

bvkJ.

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

Heft 05/14 · 45. (63.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Hüftscreening -
noch mehr
Qualität nötig

Fortbildung:

Wann ist es
wirklich Scharlach?

Berufsfragen:

Weiterbildung für
die Praxis ohne Plan

Magazin:

Themeschwer-
punkt Sport:
Chronisch krank und
trotzdem Sport

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

bvkj.

Themenschwerpunkt Sport

S. 261

© Archiv Bundesverband Herzranke Kinder e. V.



© Archiv Bundesverband Herzranke Kinder e. V.

Inhalt 5/14

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

Forum

- 212 Vermischtes
- 213 **Wie erfolgreich ist das sonografische Hüftscreening?**
Franz Bundscherer
- 216 BVKJ gibt Vitamin D-Flyer für Patienten heraus
- 217 **Einen guten Ruf muss man pflegen und schützen – gerade im Internet**
Regine Hauch
- 218 Personalien
- 220 Ernährungsempfehlungen für Säuglinge: oft fehlerhaft kommuniziert
- 221 **Das Leser-Forum**
- 222 **Bits + Bytes: Wartungsverträge für Telefonanlagen überprüfen!**
Bernd Byte
- 222 Impressum

Fortbildung

- 223 **Scharlach**
Nicole Töpfer, Reinhard Berner
- 232 **Kutane Virusinfektionen: HPV und Mollusca contagiosa**
Peter H. Höger
- 238 **Highlights aus Bad Orb: Differenzialdiagnose Beinschmerzen**
Sonja Mrusek
- 247 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Robin Stier, Andreas Leenen
- 250 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 251 Praxistafel/Stellenanzeigen
- 252 **Consilium: Zufallsbefund MRSA im Rachenabstrich**

Berufsfragen

- 254 **Fit für die Praxis?**
Wolfgang Gempp
- 256 **Zur Auseinandersetzung mit den Berliner Rechtsmedizinern Prof. Dr. Tsokos und Dr. Guddat (Etzoldt)**
Wolfram Hartmann
- 257 **Über eine Trendwende, die keine ist**
Klaus Skrodzki
- 258 **Kinder- und Jugendmedizin stärken durch europäische Vernetzung**
Gottfried Huss
- 260 **Kindergesundheit – Kinderrechte – Kinderschutz**
Stephan Eßer

Magazin

- 261 **Themenschwerpunkt Sport: Sport bei chronischen Erkrankungen im Kindesalter am Beispiel von angeborenen Herzfehlern**
Elisabeth Sticker
- 266 Fortbildungstermine des BVKJ
- 267 Buchtipps
- 268 Personalien
- 270 **Nachrichten der Industrie**
- 277 Wichtige Adressen des BVKJ



siehe Seite 212

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt in voller Auflage ein Supplement der GlaxoSmithKline GmbH bei. Als Teilbeilage finden Sie das Programmheft der 17. Seminartagung des LV Hessen in Bad Nauheim und einen Flyer des LV Sachsen zur Psychosomatischen Grundversorgung.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

www.perinatalzentren.org – zentrale Internetplattform bietet Orientierungshilfe für werdende Eltern und einweisende Ärzte



Werdende Eltern und einweisende Ärzte können ab sofort auf der Website www.perinatalzentren.org die Ergebnisdaten von Krankenhäusern einsehen, die für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht zugelassen sind. Dies teilten der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und das Göttinger AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH mit.

www.perinatalzentren.org bietet Nutzern die Möglichkeit, Krankenhäuser nach bestimmten Kriterien zu sortieren. Dazu zählen sowohl die Behandlungsroutine, die ein Perinatalzentrum aufweisen kann, als auch das Überleben der Frühgeborenen insgesamt sowie das Überleben ohne schwere Erkrankungen. Teilnehmende Kliniken können darüber hinaus nach Name, Region und Entfernung ausgewählt werden.

„Die Freischaltung dieser zentralen Website ist ein erheblicher Fortschritt in Richtung Transparenz. Werdende Eltern, die sich auf eine Frühgeburt vorbereiten müssen, erhalten hier wertvolle Hilfestellungen bei der Auswahl des für ihre Situation passenden Krankenhauses. Die bisher

auf freiwilliger Basis erfolgende Beteiligung der Perinatalzentren zeigt deutlich deren eigenes Interesse an Qualitätsvergleich und Qualitätstransparenz“, sagte Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied im G-BA und Vorsitzende des zuständigen Unterausschusses Qualitätssicherung.

Datengrundlage der Seite, die das AQUA-Institut im Auftrag des G-BA erstellt hat, sind in der Startphase die zunächst freiwilligen Angaben zur Behandlungsqualität von aktuell 93 Krankenhäusern für die Erfassungsjahre 2008 bis 2012. Die Veröffentlichung der Daten von Perinatalzentren auf einer eigenen Internetplattform hatte der G-BA im Juli 2013 beschlossen. In einem nächsten Schritt sollen alle Kliniken, die Früh- und Neugeborene versorgen, verpflichtet werden, ihre Daten und Ergebnisse auf www.perinatalzentren.org zu veröffentlichen. Bisher haben die Kliniken nach den Vorgaben des G-BA bestimmte Ergebnisse der Versorgung von Früh- und Neugeborenen auf ihren eigenen Internetseiten veröffentlicht. Dazu zählen Informationen über die Häufigkeit von Hirnblutungen, Netzhauterkrankungen und entzündlichen Darmerkrankun-

gen sowie Zahlen zur Sterblichkeit.

Jedes Jahr werden in Deutschland etwa 9000 Kinder geboren, deren Geburtsgewicht unter 1500 Gramm liegt und die eine intensive medizinische und qualitativ hochwertige Versorgung in spezialisierten Krankenhäusern benötigen. Bundesweit gibt es derzeit etwa 180 bis 200 Kliniken, die Früh- und Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1500 Gramm versorgen (Perinatalzentren).

Interessierte können beim AQUA-Institut unter der Telefonnummer 0551-789 52-186 (Montag-Freitag, 10-18 Uhr) anrufen oder per E-Mail perinatalzentren@aqua-institut.de ihre Fragen stellen und weiterführende Informationen erhalten.

Das AQUA-Institut ist ein interessenunabhängiges und neutrales Dienstleistungsunternehmen. Seit Ende des Jahres 2009 setzt AQUA im Auftrag des G-BA den Aufbau einer bundesweiten und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen um.

Red: ReH

● Morgens um 10 in meiner Praxis ...

...finden sich ein: Großmutter, Mutter und Knabe, 14 Monate.

Großmutter: „Die KITA sagt, der Enkel brauche Physiotherapie nach Bobath, er würde so steif in den Hüften sein.“

Mutter: „Er läuft jetzt schon seit EINER Woche.“

Ich: „.....?.....“



Dr. Steffen Lüder, Berlin

Red.: ReH

Wie erfolgreich ist das sonografische Hüftscreening?

Versuch einer Bilanz

Die Hüftsonografie nach Graf stellt einen epochalen Fortschritt dar und bietet die Möglichkeit einer Frühtherapie der Hüften mit Dysplasie oder Dezentrierung (DDH) mit besserer Prognose und weniger Komplikationen. Das Ziel einer Frühdiagnostik und Frühtherapie für alle wird in Deutschland aber noch nicht ausreichend erreicht. Entscheidendes Verbesserungspotential entstünde durch ein neonatales generelles Hüftscreening. Eine zeitgerechte Durchführung des Screenings bis zum Ende der 6. LW bei allen Säuglingen und ein risikoadaptiertes neonatales Hüftscreening in allen Geburtshilfen sind als Minimalvariante anzustreben. Des Weiteren ist die Qualität der Untersucher noch nicht überall optimal, - hier könnten Refresherkurse oder eine besser standardisierte Ausbildung an der Klinik Verbesserungen bringen. Schließlich muss eine klinische und radiologische Verlaufskontrolle therapierter Hüften zum Ausschluss einer Spätdysplasie sichergestellt werden. Hierzu ist die Kooperation des Orthopäden und des Kinder- und Jugendarztes erforderlich, wie dies in vielen Regionen bereits erfolgreich praktiziert wird.



Dr. med.
Franz Bundscherer

Reinhard Graf publizierte ab 1980 seine wegweisenden Arbeiten zur Untersuchung der Säuglingshüfte mit Ultraschall. Bis dahin war der allgemein anerkannte Goldstandard zur Diagnostik einer Hüftdysplasie die Röntgenaufnahme nach dem dritten Lebensmonat. 1996 wurde in Deutschland ein generelles Hüftscreening in der 4. -6. Lebenswoche eingeführt. Ein Screening für Neugeborene wurde bei Risikofaktoren festgelegt und gefordert, mit der notwendigen Therapie vor der 6. Lebenswoche zu beginnen. Seit 2005 gibt es für niedergelassene Vertragsärzte eine Stichprobenprüfung der Qualität durch die KV.

Screening überwiegend durch Pädiater

Eine Umfrage unter den Kinder- und Jugendärzten in Bayern sollte darüber Aufschluss geben, in wie weit das Hüftscreening in der Versorgungsrealität 2013 allen Neugeborenen die Chance auf eine Frühtherapie eröffnet. Mit Unterstützung des Pädnetz und des BVKJ Bayern wurden alle Kinder- und Jugendarztpraxen in Bayern befragt. 304 Rückmeldungen konnten ausgewertet werden.

Das Hüftscreening wird überwiegend von Kinder- und Jugendärzten durchgeführt, während die Therapie überwiegend den orthopädischen Kollegen übertragen wird, insbesondere bei eindeutig pathologischen Hüftentwicklungen. Hüftreifungsverzögerungen und auch leichte Hüftreifungsstörungen werden häufig von Kinder- und Jugendärzten kontrolliert, bei ca. einem Viertel auch dort therapiert. Ernüchternd sind die Daten zum neonatalen Hüftscreening. Entgegen den Leitlinien wird viel zu häufig, besonders in kleinen und ländlichen Geburtshilfeabteilungen, kein Hüftscreening vorgehalten. Allerdings wird es auch in großen Geburtshilfen und Perinatalzentren teilweise aus organisatorischen und per-

sonellen Gründen nicht mehr angeboten. Auch das generelle Screening zur U3 erfolgt häufig nicht in den ersten 6 Lebenswochen.

Risikofaktoren nicht sensitiv, Frühtherapie wichtig

Da die Risikofaktoren: positive Familienanamnese, Beckenendlage, Abspreizhemmung nur bei ca. 40% der DDH zu finden sind, bleiben diese zu ca. 60% postpartal unentdeckt und können nicht einer Frühtherapie zugeführt werden. Dies bestätigen auch neue Publikationen. Andererseits ist die Frühtherapie der entscheidende Faktor für eine optimale Prognose. Tschauner hat in einer Kohortenstudie 2012 die Patienten des LKH Stolzalpe vor und nach der Einführung der Hüftsonographie verglichen und eine signifikante Verbesserung der Prognose

Region	Geprüfte Ärzte	Bestanden	%	Nichtbestanden	%	keine Daten
BW	313	223	71	90	29	–
Bayern	389	310	80	79	20	–
Nordrhein	279	197	71	82	29	–
WL.	44	36	82	8	18	–
GESAMT	2007	1088	79	416	21	503

Abb. 1: Auszug aus Qualitätsbericht der KBV 2012

durch die Vorverlegung der Therapie von 5,5 Monaten auf 2 Monate belegt. Es finden sich bessere Ergebnisse in kürzerer Zeit mit weniger Komplikationen, insbesondere praktisch keine Hüftkopfnekrosen mehr! Im Patienten-

kollektiv von Seidl et al war der prädiktive Wert der zugehörigen anamnestischen und klinischen Risikofaktoren bei mehr als 5000 Hüftsonogrammen so schlecht, dass annähernd gleich viele therapiepflichtige Hüftgelenke in den Gruppen mit und ohne Risikofaktoren zu finden waren. Man muss daher ein generelles Screening von Neugeborenen diskutieren, um eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen. Dies bestätigt auch die Fall-Kontroll-Studie von Kries 2012 mit einer Reduktion operativer Eingriffe durch das Sonographiescreening um 52 %. In dieser Studie lag lediglich bei 77% der operierten Hüften ein Hüftscreening bis Ende der 6. Lebenswoche vor.

Problem Untersuchungsqualität

Die Qualität des Hüftscreenings ist nur schwer einzuschätzen, da selbst die Zahlen der Qualitätssicherung der regionalen KVen extrem schwanken (Abb. 1). Nach den katastrophalen Ergebnissen der Überprüfung durch die



Abb. 2: Standardebene Hüftsonografie nach Graf Typ I

KV Westfalen Lippe (WL.) von 2006/7, bei der 91,4 % der Ärzte eine nicht sachgerechte Qualität der Dokumentation bescheinigt erhielten, hat sich die Situation eher verbessert, wobei die stark divergierenden Prozentzahlen an Beanstandungen nur durch unterschiedliche Prüfpraxis der einzelnen KVen erklärt werden

können. Insgesamt wurden selbst die Brauchbarkeitskriterien der Hüftsonogramme wie das Labrum acetabulare, der Unterrand des Os ileum oder der Knochenerker häufig als nicht ausreichend abgebildet beurteilt, was Fehleinschätzungen wahrscheinlich macht (Abb. 2). Die Verlagerung der Hüftsonographieausbildung vom Kursystem in die klinische Facharztausbildung durch Implementierung der Hüftsonographie in die Facharztweiterbildung hat vermutlich die Ausbildungsqualität eher verschlechtert, desgleichen die Verringerung der Geburtshilfen, die ein generelles Hüftscreening durchführen.

Kontrollen wegen möglicher Verschlechterungen nötig

Für alle, die Kinder mit Hüftreifungsstörungen betreuen, ist die Erkenntnis von besonderer Relevanz, dass auch ausbehandelte Hüftgelenke im Verlauf eine problematische Entwicklung im Sinne einer mangelhaften Weiterentwicklung durchlaufen können! In Ulm wurden 144 Hüften – die sonografisch normalisiert waren radiologisch weiterverfolgt: Mit 1-2 Jahren zeigten 34,7% der Hüften, nach 3 Jahren 18,1% einen AI (Acetabulum-Index) von 2. Bei 9 Hüften wurde schließlich die Indikation zur Osteotomie gestellt. Auch Daten der LMU München zeigen, dass nachgereifte sonografisch normale Typ I Hüften im Laufalter radiologisch in über 10% schwer pathologische AC-Winkel aufwiesen und eine weitere Nachkontrolle benötigen.

Eine ausführliche Version dieses Artikels mit Literatur finden Sie in PädInform

Dr. med. Franz Bundscherer
Egerlandstr. 80
82538 Geretsried
E-Mail: franz@bundscherer.com

Red.: Kup

BVKJ gibt Vitamin D-Flyer für Patienten heraus

Alles was Eltern über die Vitamin D-Versorgung wissen müssen, steht in dem neuen Flyer, den der BVKJ ab sofort für seine Mitglieder anbietet.

Der Flyer soll Kinder- und Jugendärzten ermöglichen, die persönliche Beratung der Eltern durch weitergehende Informationen zum Nachlesen zu vertiefen. Wie viel Vitamin D ein die Information der Eltern erleichtern. Säuglinge, Kleinkinder, ältere Kinder und Jugendliche brauchen, woher ihr Körper es bekommen kann und warum Vitamin D wichtig ist, all dies erklärt der neue Flyer in einfacher Sprache, kurz und knapp und übersichtlich.

Verfasst haben das Werk drei Experten für pädiatrische Endokrinologie:

die Biologin und Diplom-Trophologin Dr. Anja Moß und die beiden Kinder- und Jugendärzten Prof. Dr. Martin Wabitsch und Dr. Dirk Schnabel.

Moß arbeitet als AWMF-Leitlinienberaterin, sie ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie, Interdisziplinäre Adipositasambulanz an der Ulmer Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Prof. Dr. Martin Wabitsch, ist Pädiatrischer Endokrinologe und Diabetologe, Leiter der Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetolo-

gie, Interdisziplinäre Adipositasambulanz an der Ulmer Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin und seit 2013 Präsident der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG) e.V.

Dr. Dirk Schnabel ist ebenfalls Pädiatrischer Endokrinologe und Diabetologe, er arbeitet als stellvertretender Ärztlicher Leiter des SPZ für chronisch kranke Kinder und Jugendliche, Otto-Heubner-Centrum für Kinder- und Jugendmedizin, Charité Universitätsmedizin Berlin, und ist Sprecher der AG Knochenstoffwechsel der DGKED e.V.

