicht vor. Es wird nur immer wieder auf einige wettbewerbsrechtliche Entscheidungen aus der Einführung der GOÄ 1996 verwiesen, wonach dieses unzulässig sei. In jedem Fall ist bei der Abrechnung von Laborleistungen zur Vorsicht zu raten, um eine Kriminalisierung zu vermeiden.

Dr. Kyrill Makoski
Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht, Düsseldorf.
Der Autor ist Justiziar des BVKJ.

Red.: ReH

Zum Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung nach dem SGB II bei Kindern und Jugendlichen

Bei Leistungsberechtigten, die aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, wird ein Mehrbedarf in angemessener Höhe anerkannt (§ 21 Abs. 5 SGB II, Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung). Mit diesem Mehrbedarf soll hilfebedürftigen Menschen die Chance eröffnet werden, einen erhöhten Aufwand betreiben zu können, der sich aus den Anforderungen an eine Ernährung ergibt, die ihrer Erkrankung angemessen ist.

Der behandelnde Arzt muss daher auf einer ersten Stufe entscheiden, ob beim Patienten eine Erkrankung besteht, die eine kostenaufwändigere Ernährung notwendig macht und ggf. auf einer zweiten Stufe wie hoch die Kosten für eine solche besondere Ernährung sind.

1. Liegt eine den Mehrbedarf hervorrufende Erkrankung vor?

Für die Frage, ob ein Kind wegen einer Erkrankung einen Anspruch auf einen Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung hat, gibt es keine allgemeingültigen Richtlinien. Jeder Sachverhalt ist einzeln zu beurteilen. Der Leistungsträger richtet sich bei seiner Entscheidung nach den Empfehlungen des behandelnden Arztes. Er lässt den Patienten ggf. von einem Amtsarzt untersuchen oder bedient sich fachkundige Quellen: Beispielsweise den Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (DV), den Ernährungsempfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft oder den Empfehlung im Familienhandbuch des Staatsinstitutes für Frühpädagogik.

Für den behandelnden Arzt wichtig zu wissen ist, dass im Regelbedarf, welchen alle Leistungsberechtigte erhalten, ein Anteil für Ernährung enthalten ist. Dieser Anteil deckt nach überwiegender Ansicht eine



© Miredi - Fotolia.com

Ernährung mit Vollkost ab. Erkrankungen, bei welchen eine Ernährung mit Vollkost geboten ist, rufen daher keinen Mehrbedarf hervor. Auch eine Reduktionskost bedingt keinen Mehrbedarf.

In den Empfehlungen des DV (www.deutscher-verein.de), nach welchen sich die Leistungsträger bei erwachsenen Leistungsempfängern richten, ist eine Vollkost bei Hyperlipidämie, Hyperurikämie, Gicht, Hypertonie, kardinalen und renalen Ödemen, Diabetes mellitus, Ulcus duodeni, Ulcus ventriculi, Neurodermitis und Leberinsuffizienz geboten und ausrei-

chend. Ein Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung entsteht daher in der Regel nicht.

Dünne Datenbasis für Kinder

Die Empfehlungen des DV gelten ausdrücklich nicht für Kinder, da es an einer ausreichenden Datenbasis hierfür fehlt. Dennoch werden die Empfehlungen von den Leistungsträgern und auch von den Gerichten als Richtwerte bei Kindern herangezogen.

Der DV hat einen Mehrbedarf bei Erwachsenen bei verzehrenden Krankheiten (bösartiger Tumor, HIV-Infektion, Multiple Sklerose, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn), bei Niereninsuffizienz und Zöliakie bestätigt. Auch bei Kindern wird hier regelmäßig ein Mehrbedarf bestehen.

Die Empfehlungen des DV sind nicht abschließend und es kann darüber hinaus im Einzelfall auch davon abgewichen werden.

Im Fall eines an Phenylketonurie erkrankten Mädchens hat das Gericht wegen der erforderlichen Diät durch spezielle eiweißarme Lebensmittel ein Mehrbedarf anerkannt, da diese Lebensmittel nicht im üblichen Handel oder in Reformhäusern erhältlich und erheblich teurer als gewöhnliche Lebensmittel sind. Eine Erstattung der Kosten für Efalex® flüssig bei der diätischen Behandlung von ADHS ist in einer anderen Entscheidung abgelehnt worden. Im vorgenannten Fall stand für das Gericht nicht abschließend fest, ob diese Behandlung tatsächlich wirksam ist. Das Gericht berief sich dabei auf einen Fragen-Antwort-Katalog auf der Homepage der

Bundesärztekammer. Für ein an Laktoseintoleranz leidendes Kind hat sich das Sozialgericht Berlin an einer Empfehlung im Familienhandbuch des Staatsinstitutes für Frühpädagogik orientiert, wonach eine Mischkost empfohlen ist, welche einen Mehrbedarf nicht auslöst.

Ersatz auch für OTC-Präparate

Kosten für nicht verschreibungspflichtige Medikamente und Körperpflegemittel, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden (§ 34 SGB V), begründen keinen Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung. Ein Anspruch auf Erstattung dieser Kosten – beispielsweise für Intensivlotionen, Badeöle oder Duschbäder bei Neurodermitis – besteht aber in der Regel nach § 73 SGB XII, wonach Leistungen auch in sonstigen Lebenslagen erbracht werden, wenn sie den Einsatz öffentlicher Mittel rechtfertigen. Werden von der Krankenkasse apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (OTC-Präparate) übernommen, schließt dies einen Anspruch auf einen Mehrbedarf nach § 21 SGB II aus.

2. Wie hoch ist der Mehrbedarf

Der Anteil für Ernährung, welcher im Regelbedarf enthalten ist, beträgt für Kinder im Alter von 0–6 Jahren 78,67 € monatlich, für Kinder im Alter von 6–14 Jahren 96,55 €, für Jugendliche im Alter von 15–18 Jahren 124,02 €. Dieser Anteil deckt eine Ernährung mit Vollkost ab.

Welche Mehrkosten der Mehrbedarf verursacht, ist eine Tatsachenfrage, die im Schwerpunkt von der Ernährungswissenschaft unter Zugrundelegung ernährungsmedizinischer Erkenntnisse sowie unter Berücksichtigung der Preisentwicklung für die benötigten Nahrungsmittel zu beantworten ist.

Die Höhe des Mehrbedarfs für die vom DV anerkannten Erkrankungen liegt zwischen 36,00 € und 73,00 € (10–20% des Regelbedarfs). Beim Vorliegen eines multiplen Krankheitsbildes, bei welchem die einzelnen Erkrankungen einen Mehrbedarf auslösen, muss auch der Mehrbedarf entsprechend erhöht werden.

Es gibt – außer den oben genannten Beträgen des DV – keine Richtwerte und auch kaum Rechtsprechung, an welcher man sich orientieren kann. Die Lebensmittel für die phenylalaninarme Diät für ein sieben bis neunjähriges Kind wurden in der oben genannten Entscheidung vom Leistungsträger mit 180,00 € bis 200,00 € monatlich angegeben. Abzüglich des im Regelbedarf enthaltenen Anteils für Ernährung in Höhe von derzeit 96,55 €, wäre ein Mehrbedarf in Höhe von 83,45 € – 103,45 € angemessen.

Für den behandelnden Arzt ist es daher sehr schwer, zur Höhe des Mehrbedarfs eine Prognose abzugeben. In jedem Fall muss eine Einzelfallentscheidung getroffen werden. Fehlen entsprechende ernährungsmedizinische Erkenntnisse, empfiehlt es sich, keine Prognose abzugeben. Gegebenenfalls kann der Patient die tatsächlichen Kosten über einen längeren Zeitraum ermitteln.

Literatur bei der Verfasserin

Rechtsanwältin Ines Twelmeier, LL.M.
Cammannstraße 12
38114 Braunschweig

Red.: Kup

Neue Verträge vereinfachen zusätzliche Vorsorge für Kinder und Jugendliche

Neue Verträge zwischen dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Rheinland-Pfalz und Saarland sowie der IKK Südwest sollen die zusätzlichen und nützlichen Gesundheitsuntersuchungen U10, U11 und J2 für Kinder und

Jugendliche einfacher machen und so noch mehr IKK-Versicherte dazu motivieren, sie in Anspruch zu nehmen.

Bislang bekamen IKK-Versicherte die Kosten für diese Vorsorgeuntersuchungen erstattet. „Die neu geschlossenen Verträge vereinfachen das Verfahren erheblich. Die

Versicherten müssen einfach nur ihre IKK Card beim Arzt vorlegen“, sagt Frank Lambert, Leiter Vertragspartner der IKK Südwest. Nutzen können das Angebot alle Versicherten der IKK Südwest in Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland.

(siehe auch Editorial S. 287)

ReH



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Ergebnis der Wahlen im Landesverband Niedersachsen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. für die Legislaturperiode 2012–2016

Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter:

Dr. med. Tilman Kaethner, Nordenham

1. stellv. Landesverbandsvorsitzende und 2. Delegierte:

Dr. med. Ulrike Gitmans, Rhauderfehn

Vorstandsmitglied und 3. Delegierter:

Matthias Feindt, Göttingen

Vorstandsmitglied und 4. Delegierter:

Dominik Nolte, Burgdorf

5. Delegierter:

Dr. med. Volker Dittmar, Celle

Ersatzdelegierte:

Dr. med. Tanja Brunnert, Göttingen

Dr. med. Beate Poggemann, Cloppenburg

Uwe Kranz, Braunschweig

Angela Schütze-Buchholz, Syke

Johann Christoph Wenkel, Moormerland

Schatzmeister:

Dr. med. Volker Dittmar, Celle



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Westfalen-Lippe

Termingerecht findet vom **29.05.2012** bis **19.06.2012** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **19.06.2012** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Burkhard Lawrenz, Arnsberg

Landesverbandsvorsitzender



Freunde sind wichtig zur Bewältigung von Krisen

© Christian Schwier – Fotolia.com

Wie Kinder Krisen meistern

Vom Umgang mit kritischen Ereignissen in Kindheit und Jugend

In der aktuellen Diskussion um Kindheit und Jugendalter stehen häufig der Wissens- und Kompetenzerwerb sowie der Bildungserfolg im Mittelpunkt (zum Beispiel Spiel/Schober/Wagner/Reimann 2010). Mit Blick auf die Unterstützung von Lernprozessen und die Förderung günstiger Entwicklungsverläufe werden dabei allzu häufig schulnahe Bildungs- und Entwicklungsbereiche thematisiert. Aspekte des sozialen Lernens und der sozial-emotionalen Entwicklung geraten so leicht in den Hintergrund. Auch wird die Bedeutung widriger Bedingungen des Aufwachsens und früh belastender Erfahrungen für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen unterschätzt, wenn in der pädagogischen Fachdebatte die Potenziale für das Lernen aus eigenem Antrieb einseitig hervorgehoben werden.