Red: ReH



Bestellschein Vitamin D-Flyer

Hiermit bestelle/n ich/wir:

(bitte ankreuzen)

Paket 1 zum Preis von 5,- €

25 Broschüren

Paket 2 zum Preis von 7,50 €

50 Broschüren

Paket 3 zum Preis von 10,- €

100 Broschüren

Alle Preise inkl. MwSt. und Versandkosten

Liefer- /Rechnungsadresse:

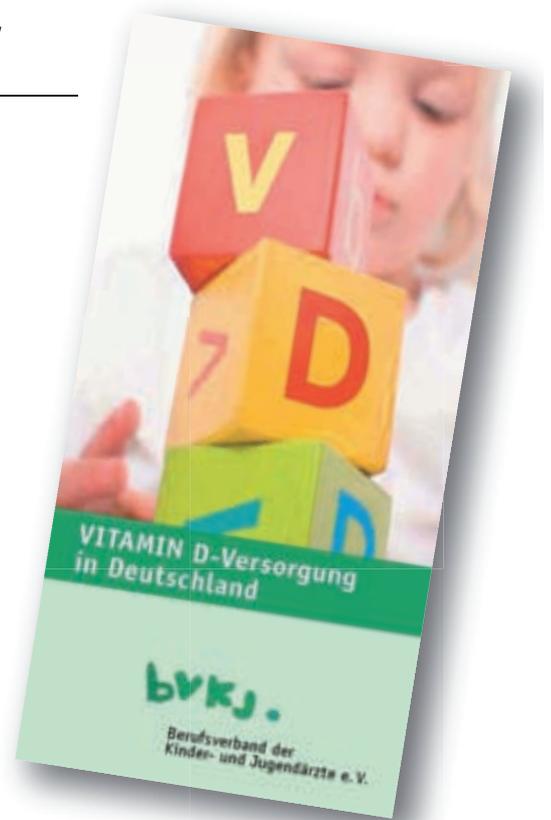
Name, Vorname/Praxis

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon/Fax

Datum/Unterschrift



Praxisstempel

Bitte senden Sie Ihre Bestellung

per Fax an: 0221 - 683204

per Post an: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

per E-Mail an: bvkj.buero@uminfo.de

„Einen guten Ruf muss man permanent pflegen und schützen - gerade im Internet“

Wenn Unternehmen, Politiker, Sportler, Anwälte oder Ärzte plötzlich am Internetpranger stehen, hilft er: Christian Scherg. Seine Agentur „Revolvermänner“ hat sich auf Online Reputationsmanagement und Krisenkommunikation spezialisiert. Ein Schwerpunkt seiner Arbeit ist das „Medical Reputation Management“.

Im Gespräch mit unserer Zeitschrift spricht Scherg darüber, wie Ärzte – speziell Kinder- und Jugendärzte – sich vor „Shitstorms“, schlechten Online-Bewertungen und anderen Katastrophen schützen können.

Viele Ärzte kümmern sich gar nicht darum, was in Bewertungsportalen über sie steht. Ist das nicht besser, als sich wegen einzelner schlechter Bewertungen verückt zu machen?

Scherg: Die Augen vor der „digitalen Welt“ einfach zu verschließen, hat bei vielen Ärzten schon zu einem erheblichen wirtschaftlichen Schaden geführt. Und dieser ist dann ganz „real“. Unlängst hatten wir hatten den Fall eines Pädiaters aus einer kleinen Gemeinde in Nordrhein-Westfalen. Irgendwann stellte der Arzt fest, dass ganz allmählich immer weniger Patienten seine Praxis aufsuchten. Zuerst wunderte er sich nur, dann ging er der Sache nach.

Als er seinen Namen im Internet „googelte“, erwischte es ihn eiskalt. Auf einem großen Ärzte-Bewertungsportal gaben seine Patienten bzw. deren Eltern ein vernichtendes Urteil über ihn und seine Praxis. Unter anderem hieß es: „Ich hatte Angst um meine fünfjährige Tochter!“, „Wenn er mit seinen eigenen Kindern so umgeht, dann tun sie mir leid.“, „Selten eine unfreundlichere und kinderfeindlichere Praxis erlebt!“ Natürlich immer anonym.

Aber so viele Eltern schauen doch gar nicht andauernd in die Bewertungsportale, erst recht nicht die „Stammkunden“.

Scherg: Wir leben in einer Zeit in der jedes Produkt und jede Dienstleistung im Internet bewertet wird. Und über 95 Prozent

der Menschen werfen heute einen Blick ins Netz und machen ihre Entscheidung von dem Bild abhängig, das sie dort vorfinden. Als Vater von zwei Kindern kenne ich die Mechanismen gut. Selbst wenn man persönlich gute Erfahrungen mit einem Arzt gemacht hat, heißt es plötzlich von anderen Eltern: „Wie kannst Du denn mit gutem Gewissen zu diesem oder jenem Arzt gehen? Hast Du Dir mal die Bewertungen im Internet angeschaut?“ Es entstehen Zweifel und das größte Kapital eines Arztes ist eben noch immer Vertrauen. Negative Urteile verbreiten sich zudem auch über Facebook. Das funktioniert wie ein Flächenbrand. Besonders Pädiater können betroffen sein. Die El-



tern, also ihr Klientel, sind jung und orientieren sich im Internet, anders als etwa die Patienten eines alteingesessenen Internisten, von denen viele nicht im Internet aktiv sind. Der Pädiater sah jedenfalls seine Existenz bedroht und natürlich auch die seiner Mitarbeiterinnen.

Wie kommt man denn dann an die Urheber, also die Schreiber in den Bewertungsportalen heran?

Scherg: Es war offensichtlich, dass der Kinder- und Jugendarzt gezielt diskreditiert wurde. Wir konnten dem Betreiber des Bewertungsportals vermitteln, dass die Bewertungen nicht zutreffen. Das dies überhaupt möglich war, liegt an unseren guten und langjährigen Beziehungen zu seriösen Por-

talbetreibern. Als Betroffener selbst haben Sie in der Regel kaum eine Chance, falsche Bewertungen zu löschen, weil man Ihnen direkt unterstellt, Sie würden die Richtigkeit der Aussagen nur anzweifeln, um bestehende Qualitätsprobleme zu verschleiern.

Und das allein war ausreichend?

Scherg: Natürlich nicht. Die Revolvermänner entwickelten eine Gegenstrategie, indem sie unter anderem dafür sorgten, dass zufriedene Patienten ihre positiven Erfahrungen im Internet platzierten. Mithilfe des „Medical Reputation Managements“ konnte der Ruf des Kinder- und Jugendarztes im Internet rehabilitiert werden. Dazu gehörte, Anreizsysteme für zufriedene Patienten zur Bewertung vor Ort in der Praxis zu schaffen und dass wir veraltete oder falsche Informationen in Foren, Blogs und Online-Bewertungsportalen korrigierten.

Können Kinder- und Jugendärzte dies auch selber tun?

Scherg: Wenn der gute Ruf erst einmal ruiniert ist, ist es für den niedergelassenen Arzt schwierig und sehr aufwändig, sich zu wehren. Profis, die sich mit Reputationsmanagement auskennen, machen das besser. Aber Ärzte können viel dafür tun, dass ihr Ruf erst gar keinen Schaden erleidet.

Und wie funktioniert eine solche Präventionsstrategie?

Scherg: Stellen Sie sich aktiv im Netz auf. Eine Webseite zu Ihnen und Ihrer Praxis und Präsenzen in sozialen Netzwerken wie Google+ oder Facebook sind zielführende Instrumente, um Ihre Reputation im Internet selbst zu gestalten. Googeln Sie sich regelmäßig selbst und schauen Sie, welches Bild von Ihnen im Web projiziert wird. Ermutigen Sie Ihre Patienten, Ihre medizinische Leistung zu bewerten und schaffen Sie Anreize dafür. Sie werden feststellen, dass Ihre zufriedenen Patienten Sie gerne positiv bewerten. Mit der Zeit werden sich diese positiven Bewertungen häufen. Damit wird es „Rufmördern“ schwieriger gemacht, Ihnen zu schaden.

ReH

● Personalien

Frankfurter Pädiater Prof. Peter Bader zum Vorsitzenden der „PediatricDiseases Working Party“ der Europäischen Gesellschaft für Knochenmark- und Stammzelltransplantation gewählt

Auf dem diesjährigen Jahreskongress der „European Group for Blood and Marrow Transplantation“ (EBMT) ist Prof. Peter Bader zum Vorsitzenden der „PediatricDiseases Working Party“ gewählt worden. Bader ist Leiter des Schwerpunktes Stammzelltransplantation und Immunologie der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Frankfurt. Baders Forschungsschwerpunkt liegt auf der Entwicklung präventiver, immuntherapeutischer Strategien, mit denen ein Rückfall nach einer Stammzelltransplantation bei Kindern akuten Leukämien und soliden Tumoren verhindert werden soll.



Der Kongress der EBMT fand vom 29. März bis zum 2. April in Mailand statt. Die 1974 gegründete Organisation ist die Dachgesellschaft aller europäischen Zentren und Wissenschaftler, die sich mit der klinischen Stammzelltransplantation und Zelltherapie beschäftigen.

Die „PediatricDiseases Working Party“, zu deren Vorsitzenden Bader nun gewählt wurde, soll vor allem die Forschung, Ausbildung und Kooperation in der Stammzelltransplantation und Zelltherapie bei Kindern fördern.

Red: ReH

Sinem Karaterzi, Forscherin aus der Unikinderklinik Essen mit beehrtem Nachwuchspreis ausgezeichnet

Im Rahmen der 45. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN) und der Arbeitsgruppe für Pädiatrische Nephrologie der Tschechischen Pädiatrischen Gesellschaft (WGPN CPS) wurde nun in Prag ein beehrter Nachwuchspreis an die Doktorandin Sinem Karaterzi aus der Klinik für Kinderheilkunde II am Universitätsklinikum Essen (UK Essen) verliehen.

Sinem Karaterzi ist Studentin des Promotionskollegs ELAN und untersucht in der experimentellen Arbeitsgruppe von PD Dr. Stefanie Weber unter der Leitung von Dr. Stefanie Jeruschke zytoprotektive Effekte von Calcineurin-Inhibitoren auf das Aktin-Zytoskelett in den sogenannten Podozyten. Dabei handelt es sich um spezifische Zellen der Nierenkörperchen, die eine wichtige Rolle in der Pathogenese von proteinurischen Erkrankungen spielen.

Ausgezeichnet wurde sie für ihren Vortrag zum Thema „Non-immunological effects of different immunosuppressive agents on cytoskeletal stability of human podocytes“.

„Genetische Veränderungen in den Erbanlagen spielen eine wichtige Rolle in der Entstehung einer Vielzahl von Erkrankungen der Niere und ableitenden Harnwege“, erläutert PD Dr. Stefanie Weber. Mit der Untersuchung eines Teiles dieser

Krankheitsformen beschäftigt sich ihre Arbeitsgruppe für Molekulare Genetik. „Die Auszeichnung von Frau Karaterzi sehen wir auch als Würdigung des Erfolges dieser Arbeit“ so PD Dr. Stefanie Weber.

Der „Young Investigator Award for the Best Abstract and Oral Presentation“ wurde von Sandoz Biopharmaceuticals gestiftet und ist mit 1000 € dotiert.

Red: ReH

Ernährungsempfehlungen für Säuglinge: oft fehlerhaft kommuniziert

Empfehlungen von Wissenschaftlern, wie die Ernährung von Säuglingen aussehen sollte, sind das eine. Das andere ist die Frage, wie diese Empfehlungen in den Ratgeberbroschüren kommuniziert werden, die junge Eltern häufig lesen. An der Hochschule Niederrhein hat Masterstudentin Julia Hirsch jetzt untersucht, wie die anerkannten Empfehlungen des Netzwerks „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“ umgesetzt werden. Ihr Ergebnis: Bei 70 Prozent der Ratgeberbroschüren, die von Fachgesellschaften, Verbänden, Ministerien, Krankenversicherungen oder von Unternehmen aus der Ernährungsindustrie herausgegeben werden, besteht dringender Überarbeitungsbedarf.

„Wenn es um den Übergang vom ausschließlichen Stillen zur Beikost geht, werden die Handlungsempfehlungen besonders oft falsch wiedergegeben“, sagt Prof. Dr. Christel Rademacher, die das Projekt leitet. Die Professorin für angewandte Ernährungswissenschaft am Fachbereich Oecotrophologie der Hochschule Niederrhein beschäftigt sich seit Jahren mit dem Thema Ernährungskommunikation.

Ein Beispiel: Während in den Handlungsempfehlungen von einer ausschließlichen Stilldauer von vier bis sechs Mona-



ten die Rede ist, sind in den Broschüren falsche Formulierungen zu finden wie „höchstens vier Monate stillen“ oder unkonkrete Formulierungen wie „bis vier Monate stillen“. „Bei den Frauen führt das völlig zu Recht zu Verunsicherung“, sagt Rademacher und kritisiert: „Bei den meisten Broschüren ist die empfohlene Formulierung zum Thema Stilldauer nicht zu erkennen.“

Aus Sicht von jungen Eltern, die sich über Säuglingsernährung informieren wollen, bedeutet das: Nur in bundesweit nicht einmal jeder dritten Ratgeberbroschüre finden sie korrekte Informationen, die den Handlungsempfehlungen von Ernährungswissenschaftlern entsprechen. 70 Prozent der Broschüren erfüllen die Anforderungen nicht, weil sie die Empfehlungen fehlerhaft oder unvollständig wiedergeben.

Dabei hatten die Herausgeber der Broschüren zwei Jahre Zeit, die Handlungsempfehlungen in ihren Broschüren aufzunehmen. Im Juni 2010 veröffentlichte das Netzwerk „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“ „Handlungsempfehlungen zur Säuglingsernährung und Ernährung der stillenden Mütter“. Diese basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und sollen als Beratungsstandard dienen u.a. für Hebammen, Frauenärzten sowie Kinder- und Jugendärzten und Ernährungsberatungen. Beschlossen wurden diese Empfehlungen im Konsens aller Fachverbände und Berufsvertreter, initiiert und gefördert ist das Projekt vom Bundesministerium für Ernährung.

Red: ReH

50 Jahre Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE): viel erreicht, viel zu tun

Die Pädiatrie würdigt seit jeher den hohen Stellenwert der gesunden Kinderernährung. Die moderne Kinderheilkunde geht wesentlich auf die Pionierarbeiten gegen Ende des 19. Jahrhunderts zur Erforschung und Verbesserung der Säuglingsernährung angesichts einer damals dramatisch hohen Säuglingssterblichkeit zurück - beispielhaft zu nennen ist insbesondere der Pionier Adalbert Czerny. Seitdem hat die Beschäftigung mit Fragen der gesunden Kinderernährung in unserem Fach immer weiter zugenommen. Längst geht es

nicht mehr nur um Säuglingsernährung. Als Folge verbesserter hygienischer Bedingungen und großer Fortschritte in der Behandlung und Prävention haben die akuten Infektionserkrankungen viel von ihrem früheren Schrecken Kinder verloren. In der Folge haben insbesondere auch die frühzeitige Erkennung und die Prävention von Krankheitsrisiken eine hohe Bedeutung bekommen. Eine wesentliche Herausforderung für die pädiatrische Ernährungsmedizin besteht heute in der Prävention ernährungsmitbedingter Krankhei-

ten im späteren Erwachsenenalter wie etwa Adipositas, Diabetes oder Herz-Kreislauferkrankungen durch die Förderung einer gesunden Ernährung von Anfang an.

Das Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE) greift aktuelle Fragestellungen zur Kinderernährung auf und bietet den Pädiatern, aber auch den Eltern praktisch umsetzbare Lösungsvorschläge in der heutigen Lebenswirklichkeit an. Präventive Ernährungskonzepte, wie etwa der „Ernährungsplan für das erste Le-

bensjahr' und die ‚Optimierte Mischkost' für Kinder und Jugendliche setzen wissenschaftliche Erkenntnisse zur Nährstoffzufuhr und zur Prävention in praktische lebensmittel- und mahlzeitenbezogene Empfehlungen um. In einem Ernährungskontinuum ist die Ernährung der Familie nahtlos in die Vorschläge für eine gesunde Kinderernährung einbezogen.

Die Kinder- und Jugendärzte sind über das große Vertrauen der Eltern in ihre Sachkompetenz und über den engmaschigen Kontakt zu den Kindern und Familien in den Vorsorgeuntersuchungen die wichtigsten Ratgeber für eine gesunde Kinderernährung in den ersten Lebensjahren. Grundlage und Standard der kinder- und jugendärztlichen Beratung sind seit vielen Jahren die gut verständlichen und für die Familie umsetzbaren Empfehlungen des FKE.

FKE feiert mit Fortbildungen

Weil mit dem vertieften Wissen über Ernährung immer neue Fragen auftauchen, haben Kinder- und Jugendärztinnen

und –ärzte, besonders jene aus Dortmund und Umgebung, schon immer die engen Kontakt zum FKE gehalten: durch regelmäßige gemeinsame Qualitätszirkel, durch gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen und durch aktive Unterstützung der mannigfaltigen Forschungsprojekte des FKE.

Auch deshalb haben die niedergelassenen PädiaterInnen in Dortmund und Umgebung das 50jährige Bestehen des FKE in diesem Jahr zum Anlass genommen, für 2014 das ‚Jahr des FKE' auszurufen. In mehreren Veranstaltungen soll auf die besondere Bedeutung des FKE für die pädiatrische Ernährung und damit für die Versorgung und Betreuung von Kindern und Familien aufmerksam gemacht werden.

Im Rahmen der Veranstaltungen findet am 06. Juni 2014 ab 15 Uhr der ‚1. Dortmunder Ärztetag Kinderernährung' statt, mit Beteiligung der KVWL, Hauptvorträgen zu übergeordneten und ernährungsmedizinischen Themen und mit einem

Einblick in die ‚Forschung live' am FKE.

Weitere Akteure mit einem besonderen Interesse an präventiver, gesunder Kinderernährung bzw. aus Professionen mit Nähe zu Kind und Familie sind herzlich zur Teilnahme eingeladen.

Mehr Infos unter: www.fke-do.de

Dr. Sigurd Milde

Obmann für Dortmund

BVKJ

Prof. Dr. Mathilde Kersting

Forschungsinstitut für Kinderernährung

PD Dr. Hermann Kalhoff

Klinik für Kinder und Jugendmedizin Dortmund

Red: ReH

Das Leser-Forum



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



Medizinische Bewertung des Babyschwimmens KiJuA (2014), Heft 2, Seite. 18.

Täglich erscheinen Eltern in unserer Praxis, die für ... eine ärztliche Bescheinigung benötigen. Kindergarten, Schule, Schwimmverein, Seepferdchenkurs, Fernsehaufnahmen etc.

Alle fordern eine Untersuchung. Es ist mehr als fraglich, dass ein bei Betreten der Praxis infektfreies Kind nach 1 Stunde Wartezimmer in der Grippezeit, auch beim Hinausgehen noch infektfrei ist. Unmöglich ist es zu bescheinigen, dass Fernsehaufnahmen oder ein Seepferdchenschwimmkurs die Entwicklung oder Gesundheit nicht gefährden. Denn erstens bin ich als Arzt nicht dabei, zweitens „Prognosen sind schwierig, v.a. wenn sie die Zukunft betreffen“ (nach K.Valentin).

Alle diese Untersuchungen gesunder Kinder sind nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung gedeckt, daher müssen diese Untersuchungen bezahlt werden. Unendliche Diskussionen.

Bitte werben Sie doch in der Zeitschrift unseres Berufsverbandes nicht unkommentiert für eine neue „Stellungnahme“, die eine weitere sinnlose Untersuchung fordert.

Götz Gnielka, Emden

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin am Kattewall

Dr. med. Ashraf El-Kabarity

Götz Gnielka

- Partnerschaft -

Kattewall 17 a

26721 Emden

Tel.: 0 49 21 / 2 51 51

post@kinderarzt-emden.de

Red.: Kup

Bits + Bytes ● ● ●



Wartungsverträge für Telefonanlagen überprüfen!

In vielen Praxen werden mit Übergabe an einen neuen Inhaber auch laufende Verträge übernommen, zum Beispiel für die Praxisverwaltungssoftware oder für die Telefonanlage. Software oder Anlagen, die man selbst eher nicht erworben hätte, deren Verträge aus Bequemlichkeit dann aber jahrelang ungekündigt bleiben. Schließt man mit dem Anbieter einer komplexeren Praxissoftware schon fast eine Ehe, so kann man eine Telefonanlage erheblich einfacher wechseln und sollte daher ggf. noch jährlich abgebuchte Beträge mit dem Nutzen vergleichen.

Gerade in der Telekommunikation sind Funktionen wie Konferenzschaltungen, für die man früher noch teure Anlagen benötigte, seit Jahren Standard. Diese lassen sich bei Bedarf mit (kostenpflichtigen)

ISDN-Diensten der Telefonprovider oder per bequemer PC Konfiguration über Anbieter wie www.meebl.de oder www.meetgreen.de schnell einrichten, was bei bestehender Flatrate sogar kostenlos ist. Wer auch mit Headset direkt per PC telefonieren mag, kann dazu auch Skype verwenden, wobei die Konferenzfunktionen der Software bei neueren Versionen inzwischen gut versteckt wurden. Skype ist zwar ein kostenloser Dienst, allerdings sollte man bei der Übertragung sensibler Daten sehr vorsichtig sein, wegen des Routens über Microsoft Server im Ausland. Dasselbe gilt übrigens auch, wenn man die Spracherkennungsfunktion des iPhone benutzt.

Für viele Praxen reichen inzwischen ISDN- Telefon-Kleinanlagen für wenige Hundert Euro. Diese werden einmal pro-

grammiert und arbeiten zuverlässig, einen Wartungsvertrag braucht man bei einer handvoll Telefonen in der Praxis heute nicht mehr. Bei Bedarf können auch nahegelegene Geschäfte für EDV oder Unterhaltungselektronik am Ort solche Anlagen warten. Sicherheitshalber kann man noch ein einfaches Ersatz-ISDN-Telefon parat halten, das am besten keine Stromversorgung benötigt, dann ist man für alle Notfälle gewappnet. Trotzdem sollte man nicht an der falschen Stelle sparen. Eine Telefonanlage sollte auch Systemtelefone unterstützen, mit denen man leicht erkennen kann, welche Apparate gerade benutzt werden. Das kann dem Praxispersonal regelmäßig Zeit und damit wiederum Geld sparen.

Dr. Bernd Byte

Red: ReH

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

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

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

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

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

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

Druckauflage 12.700

lt. IVWI/2014

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 47 vom 1. Oktober 2013

Bezugspreis: Einzelheft € 9,90 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 99,- zzgl. Versandkosten (€ 7,70 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte oder Unterlagen lehnt der Verlag die Haftung ab.

Hinweise zum Urheberrecht: Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

© 2014. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Scharlach

Scharlach ist ein nahezu jedem medizinischen Laien bekannter Krankheitsbegriff, der seit mehr als 2000 Jahren nicht an Aktualität verloren hat. Aufgrund der pathogenetischen Komplexität der Krankheitsmanifestation und den resultierenden variablen klinischen Verläufen, aber auch wegen der zum Teil sehr unscharf verwendeten Terminologie ist eine Begriffsbestimmung offensichtlich immer wieder wichtig. Beim Scharlach handelt es sich um eine Exotoxin-vermittelte Allgemeinerkrankung, die durch Infektion mit β -hämolisierenden Streptokokken vor allem der Lancefield-Gruppe-A ausgelöst wird. Neben dem heute eher seltenen klassischen Scharlach-Verlauf können milde, atypische Verlaufsformen diagnostische Schwierigkeiten bereiten. Nicht nur durch das bekannte scharlachrote Exanthem oder die Facies scarlatinosa, sondern vor allem durch das Vorliegen eines Symptomenkomplexes, der die systemische Krankheitsmanifestation widerspiegelt, ist Scharlach definiert. Scharlach ist daher auch nicht gleichzusetzen mit der häufiger auftretenden Streptokokken-Tonsillopharyngitis. Scharlach kann auch ohne Tonsillopharyngitis, nach Tonsillektomie oder ohne Exanthem auftreten. Durch die fehlende Kreuzimmunität der Exotoxine und der M-Oberflächenproteine kann es zu mehrfachen Scharlach-Erkrankungen kommen.

Einführung

Ob als fünfte Kinderkrankheit oder als febris scarlatina benannt, ist Scharlach seit dem Altertum eine der bedeutendsten Infektionskrankheiten und bis heute ein häufiges Krankheitsbild in der pädiatrischen Praxis. Bereits 430 v. Chr. wird in Athen das epidemische Auftreten beschrieben und Hippokrates, Celsus und Avicenna berichten von exanthematischen Krankheitsbildern hoher Letalität, deren Entität als Scharlach sehr wahrscheinlich ist. Auch heute noch kommt es zu Scharlach-Epidemien mit jedoch in der Regel deutlich milderem Krankheitsverlauf. Die Abgrenzung von Masern und Scharlach anhand klinischer Beobachtung ist schon seit mehr als drei Jahrhunderten bekannt. In Deutschland schreibt Daniel Sennert (1572-1637), der Leibarzt des Kurfürsten von Sachsen, in seinem Buch *De febris libris* (1619) von Scharlach als einer selbständigen Krankheit. In den *Observationes Medicae* (1676) prägt der englische Arzt Thomas Sydenham (1624-1689) erstmals den Begriff febris scarlatina. Streptokokken als Erreger des Scharlachs entdecken Gladys und George Dick gemeinsam mit Alphonse Dochez im Jahr 1923. Scharlach ist bis heute zum einen eine zwar häufige und alltägliche Diagnose, zum anderen aber nach wie vor so facettenreich, wie Heinrich Kirchmair es 1944 beschreibt: „Das Krankheitsbild und den Verlauf des Scharlachs darzustellen ist schwierig, weil diese Erkrankung mannigfaltig abgewandelt, klassisch oder atypisch, schwer oder leicht, mit oder ohne Komplikationen vorkommen kann“.

Ätiologie

Beim Scharlach handelt es sich um eine Toxin-vermittelte Systemerkrankung durch eine Infektion mit β -hämolisierenden Streptokokken. Scharlach kann ausgelöst

werden durch eine Streptokokken-Tonsillopharyngitis oder sehr viel seltener durch andere Haut- und Schleimhautinfektionen mit β -hämolisierenden Streptokokken. Bei diesen β -hämolisierenden Streptokokken handelt es sich in der überwiegenden Mehrzahl um die Spezies *Streptococcus pyogenes*, die das Lancefield-Antigen-A auf ihrer Oberfläche tragen und daher auch als Gruppe-A-Streptokokken (GAS) bezeichnet werden. Scharlach kann auch durch eine Infektion mit anderen β -hämolisierenden Streptokokken der Lancefield-Gruppe-C oder der Gruppe-D auftreten. Streptokokken besitzen eine Vielzahl verschiedener Virulenzfaktoren, die ihnen ermöglichen entweder als Kommensalen vor allem im menschlichen Rachen zu überleben oder aber zu lokalen sowie invasiven Infektionen zu führen. Zusätzlich haben einige dieser Virulenzfaktoren ein hohes immunogenes Potenzial.

Zentral für die molekulare Grundlage des Krankheitsbildes Scharlach sind phagenkodierte Superantigene, die auch als Streptokokken pyrogene Exotoxine (SPE) bezeichnet werden. Diese Superantigene sind bakterielle Toxine, die zu einer starken Aktivierung von CD4+ und CD8+ T-Zellen führen können. Diese Exotoxine können den MHC II Komplex direkt mit der V beta Region von T-Lymphozyten verknüpfen, ohne dass eine spezifische Antigenerkennung durch den T-Zellrezeptor benötigt wird. Dadurch kommt es zu einer Umgehung der normalen MHC II abhängigen spezifischen Immunantwort und zu einer direkten, massiven Ausschüttung inflammatorischer Zytokine, wie z. B. Interferon gamma, Interleukin 1 und 2, Tumornekrosefaktor alpha. Auf ein konventionell prozessiertes und präsentiertes Antigen reagiert zumeist weniger als eine von 10.000 T-Zellen. Durch ein Superantigen hingegen können mehr als 20 % der



Dr. med. Nicole Töpfer



Prof. Dr. med. Reinhard Berner

zirkulierenden T-Zellen gleichzeitig aktiviert werden. Insbesondere beim sogenannten „Toxischen Scharlach“ oder „Streptokokken-Toxin-Schock-Syndrom“ kommt der Superantigen-induzierten, massiven Zytokinfreisetzung eine bedeutsame Rolle zu, die letztendlich im fulminanten Schock zum Herz-Kreislaufversagen führen kann.

Zusammenfassend handelt es sich bei der Streptokokken-Tonsillopharyngitis um eine bakterielle Lokalinfection. Beim Krankheitsverlauf des Scharlachs steht die systemische Immunantwort auf die pyrogenen Exotoxine im Mittelpunkt, d. h. Scharlach tritt bei einer Streptokokken-Infektion nur auf, wenn die Streptokokken pyrogene Exotoxine produzieren und keine Immunität des Erkrankten gegen die Exotoxine vorliegt. Die konkrete Verwendung des Begriffs Scharlach basiert daher auf der bewussten Abgrenzung zu Streptokokken-Infektionen ohne (relevante) Exotoxinbildung. Klinisch führt die toxin-vermittelte Immunantwort zu den scarlatinösen Haut-/Schleimhauteffloreszenzen und – gemeinsam mit anderen Virulenzfaktoren – zu systemischen Entzündungsreaktionen und Fieber.

Epidemiologie

Das Auftreten von Scharlach ist abhängig von der Inzidenz der Streptokokken-Infektionen und dem Anteil phagentragender, exotoxin-produzierender Streptokokken. Es ist von einer regional und zeitlich stark schwankenden Inzidenz auszugehen, zu der aktuell für Deutschland – auch durch den häufig unsharp verwendeten Scharlach-Begriff – keine genaue Angaben vorliegen.

Die Streptokokken-Tonsillopharyngitis ist weltweit verbreitet und gehört zu den häufigsten bakteriellen Infektionen im Kindes- und Jugendalter. Der Altersgipfel liegt zwischen dem 6. und 12. Lebensjahr. Haut- und Schleimhautinfektionen durch Streptokokken treten vor allem in tropischen und subtropischen Klimaregionen auf und sind insbesondere bei Reise-Rückkehrern zu beachten. Zur Tonsillopharyngitis kommt es durch Tröpfcheninfektion. Hautinfektionen entstehen zumeist als Schmier- und Superinfektionen. Im Vergleich zur Streptokokken-Tonsillopharyngitis ist die Streptokokken-Kolonisation des menschlichen Rachens sehr viel häufiger. In den Wintermonaten können bis zu 25 % der Bevölkerung – vor allem Kinder und junge Erwachsene – Streptokokken-Träger sein. Die Streptokokken-Transmission erfolgt meist von erkrankten Personen, nur sehr selten von asymptomatischen Streptokokken-Trägern.

Klinisches Bild

Das wohl bekannteste Charakteristikum des Scharlachs ist das klassische Scharlach-Exanthem. Es spiegelt sich auch im analog verwandten Begriff scarlatina, der mit dem lateinischen Wortursprung „scarlatum – rotes Gewand“ die roten Scharlach-Effloreszenzen veranschaulicht.

Von zentraler Bedeutung ist, dass es sich beim Scharlach immer um einen Symptomenkomplex handelt. Durch diesen erfolgt die ätiologische Differenzierung zu einer Vielzahl viraler Effloreszenzen mit ähnlicher Morphologie, sowie zur „normalen“ Streptokokken-Tonsillopharyngitis. In Tabelle 1 sind die Diagnose-Kriterien dargestellt.

Klassischer Scharlach	Scarlatinella („Atypischer“ Scharlach)	Wundscharlach	Schwerer Scharlach	
			Septischer Scharlach	Toxischer Scharlach
GAS-Tonsillopharyngitis	GAS-Tonsillopharyngitis	GAS-Hautinfektion oder -Schleimhautinfektion	Nekrotisierende GAS-Infektion und GAS-Nachweis aus dem Gewebe und der Blutkultur	nicht-nekrotisierende GAS-Infektion und GAS-Nachweis aus der Blutkultur
Fieber	Subfebrile Temperatur oder Fieber	Subfebrile Temperatur oder Fieber	Hohes Fieber Sepsis oder schwere Sepsis	Hohes Fieber Sepsis mit schwerer, systemischer Intoxikation mit Hypotension und Multiorganversagen
Facies scarlatinosa Himbeerzunge Enanthem Exanthem	(Facies scarlatinosa) (Himbeerzunge) Enanthem u./o. Exanthem	(Facies scarlatinosa) (Himbeerzunge) Enanthem u./o. Exanthem nahe der Primärinfektion	(Facies scarlatinosa) (Himbeerzunge) Enanthem u./o. Exanthem	(Facies scarlatinosa) (Himbeerzunge) Enanthem u./o. Exanthem
Desquamation	u./o. Desquamation	u./o. Desquamation	u./o. Desquamation	u./o. Desquamation

Tabelle 1: Die verschiedenen Scharlachformen in Anlehnung an Degwitz (1922) und Kirchmair (1944)

Scharlach entsteht auf der Basis einer Streptokokken-Infektion letztendlich durch die menschliche Immunantwort auf die Exotoxin-Bildung der Bakterien. Diese dynamische Interaktion ist hochvariabel. Daher werden innerhalb des Symptomenkomplexes Scharlach – anhand der Variation der klinischen Symptome zueinander – verschiedene Scharlachformen eingeteilt. Diese stellen die unterschiedlichen klinischen Manifestationen dar und werden durch attributable Zusätze zum Wort „Scharlach“ gekennzeichnet. Anhand der Klassifikation wird ersichtlich, dass Scharlach auch ohne Exanthem vorkommen kann, oder auch, dass die Tonsillopharyngitis ein sehr häufiges, aber nicht zwingendes Kriterium des Scharlachs ist.