Kinder und Jugendliche sind als sich entwickelnde Individuen eingebunden in

soziale Kontexte. Einen wichtigen Kontext bilden dabei das Generationengefüge und die Beziehungen zu den Eltern und Großeltern. Eltern sorgen für ihre Kinder, sie suchen die kindliche Entwicklung zu fördern und zu unterstützen. Gleichzeitig prägen sie die kindlichen Lern- und Entwicklungsbedingungen mit all ihren Potenzialen, aber auch Limitierungen.

In diesem Beitrag sollen die Erkenntnisse der Ereignis- und Bewältigungsforschung (Filipp/Aymanns 2009) unter dem Entwicklungsaspekt betrachtet werden. Dabei kann zunächst ein Phänomen festgehalten werden, das zu beruhigen vermag: Zwar sind Kinder und Jugendliche in den ersten beiden Lebensdekaden den unterschiedlichsten Risikofaktoren und Belastungen ausgesetzt. Meist gelingt jedoch die Bewältigung. Aus vielen Krisen gehen sie sogar gestärkt hervor. Offen bleibt jedoch, welche Bedingungen und Prozesse

für die Meisterung der vielfältigen Herausforderungen verantwortlich sind. Für Kindheit und Jugendalter wird hier daher der Frage nachgegangen, wie die Familie Anlass kritischer Ereignisse und chronischer Belastungen sein kann und welche Bedeutung ihr als Schutzfaktor und Ressource für deren Bewältigung zukommt. Außerdem soll ausgelotet werden, inwiefern der Erwerb von Kompetenzen zur Bewältigung kritischer Ereignisse in Erziehungs- und Bildungskontexten gezielt gefördert werden kann.

Erfahrungen mit Tod, Krankheit und anderen kritischen Lebensereignissen

Gerade das Jugend- und frühe Erwachsenenalter ist geprägt durch eine Reihe von Rollen- oder Statusübergängen, die die Heranwachsenden mit neuen Erwartungen konfrontieren. Die Beziehungen zu

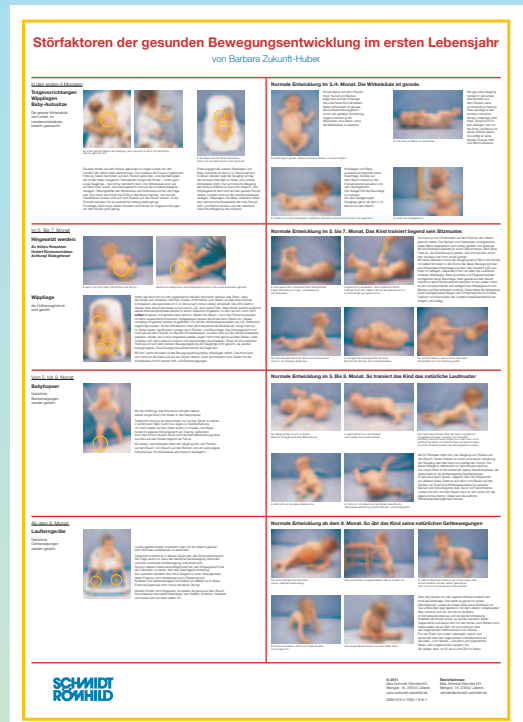
Wandtafeln der bekannten Kinderphysiotherapeutin Barbara Zukunft-Huber

„Störfaktoren der gesunden Bewegungsentwicklung im ersten Lebensjahr“

Maße ca. 59,4 x 84 cm, ISBN 978-3-7950-1916-7, € 19,60 inkl. Versand

Auf vielen Fotos zeigt dieses Plakat, wie Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres ihre natürlichen Sitz- und Laufmuster sowie ihre natürlichen Gehbewegungen trainieren. Außerdem erfährt man, dass Wippliegen, Babyhopper und ähnliche Geräte Fehlhaltungen, Schäden an der Wirbelsäule, Spitzfußhaltung etc. hervorrufen können.

- In den ersten 4 Monaten: Tragevorrichtungen, Wippliegen, Baby-Autositze
- Im 5. bis 7. Monat: Hingesetzt werden - Wippliege
- Vom 5. bis 8. Monat: Babyhopper
- Ab dem 8. Monat: Lauflerngeräte
- Normale Entwicklung im 3./4. Monat.
Die Wirbelsäule ist gerade
- Normale Entwicklung im 5. bis 7. Monat.
Das Kind trainiert liegend sein Sitzmuster
- Normale Entwicklung im 5. bis 8. Monat.
So trainiert das Kind das natürliche Laufmuster
- Normale Entwicklung ab dem 8. Monat.
So übt das Kind seine natürlichen Gehbewegungen



„Säuglingsgymnastik für das erste halbe Jahr. Heitere Körperteilzusammenspiele, welche die normale Bewegungsentwicklung in Bauch- und Rückenlage unterstützen“

NEU!

Maße ca. 29,5 x 62,5 cm, Lieferung mit Posterschiene, ISBN 978-3-7950-1917-4, € 9,80 inkl. Versand

Durch diese Gymnastik lernt der Säugling seinen Körper besser greifen und begreifen. Alle Gymnastikübungen sind der normalen motorischen Entwicklung angepasst und sollen Mutter und Kind Spaß bereiten.

Normale Bauchlage Ihres Säuglings am Ende des 3., Anfang des 4. Monats

- Hand-Gesichts-Spiel
- Händeöffnungsspiel
- Fußgymnastik

Normale Rückenlage am Ende des 3., Anfang des 4. Monats

- Hand-Hand-Zusammenspiel
- Hand-Gesicht-Spiel
- Fuß-Mund-Spiel

Säuglingsgymnastik auf dem Schoß:

- Hand-Hand-Spiel
- Hände-Babygesicht-Spiel
- Hände-Muttergesicht-Kontaktspiel
- Fußübungen auf dem Schoß

Normale Bauchlage Ihres Säuglings am Ende des 6., Anfang des 7. Monats

- Ellbogen-Unterarm-Griff

- Belastung vom Rumpf her
- Belastung mit dem eigenen Körper

Normale Rückenlage am Ende des 6., Anfang des 7. Monats

- Beugeübung des Körpers
- Drehübung vom Rücken auf den Bauch
- Beugeübung des Körpers auf dem Schoß

SCHMIDT RÖMHILD

DEUTSCHLANDS
ÄLTESTES VERLAGS-
UND DRUCKHAUS
SEIT 1579

Diese und weitere Wandtafeln sind erhältlich beim Verlag Schmidt-Römhild:

Max Schmidt-Römhild KG • Vertrieb • Mengstr. 16

23552 Lübeck • Tel. 0451/70 31 -267

Fax 0451/70 31-281 • vertrieb@schmidt-roemhild.com

Online bestellen: www.schmidt-roemhild.de => Shop => Medizinische Fachliteratur => Wandtafeln für die Praxis

Schicksalsschläge im Leben von Kindern

Die Abbildung zeigt, welche kritischen Ereignisse 13- bis 17-Jährige am häufigsten erleben (Angaben in Prozent).



Quelle: AID:A 2009, befragt wurden 2.829 Jugendliche, eigene Berechnungen

Gleichaltrigen zu intensivieren, sich emotional abzulösen von den eigenen Eltern, Schule und Ausbildung erfolgreich zu beenden und einen Beruf zu ergreifen – diese und andere Entwicklungsübergänge werden zu typischen Alterszeitpunkten erwartet, auch wenn solche normalbiografischen Zeitpläne in den zurückliegenden Jahrzehnten deutlich an Verbindlichkeit eingebüßt haben (Kalicki 1996).

Für die Kindheit umfasst der Katalog an kritischen Entwicklungsübergängen zum Beispiel den Eintritt in die institutionelle Kindertagesbetreuung und die Einschulung, für ältere Geschwisterkinder auch die Geburt eines Bruders oder einer Schwester. Kritisch sind alle diese Übergänge insofern, als sie eine Neuanpassung (oder Bewältigung) erfordern, die häufig als krisenhaft erlebt wird.

Neben kritischen Übergängen wirken sich kritische Lebensereignisse auf das Wohlbefinden und die Anpassung (»functioning«) des jungen Menschen aus. Kritische Ereignisse (»major life events«) wie der Tod oder die schwere Erkrankung eines Nahestehenden, die eigene schwere Erkrankung, Gewalterfahrung oder andere Formen der Traumatisierung erschüttern die betroffene Person und werfen sie sprichwörtlich aus der Bahn. Dies zeigt sich an Belastungsreaktionen wie überfallartigen Erinnerungen (Intrusionen und »flash-backs«) oder dem Hadern mit dem eigenen Schicksal. Mit Stress und einem gewissen Anpassungsbedarf sind auch weniger gravierende oder bedrohliche Ereignisse verbunden (»minor life events«), etwa ein Wohnortwechsel.

Eintritt, Wirkung und Bewältigung kritischer Lebensereignisse wurden intensiv für das Erwachsenenalter erforscht. Deutlich weniger Informationen liegen für das Kindes- und Jugendalter vor. Dabei zeigen aktuelle Daten des DJI-Surveys »Aufwachsen in Deutschland: Alltagswelten« (AID:A), dass gut zwei Drittel der befragten Jugendlichen im Alter von 13 bis 17 Jahren bereits den Tod einer wichtigen Person erlebt haben. Auch die schwere Erkrankung eines Familienangehörigen sowie die Trennung oder Scheidung der Eltern wird von gut einem Viertel beziehungsweise einem Sechstel der Befragten

als Erlebnis bestätigt. Wie diese Zahlen belegen, erweist sich die Familie nicht nur als geschützter Raum, sondern auch als Erfahrungswelt für bedrohliche und mit Verlusten verknüpfte Lebensereignisse.