Aufgrund des breiten klinischen Spektrums gehört zur präzisen Scharlach-Diagnose daher die Angabe eines der Klassifikationskriterien, wie „Klassischer Scharlach“, „Wundscharlach“ etc. In Abgrenzung zur Streptokokken-Tonsillopharyngitis ohne Scharlach ist von Bedeutung, dass beim Scharlach neben Fieber immer mindestens ein weiteres klinisches Kriterium gefordert ist, das die systemische Reaktion auf die Exotoxine anzeigt.

Klassischer Scharlach

Während der Scharlach im 17. und 18. Jahrhundert auf vielen Kontinenten epidemisch war, ist der klassische Scharlach heutzutage in Europa und Nordamerika selten geworden. Er beginnt plötzlich mit Schüttelfrost, hohem Fieber (febris scarlatina), Tachykardie, oft auch mit Kopfschmerzen und kurzzeitigem Erbrechen. Begleitend ist das Gesicht häufig fieberhaft gerötet und es fällt eine abnorme Blässe des Mund-Nase-Dreiecks (facies scarlatinosa) auf. Fast regelmäßig treten zusätzlich Halsschmerzen, Schluckbeschwerden und eine submandibuläre Lymphadenopathie auf. Die Tonsillen sind geschwollen und deutlich gerötet (angina tonsillaris). Auf den Tonsillen sind abwischbare, weiße bis gelbliche Stippchen (angina follicularis) sichtbar, manchmal auch streifig/konfluierende Beläge (angina lacunaris). Das charakteristische Enanthem ist auf dem weichen Gaumen scharf abgegrenzt, kleinfleckig und initial rot flammend bis es sich dunkelrot verfärbt. Die Zunge ist zunächst grauweißlich belegt („weiße Himbeerzunge“) und häufig besteht ein charakteristischer Foetor ex ore. Beginnend von der Zungenspitze und dem Zungenrand verschwindet nach drei bis vier Tagen der Belag und es treten darunter die erhabenen Zungenpapillen deutlich hervor („rote Himbeerzunge“), Abb.1.

Zumeist 12 bis 48 Stunden nach fieberhaftem Krankheitsbeginn und Enanthem, aber auch noch nach drei bis vier Tagen, tritt häufig unter Jucken das Scharlachexanthem auf. Beginnend in den Achsel- und Leistenbeugen sowie an Brust, Hals und Rücken breitet es sich über den Stamm und vor allem auf die Innenseiten der Extremitäten aus. Kleinfleckige, erhabene, zunächst blassrote Effloreszenzen färben sich nach ein bis zwei Tagen scharlachrot und konfluieren an vielen Stellen zu einer diffusen Röte. Die retroaurikulären Regionen und der Perioralbereich bleiben zumeist ausgespart. Bringt man das flächenhafte Scharlacherythem durch Glasspatelndruck zum Verschwinden (Diaskopie), so erscheint die Haut leicht ikterisch. Streicht man mit den Fingernägeln darüber, entstehen für kurze Zeit weiße Steifen (dermographismus albus). Es können aufgrund der erhöhten Kapillarfragilität auch Petechien auftreten (positi-

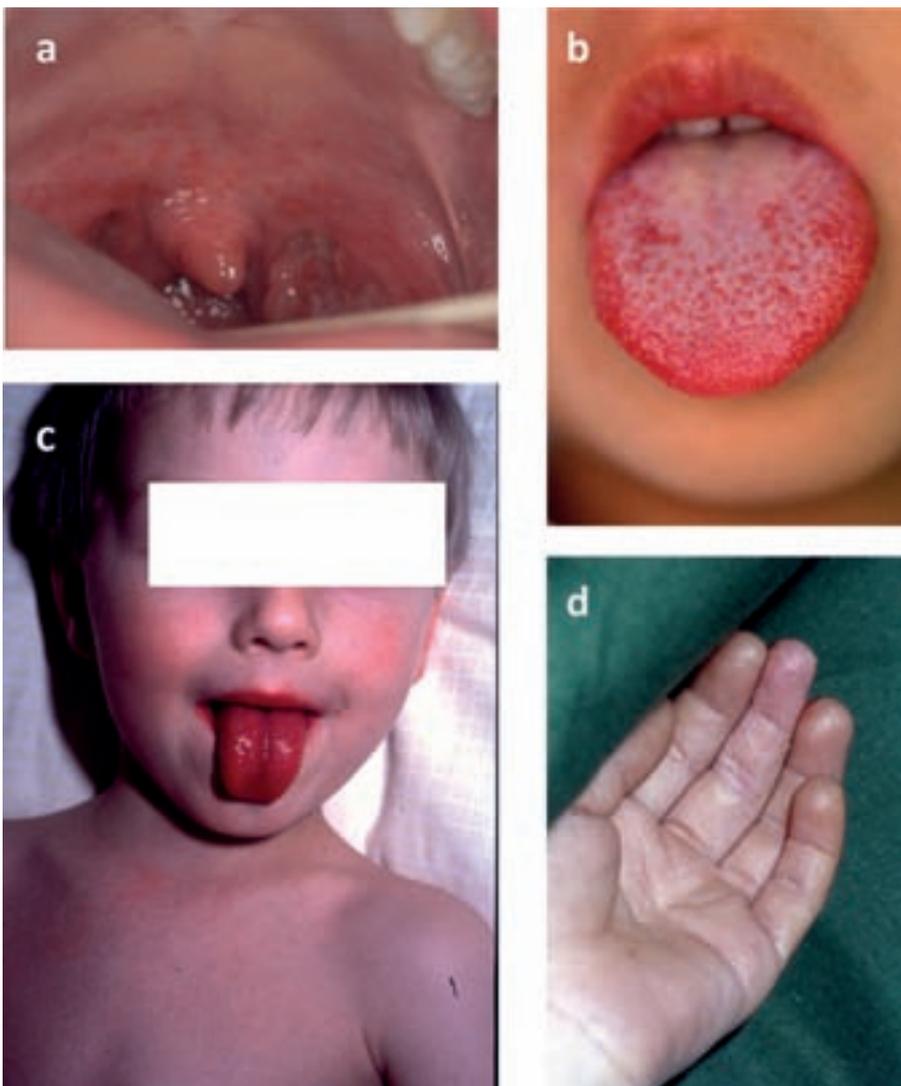


Abbildung 1: Klassischer Scharlach mit (a) fleckförmig rotem Enanthem des weichen Gaumens und exsudativer Schwellung der Rachenmandeln, (b) weißer Himbeerzunge, (c) roter Himbeerzunge, geröteten Wangen, perioraler Blässe, scarlatinösem Exanthem am Stamm und (d) lamellöser Schuppung der Finger

ver Rumpel-Leede-Test). Nach drei bis vier Tagen blasst das Scharlachexanthem in umgekehrter Reihenfolge ab und etwas später sinkt stufenweise auch das Fieber. Eine Konfluenz des Scharlachexanthems ist häufig, allerdings können die makulösen Effloreszenzen auch einzeln stehen (scarlatina variegata). In manchen Fällen können Scharlachfrieseln (miliaria scarlatinosa suppurativa) beobachtet werden. Es handelt sich um kleine, weißgelblich schimmernde Bläschen, die an einzelnen Körperstellen oder ubiquitär auftreten können, sich scharf von dem Scharlachexanthem abheben und meist nach einigen Tagen eintrocknen und abschuppen (scarlatina miliaris).

In der zweiten Woche oder später nach Abblasen des Scharlachexanthems beginnt die Desquamation. Diese tritt zunächst kleieförmig im Gesicht, an den Ohrmuscheln, Achselfalten und Leistenbeugen auf. Neben diskretem Verlauf kann es auch zur groß-lammellösen Schuppung der Handflächen, Finger, Zehen und Fußsohlen kommen. Häufig ist die Schuppung vier bis sechs Wochen nach Krankheitsbeginn beendet, in Einzelfällen kann sie auch einige Monate anhalten.

Scarlatinella („Atypischer“ Scharlach)

Wesentlich häufiger finden sich milde Scharlach-Verläufe, die vom klassischen Krankheitsbild abweichen. Oft treten dabei alle Symptome in geringerer Intensität auf. Scarlatinella kann mit nur subfebrilen Temperaturen, mildem Fieber und auch kaum merklicher Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens einhergehen. Das Erbrechen fehlt häufig. Das Exanthem kann nur gering auftreten und so spärlich oder flüchtig sein, dass es kaum bemerkt wird. Bei geringer Ausprägung des Exanthems findet man dieses am ehesten inguinal und in den Genitokruralfalten. In einigen Fällen kann auch das Enanthem sehr schwach ausgebildet sein und aus nur wenigen, zart-fleckigen Effloreszenzen bestehen, die bei der enoralen Inspektion übersehen werden. In diesen Fällen kommt es bei Krankheitsbeginn oft zu diagnostischen Schwierigkeiten. In Fällen ohne charakteristisches Exanthem u./o. Enanthem ist – in Abgrenzung zur Streptokokken-Tonsillopharyngitis ohne Scharlach – gefordert, dass neben Fieber zumindest eine charakteristische Desquamation im Verlauf auftritt, durch die ein systemischer Krankheitsverlauf erkennbar wird und die retrospektiv zur Diagnose Scarlatinella führt.

Wundscharlach

Als Wundscharlach wird eine Infektion mit Exotoxin-bildenden GAS bezeichnet, deren Infektionsort nicht die Tonsillen bzw. der Pharynx ist. Prinzipiell kann es sich dabei um jede Form der Haut- und Schleimhautinfektion handeln. Diese Scharlachform tritt häufig nach Epitheldefekten im Rahmen von Verletzungen, Operationen oder Verbrennungen auf. Historisch wurde dieser Scharlach alternativ auch als traumatischer oder chirurgischer Scharlach bezeichnet. Bei einer Infektion im Wochenbett war der Begriff Puerperalscharlach geläufig. Auch im Rahmen von superinfizierten Varizellen-Effloreszenzen kann der Wundscharlach beobachtet werden. Der Verlauf

des Wundscharlachs ähnelt dem klassischen Scharlach. Das Enanthem ist häufig schwächer ausgeprägt als beim gewöhnlichen Infektionsweg. Das Exanthem ist um die Infektionsstelle herum am deutlichsten. Das Krankheitsbild ist in der Regel schwer und der Übergang in den „septischen Scharlach“ fließend.

Septischer Scharlach

Beim Septischen Scharlach kommt es initial oder innerhalb der ersten Krankheitswoche zu hohem Fieber und ausgehend von der Lokalinfektion plötzlich zu fortschreitender, ausgeprägter Gewebenekrose. Durch Abszedierung per continuitatem, Sepsis und septische Streuung kommt es zur schweren invasiven Streptokokken-Infektion, die potenziell alle Organsysteme betreffen kann.

Geht die Infektion vom Rachen aus (angina necroticans), können sich peritonsilläre und retropharyngeale Abszesse bilden, die sich bis zum Kehlkopf und der Trachea ausbreiten oder als Phlegmone das gesamte cervikale Bindegewebe einbeziehen können (angina Ludovici). Geht der Septische Scharlach von einer Haut- bzw. Weichgewebe-Infektion aus – am ehesten dem entsprechend, was man heute üblicherweise als nekrotisierende Faszitis bezeichnet – kommt es nach initial diffus schmerzhaftem Erythem mit potenzieller Blasenbildung zu schnell fortschreitender Nekrose der Haut, Faszienn und Subkutis sowie potenziell zu septischer Schocksymptomatik und Multiorganversagen. Beim Septischen Scharlach in Abgrenzung zur invasiven Streptokokken-Infektion ohne Scharlach ist neben der nekrotisierenden Streptokokkeninfektion das zusätzliche Auftreten des Symptomenkomplexes von Klassischem Scharlach, Scarlatinella oder Wundscharlach gefordert oder – als Komplikation im Verlauf – das Auftreten des Toxischen Scharlachs.

Toxischer Scharlach

Der (hyper-)toxische Scharlach oder auch scarlatina fulminans genannt mag dem heutigen Streptokokken-Toxin-Schock-Syndrom (STSS) entsprechen. Es handelt sich um eine perakute, schwere Verlaufsform des Scharlachs durch eine invasive Infektion mit Exotoxin-bildenden Streptokokken. Als Zeichen der ausgeprägten Intoxikation treten meist kurz nach der Lokalinfektion sehr hohes Fieber, anhaltendes Erbrechen, Durchfälle, Delir, Meningismus und Krampfanfälle sowie Koma und Schock auf. Es kommt zu Hypotension und Multiorganversagen. Prognostisch ungünstig ist das frühe Auftreten von Petechien.

Geht der Toxische Scharlach vom Rachen aus, findet sich neben der Tonsillopharyngitis häufig ein ausgeprägt dunkles, scharf abgesetztes Enanthem des weichen Gaumens. Häufig kommt es durch den foudroyanten Krankheitsverlauf mit Zentralisation lediglich zur spärlichen Ausprägung des Exanthems, welches dann eher livide erscheint. Eine frühzeitige parenterale antibiotische Therapie und effektive intensivmedizinische Behandlung kann einen potenziell letalen Verlauf verhindern. Die Sterblich-

Bei allen Scharlachformen, die vom klassischen Verlauf abweichen, ist der Nachweis der Streptokokken-Infektion von zentraler Bedeutung.

keit ist mit ca. 30 % deutlich höher als beim häufigeren Staphylokokken-Toxin-Schock-Syndrom. Perimenstruelle Verläufe durch infizierte Tampons werden auch beim Streptokokken-Toxin-Schock-Syndrom beschrieben.

Diagnostik

Die Scharlach-Diagnose wird bei klassisch vorliegendem Symptomenkomplex primär klinisch gestellt, eine Sicherung kann durch den Streptokokken-Nachweis erfolgen. Alle anderen Scharlachformen sollten in jedem Fall durch den Erregernachweis gesichert werden. Der Goldstandard zum Nachweis β -hämolisierender Streptokokken ist die mikrobiologische Kultur. Diese kann als Übernachtkultur des Abstrichs auf 5 % Columbia Blutagar bei 35 °C erfolgen. Zumeist liegt beim Scharlach als Lokalinfection die GAS-Tonsillopharyngitis vor. Durch den Antigen-basierten Direktnachweis der GAS aus dem Rachensekret verkürzen kostenintensivere Schnelltestverfahren inzwischen das Zeitintervall bis zur Diagnose. Schnelltest-Sensitivität und -Spezifität schwanken herstellerabhängig zwischen 66 bis 96 % und 69 bis 99 %. Insbesondere bei hochgradigem klinischen Verdacht auf eine Tonsillopharyngitis durch GAS und negativem Schnelltestnachweis ist es wichtig, die niedrigere Schnelltestsensitivität zu berücksichtigen und zum sicheren Ausschluss eine mikrobiologische Kultur anzustreben. Für den GAS-Nachweis aus anderen Infektionsorten sind die meisten Schnelltests nicht validiert. Gruppe-C und Gruppe-D-Streptokokken werden durch die Gruppe-A-spezifischen-Schnelltests nicht erfasst. Zur Sicherung der Diagnose des septischen und toxischen Scharlaches erfolgt der kulturelle Nachweis der Streptokokken zusätzlich aus primär sterilem Material (Blut, Liquor, Gelenkpunktat etc.). Beim toxischen Scharlach können Streptokokken gelegentlich auch aus einem infizierten Tampon nachgewiesen werden. Ein PCR-basierter Nachweis der Exotoxin-Gene in den GAS-Stämmen kann den Verdacht auf Scharlach unterstützen. Der Gen-Nachweis hat jedoch nur eine sehr eingeschränkte Aussagekraft, da viele GAS-Stämme diese Gene tragen. Antikörpernachweise gegen Streptokokken (Antistreptolysintiter, Anti-Dnase-B-Titer etc.) sind zur Scharlach-Diagnose nicht geeignet, die Bestimmung ist daher nicht sinnvoll.

Therapie

Bei Scarlatinella und Scharlach ohne invasive Streptokokkeninfektion ist eine orale 7-tägige Penicillintherapie empfohlen. Diese kann als Penicillin V mit 100 000 IE pro kg Körpergewicht in drei Einzeldosen täglich oder als Phenoxymethylpenicillin-Benzathin mit 50 000 IE pro kg Körpergewicht in zwei Einzeldosen täglich erfolgen sowie bei schwereren Krankheitsverläufen auch mit Penicillin G intravenös (100 000 IE/kg KG/d in 4 ED). Im Falle einer Penicillinallergie kann alternativ eine Therapie mit Makroliden (z. B. Erythromycinstolat mit 40 mg/kg KG/d in 3ED täglich) durchgeführt werden. Bei einer Therapie mit Makroliden oder Clindamycin sind Resistenzen der Streptokokken zu beachten, die regional stark variieren. Alternativ können auch orale Cephalo-

sporine (z.B. Cefadroxil) über fünf Tage eingesetzt werden. Beim Wundscharlach sollte ggf. zusätzlich ein Wunddebridement chirurgisch und eine Lokalthherapie mit Antiseptika (Chlorhexidin, Lavasept, Octenidin, PVP-Iod, Triclosan o. ä.) erfolgen.

Bei Scharlach mit lokalen Komplikationen sowie septischem oder toxischem Scharlach ist eine parenterale antibiotische Therapie obligat. Insbesondere bei nekrotisierenden Infektionen ist eine frühzeitige systemische Antibiotika-Therapie und soweit möglich ein vollständiges Wunddebridement wichtig. Die intravenöse Therapie erfolgt nach Erregernachweis mit Clindamycin (40 mg/kg KG/d in 3 ED) und Penicillin G (200 000 – 400 000 IE/kg KG/d in 4 ED). Durch Clindamycin scheint die Exotoxin-Produktion und Zytokinantwort verringert werden zu können. Aufgrund von Clindamycin-Resistenzen ist eine Monotherapie nicht zu empfehlen. Es ist sehr umstritten, ob die Gabe von intravenösen Immunglobulinen durch Neutralisation zirkulierender Antigene zur Senkung der Zytokin-Produktion führen und den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen kann. Eine antibiotische Therapie von asymptomatischen Kontaktpersonen oder Streptokokken-Trägern ist nicht indiziert.

Folgeerkrankungen

Im Anschluss oder während der Scharlach-Erkrankung kann es zu lokalen und systemischen Komplikationen der Streptokokken-Infektion kommen. Bei Scharlach mit Tonsillopharyngitis umfassen diese u. a. Peri- und Retropharyngealabszess, Otitis media, Sinusitis und purulente Lymphadenitis colli. Aus Klassischem Scharlach, Scarlatinella und Wundscharlach können sich invasive Streptokokken-Infektionen und schwere Scharlach-Formen entwickeln.

Wie nach allen GAS-Infektionen kann es auch nach einem Verlauf mit Scharlach zu immunvermittelten Streptokokken-Folgeerkrankungen, wie dem Akuten Rheumatischen Fieber und der Rheumatischen Herzkrankheit, der Poststreptokokken-Glomerulonephritis, der Poststreptokokken-Arthritis sowie der Chorea minor Sydenham kommen. Zwar wäre ein erhöhtes Risiko durch die systemische Entzündungsreaktion beim Scharlach im Vergleich zu Lokalinfectionen vorstellbar, dies ist jedoch nicht durch Daten belegt. Zudem wird die Entstehung von Streptokokken-Folgeerkrankungen vorwiegend dem immunogenen Potential des M-Proteins zugeschrieben und ist nicht primär mit den Exotoxinen verknüpft. Die klinische Schwere der GAS-Infektion an sich hat keinen Einfluss darauf, ob eine immunvermittelte Folgeerkrankung auftritt. Im 20. und 21. Jahrhundert sind immunvermittelte Streptokokken-Folgeerkrankungen in Deutschland und Europa selten geworden, sodass das derzeitige Risiko weiterhin als eher gering eingeschätzt werden kann.

Immunität

Eine Immunität gegen Scharlach kann sich zum einen gegen die pyrogenen Exotoxine der Streptokokken ausbilden, zum anderen gegen das sog. M-Protein. Beim M-

Protein handelt es sich um ein Oberflächenprotein, das als einer der Hauptvirulenzfaktoren u. a. die Opsonierung der Streptokokken und die Komplementaktivierung verhindert. Beide Antigengruppen hinterlassen keine zuverlässig protektive Kreuzimmunität, sodass es mehrfach zu Re- und Neuinfektionen kommen kann. Derzeit sind über 90 allelische Varianten der Exotoxine sowie über 240 verschiedene M-Typen bekannt. Wird eine Tonsillopharyngitis durch einen Streptokokken-Stamm verursacht, der ein pyrogenes Exotoxin bildet gegen das der Patient eine ausreichende Immunität hat, so tritt bei diesem Patienten kein Scharlach auf. Eine andere Person ohne entsprechende Immunität kann sich jedoch anstecken und an Scharlach erkranken. Eine Schutzimpfung gegen Gruppe-A-Streptokokken ist bisher nicht etabliert.

Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen

Bei GAS-Tonsillopharyngitis oder Scharlach kann gemäß Robert-Koch-Institut eine Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen bei einer Antibiotikatherapie und ohne Krankheitszeichen ab dem zweiten Tag erfolgen, andernfalls nach Abklingen der Krankheitssymptome. Es ist kein schriftliches ärztliches Attest und kein erneuter Rachenabstrich erforderlich. Gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) besteht keine bundesweite Meldepflicht für Scharlach. Nur in einigen Bundesländern (Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen) ist dieser gegenwärtig meldepflichtig. Für die Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen besteht bei Scharlach-Ausbrüchen dann eine Meldepflicht, wenn es sich gemäß § 6 (1) 5 b IfSG um Krankheitsverläufe mit „schwerwiegender Gefahr für die Allgemeinheit“ oder gemäß § 6 (3) IfSG um „gehäuft auftretende nosokomiale Streptokokken-Infektionen“ handelt.

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzanschrift:

Dr. med Nicole Töpfer
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus
Fetscherstr. 74
01307 Dresden
Tel.: 0351/4582440/ - 2508
E-Mail: nicole.toepfner@uniklinikum-dresden.de

Red.: Huppertz

Kutane Virusinfektionen: HPV und Mollusca contagiosa



Prof. Dr. med.
Peter H. Höger

Neben den bakteriellen Infektionen, für die vornehmlich *Staphylococcus aureus* und *Streptococcus pyogenes* verantwortlich sind, zählen Virusinfektionen zu den häufigsten Hauterkrankungen im Kindesalter. Zu unterscheiden sind die viral ausgelösten Exanthemerkrankungen (Varizellen, Masern, Röteln, Ringelröteln, Exanthema subitum u.a.), bei denen die Hautbeteiligung meist Ausdruck und Folge einer Virämie ist, von den auf die Haut beschränkten Virusinfektionen, bei denen es im Regelfall nicht zu einer Virämie kommt und die Gegenstand dieser Übersicht sind. Die häufigsten Erreger dieser primär kutanen Virusinfektionen sind Papillomviren und Molluscum contagiosum-Viren.

Infektionen mit humanen Papillomaviren

Bisher sind etwa 125 Subtypen humaner Papillomviren (HPV) bekannt. Es handelt sich um kleine, doppelsträngige DNA-Viren, die Keratinozyten der Epithelien von Haut und Schleimhäute befallen. Man unterscheidet kutane und mukosale Typen; viele HPV-Typen lassen sich jedoch nicht strikt spezifischen Erkrankungen zuordnen. Auch asymptomatische Infektionen sind möglich. Damit ist eine HPV-Typisierung in aller Regel weder diagnostisch noch therapeutisch hilfreich. Die Erreger werden durch symptomatisch oder asymptomatisch infizierte Personen über Kontakt-/Schmierinfektion übertragen. Häufig kommt es bei Kindern zu einer Autoinokulation aus bereits infizierten Geweben. In intertriginösen Bereichen können HPV-Viren von einer Haut- oder Schleimhautregion auf die andere übertragen werden („kissing warts“). Aufgrund der variablen Inkubationszeit ist der Übertragungsweg im Einzelfall häufig schwer zu rekonstruieren. Sub partu kann es zur Übertragung auf das Neugeborene kommen; dabei ist auch eine aerogene Übertragung und eine Infektion des Larynxbereiches möglich.

Papillomviren transformieren die Wirtszellen, indem sie die Apoptose hemmen und so deren unkontrolliertes Wachstum bewirken. Die entstehenden Tumoren sind meist gutartig (Warzen/Epitheliome); durch die Proliferation der Keratinozyten entsteht ein hyperkeratotischer Wall um die infizierten Zellen, der sie zumindest über lange Zeit vor der Erkennung und Elimination durch das Immunsystem schützt. Bei Erwachsenen können bestimmte HPV-Typen insbesondere im Anogenitalbereich Karzinome induzieren (Zervix-, Penis-, Analkarzinome). Humane Papillomviren gehören zu den onkogenen Viren (wie auch das Hepatitis B- bzw. C-Virus, EBV, HTLV-1, HHV8). Zu den sog. „Hochrisiko-Typen“ zählen in erster Linie die HPV-Typen 16, 18, 31, 33, aber auch weitere sind eng mit der Karzinomentstehung assoziiert (35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73,82). Eine Übersicht über die Bedeutung unterschiedli-

cher HPV-Typen bei verschiedenen Krankheitsbildern gibt **Tabelle 1**. Bei bestimmten genetisch bedingten Erkrankungen besteht eine erhöhte Disposition zu ausgehenden und persistierenden HPV-Infektionen. Es handelt sich dabei um

- WHIM-Syndrom (*warts – hypogammaglobulinaemia – immunodeficiency – dysplasia*): Mutation des Chemokin-Rezeptorgens *CXCR4* auf Chromosom 2q22.1
- WILD-Syndrom (*warts – immunodeficiency – lymphedema – dysplasia*), auch bekannt als Emberger-Syndrom: Mutation des Regulatorgens *GATA2* auf Chromosom 3q21.1
- CD4-Lymphozytopenie und andere.

Tabelle 1:
Erkrankungen durch Humane Papillomviren

Erkrankung	Am häufigsten assoziierte HPV-Typen
Verrucae vulgares	1, 2, 4, 7
Plantarwarzen	1, 2, 4
Verrucae planae juveniles	3, 10, 28
Anogenitale Warzen	6, 11, 16, 30, 31, 37, 47
Orale fokale Hyperplasie (M. Heck)	13, 32
Epidermodysplasia verruciformis	3, 5

Für das Kindesalter relevant sind hinsichtlich der Haut Verrucae vulgares und plane juvenile Warzen. Die wichtigsten Vertreter der Schleimhautwarzen sind die anogenitalen Warzen und die fokale intraepitheliale Hyperplasie (M. Heck).

Verrucae vulgares

Die Prävalenz der HPV-induzierten Vulgärwarzen (**Abb. 1**) reicht im Kindesalter von annähernd 0% im ersten Lebensjahr bis 8.6% (95%-Konfidenzintervall: 6.2 - 11.1%) im 9.-10. Lebensjahr [1]. Zwischen dem vierten und dem zwölften Lebensjahr treten bei jedem dritten Kind einmal Warzen auf, am häufigsten Plantarwarzen (20%), gefolgt von Handwarzen (9%) [2]; ab dem 20. Lebensjahr sind nur 2-3% der Erwachsenen betroffen.

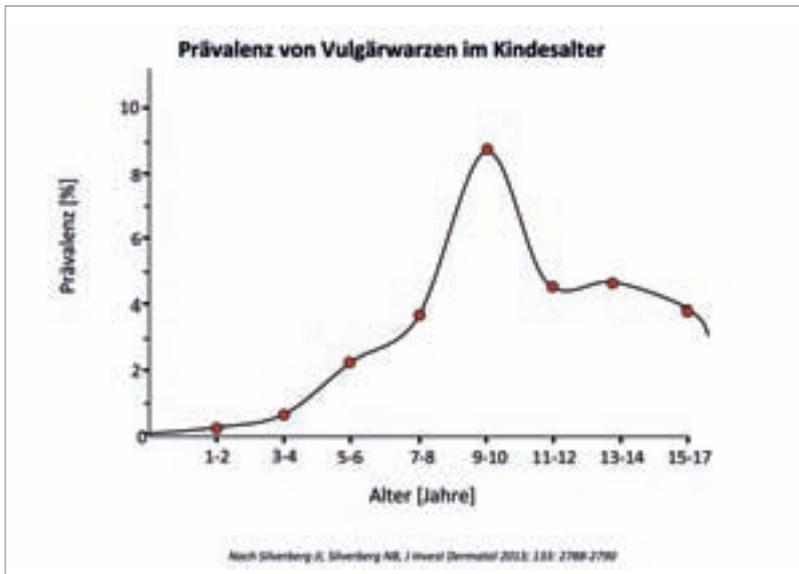


Abb. 1: Altersabhängige Prävalenz von Vulgärwarzen (modifiziert nach [1]).

Diese Entwicklung spricht für eine zunehmende zelluläre und humorale Immunität gegen verschiedene HPV-Typen. Die höchste Prävalenz wird bei immunsupprimierten, insbesondere bei organtransplantierten Kindern beobachtet [3], die zudem einen sehr ausgedehnten und oftmals therapierefraktären Warzenbefall zeigen. Durch eine Umstellung der immunsuppressiven Therapie läßt sich diese Situation möglicherweise verbessern: Bei nierentransplantierten Kindern führte die Umstellung der Therapie von Tacrolimus/Mykophenolat auf Tacrolimus/Leflunomid zu einer Rückbildung der Viruswarzen bzw. Dellwarzen [4].

Klinik

Die Oberfläche der Vulgärwarzen ist hyperkeratotisch-rauh und zerklüftet („verruziform“) (Abb. 2A). Zentral ist manchmal ein kleiner roter Punkt erkennbar, der einem thrombosierten Gefäß entspricht. Vulgärwarzen werden am häufigsten akral, insbesondere im Bereich der Handrücken und plantar beobachtet, können jedoch ubiquitär auftreten. Durch Autoinokulation kann der Gesichtsbereich betroffen sein. Dort werden häufiger fi-



Abb. 2: Verrucae vulgares.
A) Typische Verruca vulgaris.

liforme Warzen beobachtet (Abb. 2B). Durch vorangehende Verletzungen der Hautoberfläche wird die Ausbreitung der Warzen erleichtert. Besonders unangenehm ist dies bei den periungualen Warzen, die sich, begünstigt durch Manipulationen am Nagelbett oder ein chronisches Panaritium, beetartig ausbreiten. Im Bereich der Fußsohle können sich sogenannte „Dornwarzen“ bilden, die mit einem tiefen, häufig druckdolenten Sporn nach innen wachsen, oder beetartig, oberflächlich wachsende „Mosaikwarzen“.

Diagnostik

Die Diagnose wird klinisch gestellt.

Differenzialdiagnosen

Dellwarzen haben eine glattere, zentral genabelte Oberfläche. Dermatofibrome sind bräunlich-violett hyperpigmentiert und haben ebenfalls eine glatte Oberfläche. Kallusbildung (Schwielen) entsteht an Orten vermehrter mechanischer Belastung; auf der Oberfläche sind im Unterschied zu den Vulgärwarzen die Hautlinien noch erkennbar.

Prognose und Therapie

Pro Jahr bilden sich etwa 30-40% der kutanen HPV-Infektionen spontan zurück. Mit der zunehmenden spezifischen Immunität fällt die Prävalenz kutaner HPV-Infektionen ab dem elften Lebensjahr kontinuierlich bis zum Erwachsenenalter. Die hohe Spontanremissionsrate ist die Erklärung für die „Wirksamkeit“ zahlreicher Hausmittel wie Besprechen, Auftragen von Thuja-Extrakt, Homöopathika u.a. Zuwarten ist somit eine probate Therapieoption.

Entscheidet man sich zu einem aktiven Vorgehen, muss am Anfang die **Keratolyse**, also die Beseitigung der das Virus schützenden Hyperkeratose stehen. Metaanalysen publizierter Studien zeigen, dass Salizylsäure bisher



B) Filiforme Warze im Bereich des Naseneingangs

das einzige, in randomisierten, kontrollierten Studien geprüfte Agens ist, das einem Placebo überlegen war [5]. Die Warze wird über Nacht mit einem Salizylsäure-haltigen Pflaster (Gothaplast®) beklebt. Am Morgen wird das Pflaster entfernt und nach einem Hand- oder Fußbad die mazerierte Hornschicht schmerzfrei abgetragen (Nagelschere oder Skalpell). Bei ausgeprägten Hyperkeratosen wird dieser Vorgang ein- oder mehrfach wiederholt. Anschließend erfolgt eine 2-4-monatige Kombinationsbehandlung aus Keratolyse (10% Salicylsäure) und Virus-hemmung (0.5% Fluoruracil). Eine Lösung mit diesen beiden Substanzen (Verrumal®) muss über den genannten Zeitraum 2-mal täglich aufgetragen werden. Das Präparat ist nur für die kleinflächige Anwendung und nicht für das Säuglingsalter geeignet; Haut- und Schleimhautkontakt ist zu vermeiden. Die Ansprechrate liegt bei 60-70% [6].