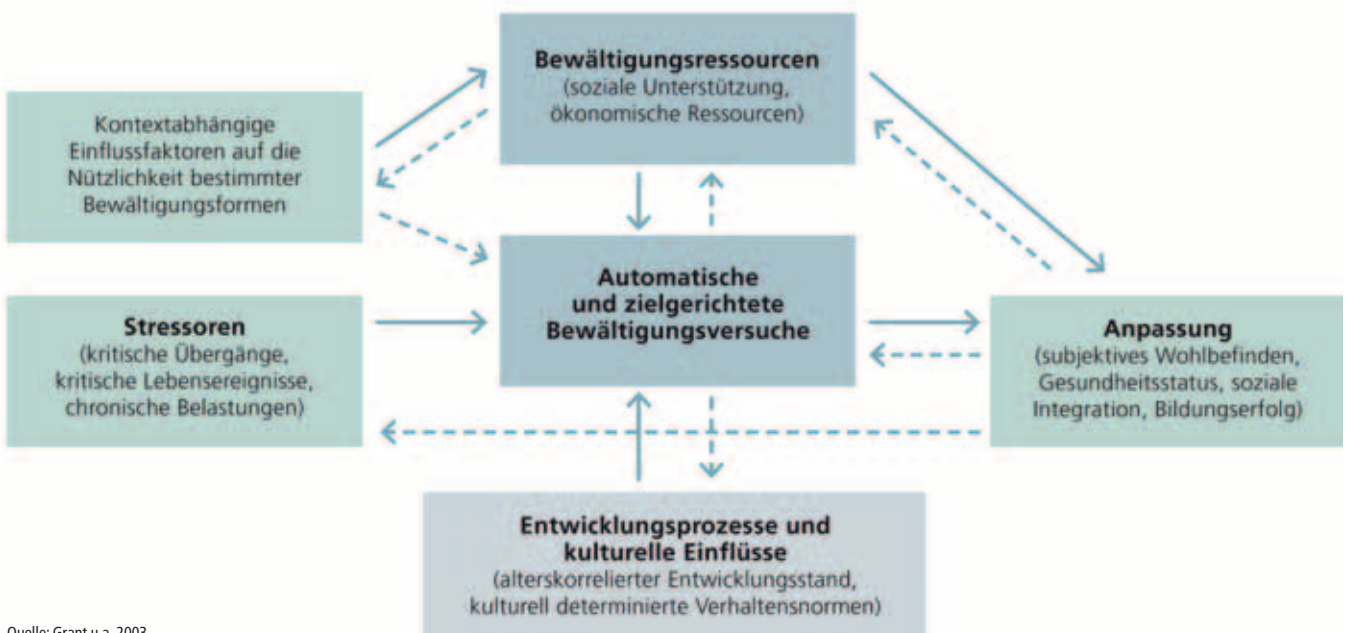
Enge Familien- und Freundesbande helfen

Zahlreiche kleinere Widrigkeiten und Ärgernisse des Alltags (»daily hassles«) drohen kurzfristig die Stimmung zu trüben und werden durch überwiegend automatische Anpassungsprozesse reguliert. Auch jenseits eines massiven Stresserlebens ist für die Aufrechterhaltung einer positiven Stimmung also eine Feinabstimmung von Wahrnehmungen und Urteilsprozessen notwendig. Bewältigung kann demgegenüber definiert werden als »Regulation unter Stress« (Zimmer-Gembeck/Skinner 2011). Die Bewältigung kritischer Übergänge und Ereignisse hängt dabei nicht nur von Merkmalen der Situation beziehungsweise des Ereignisses und von den Kompetenzen des Individuums ab. Insbesondere der soziale Kontext prägt Art und Erfolg der Krisenbewältigung mit.

Dass sich kritische Lebensereignisse langfristig auf das Wohlbefinden auswirken, belegen auch die Daten des AID:A-Surveys. So äußern die befragten Kinder und Jugendlichen in Abhängigkeit von der Anzahl bereits erlebter kritischer Ereignisse eine niedrigere Lebenszufriedenheit:

Krisen bewältigen

Die Abbildung zeigt ein entwicklungstheoretisches Rahmenmodell der Bewältigung. Veranschaulicht wird, welche Faktoren Bewältigungsprozesse beeinflussen. So wird unter anderem deutlich, dass die soziale Unterstützung eine wichtige Rolle spielt.



Quelle: Grant u.a. 2003

Je mehr kritische Ereignisse schon erlebt wurden, desto niedriger ist die allgemeine Zufriedenheit. Dieser Zusammenhang wird, im Einklang mit dem vorgestellten Bewältigungsmodell, sowohl durch enge Familien- als auch durch enge Peerbeziehungen abgeschwächt.

Kinder und Jugendliche unterstützen

Schließlich unterliegen die Bewältigungsmuster selbst auch einer Entwicklung, die bislang jedoch nur ansatzweise erforscht wurde (Zimmer-Gembeck/Skinner 2011). Die vorliegenden Erkenntnisse deuten darauf hin, dass die Kompetenz, Krisen zu bewältigen, von der frühen Kindheit bis in das späte Jugendalter hinein zunimmt, wobei erstens das Zutrauen in erwachsene Bezugspersonen schrittweise durch Selbstvertrauen ergänzt wird, zweitens verstärkt kognitive Bewältigungsformen und planvolles Problemlösen eingesetzt werden und drittens zunehmend eine strategische Auswahl der vielversprechendsten Bewältigungsform

oder Unterstützungsquelle zu beobachten ist.

Angesichts der dürftigen Forschungslage überrascht es nicht, dass bislang kaum ausgereifte Konzepte zur Unterstützung und Förderung des Aufbaus von Kompetenzen zur Bewältigung kritischer Ereignisse vorliegen. Konsens besteht jedoch in der Auffassung, dass insbesondere den Eltern eine wichtige Rolle zukommt. Sie bestimmen mit, welchen akuten oder chronischen Stressoren und Belastungen Kinder ausgesetzt sind. Sie bilden eine wichtige Ressource für Bewältigung, wenn sie Hilfe und Unterstützung leisten. Und sie bieten mit ihren eigenen Reaktionsmustern Modelle für erfolgreiche oder ungünstige Bewältigung. Da Kinder den elterlichen Schutz benötigen, andererseits überprotektives Erziehungsverhalten jedoch das Erlernen effektiver Bewältigungsstrategien behindern kann, zählt zu den wichtigen elterlichen Erziehungsfunktionen wohl das Dosieren von neuen Herausforderungen und Stressoren für das Kind (Power 2004).

Für die Pädagogik stellt sich in Forschung und Fachpraxis die Aufgabe, mehr über den Aufbau kindlicher Anpassungs- und Bewältigungsmuster zu erfahren und diese Erkenntnisse zu systematisieren, um sie praktisch nutzbar zu machen. Hierzu bedarf es stärkerer Forschungsbemühungen, die die Alltagswelten von Kindern und Jugendlichen – auch im Generationengefüge – ebenso in den Blick nehmen wie die Beobachtungen und Erfahrungen der Praxis.

Literatur bei den Verfassern

Kontaktadressen:

Prof. Dr. Bernhard Kalicki leitet die Abteilung »Kinder und Kinderbetreuung« am Deutschen Jugendinstitut.

Kontakt: kalicki@dji.de

Katrin Hüsken ist wissenschaftliche Referentin am Deutschen Jugendinstitut.

Kontakt: huesken@dji.de

Red.: ReH

Quelle:

DJI Impulse – Das Bulletin des Deutschen Jugendinstituts, Heft 1/2012, www.dji.de/impulse

● Pädindex

Tagungen und Seminare

Juli 2012

6.–8. Juli 2012, Brixen, Südtirol
Symposium Angststörungen im Kinder- und Jugendalter
 Info: www.aerztliche-akademie.de

7. Juli 2012, Bad Kreuznach
 15. Bad Kreuznacher Tagung
Psychosoziale Rehabilitation in der Pädiatrie
 Info: www.viktoriastift.de

7.–8. Juli 2012, Wangen/Allgäu
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer 2012
 Info: www.aabw.de

September 2012

1. September 2012, Essen
Patientenorientierte Selbsterfahrung
 Für ehemalige Teilnehmer des Grundkurses „Psychosom. Grundversorgung“
 Info: dr.kohns@t-online.de

22. September 2012, Essen
Patientenorientierte Selbsterfahrung
 Für ehemalige Teilnehmer des Grundkurses „Psychosom. Grundversorgung“
 Info: dr.kohns@t-online.de

Oktober 2012

19.–20. Oktober 2012, Wörlitz
Kompaktkurs Pädiatrische Allergologie
 Info: antje.nordwig@gmx.de

November 2012

8.–10. November 2012, Augsburg
15. interdisziplinäres Symposium zur entwicklungs-fördernden und individuellen Betreuung von Früh-geborenen und ihren Eltern
 Info: www.stillen.de

22.–25. November 2012, Heppenheim/Bergstraße
Theorieausbildung zum Asthmatrainer
 Info: B.Ehret@t-online.de

24. November 2012, Essen
Patientenorientierte Selbsterfahrung
 Für ehemalige Teilnehmer des Grundkurses „Psychosom. Grundversorgung“
 Info: dr.kohns@t-online.de

2013

Februar 2013

2. Februar 2013, Essen
Patientenorientierte Selbsterfahrung
 Für ehemalige Teilnehmer des Grundkurses „Psychosom. Grundversorgung“
 Info: dr.kohns@t-online.de

Praxistafel

Weiterbildungsassistent/in oder Kinderarzt/ärztin in Teilzeit in großer Kinderarztpraxis im Raum Nordhessen ab Sommer 2012 gesucht.

Kontakt per Mail meikeboekemeier@web.de oder Telefon 05631/60350

Welche(r) Kinderarzt(-ärztin), gerne auch pensioniert, hat Interesse im Sommer an 2–3 halben Tagen i. d. Woche stundenweise zu vertreten. Raum Essen/Bochum.

Tel. 0172 5968342 oder
 E-mail an.praxis@derma.bochum.de

Kinder- und Jugendmedizin in Ddorf / Meerbusch / NE/ Hilden – **Praxis zur baldigen Übernahme gesucht.**

Zuschriften unter Chiffre 1957 KJA 6/12 an den Verlag erbeten.

Kinder- und Jugendarztpraxis in Ludwigshafen am Rhein ab 01.2013 abzugeben.

Kontakt: Tel. 0621/563313, tfx 0621/565355

Nachfolger/in für Seniorpartner gesucht

Sehr gut etablierte, freundliche, moderne **Kinder- und Jugendarztpraxis** im Rhein-Main-Gebiet in gr. Ärztehaus (10 Fachgebiete) abzugeben. Alle Kooperationsformen möglich (Teil einer Gem.praxis/Praxisgem./ BAG mit Angest.verh./Einzelpraxis/hälftige KV-Sitze), sehr gute und sichere Existenz, flexibel, ab 2013.