Als Alternativen stehen Mischungen anderer keratolytische Säuren (je 16.7% Salicyl- und Milchsäure: Duo-film Lösung®; Eisessig, Oxal-, Milch- und Salpetersäure: Solco-Derman Lösung®), die allerdings stärker irritierend wirken können. Die Umgebung sollte daher durch Zinkpaste geschützt werden. Eine weitere Alternative stellt die Kombination aus Dithranol und Salizylsäure dar (Warzensalbe InfectoPharm®), die jedoch aufgrund des Dithranol zu einer vorübergehenden bräunlich-schwarzen Verfärbung der Haut führen kann.

Chirurgische Methoden sind nur bei den filiformen Warzen Mittel der ersten Wahl; diese können mit dem Skalpell oder per Scherenschlag an der Wurzel exzidiert werden. Dieser kleine Eingriff ist schon aus ästhetischen Gründen indiziert und verringert zumindest das weitere Streuen der Infektion. Auf die Exzision tiefer Dornwarzen, einem bei Chirurgen beliebten Eingriff, kann und sollte im Interesse der Kinder in der Mehrzahl der Fälle verzichtet werden, weil der Eingriff, mit der nötigen Radikalität durchgeführt, zu einer ggf. mehrwöchigen Invaldisierung führt. Trotzdem gelingt es nur selten, das virusinfizierte Gewebe restlos zu entfernen. Trotz Traumatisierung kann es daher anschließend zu Rezidiven kommen, deren Behandlung durch das entstehende Narbengewebe zusätzlich erschwert wird. Dies gilt analog auch für die Kontakt-Kryotherapie mit flüssigem Stickstoff (-196 °C, Applikationszeit 20-30 Sekunden); gegen Kurzkontakt-Kryotherapie oder Sprühverfahren ist hingegen nichts einzuwenden. Die Kryotherapie ist insbesondere für anderweitig therapierefraktäre periunguale Warzen geeignet; dabei ist auf Schonung des proximalen Nagelwalles zu achten (Nagelwachstumszone).

Plane juvenile Warzen (Verrucae planae juveniles, Flachwarzen)

Plane juvenile Warzen treten am häufigsten im Schulkindesalter und bei Adoleszenten auf und werden überwiegend durch die HPV-Typen 3, 10 und 28 hervorgerufen. Flachwarzen können zwar in jeder Körperregion auftreten, bevorzugen jedoch das Gesicht und den Bereich der Handrücken.

Klinik

Die Warzen sind flach und durchmessen selten mehr als 5 mm. Ihre Oberfläche ist samtartig und meist hautfarben, gelegentlich hellbräunlich bis bräunlich-orange (Abb. 3).

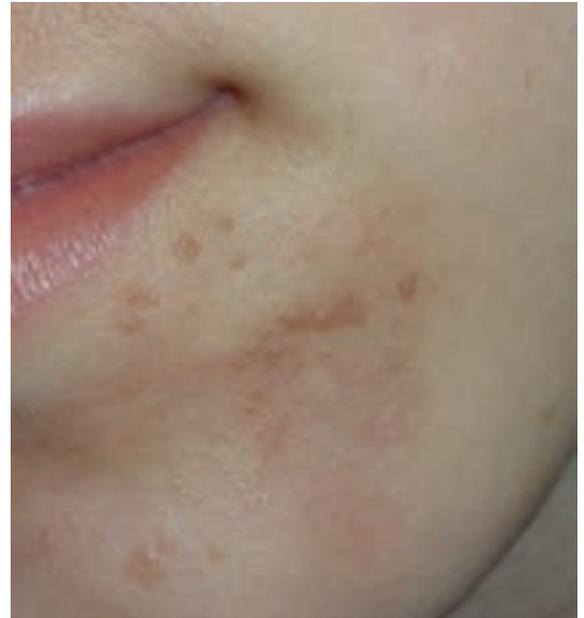


Abb. 3: Plane juvenile Warzen

Differenzialdiagnosen

Bei der Pityriasis versicolor treten orangebräunliche Maculae vorwiegend im Bereich von Schulter und Rücken auf, die im Sommer weißlich erscheinen. Der Lichen ruber bevorzugt die Beugeseiten der Unterarme; die Läsionen zeigen die charakteristische „Wickham’sche Streifenzeichnung“. Milien sind kleine, weißliche intraepitheliale Zysten. Der Lichen nitidus ist durch kleinste, sagokornartige, hautfarbene Papeln gekennzeichnet.

Prognose und Therapie

Auch die planen juvenilen Warzen bilden sich in aller Regel im Verlauf von 3-12 Monaten spontan zurück. Meist ist daher eine Behandlung nicht erforderlich. Bei kosmetischer Beeinträchtigung aufgrund der Gesichtslokalisation kommt die Lokalthherapie mit Isotretinoin (z.B. Isotrex-Creme 0.05%) in Frage, die 2-mal täglich über 6-8 Wochen angewendet werden sollte. Häufigste Nebenwirkung ist eine Reizung der Haut, die sich durch leichtes Brennen und Rötung zeigt. Durch dieses Vitamin-A-Derivat wird die (im Vergleich zu den Vulgärwarzen deutlich dünnere) Hyperkeratose beseitigt und das Virus damit dem Immunsystem „präsentiert“. Die spontan oder nach Lokalthherapie einsetzende entzündliche Rötung deutet auf eine Regression der Warzen hin. Aggressivere Cremes, Kryotherapie oder gar ablativ Verfahren sind bei den planen juvenilen Warzen nicht indiziert.

Anogenitale Warzen

Synonyme: Condylomata acuminata, Feigwarzen, Feuchtwarzen

Anogenitale Warzen können durch mehr als 30 verschiedene HPV-Typen verursacht werden. Im Erwachsenenalter werden anogenitale Warzen als Condylomata acuminata bezeichnet und nahezu obligat sexuell übertragen. Ob eine Infektion mit den „low risk“ HPV-Typen 6 und 11 bei Kindern langfristig mit einem onkogenen Risiko assoziiert ist, ist noch nicht abschließend geklärt [7].

Bei Kindern erfolgt die Übertragung am häufigsten als Schmierinfektion – entweder durch Pflegepersonen oder über eine Autoinokulation – aus symptomatisch (Vulgärwarzen) oder asymptomatisch befallener Haut. Verschiedene HPV-Typen können sowohl Vulgärwarzen als auch anogenitale Warzen hervorrufen. Die Anwesenheit anogenitaler Warzen ist somit keinesfalls beweisend für einen sexuellen Mißbrauch, sondern wahrscheinlicher als dieser sind harmlose Schmierinfektionen [8,9]. Asymptomatische Infektionen sind möglich. Andererseits ist die Nachweisrate von HPV im Genitalbereich bei asymptomatischen präpubertären Kindern mit nachgewiesenem sexuellen Mißbrauch im Vergleich zu einer Alterskontrolle ohne sexuellen Mißbrauch signifikant er-

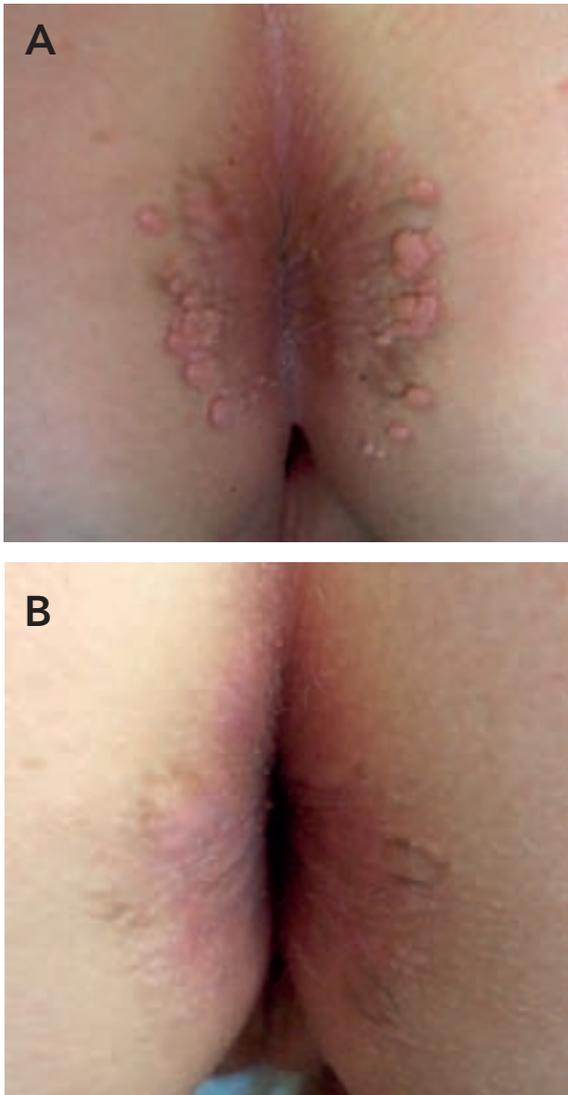


Abb. 4: Anogenitale Warzen.
A) vor Therapie, B) nach 8-wöchiger Lokalthherapie mit Imiquimod-Creme

höht [10]. Zur Klärung des Sachverhaltes ist eine HPV-Typisierung jedoch nicht hilfreich. Weiterführend ist eine behutsame Abklärung des sozialen Umfeldes, bei entsprechendem Verdacht unter Einbeziehung auch psychologischer Untersuchungsverfahren [11].

Klinik

Anogenitale Warzen bevorzugen die intertriginösen Bereiche und beginnen als hautfarbene, sich beetartig ausbreitende Papeln, die zu palpatorisch relativ weichen, blumenkohlartigen Tumoren heranwachsen können (**Abbildung 4A**).

Therapie

Auch anogenitale Warzen bilden sich häufig spontan zurück; die Regressionsrate liegt bei 50-60% über einen Zeitraum von zwei Jahren [12]. Anogenitale Warzen bedürfen daher nur bei stetig zunehmender Größe und drohender Obstruktion einer Behandlung. Für die Indikationsstellung und zur Überwachung des Therapieerfolgs empfiehlt sich eine Fotodokumentation (**Abbildung 4B**). Analog zur Therapie der Condylomata acuminata bei Erwachsenen ist Imiquimod (Aldara 5 % Creme®) das Mittel der ersten Wahl [8]. Imiquimod ist allerdings nur für Erwachsene zugelassen und führt durch Stimulation der lokalen Zytokinproduktion häufig zu lokalen Irritationsreaktionen. Die Creme wird über einen Zeitraum von 6-10 Wochen 3- bis 4-mal pro Woche angewendet. Ziel der Behandlung ist die Aktivierung der körpereigenen Virusabwehr, d.h. einer Entzündungsreaktion, die an einem leichten Erythem erkennbar ist. Bei zu starker Reizung werden die Behandlungsintervalle verlängert bzw. eine Therapiepause eingelegt. Größere, obstruierende anogenitale Warzen können in Vollnarkose mit Hilfe einer Diathermieschlinge oder des CO₂-Lasers abgetragen werden.



Abb. 5: Fokale epitheliale Hyperplasie (M. Heck) im Bereich der Mundschleimhaut

Prophylaxe

Bei HPV-Geimpften zeigte sich ein Rückgang der Inzidenz anogenitaler Warzen bzw. von Condylomata acuminata. Nach Einführung der nonavalenten HPV-Impf-

stoffe, die neben den HPV-Typen 6, 11, 16, 18 zusätzlich Antigene der HPV-Typen 31, 33, 45, 52, 58 enthalten [13], dürfte dieser Effekt noch zunehmen.

Fokale epitheliale Hyperplasie

Synonym: Morbus Heck

Der Befall der Mundschleimhaut mit HPV-Viren (vorzugsweise HPV-Typen 13 und 32) wird als Fokale Epitheliale Hyperplasie oder M. Heck bezeichnet. Er tritt bevorzugt bei Kindern und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren auf.

Klinik

Bevorzugt im Bereich der mukosalen Oberfläche der Unterlippe sowie bukkal, seltener im Bereich der Zunge sind konfluierende, flache, nicht hyperkeratotische, hautfarbene Papeln zu beobachten (**Abbildung 5**).

Therapie

Eine Behandlung ist nicht indiziert, da es meist innerhalb von 3-6 Monaten zu einer spontanen Remission kommt. Bei Immunsupprimierten kann eine ablativ Behandlung (operativ oder CO₂-Laser) erforderlich werden.

Epidermodysplasia verruciformis

Synonym: Morbus Lewandowski-Lutz

Die Epidermodysplasia verruciformis (EV) stellt eine seltene HPV-induzierte Erkrankung dar, die durch eine verminderte Resistenz gegenüber einzelnen HPV-Typen (am häufigsten HPV-5 und 8) und einer erhöhten malignen Transformationsrate einhergeht. Der Erkrankung liegt eine autosomal-rezessiv vererbte Mutation der Gene *TMC6* oder *TMC8* auf Chromosom 17q25.3 zugrunde.

Klinik

Lebenslange Persistenz ausgedehnter, großflächiger Virusakanthome am gesamten Integument. Beginn häufig bereits im Säuglingsalter. In 30-50% kommt es im Erwachsenenalter zur Spinaliom-Entwicklung unter Einwirkung von UV-Licht als Kofaktor.

Diagnostik

Molekulargenetischer Nachweis der zugrunde liegenden Mutation

Therapie

Bei kleinflächigem Befall wie bei vulgären Warzen, bei größerflächigem Befall orale Retinoide oder Interferon.

Mollusca contagiosa

Synonyme: Dellwarzen, Schwimmbadwarzen

Dellwarzen verursachen Infektionen der Haut und selten der Schleimhäute. Sie werden durch ein DNS-Virus aus der Familie der Pockenviren verursacht. Unter den vier bekannten Molluscum-Subtypen wird weltweit der Virus-Typ I (MCV-1) am häufigsten (>90%) nachgewiesen; MCV-2 wird häufig bei HIV-positiven Patienten isoliert. Eine Korrelation zwischen den Subtypen und der

klinischen Symptomatik besteht nicht. Die Viren werden durch Schmierinfektion (Hautkontakt) übertragen; wie bei den Papillomviren wird die weitere Ausbreitung auf der Hautoberfläche durch Autoinokulation erleichtert. Ein beliebter Ort der Ansteckung ist (warmes) Wasser in Swimmingpools [14], zumal dort die fehlende Bekleidung den Hautkontakt erleichtert. Die Inkubationszeit beträgt zwei bis sieben Wochen.

Klinik

Dellwarzen sind erkennbar als haut- oder hellrosafarbene Papeln von 1-5 mm Durchmesser mit einer zentralen Delle (**Abbildung 6A**). Meist treten weniger als 15 Läsionen auf. Bevorzugt betroffen sind Rumpf und Extremitäten sowie intertriginöse Regionen [15]. Periokuläre Dellwarzen können zu einer Reizung von Binde- und Hornhaut und schließlich zu einer Keratokonjunktivitis führen. Bei Patienten mit Atopischem Ekzem begünstigt der Barrieredefekt die Ausbreitung der Viren auf der Hautoberfläche; auch die Lokalthherapie mit topischen Steroiden bzw. insbesondere mit topischen Calcineurin-inhibitoren spielt eine Rolle. Bei ausgeprägtem Ekzem kann es zu einer flächigen Disseminierung von Dellwarzen kommen; auch ekzematöse Veränderungen („Eczema molluscatum“) werden beobachtet (**Abbildung 7**), die als sogenannte „ID-Reaktion“ vermutlich auf einer Typ-IV-Sensibilisierung gegenüber Virusantigenen beruhen [16]. Ähnlich wie die Humanen Papillomviren entziehen sich die Molluscum contagiosum-Viren der Erkennung durch das Immunsystem, indem sie sich mit einem Keratinpanzer umgeben. Entzündliche Veränderungen der Dellwarzen (**Abbildung 6B**) deuten auf eine beginnende Immunreaktion und sind als Zeichen des „Anfangs vom Ende“ (Beginning of the End, BOTE, 17) zu werten. Sie werden jedoch nicht selten als



Abb. 6: Mollusca contagiosa.

A) Typische gedellte, hautfarbene Papeln.

Ausdruck einer bakteriellen Superinfektion gewertet, die per se eher selten sind und mit topischen Antiseptika behandelt werden können. Bei immunsupprimierten oder HIV-infizierten Patienten werden zahlreiche (oftmals >100) und vielfach knotige Läsionen bis 1-2 cm Durchmesser beobachtet. 5-18 Prozent aller HIV-Infizierten weisen Dellwarzen auf [15].



B) Entzündliche Veränderungen bei beginnender Spontanremission.



Abb. 7: Eczema molluscatum

Therapie und Verlauf

Bei ansonsten gesunden Kindern heilen die Dellwarzen im Verlauf einiger Monate; in einigen Fällen kann die Abheilung allerdings auch bis zu drei bis fünf Jahre dauern. Bei umschriebenen Infektionen ist daher zunächst Zuwarten angebracht. Eine Therapieindikation ergibt sich bei ausgedehntem, progressivem Befall.