Kontakt: h.i.jung@t-online.de
 mobil: 01 77 – 54 39 412

Kinderarztpraxis mit guter Ertragslage, zuverläss. Crew, Notdienst geregelt, gute Infrastruktur, Nähe Hannover, alle Schulen am Ort, in 2013/2014 abzugeben.

Zuschriften unter Chiffre 1956 KJA 6/12 an den Verlag erbeten.

Anzeigenaufträge werden grundsätzlich nur zu den Geschäftsbedingungen des Verlages abgedruckt, die wir auf Anforderung gerne zusenden.

Glückliche Gewinner...

BVKJ-Medienpreis in Berlin verliehen

Zum vierten Mal wurde am 09. Mai in Berlin der BVKJ-Medienpreis feierlich verliehen.

In der Kategorie TV wurden in diesem Jahr zwei Beiträge ausgezeichnet.

Die Filmemacherin Sibylle Smolka für ihre Reportage „Eltern – unerfahren, hilflos, überfordert“. Der Beitrag wurde am 21.09.2011 im RBB gesendet.

Das Redaktionsteam der Sendung „Quarks und Co“ erhielt den BVKJ-Medienpreis für seine Sendung „Bist du reich genug?“, gesendet am 12.04.2011 im WDR-Fernsehen.

Den Hörfunk-Preis erhielt Gabriele Knetsch für ihr Feature „Bildung statt Armut“, das im BR2 am 15.02.2011 ausgestrahlt wurde. Die Dotierung beträgt jeweils 5000 €.

Der Preis in der Kategorie Print wurde in diesem Jahr nicht vergeben.

Die Preisverleihung fand in der Vertretung des Landes Sachsen-Anhalt beim Bund in Berlin vor rund 100 geladenen Gästen aus dem BVKJ, den Medien und der Politik statt.

Rund 50 Journalistinnen und Journalisten hatten sich in diesem Jahr um den BVKJ-Medienpreis beworben, die meisten von den großen überregionalen Tageszeitungen und Zeitschriften und Öffentlich-rechtlichen Sendern – entsprechend schwer war die Arbeit der Jury: BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann, die Rundfunkjournalistin Regine Hauch, Dr. Ulrich Fegeler, BVKJ-Pressesprecher, Dr. Gunhild Kilian-Kornell, ebenfalls langjährige BVKJ-Pressesprecherin, die Printjournalistin Thorkit Treichel von der Berliner Zeitung und der langjährige BVKJ-Begleiter, Verleger und Medienpreis-Sponsor Norbert Beleke.

BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann dankte in seiner Begrüßung den Schauspielern und Musikern des Berliner Grips Theaters für ihre zündenden Songs, die das ganz normale Alltagsleben von Kindern in allen Facetten darstellten.

Zwar habe die absolute Zahl der armen Kinder in Deutschland seit 2006 um gut 15 Prozent auf 1,618 Millionen abgenom-

men, so Hartmann. Die Armutsquote – die den Anteil von Kindern in Familien mit Hartz-IV-Anspruch misst – sei aber bundesweit kaum zurückgegangen: „Insgesamt erkennen wir trotz einiger positiven Tendenzen eine Verfestigung der Kinderarmut in Deutschland. Es gibt also keinen Anlass zum Jubel. Wir haben nach wie vor eine skandalös hohe Kinderarmut. Und das in Zeiten, in denen der Arbeitsmarkt boomt und der Dax steigt. Wir brauchen die Medien, damit sie unser Bewusstsein für diesen Missstand wachhalten und uns erinnern, dass wir Verantwortung für diese vergessenen Kinder tragen und sie fördern müssen.“

Ulrich Fegeler, BVKJ-Pressesprecher und einer der Initiatoren des BVKJ-Medienpreises hob in seiner Ansprache noch einmal die Leitsätze des BVKJ-Medienpreises hervor, der für herausragende journalistische Beiträge vergeben wird, die der Öffentlichkeit vom Kinderleben auf der Schattenseite unserer Gesellschaft berichten und benennen, worauf es ankommt, um sozial benachteiligten Kindern von Anfang an und nachhaltig zu helfen.

„Dies leisten die Arbeiten, die wir heute prämiieren in hervorragender Weise,“ so Fegeler. „Alle drei Beiträge machen deutlich, was Leben in sozialer Armut, Leben ohne gerechte Chancen, ohne Teilhabe an Bildung und Erziehung bedeutet – für die Betroffenen, aber auch für uns, für unsere Gesellschaft, für unsere Zukunft. Gleichzeitig werden uns hier aber auch Lösungsansätze gezeigt, die uns weiterhelfen können, eine gerechtere und bessere Gesellschaft für Kinder zu schaffen.“ Gerade weil die vorschulische Entwicklung eine Art Schlüssel für die spätere Entwicklung und soziale Prognose ist, sei es so wichtig, den Kindern zusammen mit den häufig bildungsfernen und mit der Erziehung und kognitiven Anregung ihrer Kinder überforderten Familien zur Seite zu stehen. Wichtig sei dabei neben der außerfamiliären Förderung der Kinder in der Entfaltung ihrer Grundfähigkeiten die Einbindung der Familien im Sinne einer Ausweitung und Stabilisierung ihrer Erziehungs-



© Foto Reiss, Berlin

kompetenz. Deswegen seien die Kinder- und Jugendärzte dankbar für die journalistische Unterstützung, denn in „unseren Praxen sehen wir jeden Tag Kinder mit sozial bedingten Entwicklungsdefiziten und Verhaltensauffälligkeiten. Wir können diese Störungen diagnostizieren, aber nicht heilen. Weder ärztlicher Rat, noch die Überweisung zu Ergo- und Sprachtherapie können die Ursache dieser Form von Kindesvernachlässigung beseitigen. Wirkliche Hilfe für Kinder, die im sozialen Abseits leben, kann nur aus der Gesellschaft kommen. Wir brauchen die niederschweligen Förderstrukturen und -einrichtungen, die den Kindern und Eltern entgegen kommen. Ohne Sie, die engagierten Journalistinnen und Journalisten, die die Gesellschaft auf die vergessenen Kinder aufmerksam machen, bleiben diese Kinder im Schatten und nichts ändert sich. Bleiben Sie dran an Ihrem Thema, um den politischen Entscheidungsträgern die Dringlichkeit der Förderung der „vergessenen Kinder“ vor Augen zu führen. Sie warten nicht mit dem Aufwachsen“, so Fegeler.

Nach der offiziellen Preisverleihung wurde gefeiert. Dies und auch die anspruchsvolle Dotierung des Medienpreises ermöglichten der Sponsor, Verleger Norbert Beleke und eine Spende der Firma Pfizer Pharma GmbH.

ReH

Fortbildungstermine des BVKJ

Juni 2012

22.–24. Juni 2012

42. Kinder- und Jugendärztetag 2012

42. Jahrestagung des bvkJ e.V., Berlin
„*Neue Aspekte der Prävention im Kindes- und Jugendalter*“

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

23.–24. Juni 2012

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

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 2012

4. Juli 2012

Fortbildungsveranstaltung zu den Selektivverträgen für Ärzte und MFA

des bvkJ e.V., Bremen

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln – Veranstaltungsflyer und Anmeldeformular finden Sie in PädInform oder auf der Homepage <http://kongress.bvkJ.de>

14. Juli 2012

1. Pädiatrie zum Anfassen und Praxisfieber Live für MFA

des bvkJ e.V., LV Baden-Württemberg, Ulm

Auskunft: Dr. med. Christoph Kupferschmid, Frauensteige 18, 89075 Ulm, Tel. 0731/619606, Fax 0731/723046 ②

September 2012

1. September 2012

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkJ e.V., Dresden

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

7.–8. September 2012

15. Seminartagung des BVKJ Landesverband Hessen

Bad Nauheim

Auskunft: Dr. med. Josef Geisz, Wetzlar, Tel. 06441/42051 ①

7. September 2012

Jahresversammlung des LV Mecklenburg-Vorpommern

Rostock

Auskunft: Dr. med. Susanne Schober, Tel. 03836-200898 ①

8.–9. September 2012

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., LV Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein und Niedersachsen, Lübeck

Auskunft: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Tel. 0421/570000, Fax 0421/571000;

Dr. Stefan Renz, Hamburg, Tel. 040/43093690, Fax 040/430936969;

Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Tel. 04531/3512, Fax 04531/2397;

Dr. Volker Dittmar, Celle, Tel. 05141/940134, Fax 05141/940139 ②

Oktober 2012

6.–7. Oktober 2012

Praxisabgabeseminar

des bvkJ e.V., Friedewald

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-11, Fax: 0221/683204

13.–17. Oktober 2012

40. Herbst-Seminar-Kongress

„*Neue Leitlinien in der Kinder- und Jugendmedizin – was ist relevant*“

des bvkJ e.V., 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 2012

24. November 2012

Pädiatrie zum Anfassen des LV Berlin

Berlin

Auskunft: Dr. med. Burkhard Ruppert, Tel. 030-40397255 ①

24.–25. November 2012

Orientierungskongress des BVKJ:

„*Endlich Facharzt/-ärztin – und danach?*“

Frankfurt am Main

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-11, Fax: 0221/683204

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. 09321-9297-850, Fax 09321-9297-851, info@interface-congress.de

Wir gratulieren zum Geburtstag im Juli 2012

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Annette *Hovestadt*, München, am 04.07.

Herrn Dr. med. Ulrich *Binder*, Denzlingen, am 06.07.

Frau Dipl.-Med. Felicitas *Fuhlrott*, Leinefelde, am 06.07.

Frau Dr. med. Rosel *Panse*, Leipzig, am 07.07.

Frau Dr. med. Eleonore *Pierstorff-Schilden*, Grevenbroich, am 09.07.

Frau Dr. med. Lucia *Dobre-Miemiets*, Viersen, am 10.07.

Frau Dr. med. Judith *Auer*, Langeoog, am 11.07.

Herrn Dr. med. Hans-Jürgen *Flägel*, Waren, am 19.07.

Herrn Fouad *Harfousch*, Lingen, am 21.07.

Frau Dr. med. Eva-Maria *Blencke-Illmann*, Freiburg, am 25.07.

Herrn Dr. med. Gerd *Sparrer*, München, am 25.07.

Frau Dr. med. Magdalene *Böcker*, Bad Dürkheim, am 29.07.

Frau Dr. med. Sabine *Wildt*, Berlin, am 31.07.

70. Geburtstag

Herrn Dr. med. Reinhard *Maaser*, Neustadt, am 03.07.

Frau OMR Dr. med. Sigrid *Zobries*, Kolkwitz, am 04.07.

Herrn Bernd H. *Rühmann*, Berlin, am 07.07.

Frau Dr. med. Beate *Schatz*, Plauen, am 08.07.

Herrn Dr. med. Bernd *Riedel*, Hamburg, am 16.07.

Frau Dr. med. Gisela *Müller*, Waltershofen, am 17.07.

Herrn Dr. med. Dieter *Hefke*, Bad Bramstedt, am 18.07.

Herrn Dr. med. Bernhard *Jacke*, Grefrath, am 18.07.

Frau Dr. med. Hadwig E. *Crueger*, Bad Münstereifel, am 23.07.

Herrn Dr. med. Wolfgang *Parthon*, Plauen, am 26.07.

Frau Dr. med. Gisela *Banse*, Harzgerode, am 30.07.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursel *Kilb*, Düsseldorf, am 08.07.

Herrn Dr. med. Lothar *Biskup*, Neuss, am 14.07.

Herrn Dr. med. Eberhard *Grütte*, Bassum, am 16.07.

Herrn Dr. med. Burkhard *Pauka*, Seevetal, am 18.07.

Frau Dr. med. Barbara *Meyer*, Uetersen, am 23.07.

Frau Dr. med. Waltraud *Reiter*, Poing, am 23.07.

Frau Dr. med. Christa *Scholz*, Cottbus, am 23.07.

80. Geburtstag

Herrn Dr. med. Günther *Meyer*, Fahrdrorf, am 26.07.

Frau Dr. med. Gisela *Schmitz*, Düsseldorf, am 26.07.

Herrn Dr. med. Werner *Schultze*, Berlin, am 31.07.

81. Geburtstag

Herrn Dr. med. Adolf *Apel*, Heilbad Heiligenstadt, am 03.07.

Frau Med.-Dir.Dr. med. Angret *Dude*, Essen, am 07.07.

Frau Ingeborg *Wessollek*, Bad Lippspringe, am 08.07.

Herrn Prof. Dr. med. Helmut *Helwig*, Freiburg, am 21.07.

Herrn Dr. med. Dirck *Heye*, Siegen, am 25.07.

Herrn Prof. Dr. med. habil. Theodor *Luthardt*, St. Peter, am 29.07.

82. Geburtstag

Frau Dr. med. Brigitte *Geschöll-Bauer*, Freiburg, am 21.07.

Frau Dr. med. Erika *Bernhardt*, Essen, am 25.07.

Frau Dr. med. Annemarie *Brenner*, Herten, am 30.07.

Frau OMR Dr. med. Cornelia *Trötschel*, Karlsruhe, am 30.07.

83. Geburtstag

Herrn Dr. med. Wolf *Schenck*, Freiburg, am 21.07.

Herrn OMR Dr. med. Friedrich-Ludwig *Schlesinger*, Berlin, am 21.07.

84. Geburtstag

Herrn Dr. med. Albrecht *Neumann*, Leverkusen, am 08.07.

Herrn Prof. Dr. med. Hans-Martin *Weinmann*, Straßlach-Dingharting, am 17.07.

86. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. Michael *Hertl*, Mönchengladbach, am 05.07.

Herrn Dr. med. Max-Theodor *Schweighart*, München, am 11.07.

Frau Dr. med. Hannelore *Witte*, Hannover, am 15.07.

Frau Dr. med. Irmgard *Schaumann*, Kempten, am 27.07.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Hedwig *Kiefer*, München, am 13.07.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Rudgild *Haschke*, Passau, am 06.07.

90. Geburtstag

Herrn Dr. med. Peter *Stöhr*, Aachen, am 19.07.

91. Geburtstag

Frau Dr. med. Erika *Wiedey*, Schwerte, am 02.07.

Frau Dr. med. Ingeborg *Wittke*, Berlin, am 03.07.

Herrn Doz. Dr. med. habil. Hans *Mannkopf*, Detmold, am 10.07.

92. Geburtstag

Herrn Dr. med. Rolf *Steinhilber*, Augsburg, am 10.07.

93. Geburtstag

Frau Dr. med. Erika *Maneke*, Hannover, am 16.07.

96. Geburtstag

Frau Dr. med. Annemarie *Gebhard*, Hamburg, am 24.07.

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Gerhard *Artzt*, Köln

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Wiebke *Kirst*
Herrn Dr. med. Arne *Kleinmann*
Herrn Bernd *Krämer*
Herrn Dr. med. Gregor *von Komorowski*
Frau Dr. med. Ursula *Schmidt-Rohr*

Landesverband Bayern

Frau Anna *Büchel*
Herrn Frank *Ensinger*
Herrn Karl Florian *Schettler*
Frau Dr. med. Stephanie *Hügenell*
Frau Hanna *Huber*

Landesverband Berlin

Frau Dr. med. Laura *Schaad*
Herrn Dr. med. Johannes *Kulzer*

Landesverband Brandenburg

Herrn Dr. med. Benjamin *Bleicken*

Landesverband Bremen

Frau Andrea *Mey*

Landesverband Hamburg

Frau Dr. med. Katharina *Hermann*

Landesverband Hessen

Frau Benita *Mergner*
Frau Dr. med. Inga *Wenzel*
Frau Dr. med. Ulrike *Grohs*
Frau Dr. med. Claudia *Schaller*

Landesverband Niedersachsen

Frau Dr. med. Kerstin *Seidler-Bartkowiak*
Frau Marion *Heyne*
Frau Dr. med. Christine *Thiel*
Frau Dr. med. Dorle *Hahn*
Frau Meike *Reershemius*
Frau Christine *Klopprogge*
Herrn Martin *Webel*
Frau Dr. med. Mareike *Westermann*

Landesverband Nordrhein

Herrn Prof. Dr. med. Ertan *Mayatepek*
Frau Stephanie *Bischof*
Frau Anna *Renard*
Frau Valentina *Novakova*
Frau Dr. med. Amelie *Erbler*
Frau Dr. med. Ute Bettina *von Martial*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Frau Christine *Laufer*
Frau Dr. med. Corinna *Bindl*

Herrn Simon *Traub*

Herrn Dr. med. Axel *Bosk*

Landesverband Sachsen

Herrn Dr. med. Stefan *Förster*
Frau Eva-Maria *Eisold*
Frau Katrin *Köhler*
Frau Mareike *Schulze-Förster*
Frau Jana *Bether*
Herrn Markus *Rentsch*

Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Dr. med. Jana *Hoyer-Schuschke*

Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Dr. med. Regina *Buchholz-Berdau*

Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Dr. med. Katharina *Speitel*
Frau Dr. med. univ. Maja *Kopic*
Herrn Caspar *Lang*
Frau Rebecca *Frech*
Frau Olga *Michel*
Frau Behan *Zorlu*

Inhaltsangabe Heft 06/12

Prävention
Kindersicherheit zählt

Pflegepraxis
Beratung in der Pflege

Pflegepraxis
Augen kann man schließen,
Ohren nicht!

Klinische Fortbildung
Röteln.
Elimination – fast erreicht

Kind und Gesundheit
Psychische Störungen
früh erkennen

Aus anderen Ländern
Mit Workshops gegen das Virus

Ferner: Verbandsmitteilungen,
Berufsverband, Hinweise, Tagungsberichte,
Kinderchirurgie, Kind und Gesundheit,



Krankenhausthygiene, Neonatologie,
Aus Wissenschaft und Forschung,
Aktuelles, Interview,
Bücherhinweise, Terminkalender und
Stellenmarkt

„**kinderkrankenschwester**“ ist das Organ des Fachausschusses Kinderkrankenpflege der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. und kann zum Jahresabonnementspreis von € 29,50 oder zum Einzelpreis von € 2,95 (inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten Inland € 4,50), Schülerabonnement € 29,00 inkl. MwSt. und Versandkosten beim

Verlag Schmidt-Römhild, Mengstraße 16, 23552 Lübeck, bestellt werden.

VORSCHAU

Für das Juli-Heft 2012 sind u.a. vorgesehen:

Klinische Fortbildung
Ringelröteln – (k)eine harmlose
(Kinder-)Krankheit?

Psychologie
Alles dreht sich nur um meinen Bruder

Elternberatung
Elterntreff in der Neonatologie

Klinische Fortbildung
Verdecktes Schielen

Qualitätsmanagement
Qualitätsprüfung außerklinischer
Geburtshilfen

HPV-Impfung: Fünf Jahre STIKO-Impfempfehlung

Bereits seit März 2007 empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) in Deutschland für alle Mädchen von 12 bis 17 Jahren die Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) der Typen 16 und 18. Die HPV-Impfrate ist hierzulande jedoch mit nur ca. 30 Prozent immer noch sehr niedrig. Pädiater sollten junge Mädchen entsprechend der STIKO-Empfehlung impfen.

Persistierende Infektionen hervorgerufen durch die HPV-Typen 16 und 18 können zu Krebsvorstufen und Karzinomen führen. Vor fünf Jahren sprach die STIKO in Deutschland eine Empfehlung zur Impfung gegen HPV (Typen 16 und 18) für alle 12- bis 17-jährigen Mädchen aus, damit insbesondere die Krankheitslast von Gebärmutterhalskrebs reduziert wird [1]. In der Diskussion über die HPV-Impfung hat eine Gruppe von deutschen Wissenschaftlern unterschiedlicher medizinischer Fachrichtungen im November 2008 den Nutzen der Impfung in Frage gestellt. Als Reaktion darauf veröffentlichte die STIKO 2009 [2] eine Neubewertung unter Berücksichtigung von HTA-Berichten (Health Technology Assessment) verschiedener europäischer Länder sowie zwischenzeitlich publizierter Ergebnisse aus den klinischen Zulassungsstudien FUTURE I und II [3,4]. Diese belegen, dass nach einer Grundimmunisierung mit Gardasil® eine Wirksamkeit der Impfung von 97 bis 100 Prozent hinsichtlich einer Verhinderung von HPV 16- oder 18-assoziierten Gebärmutterhalskrebsvorstufen erreicht wird, wenn zuvor keine Infektion mit diesen Typen vorlag. In ihrer Zusammenfassung hält die STIKO die Impfung gegen HPV „für alle Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahre unverändert für empfehlenswert“. In Deutschland liegt die HPV-Impfrate im Vergleich mit Australien, wo Impfraten von bis zu 70 Prozent erreicht werden, immer noch sehr niedrig, bei ca. 30 Prozent.