Therapieoptionen

1. Chirurgische Optionen: Entfernung mittels Stinchinzision (Kanüle) und anschließendem Ausdrücken oder Kürettage mit dem scharfen Löffel. Dieser Eingriff sollte in der Regel in Lokalanästhesie durchgeführt wer-

den (EMLA® Creme), ggf. nach leichter Sedierung des Kindes. Bevor man diesen Eingriff wiederholt durchführt oder erwägt, ihn in Vollnarkose durchzuführen, sollte man erneut die Indikation überprüfen und andere Verfahren erwägen.

2. Irritationsbehandlung: Diese beruht auf der chemischen Zerstörung des Keratinpanzers, um die virusinfizierten Zellen dem Immunsystem „auszuliefern“. Geeignet ist z.B. 5-10%ige Kalium-Hydroxid-Lösung (InfectoDell-Lösung®) [18], alternativ Trichloressigsäure [19] oder Cantharidin-Lösung [20]. Auch eine intraläsionale Immuntherapie mit Candida-Antigen zur Stimulation einer zellulären Immunantwort scheint wirksam zu sein [21]. Alle genannten Substanzen können zu sehr ausgeprägten Irritationen führen, die zum sofortigen Absetzen veranlassen sollten.

3. Bei Kindern mit Immundefekten und sehr ausgedehntem Molluscum-Befall kann die topische Anwendung von 1% Cidofovir-Creme in Frage kommen, die sich als wirksam erwiesen hat und nur selten zu ernsthaften lokalen Reizungen führte [22].

4. Bei Kindern mit atopischem Ekzem sollte auf eine regelmäßige rückfettende Hautpflege geachtet werden, die auch Mittel der Wahl beim „Eczema molluscatum“ ist. Sollte dies nicht ausreichen, können kurzfristig topische Steroide der Klasse II (z.B. Prednicarbat) zur Behandlung der Ekzemreaktion eingesetzt werden [17].

Imiquimod ist bei Dellwarzen *nicht* wirksam [23]. Entsprechende Studienbefunde wurden allerdings lange von der Herstellerfirma zurückgehalten [23], sodass auch weiterhin vereinzelt Empfehlungen zur Imiquimod-Behandlung von Dellwarzen gegeben werden.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Prof. Dr. Peter H. Höger
Abt. Pädiatrie und Pädiatrische Dermatologie/Allergologie
Kath. Kinderkrankenhaus Hamburg
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg
Tel.: 040/67377-202
E-Mail: hoeger@kkh-wilhelmstift.de

Red.: Höger

Highlights aus Bad Orb ●●●

Differenzialdiagnose Beinschmerzen



Dr. Sonja
Mrusek

Beinschmerzen sind ein häufiger Vorstellungsgrund in der Kinder- und Jugendarztpraxis. Meist handelt es sich um benigne, selbst-limitierende oder verletzungsbedingte Schmerzen, jedoch können muskuloskelettale Beschwerden auch potentiell lebensbedrohliche Ursachen haben. Dem Kinderarzt kommt hier eine entscheidende Rolle zu, da er Alarmzeichen erkennen und die eventuell notwendige Weiterbehandlung durch andere Spezialisten (Orthopäden, Hämatologen, Chirurgen etc.) veranlassen muss.

Wie kann der Kinder- und Jugendarzt systematisch zur Abklärung von Beinschmerzen vorgehen? Wie wird eine Untersuchung des Bewegungsapparates einfach und schnell, dennoch umfassend durchgeführt? Was ist hinsichtlich der Differenzialdiagnostik wichtig und sinnvoll?

In den meisten Fällen ist bereits aufgrund wegweisender Angaben in der Anamnese und einer kompletten kinder- und jugendärztlichen Untersuchung inklusive Untersuchung des Bewegungsapparates eine Verdachtsdiagnose zu stellen. Zur Diagnosesicherung sind in unterschiedlichem Umfang zusätzliche Labordiagnostik und Bildgebung erforderlich. Verlaufskontrollen können bei unklaren Fällen und bestimmten Verdachtsdiagnosen (z.B. Wachstumsschmerzen) notwendig sein.

Tabelle 1:
DD Bein-
schmerzen –
Einteilung
nach
Pathogenese

Überblick über die möglichen Differenzialdiagnosen

Bei der Erstvorstellung eines Patienten mit Beinschmerzen ist für die Erhebung einer Anamnese mit anschließender Bewertung der anamnestischen Angaben und für die klinische Befunderhebung ein guter Über-

blick über die möglichen Differenzialdiagnosen von Beinschmerzen wichtig. Angesichts der Fülle von Differenzialdiagnosen ist es sinnvoll, eine Einteilung nach unterschiedlichen Gesichtspunkten vorzunehmen – nach Pathogenese (Tab. 1), nach Lebensalter (Tab. 2), nach Dauer der Symptomatik (akut, subakut, chronisch) und

Infektionen	Septische Arthritis, Osteomyelitis, Tuberkulose
Neoplasien	Benigne/ maligne Knochentumoren (Osteo-/Ewing-Sarkom, Knochenzysten, Osteoid-Osteom), Leukämien, Neuroblastom, Lymphome, Histiozytose etc.
Entzündlich-rheumatisch	Juvenile idiopathische Arthritis, SLE, JDM, Sjögren-Syndrom, Kollagenosen, Vaskulitiden (PSH, Kawasaki etc.), chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
Orthopädische Ursachen	Trauma, Osteonekrosen/Osteochondrosis dissecans, Epiphyseolysis capitis femoris, peripatellares Schmerzsyndrom, Scheibenmeniskus, tarsale Koalitionen etc.
Reaktiv/parainfektios	u.a. Lyme-Arthritis, post-Streptokokken-Arthritis, rheumatisches Fieber, <i>nach bakterieller Infektion</i> (Shigellen, Salmonellen, Yersinien, Campylobacter, Clostridien, Chlamydien), <i>nach viraler Infektion</i> (Hep.B, Hep. C, Parvo B19, EBV, Röteln etc.), Coxitis fugax etc.
Chronische nicht-bakterielle Osteomyelitis (CNBO)	
Schmerz-Syndrome	Regionales/ generalisiertes Schmerzverstärkungssyndrom, Wachstumsschmerzen
Schmerzen bei Hypermobilität	Benignes Hypermobilitätssyndrom, Bindegeweserkrankungen (z.B. Ehlers-Danlos- oder Marfan-Syndrom)
Periodische Fiebersyndrome	Familiäres Mittelmeerfieber, CIAS1-Pathien, Hyper-IgD-Syndrom, TRAPS, PAPA
Skelettdysplasien	Progressive pseudorheumatoide Dysplasie, Stickler-Syndrom, Camptodaktylie-Arthropathie-Coxa vara-Perikarditis-Syndrom
Stoffwechselerkrankungen	Mukopolysaccharidosen, Sphingolipidosen, Mukolipidosen, Homocystinurie etc.
Weitere	Hämophilie A, B, Sarkoidose, Immundefekte etc.

SLE: systemischer Lupus erythematodes, JDM: juvenile Dermatomyositis,

PSH: Purpura Schönlein-Henoch, TRAPS: Tumornekrosefaktor-Rezeptor 1-assoziiertes periodisches Syndrom, PAPA: pyogene Arthritis, Pyoderma gangraenosum und Akne

Lokalisation (lokalisierter Knochen- oder Gelenkschmerz, Muskelschmerz, diffuser Schmerz) (1,2).

Kleinkindalter (0-3 Jahre)	Kleinkind-Grundschulalter (4-10 Jahre)	Adoleszenz (11-16 Jahre)	Jedes Alter
<ul style="list-style-type: none"> - Hüftdysplasie - unbemerkte Frakturen - septische Arthritis/ Coxitis - juvenile idiopathische Arthritis - Leukämie 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbus Perthes - juvenile idiopathische Arthritis - Coxitis fugax - Scheibenmeniskus - Knochentumor, Leukämie - Wachstumschmerzen - Stoffwechselerkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Epiphyseolysis capitis femoris - aseptische Knochennekrosen (M. Köhler, M. Osgood-Schlatter, M. SindingLarsen) - Osteochondrosis dissecans (Knie > Fuß) - peripatellares Schmerzsyndrom - juvenile idiopathische Arthritis - chronische Schmerzsyndrome - Ermüdungsfraktur 	<ul style="list-style-type: none"> - Trauma - Osteomyelitis (im Säuglingsalter nicht selten multifokal) - Knochentumor, Leukämie - parainfektios - septische Arthritis - Spondylodiszitis

Tabelle 2: DD Beinschmerzen – Einteilung nach Lebensalter

Eine Monarthrit des Hüftgelenkes kommt bei einer juvenilen idiopathischen Arthritis fast nie vor

Eine häufige Ursache dagegen ist die Coxitis fugax, die meist im Alter zwischen 3-10 Jahren nach vorausgegangenem Infekt auftritt und sich mit Humpeln, in das Kniegelenk ausstrahlenden Schmerzen und eingeschränkter Hüftrotation manifestiert. Seltener Ursachen für eine Coxitis sind ein Morbus Perthes (insbesondere Jungen im Alter von 4 bis 8 Jahren), eine Epiphyseolysis capitis femoris (im Jugendalter) und eine septische Arthritis oder Osteomyelitis (jedes Alter betreffend), die nicht übersehen werden dürfen. Je höher die Wachsamkeit des Arztes, desto eher können Fehldiagnosen vermieden werden (Abb. 1a, b).

Ein guter Überblick erleichtert es dem Arzt, die möglichen Ursachen von Beinschmerzen durch spezifische Fragen nach weiteren Symptomen – *das Symptom Schmerz tritt selten allein auf* – und durch Gewichtung

Tabelle 3: Alarmzeichen

Alarmzeichen für eine dringlich zu behandelnde Erkrankung (Infektion, maligne Erkrankung, nicht-akzidentelle Verletzung)

- Allgemeinsymptome (Fieber, Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Nachtschweiß)
- Knochen-/Muskelschmerzen mit Fieber
- Laufverweigerung
- starke Schmerzen mit Beeinträchtigung des Nachtschlafes
- fehlende Übereinstimmung zwischen Anamnese (z.B. geschilderter Unfallhergang) und klinischem Befund

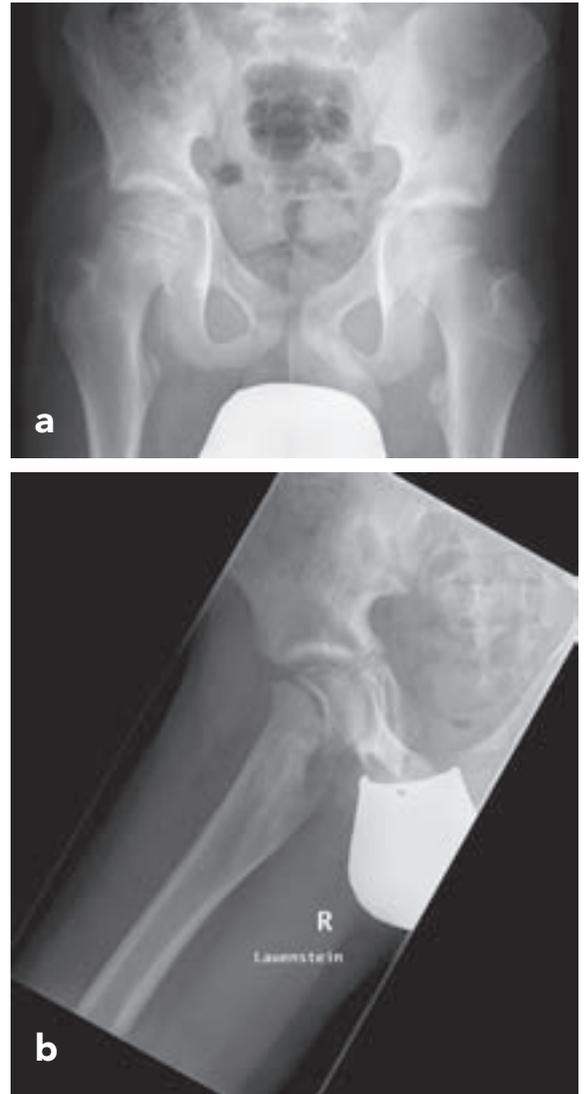


Abb. 1: 13-jähriger Junge mit seit 6 Wochen bestehenden Hüftschmerzen rechts: in externer MRT-Aufnahme deutlicher Gelenkerguss Hüfte rechts mit Knochenmarködem, Ausschluss Hüftkopfnekrose, Verdacht auf „JIA mit Coxitis rechts“: (a) Beckenübersicht: demarkierter, breiter Epiphysenspalt rechts mit kleiner wirkendem, etwas unregelmäßig strukturiertem Hüftkopf; (b) axiale Aufnahme in Lauenstein-Projektion mit Bestätigung der Diagnose: *Epiphyseolysis capitis femoris rechts* (© Dr. G. Ganser, St. Josef-Stift Sendenhorst) **wegweisend:** junges Alter des Patienten, akuter Schmerzbeginn beim Sport

der Symptome einzugrenzen. Wichtig ist, dass bereits beim Erstkontakt Alarmzeichen (Tab. 3) für eine dring-

lich zu behandelnde Erkrankung erkannt werden, da die Prognose dadurch entscheidend beeinflusst wird. Eine akute Symptomatik und Fieber können Zeichen für eine septische Arthritis oder Osteomyelitis sein - die Diagnose ist umso wahrscheinlicher, je jünger das Kind.

Rückenschmerzen bei einem Kind vor der Pubertät sollten immer abgeklärt werden

Diffuse Beinschmerzen von wechselnder Lokalisation und Rückenschmerzen beim Kind mit beeinträchtigtem Nachtschlaf aufgrund starker Schmerzen können auch ohne weitere Symptome Leitsymptom einer akuten Leukämie oder eines malignen Tumors sein (3). In der Mehrzahl (75%) der Kinder mit einer akuten lymphatischen Leukämie (ALL), die mit neu aufgetretenden muskuloskelettalen Beschwerden vorgestellt werden, finden sich *keine* Blasten im peripheren Blutaussstrich (4). Einem lokalisierten, anfangs intermittierenden Knochenschmerz, der im Verlauf in einen dumpfen Dauerschmerz übergeht, kann ein primärer Knochentumor zugrunde liegen (5).

Beinschmerzen in der Kinderrheumatologie

In der Kinderrheumatologie sind Beinschmerzen ein häufiger Vorstellungsgrund. Da meist bereits im Vorfeld einige Diagnostik erfolgt ist und damit eine gewisse Vorselektion stattgefunden hat, werden hier besonders viele Kinder mit juveniler idiopathischer Arthritis (JIA) und Jugendliche mit Schmerzsyndromen gesehen. Immerhin stellt die juvenile idiopathische Arthritis die häufigste rheumatische Erkrankung im Kindesalter mit einem Erkrankungsgipfel – anders als gemeinhin angenommen – im Kleinkindalter (1-4 Jahre) dar. Weitere Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis – u.a. juvenile Dermatomyositis, der systemische Lupus erythematoses und Vaskulitiden – präsentieren sich häufig mit Gelenkschmerzen.

Sowohl bei der JIA als auch den Schmerzsyndromen handelt es sich um Ausschlussdiagnosen, weshalb neben einer gründlichen Anamnese und klinischen Untersuchung meist eine angemessene Basis-/Ausschlussdiagnostik nicht fehlen darf. Die **Unterscheidung zwischen einer akuten lymphatischen Leukämie (ALL) und JIA kann schwierig sein**, da sich beide initial mit muskuloskelettalen Beschwerden und weiteren identischen Befunden (Hautausschlag, Fieber, manifeste Arthritis, LDH-Erhöhung und Nachweis eines erhöhten ANA-Titers) präsentieren können. Die **wichtigsten prädiktiven Faktoren für das Vorliegen einer ALL** sind *nächtliche Gelenk- bzw. Muskelschmerzen* und verminderte Zellzahlen im Blut, insbesondere *niedrige Leukozyten-Werte* ($< 4 \times 10^9/l$) und *niedrig-normale Thrombozyten-Zahlen* ($150-250 \times 10^9/l$), weiterhin ein erniedrigter Hb-Wert ($< 11 \text{ g/dl}$) (4).

Allgemeine Muskel- und Gelenkschmerzen stellen nicht selten eine differenzialdiagnostische Herausforderung dar

Da Schmerzen bei Hypermobilität und Schmerzsyndromen (mit und ohne Hypermobilität) nicht selten sind,

soll auf diese Diagnosen im Folgenden näher eingegangen werden.