Genitalwarzen bei jungen Frauen in Australien nahezu eliminiert

Eine im November 2011 veröffentlichte Studie des Melbourne Sexual Health Center belegt den Erfolg des nationalen HPV-Impfprogramms in Australien. Dort werden 12- bis 13-jährige Mädchen seit April 2007 mit dem tetravalenten Impfstoff immunisiert. Bis 2009 bestand die Möglichkeit auch für 13- bis 18-jährige Mädchen.



In einem Catch-up-Programm wurden von Juli 2007 bis Dezember 2009 außerdem junge Frauen von 18 bis 26 Jahren mit Gardasil® geimpft. Vier Jahre nach dem Start des Schulimpfprogramms gingen bei den unter 21-Jährigen die Anzahl der Erkrankungen an Genitalwarzen, die durch die HPV-Typen 6 und 11 hervorgerufen werden, massiv zurück. Bei den Frauen sank die Häufigkeit von Neuerkrankungen von 18,6 auf 1,9 Prozent, bei den heterosexuellen Männern von 22,9 auf 2,9 Prozent [5]. „Diese Zahlen zeigen, dass bei einer hohen Impfrate von etwa 70 Prozent nicht nur die Zielgruppe der jungen Frauen von der Vakzinierung profitiert, sondern als Folge einer Herdenimmunität auch die Männer geschützt werden“, erklärte Prof. Elmar Joura, von der Universitätsklinik für Frauenheilkunde der Medizinischen Universität in Wien. Daten einer weiteren australischen Studie belegen zudem, dass aufgrund der hohen Impfraten auch die Anzahl schwerer Gewebeeränderungen am Gebärmutterhals bei Frauen unter 18 Jahren fast um die Hälfte zurückging [6].

„Pädiater, Gynäkologen und Hausärzte sollten ihre Patientinnen daher aktiv auf die HPV-Impfung ansprechen“, forderte der Impfexperte Dr. Michael Wojcinski aus Bielefeld. Aufgrund des ärztlichen Rates könnten sich junge Mädchen und Mütter leichter für einen Impfschutz gegen bestimmte HPV-Typen entscheiden.

Quelle: Symposium „HPV-Impfung: Der nächste Schritt“ von Sanofi Pasteur MSD anlässlich des Fortbildungskongresses der Frauenärztlichen Bundesakademie.

Referenzen:

1. Epidemiologisches Bulletin 12/2007, RKI, Berlin
2. Epidemiologisches Bulletin 32/2009, RKI, Berlin
3. Garland SM, et al., N Engl J Med 2007;356:1928-1943.
4. Koutsky LA et al., N Engl J Med 2007;356:1915-1927.
5. Read TRH, et al. Sex Transm Infect 2011. doi:10.1136/sextrans-2011-050234.
6. Brotherton JML et al., Lancet 2011;377:2085-2092

Nach Informationen von Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen

Seltene Systemerkrankung Tuberöse Sklerose

Everolimus überzeugt auch in der Praxis durch hohe Wirksamkeit und gutes Sicherheitsprofil

Tuberöse Sklerose (TSC) ist eine seltene Systemerkrankung, die zu Fehlbildungen und meist benignen Tumoren (Hamartomen) in nahezu allen Organen wie beispielsweise dem Gehirn, der Niere, der Lunge, der Haut und dem Herz führen kann. Fehlbildungen des Gehirns können Epilepsie verursachen und zu mentaler Retardierung und Verhaltensauffälligkeiten wie Autismus führen. Subependymale Knötchen (SEN) im Gehirn zeigen sich bei 80 % der TSC-Patienten und entwickeln sich bei bis zu 20 % zu einem subependymalen Riesenzellastrozytom (SEGA)¹. Seit September 2011 ist Everolimus (Votubia®) für die Behandlung von TSC-Patienten ab drei Jahren mit SEGA zugelassen, die eine therapeutische Maßnahme benötigen, für die aber eine Operation nicht angemessen ist². Als erste und einzige medikamentöse Therapie greift der mTOR-Inhibitor Everolimus direkt an der molekularen Ursache der Erkrankung an.

Jedes Jahr kommen in Deutschland zirka 100 Kinder mit TSC zur Welt³. Prof. Dr. Gerhard Kurlmann, Münster, gab auf einem Symposium anlässlich der 38. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie in Münster einen Überblick über Diagnostik und Therapie dieser seltenen Systemerkrankung: Aufgrund der Bandbreite und der unterschiedlich starken Ausprägung der Symptome sowie ihres altersabhängigen Auftretens ist die Diagnosestellung von TSC deutlich erschwert (Abb. 1). „Wir stützen uns hier auf die modifizierten Gomez-Kriterien zur klinischen Diagnostik^{4,5}. So sollte z.B. immer das Wood-Licht zum Einsatz kommen, um die in über 90 % der Fälle vorliegenden hypopigmentierten weißen Flecken auf der Haut zu detektieren“, so Kurlmann. Eine molekulargenetische Untersuchung auf Mutationen im Gen TSC1 oder TSC2 kann zusätzlich hilfreich sein.

Spezifische Hemmung von mTOR: Erste ursachenorientierte Therapie bei TSC

Die Serin/Threonin-Kinase mTOR fungiert als zentraler Regulator von Zellwachstum, -teilung, -stoffwechsel sowie der Angiogenese. Im gesunden Organismus wird mTOR von einem Proteinkomplex aus den beiden Untereinheiten TSC1 und TSC2 inhibitorisch reguliert. Bei der Mehrzahl der TSC-Patienten (80–85 %) sind Mutationen innerhalb des TSC1- oder TSC2-Gens nachweisbar: Bei einem Drittel der Fälle werden diese autosomal-dominant vererbt, bei zwei Dritteln tritt eine Spontanmutation während der Embryonalentwicklung auf. Als Folge verliert der TSC1-TSC2 Proteinkomplex seine Steuerungsfunktion auf den mTOR-Signalweg. Die pathologische Überaktivität von mTOR führt zu unkontrolliertem Zellwachstum, -zellteilung und Angiogenese, bei gleichzeitig verringerter Apoptose. „Der Wirkstoff Everolimus setzt gezielt an den molekularen Ursachen der Erkrankung an. Durch die tägliche Gabe kann der erkrankungsbedingte Verlust der natürlichen mTOR-Inhibition ersetzt, das Gleichgewicht im mTOR-Signalweg wiederhergestellt und so das Tumorstadium bei TSC-Patienten gehemmt werden“, erklärte Kurlmann das Wirkprinzip.

Everolimus: Deutliche, schnelle und anhaltende Tumorreduktion

Basis der Zulassung von Everolimus bei TSC SEGA sind die Ergebnisse einer prospektiven, einarmigen, offenen Phase-II-Studie, an der 28 TSC-Patienten – im Mittel elf Jahre alt – mit seriellem SEGA-Wachstum teilnahmen⁶. 75 % der Patienten erreichten eine Verringerung des SEGA-Volumens um mindestens 30 %, 32 % sogar um mindestens 50 % ($p < 0,001$)⁷. Everolimus zeigte

in der Studie einschließlich der Extensionsphase eine überzeugende Verträglichkeit. Hierbei stellten Stomatitiden die häufigste Nebenwirkung dar, die meist leicht bis mäßig ausgeprägt waren. Bestätigt wurde die gute Wirksamkeit und das günstige Nebenwirkungsprofil des mTOR-Inhibitors in einer internationalen, multizentrisch durchgeführten randomisierten, doppelblinden, plazebokontrollierten Phase-III-Studie EXIST-1⁸. Der primäre Endpunkt – der Anteil an Patienten mit einer Reduktion des SEGA-Volumens um mindestens 50 % – wurde bei 35 % der Patienten unter Everolimus erreicht, dagegen bei keinem Patienten in der Plazebogruppe ($p < 0,0001$).

Beeindruckend: Fallbeispiele zu Everolimus

Prof. Dr. Bernd Wilken, Kassel, präsentierte in Münster erste Ergebnisse von Patienten, die an der Klinik für Neuropädiatrie und des Sozialpädiatrischen Zentrums, Klinikum Kassel mit Everolimus therapiert werden: „Wir haben bisher insgesamt 13 Patienten mit Everolimus behandelt. Therapieindikation hierfür war immer ein kernspintomographisch diagnostizierter SEGA. Alle Kinder wurden vor der Behandlung, nach drei sowie nach sechs Monaten und dann weiter jährlich mit einem MRT des Kopfes – und je nach Alter auch der Nieren – untersucht. Bei jungen Frauen wurde zur Stuserhebung auch ein Spiral-CT der Lunge durchgeführt. Mögliche Angiofibrome im Gesicht wurden zu Beginn fotografisch dokumentiert. Der Einfluss auf das Verhalten wurde mit Hilfe des Canadian Occupational Performance Measu-

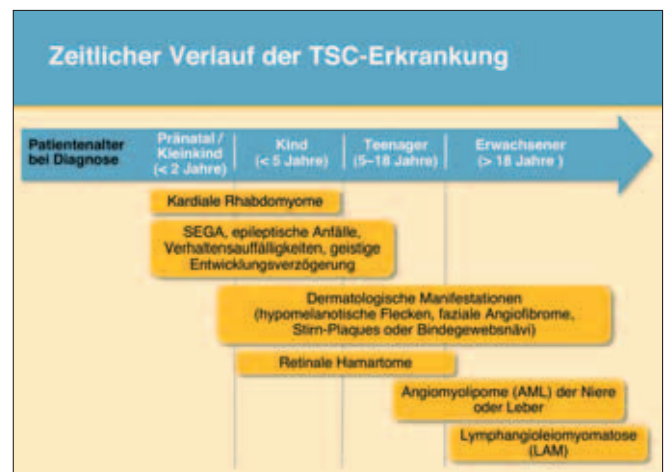


Abb. 1: Auftreten von mit TSC assoziierten Symptomen in Abhängigkeit vom Patientenalter

Wir sprachen mit Prof. Dr. Bernd Wilken, Kassel, über wichtige Aspekte in der Diagnostik und Therapie von TSC-Patienten.

Herr Prof. Wilken, gibt es typische Symptome für Tuberöse Sklerose, bei denen der Kinder- und Jugendarzt an diese Krankheit denken sollte?



Ja, die meisten Kinder, die an TSC erkrankt sind, leiden schon sehr früh unter epileptischen Anfällen – in der Regel bereits im ersten Lebensjahr. Wenn ein Säugling mit Verdacht auf Epilepsie in die Praxis kommt, sollte man daher unbedingt mit einer Wood-Licht-Untersuchung auf die bei TSC so typischen weißen Flecken testen. Diese so genannten „white spots“ treten bei über 90 % der Patienten auf.

Auch sollte jeder Säugling, bei dem in der Schwangerschaft ein Rhabdomyom detektiert wurde, immer gleich auf weiße Flecke kontrolliert werden – kardiologisch gesehen macht ein Rhabdomyom keine großen Probleme, aber man muss immer auch an TSC denken.

Diagnose TSC – wie geht es dann weiter?

Die betroffenen Säuglinge und Kinder sollten meiner Meinung nach in TSC-Zentren behandelt und dort auch regelmäßig kontrolliert werden. Im Alltag werden die Patienten häufig vom Kinder- und Jugendarzt betreut – So ist die Vernetzung und die Kommunikation zwischen den niedergelassenen Pädiatern und den TSC-Zentren wichtig.

Sie präsentierten auf der 38. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie in Münster beeindruckende Fallbeispiele aus Ihrer neuropädiatrischen Klinik – könnten Sie eine Kasuistik für uns zusammenfassen?

Gerne. Der Patient J.-A. T. wird seit langem von uns betreut. Er hat eine heterozygote Mutation im Exon 37 des TSC-2 Gens und zeigt die typischen Zeichen der TSC: Rhabdomyom, SEGA, Epilepsie sowie Sprachentwicklungsstörungen. Der Patient weist ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten im Sinne des Autismus-Spektrums mit motorischer Unruhe, fehlendem Ausführen von Aufforderungen, Aggressivität und Selbstgefährdung auf. Seine Weglauf-Tendenz hätte ihn im Sommer 2011 fast das Leben gekostet – der Junge riss sich bei einem Spaziergang von der Hand der Mutter los, krabbelte unter dem Drehkreuz eines Schwimmbades durch, sprang ins Wasser und konnte nur knapp vor dem Ertrinken gerettet werden!

Besonders eindrücklich konnten wir hier die positive Wirkung der Therapie mit Everolimus sehen. Neben der deutlichen Größenminderung des SEGA sticht vor allem die positive Verhaltensänderung heraus: Aufforderungen werden jetzt befolgt, er ist weniger aggressiv, spricht deutlicher und kann sich wesentlich besser konzentrieren. Dass sich ihr Kind nicht mehr einfach so losreißt und unkontrolliert wegrennt, sondern insgesamt berechenbarer ist, bewerten die Eltern als sehr wertvolle Verbesserung.

Ich habe eine ganze Reihe von Patienten, die in ihrem psychischen und sozialen Verhalten eine deutliche Besserung unter Everolimus gezeigt haben. Das ist beeindruckend.

Vielen Dank für das Gespräch.

rement (COPM), einem standardisierten Interviewverfahren, vor und nach drei- bzw. sechsmonatiger Therapie mit dem mTOR-Inhibitor systematisch erfasst (Abb. 2).

Das Ergebnis ist vielversprechend: Bei allen behandelten Patienten mit ausreichend langer Beobachtungszeit (n = 10) trat eine deutliche Größenminderung des SEGA innerhalb der ersten drei Monate auf. Die maximale Volumenreduktion des SEGA zeigte sich innerhalb der ersten sechs Monate nach Therapiebeginn. „Als behandelnder Arzt ist es beeindruckend zu beobachten, wie diese Tumoren einfach zusammenschrumpfen und wie schnell sich ein Behandlungseffekt zeigt“, betonte Wilken. „Bei keinem Kind sahen wir unter Everolimus eine erneute Zunahme des SEGA. Die Verlaufsbefunde der Angiomyolipome (AML) und der Lymphangioliomyomatosen (LAM) stehen noch aus.“ Alle

betroffenen Patienten bzw. ihre Eltern berichteten über eine Reduktion der Angiofibrome, die insbesondere für Jugendliche ein offensichtliches Stigma darstellen.

Unter Everolimus wiesen vier von sieben Kindern mit Verhaltensstörungen und autistischen Symptomen eine sehr positive Verhaltensänderung im Sinne von weniger stereotypen Bewegungen, weniger Aggressivität, leichter Führbarkeit und erhöhter Aufmerksamkeitsspanne auf. Ein Kind zeigte bislang keine Verhaltensänderung, da der angestrebte Zielspiegelbereich von Everolimus noch nicht erreicht ist. Bei einem anderen Kind ist die Therapiedauer noch nicht ausreichend für eine Beurteilung. Bei einem Kind erfolgte ein Therapieabbruch nach acht Wochen, denn die Mutter hatte sich einen schelleren Behandlungseffekt erhofft. „Man muss den Eltern also noch deutlicher sagen, dass sie Geduld haben müssen“, empfiehlt Wilken. „Wir sind froh, eine zielgerichtete Therapie zur Verfügung haben, die ursachenorientiert wirkt. Es ist eindrucksvoll zu sehen, wie sich die Lebensqualität der Patienten und damit auch der Eltern deutlich verbessert“, so die abschließende Meinung Wilkens.

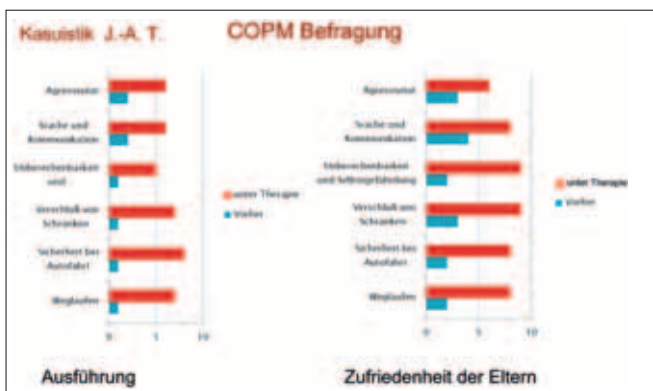


Abb. 2: COPM Befragung zur systematischen Erhebung des Einflusses der Everolimus-Behandlung auf das Verhalten

Quelle: Symposium „Tuberöse Sklerose (TSC) im Fokus – vom Pathomechanismus zur ursachenorientierten Therapie“ anlässlich der 38. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie, Münster. Novartis Oncology

Referenzen

- 1 Crino PB et al.: N Engl J Med 2006; 355:1345-1356.
- 2 Votubia® (Everolimus) Fachinformation (Stand: Februar 2012).
- 3 Krueger DA, Franz DN: Pediatr Drugs 2008; 10(5):299-313.
- 4 Übersichtsartikel der TS Alliance: Online unter: <http://tsalliance.org/documents/Differential%20Diagnosis.pdf>. Zuletzt aufgerufen am 10.04.2012.
- 5 Roach ES et al.: J Child Neurol 1998; 13:624-628.
- 6 Krueger DA et al.: N Engl J Med 2010; 363:1801-18011.
- 7 Krueger DA et al.: Summit on drug discovery in TSC and related disorders 2011; Poster presentation.
- 8 Franz DN et al.: American Epilepsy Society Meeting 2011; Poster presentation.

^A EXIST = examining Everolimus in a Study of TSC

Gabriele Fischer von Weikerthal

Informationskampagne „ADHS und Zukunftsträume“



Awareness für die Situation von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) schaffen: Dies ist das Ziel der Informationskampagne „ADHS und Zukunftsträume“ unter der Schirmherrschaft von Bundesfamilienministerin a.D. Renate Schmidt. Die Initiative wurde von der Shire Deutschland GmbH in Zusammenarbeit mit dem Selbsthilfeverband ADHS Deutschland e.V., der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. und dem Bayerischen Lehrer- und Lehrerinnenverband e.V. ins Leben gerufen.

Ist ADHS wirklich nur eine Modeerscheinung? In Deutschland wurde ADHS erstmals 1932 von den Ärzten Franz Kramer und Hans Pollnow beschrieben. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass ADHS in den letzten Jahren nicht zugenommen hat (1). Allerdings wird seit einigen Jahren in den Medien verstärkt über ADHS berichtet und diskutiert (2). Möglicherweise ist ADHS heute für einen größeren Teil der Betroffenen ein ernsthaftes Problem als früher, weil sich die Leistungsanforderungen in der Gesellschaft (z.B. in der Schule) verändert haben. „Und genau deshalb müssen wir mehr Aufmerksamkeit schaffen für die Situation von ADHS-Betroffenen – allem voran im schulischen Bereich“ so die Forderung der Referenten auf einem von der Firma Shire Deutschland unterstützten Pressegespräch zum Thema „ADHS-Kinder in der Schule – wie kann das gut gehen?“

Multimodale Therapie nach wie vor der Goldstandard

Die Grenze zwischen (noch) normalem kindlichen Verhalten und Anzeichen einer ADHS zu ziehen, ist nicht immer einfach. Deshalb sollte nur ein erfahrener Kinder- und Jugendpsychiater oder spezialisierter Kinder- und Jugendarzt die Diagnose ADHS stellen.

„Wenn Eltern den Verdacht haben, ihr Kind könnte ADHS haben, ist es wichtig, das von einem ärztlichen Spezialisten gründlich überprüfen zu lassen. Denn hinter den Symptomen können sich auch andere Erkrankungen verbergen,“ so Prof. Martin Holtmann, Hamm, auf der Pressekonferenz in München.

Die drei Hauptmerkmale der ADHS sind Unaufmerksamkeit, Impulsivität und ein starker, unkontrollierter Bewegungsdrang (Hyperaktivität). Eine ADHS liegt nur dann vor, wenn diese Merkmale stark ausgeprägt sind und sie dem Kind in ver-

schiedenen Lebensbereichen und Situationen, z.B. in der Schule und in der Familie, Probleme bereiten. Dabei müssen die Merkmale bereits vor dem sechsten Lebensjahr aufgetreten sein und über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten anhalten. Um sicher zu sein, dass ein Kind eine ADHS hat, müssen andere körperliche oder psychiatrische Erkrankungen, die ähnliche Anzeichen hervorrufen können, ausgeschlossen werden (1).

ADHS-Kinder wollen nicht anders sein als ihre Mitschüler

„Kinder und Jugendliche mit ADHS leiden gar nicht so stark unter ihrer Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität, sondern unter den Konflikten, die daraus im Alltag mit Eltern, Lehrern und Gleichaltrigen entstehen. Sie wollen sich meist anders verhalten, können es aber nicht,“ mahnte Holtmann und verwies auf die Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirates der Informationskampagne „ADHS und Zukunftsträume“, die im März 2012 verabschiedet wurde (2).

Die Eckpunkte lauten wie folgt:

- Behandlungsziele sind so unterschiedlich wie die Betroffenen und ihre individuelle Situation.
- Die behandelnden Ärzte und Therapeuten sollten gemeinsam mit den Betroffenen individuelle Behandlungsziele festlegen.
- Die Betroffenen – und bei Kindern oder Jugendliche auch deren Eltern – sollten für sich sprechen.
- Behandlungsziele sollten im Gespräch konkretisiert und schriftlich festgehalten werden.
- Die Erreichung der Behandlungsziele kann durch individuelle Einschätzung der Betroffenen und mit Hilfe von Verlaufsbögen mit Beurteilungsskalen überprüft werden.

Die Behandlung einer ADHS zielt nicht darauf ab, die Individualität, das Temperament oder den Charakter der Betroffenen zu verändern, vielmehr sollen die Betroffenen dabei unterstützt werden, sich individuell positiv zu entwickeln. Dazu gehört die Beteiligung des gesamten sozialen Umfeldes. Und auch die Lehrer selbst stehen hier in der Pflicht und können eine Menge zum schulischen Erfolg und Wohlbefinden ihres ADHS-Schülers beitragen (s. Kasten).

Weitere Informationen finden interessierte Leser unter www.adhs-zukunftstraume.de.

Auf einen Blick: Was können Lehrer tun?

- Eine gute Basis schaffen
- Den Unterricht stärker strukturieren
- Auf reizarme Umgebung achten
- Unmittelbare und konsequente Reaktionen: loben bzw. sanktionieren
- Alle Sinne für die Kommunikation nutzen
- Aufgaben gliedern
- Rituale etablieren
- Bewegungsmöglichkeiten und Entspannung

Literatur

- 1 Hyperkinetische Störungen (F 90). Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage; 2007: 239-254.
- 2 Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirates der Informationskampagne „ADHS und Zukunftsträume“, März 2012, online abrufbar unter www.adhs-zukunftstraume.de/content/hintergrund.aspx#position

Pressekonferenz „ADHS-Kinder in der Schule – wie kann das gut gehen?“
München, 17. April 2012.

Mit freundlicher Unterstützung der Shire Deutschland GmbH.

Gabriele Fischer von Weikersthal

ADHS: (K)eine Frage des Alters – Kinder, Jugendliche, Erwachsene

Zur Behandlung erwachsener Patienten mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist in Deutschland seit knapp einem Jahr erstmals eine medikamentöse Therapieoption zugelassen. Mit der Zulassung von Medikinet® adult ist bei fortbestehender ADHS-Symptomatik eine Weiterbehandlung über das 18. Lebensjahr hinaus möglich und eine Behandlungskontinuität auf rechtssicherer Basis umsetzbar. Eine Behandlungsoption kann für Erwachsene mit behandlungsbedürftigen ADHS-Symptomen auch dann bestehen, wenn die Diagnose im Kindesalter übersehen wurde: Da ADHS als Entwicklungsstörung aufgefasst wird, muss das Vorhandensein der ADHS-Symptome im Kindesalter dann jedoch retrospektiv belegt werden. Bildlich gesprochen wird hier gefordert, dass sich die Störung und ihre Auswirkungen wie ein roter Faden durch das Leben der Betroffenen ziehen. Eine an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik des Saarlandes entwickelte Handlungsanleitung – die „Integrierte Diagnose von ADHS im Erwachsenenalter“, kurz IDA, – unterstützt das diagnostische Vorgehen.¹

In der Praxis ergeben sich durch die erweiterten Behandlungsmöglichkeiten bei erwachsenen Patienten neue Anforderungen, wie bei einer von Medice unterstützten Fortbildung² „ADHS (K)eine Frage des Alters – Kinder, Jugendliche, Erwachsene“ in München festgestellt wurde. Besondere Bedeutung kommt einer engeren Vernetzung der mit den unterschiedlichen Altersklassen befassten Facharztgruppen zu, insbesondere von Kinder- und Jugendpsychiatern mit Erwachsenenpsychiatern und Nervenärzten. Eine zentrale Botschaft im interdisziplinären Dialog war, dass sich die bislang nicht oder kaum mit ADHS befassten Facharztgruppen die Erstdiagnose der Störung zutrauen können und auch sollen. „Die psychometrischen Gütekriterien der Diagnosebausteine sind gut evaluiert und im Vergleich sogar höher einzuschätzen als z.B. bei Persönlichkeitsstörungen oder Depressionen“, sagte Prof. Dr. Wolfgang Retz (Homburg/Saar).

Strukturierte zeitökonomische Diagnose

Die als Diagnosehilfe entwickelte IDA ist keine Neuentwicklung im engeren Sinn, sondern verknüpft etablierte und validierte Bausteine im diagnostischen Prozess. Das Instrument ist als Handlungsanleitung gedacht, nach der zeitökonomisch und dennoch komplett die Diagnose einer ADHS gestellt oder verworfen werden kann. „Auch dieses Teilinstrument weist eine gute konvergente Validität in der Selbsteinschätzung des Patienten und eine gute Interrater-Reliabilität auf“, sagte Retz.

Transition im Fokus

Ein Behandlungsbedarf bei erwachsenen ADHS-Patienten ergibt sich aus einer psychischen und sozialen (bis hin zu forsenisch relevanten) Beeinträchtigung. Anzuführen sind hier unter anderem gra-

vierende Probleme im Beruf, das häufigere Scheitern von Beziehungen und Partnerschaften, ein beträchtlich erhöhtes Unfallrisiko und ein vermehrt delinquentes Verhalten der Betroffenen. In einer von der DGPPN unterstützten Leitlinie zur Diagnose und Therapie der ADHS³ wird zudem auf die Bedeutung der ADHS als Risikofaktor für psychiatrische Komorbidität verwiesen, unter anderem für Sucht und Persönlichkeitsstörungen. Bei vier von fünf erwachsenen ADHS-Patienten wird das Bestehen wenigstens einer Komorbidität angenommen, sodass der Nachweis einer isolierten ADHS in der Praxis eine Ausnahme darstellt.

Da vorhandene Komorbiditäten die Planung und Durchführung einer ADHS-Behandlung wesentlich beeinflussen, ist im individuellen Fall eine exakte diagnostische Abklärung erforderlich. Anschließend wird man versuchen, die im Vordergrund stehende Störung zuerst zu behandeln: Beispielsweise kann bei leichteren komorbiden depressiven Störungen, wie Anpassungsstörung und Dysthymie, zunächst mit retardiertem MPH in Verbindung mit Psychoedukation behandelt werden. Bei akut bestehender mittelgradiger bis schwerer Major Depression ist MPH kontraindiziert und primär die Gabe eines Antidepressivums und Psychoedukation angezeigt.

Weitere praxisrelevante Fragen, die beim Übergang von Patienten in das Erwachsenenalter besondere Bedeutung haben, betreffen die Notwendigkeit zur Dosisanpassung während der Transition sowie Beobachtungen aus der Praxis, nach denen eine besprochene Flexibilisierung des Therapieschemas zur Verbesserung der Compliance beitragen kann. „Die Voraussetzung dafür ist jedoch, dass ein stabiles therapeutisches Bündnis besteht und

klare Handlungskorridore definiert wurden“, erklärte Prof. Dr. Michael Huss (Mainz).

Vorteile der Retardformulierung

Medikinet® adult, wie Medikinet® retard enthalten verzögert und rasch freisetzendes MPH im Verhältnis von 50:50, was im Vergleich zu Immediate Release-(IR-)-MPH-Präparaten mit deutlichen Vorteilen bei der Adhärenz der Patienten an die Therapie einhergeht.

Als wichtiger praxisrelevanter Nebeneffekt der verzögerten Freisetzung von MPH ergibt sich zudem ein deutlich reduziertes Missbrauchspotenzial. Die Frage nach einem Risiko für Missbrauch wird häufig gestellt, weil substanzbezogene Sucht bei ADHS-Patienten doppelt bis mehrfach so häufig auftritt wie in der Allgemeinbevölkerung. Nach Langzeitbeobachtungen zur Entwicklung von Sucht und Abhängigkeit sind von einer früh einsetzenden MPH-Behandlung jedoch eher positive Wirkungen zu erwarten: in groß angelegten Beobachtungen war das Risiko für spätere Sucht unbeeinflusst oder sogar reduziert. „Auch bei Patienten mit bereits bestehender komorbider Suchtproblematik ist eine Behandlung mit MPH unter kontrollierten Bedingungen möglich und erfolgversprechend“, sagte Prof. Dr. Christoph Möller (Hannover).

¹ Das Material zur Integrierten Diagnose von ADHS im Erwachsenenalter (IDA) kann über den Außendienst von Medice kostenfrei bezogen werden.

² Praxisworkshop „ADHS (K)eine Frage des Alters – Kinder, Jugendliche, Erwachsene.“ Praxisworkshops 2012. Berlin, 25. Februar 2012, unterstützt von Medice

³ Ebert D, Krause J, Roth-Sackenheim C (Hrsg.) ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN. Nervenarzt 2003; 74: 937-952

Nach Informationen von MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG, Iserlohn

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@onlinemed.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.

Tel.: 0221/68909-0

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

Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer

Tel.: 030/28047510, Tfx.: 0221/683204

stephan.esser@uminfo.de

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/68909-14, Tfx.: 0221/68909-78

christel.schierbaum@uminfo.de

Mitgliederverwaltung

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg

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

Kongressabteilung

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

Kongresse des BVKJ

www.kongress.bvkj.de

Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-15/16, Tfx.: 0221/68909-78

BVKJ Service GmbH

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

Geschäftsführer: Dr. Wolfram Hartmann

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Verhandlungsbevollmächtigter: Herr Klaus Lüft

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Tfx.: 0221/6890929

Ansprechpartnerinnen:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-27

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28

E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

E-Mail: Christen@HKA.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Frank Riedel

E-Mail: f.riedel@uke.uni-hamburg.de

Dr. med. Christoph Kupferschmid

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php