Hypermobilitäts-Syndrom

Eine Gelenkhypermobilität bei Kleinkindern ist physiologisch und im Kindesalter häufig. Sie ist abhängig vom Alter (je jünger desto häufiger und ausgeprägter), Geschlecht (Mädchen $>$ Jungen) und ethnischer Zugehörigkeit (z.B. Asiaten $>$ Kaukasier) (6). Anhand des **Beighton-Scores** kann eine generalisierte Gelenkhypermobilität bestimmt werden. Der Score ist positiv, wenn mindestens 4 von 9 Punkten erreicht werden:

1. Anlegen des Daumens an die Volarseite des Unterarmes (je Seite 1 Punkt)
2. Dorsalflexion des Grundgelenkes des Kleinfingers $> 90^\circ$ (je Seite 1 Punkt)
3. Überstreckung des Ellbogens $> 10^\circ$ (je Seite 1 Punkt)
4. Überstreckung des Kniegelenkes $> 10^\circ$ (je Seite 1 Punkt)
5. Auflegen der Handflächen auf den Boden beim Vornüberneigen des Rumpfes mit gestreckten Kniegelenken (1 Punkt)

Bereits das Fehlen einer Überstreckbarkeit eines Gelenkes kann auf eine Arthritis hinweisen

Einige Kinder mit einer Hypermobilität entwickeln chronische Gelenkschmerzen ohne Zeichen einer systemisch-rheumatischen Erkrankung, dann spricht man von einem **Hypermobilitäts-Syndrom**. Die Schmerzen werden auf eine erhöhte Muskelarbeit und Überdehnung von Bändern, Sehnen und Muskeln für eine Gelenkpositionierung im Raum zurückgeführt. Typisch sind Gelenkschmerzen im Bereich der unteren Extremität und das Auftreten nach Belastung, am Abend oder in der Nacht. Das Hypermobilitäts-Syndrom ist kein gut abgrenzbares Krankheitsbild. Auch sehr hypermobile Kinder und Jugendliche können asymptomatisch sein. Das Spektrum reicht von geringen auf eine Gelenkhypermobilität zurückführbaren Beschwerden bis hin zu einer Bindegewebschwäche, die neben dem Bewegungsapparat auch andere Organsysteme betrifft und der eine genetische Bindegewebserkrankung (z.B. Marfan-Syndrom oder Ehlers-Danlos-Syndrom) zugrunde liegen kann. Im Jahr 2000 wurden daher die sogenannten **Brighton-Kriterien** zur Feststellung eines Hypermobilitäts-Syndroms bei Erwachsenen vorgeschlagen (7). Hierbei wurde der Beighton-Score durch Haupt- und Nebenkriterien ergänzt, die neben der Gelenkhypermobilität und Gelenkschmerzen auch assoziierte Organbefunde (u.a. (Sub-)Luxationen, Marfanoider Habitus, Hautauffälligkeiten, Varizen, Hernien und Augenzeichen) beinhalten. An eine Bindegewebserkrankung (z.B. Ehlers-Danlos oder Marfan-Syndrom) muss insbesondere dann gedacht werden, wenn zusätzlich Hautverletzungen mit schlechter Heilungstendenz und Narbenbildung, eine Blutungsstörung ohne Gerinnungsstörung und skelettale Auffälligkeiten mit deutlicher Kyphose, Skoliose oder Trichterbrust beobachtet werden (8).

Wachstumsschmerzen

Eine häufige Diagnose (~30%) weiterhin unklarer Ätiologie sind die sogenannten Wachstumsschmerzen, die benigne und selbstlimitierend sind. Wenn diese häufig und über einen längeren Zeitraum auftreten, kann es allerdings zu einer belastenden Situation für die Kinder und deren Familien kommen (9). Meist treten Wachstumsschmerzen bei Kindern im Alter zwischen 3 und 12 Jahren abends oder nachts in Form von bilateral wechselnden Beinschmerzen auf. *Tagsüber* dagegen zeigt sich eine *völlige Beschwerdefreiheit* mit uneingeschränkter körperlicher Aktivität und bei der Untersuchung ein unauffälliger körperlicher Befund mit regelrechtem Gangbild. Differenzialdiagnostisch kommt bei nächtlichen Schmerzen ein Osteoidosteom (dann mit einseitig lokalisierten Schmerzen) und bei zusätzlichen Symptomen mit Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes eine maligne Erkrankung in Frage. Bei typischer Anamnese und charakteristischer Klinik ist nach ausführlichem Gespräch mit den Eltern über die Harmlosigkeit und den selbstlimitierenden Verlauf von Wachstumsschmerzen ein abwartendes Verhalten mit klinischer Verlaufskontrolle gerechtfertigt. Zur diagnostischen Absicherung (Ausschluss einer ALL mit nächtlichen Beinschmerzen) kann ein Blutbild hilfreich, bei eher einseitig lokalisierten Schmerzen eine Bildgebung notwendig sein.

Schmerzverstärkungssyndrome

Schmerzen können anhand eines biopsychosozialen Modells erklärt werden (10), in dem biologische und psychologische Prozesse sowie soziale Faktoren das Schmerzerleben beeinflussen. Schmerzverstärkungssyndrome zeichnen sich durch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ohne signifikant pathologische Befunde in klinischer, laborchemischer und bildgebender Untersuchung aus. Es handelt sich um ein multifaktorielles und individuelles Geschehen, das einer multimodalen Behandlung bedarf (11). Charakteristisch für Schmerzverstärkungssyndrome sind inadäquat stark empfundene Schmerzen mit deutlicher Einschränkung im Alltag, vielen Schulfehltagen, familiär gehäuftem Auftreten von Schmerzsyndromen/ Fibromyalgie und einer Diskrepanz zwischen fröhlicher Stimmungslage und Angabe starker Schmerzen, die auf einer visuellen Schmerzskala von 0 bis 10 meist im oberen Bereich (VAS 8-10/10) angegeben werden. Man unterscheidet ein regionales von einem generalisierten Schmerzverstärkungssyndrom. Ersteres betrifft vorwiegend unilateral die untere Extremität und tritt oft nach einem leichten Trauma auf. Es geht initial mit belastungsabhängigen, im Verlauf kontinuierlichen Schmerzen sowie vegetativen Veränderungen, Störungen der Durchblutungsregulation und Dys-/Parästhesien einher. Beim generalisierten Schmerzverstärkungssyndrom können fast alle Körperregionen insbesondere belastungsabhängig schmerzhaft betroffen sein. Weitere Symptome sind Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schlafstörungen und subjektive Gelenkschwellungen.

Das A und O zur Abklärung von Beinschmerzen sind Anamnese und Klinische Untersuchung

Insbesondere bei kleinen Kindern können sich Anamnese und klinische Untersuchung schwierig gestalten. Die Anamnese basiert meist auf den Beobachtungen und Interpretationen der Eltern, die Angaben sind häufig wenig konkret („Mein Kind humpelt und will immer getragen werden.“), Schmerzen werden möglicherweise nicht geäußert oder können nicht genau lokalisiert werden, die klinische Untersuchung erfolgt nicht selten am schreienden, sich wehrenden Kind. Jugendliche wiederum zeigen in der Pubertät häufig eine ängstlich erhöhte Körperaufmerksamkeit; Schmerzen können überdeutlich stark empfunden, aber auch bagatellisiert werden, somatischen Beschwerden können psychische Probleme zugrunde liegen. Umso wichtiger sind eine strukturierte Anamnese, eine gute Beobachtung (z.B. zum Erkennen von Schonhaltungen) und eine einfache, aussagekräftige Untersuchung des Bewegungsapparates.

Anamnese

Neben einer genauen Schmerzanalyse dürfen Fragen nach Funktionseinschränkungen und Entzündungszeichen, nach Allgemeinsymptomen, organbezogenen Symptomen, Veränderungen im Verhalten oder sozialen Umfeld sowie spezielle Fragen zur Familienanamnese nicht fehlen. Eine Übersicht gibt die *Tabelle 4*.

Gelenke, Muskeln	Schmerzbeginn (akut oder schleichend?), Charakter, Dauer, Frequenz, Nachtschmerz, Morgensteifigkeit, Rötung, Schwellung, Überwärmung, Bewegungseinschränkung, Muskelschwäche, Trauma; was lindert (z.B. Ruhe, Medikamente)/ was verstärkt (z.B. Belastung) die Beschwerden?
Allgemeinsymptome	Fieber, Müdigkeit, Gewichtsänderung, Schwitzen
ZNS	Kopfschmerzen,
Cor/Pulmo	Atemnot, Herzrasen
Haut	Ausschlag, Schwellung, Induration, Raynaud-Phänomen, Nagelauffälligkeiten, Haarausfall
Auge	Konjunktivitis, Sehstörungen, Photophobie, Sicca-Symptomatik
Magen-Darm-Trakt	Durchfall, Aphthen, Bauchschmerzen, gastroösophagealer Reflux, Schluckstörungen, Sicca-Symptomatik, rezidivierende Parotitiden
Alltag	Verhaltensauffälligkeiten, Schulausfall/-probleme, auslösende Situationen
Familie	rheumatische Erkrankungen, Schmerzsyndrome, chronisch-entzündliche Darm-erkrankungen, Psoriasis

Tabelle 4: Anamnese – Checkliste

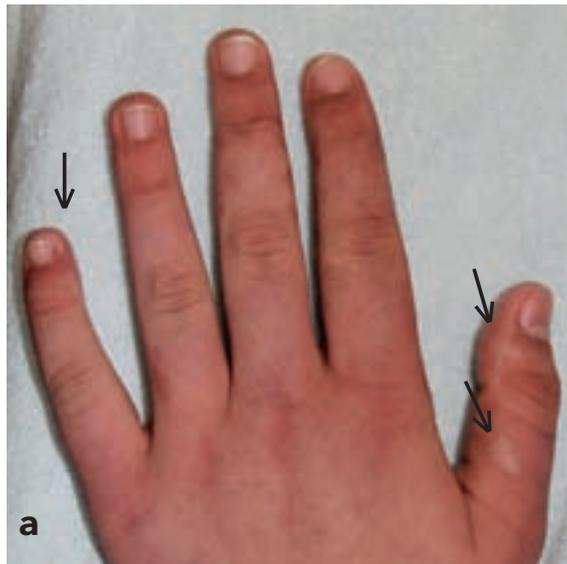
Klinische Untersuchung

Eine in der Anamnese gewonnene Verdachtsdiagnose kann durch eine komplette kinder- und jugendärztliche

Untersuchung inklusive Untersuchung des Bewegungsapparates bestätigt oder revidiert werden. Bereits beim Entkleiden für die körperliche Untersuchung gewinnt der Arzt einen Eindruck über den Allgemeinzustand des Kindes/Jugendlichen und kann die Bewegungsmuster unter Berücksichtigung der normalen altersentsprechenden, körperlichen Entwicklung beobachten. Zur Ganzkörperuntersuchung gehört auch eine Taschenlampenuntersuchung der Augen (Anisokorie als Zeichen einer entzündlichen Synechie? Hornhauttrübung?) und die Inspektion der Haut.

Die Inspektion der Haut

Es wird nach Exanthenen (Psoriasis mit Überschreiten der Haargrenze, psoriatische Minimalzeichen, Schmetterlingserythem?) geschaut. Im Bereich der Hände wird auf eine Nagelbeteiligung (Ölfleck, Tüpfelung, Onychodystrophie?), auf Nagelbettveränderungen (Teleangiectasien?), streckseitige Erytheme (Gottron'sche Papeln?) und Hautverfärbungen (Akrozyanose, Raynaud-Phänomen, trophische Störungen im Fingerkuppenbereich, Livedo reticularis?) untersucht (Abb. 2a, b).



Die Untersuchung des Bewegungsapparates

Auch wenn die Schmerzen durch den Patienten gut lokalisiert werden, müssen immer **alle Gelenke im Seitenvergleich** untersucht werden. Zum Beispiel kann eine Klavikulaschwellung bei einem Kind mit Fußschmerzen und Fußschwellung auf eine chronische, nicht-bakterielle Osteomyelitis (CNBO) hinweisen (Abb. 3).



Abb. 3: Schwellung im Bereich des rechten Sternoklavikulargelenkes mit lokalem Druckschmerz bei einem 8-jährigen Mädchen mit seit 5 Monaten bestehenden Fußschmerzen und Fußschwellung (© Dr. G. Ganser, St. Josef-Stift Sendenhorst)

Diagnose: Chronische nicht-bakterielle Osteomyelitis (CNBO)

Der pGALS – eine einfache und schnelle Screening-Untersuchung des Bewegungsapparates

Die Abkürzung pGALS steht für **p**aediatric, **G**ait, **A**rms, **L**egs und **S**pine. Es werden das Gangbild, die obere und untere Extremität sowie das Achsenskelett untersucht. Der pGALS basiert auf der gleichnamigen Untersuchung für Erwachsene (GALS) und stellt eine Screening-Untersuchung des Bewegungsapparates dar, die für Schulkinder validiert wurde (12), aber auch schon für jüngere Kinder anwendbar ist. Es zeigte sich eine hohe Sensitivität für den Nachweis pathologischer muskuloskelettaler Befunde. Die Untersuchung ist einfach und zügig durchführbar. Video-Demonstrationen des pGALS durch Frau Professor Helen Foster von der Newcastle

Abb. 2: 16-jährige Patientin mit Arthralgien aller großen Gelenke, anamnestisch Raynaud-Phänomen, Stimmungsschwankungen und Haarausfall (a) multiple abgeheilte Nekrosen im Bereich der Finger (b) Livedo reticularis der unteren Extremität

(© Dr. G. Ganser, St. Josef-Stift Sendenhorst)

Diagnose: systemischer Lupus erythematodes mit charakteristischem immunpathologischem Befund: hochtitriger ANA-Titer (>1:2560), Nachweis von dsDNA-, anti-SSA-, anti-RNP-, und anti-Sm-Antikörpern und Antikörpern gegen ZNS-Gewebe und Phospholipide

University in England sind unter <http://www.arthritisresearchuk.org> zu finden.

Durch eine regelmäßig durchgeführte, strukturierte Untersuchung des Bewegungsapparates (z.B. analog dem pGALS) gewinnt der Untersucher eine klinische Sicherheit in der Beurteilung von Bewegungsumfängen und kann normale von auffälligen Befunden leichter unterscheiden sowie Asymmetrien, Muskelatrophien, Schwellungen und auch leichte Funktionsdefizite besser erkennen. Schwellungen können weichteilbedingt oder knöchern sein, sie können artikulär (Abb. 4) oder periartikulär (Abb. 5 und 6) und den gesamten Strahl betreffend (Abb. 7) auftreten.



Abb. 4: Gonarthrit rechts mit Schwellung und Streckdefizit des Kniegelenkes



Abb. 5: Bakerzyste links mit Schwellung in der Poplitea



Abb. 6: Bursitis infrapatellaris links mit Schwellung kniegeleknah



Abb. 7: Psoriasisarthritis mit Daktylitis des I. Strahls rechts und II. Strahls links

(Abb.4-7 © Dr. G. Ganser, St. Josef-Stift Sendenhorst)

Basislabor

Bei Arthralgien ohne weitere auffällige Symptome ist oft ein abwartendes Verhalten ausreichend.

Bei unklaren Fällen, weiteren Symptomen und/oder klinisch manifester Arthritis ist weitere Diagnostik erforderlich:

Insbesondere dem (Differenzial-)Blutbild kommt ein hoher Stellenwert zu. Es wird ergänzt um Entzündungsparameter (CRP, BSG), Leber- und Muskelwerte (gamma-GT, GOT, GPT, CK), Zellzerfallsparameter (LDH und Harnsäure), Knochenparameter (alkalische Phosphatase, Calcium, Phosphat) und Creatinin, Bestimmung des ANA-Titers, immer Urin-Status.

Bei Arthritis: immer Borrelien-Serologie.

Weiterführende Diagnostik erfolgt mit gezielter Fragestellung, z.B.:

- Serologien: bei Verdacht auf eine reaktive Arthritis ggf. Bakterien: Darmkeime (Yersinien, Salmonellen, Campylobacter), Chlamydien, Mykoplasmen, Bartonellen, ggf. Viren: Parvo B19, EBV, CMV, Hepatitis B+C

- je nach Anamnese und Klinik erweitertes immunologisches Screening: RF und anti-CCP-AK, ANCA, C3, C4, C3d (bei Vaskulitiden), HLA-B27

- ggf. Rachenabstrich, Stuhlkultur, Tuberkulin-Hauttest, Zöliakie-Screening, Bestimmung der neuronenspezifischen Enolase im Serum und Katecholaminmetabolite im Urin

- eine Knochenmarkuntersuchung bei Verdacht auf eine hämatologische Systemerkrankung und vor einer systemischen Steroidtherapie

- eine Gelenkpunktion immer bei Monarthritis mit Kultur und Zellzählung

Ad Borrelien-Serologie: die Diagnose einer Lyme-Arthritis kann bei einer positiven Serologie mit in der Regel im IgG-Immunoblot (Westernblot) mindestens fünf positiven Banden mit oder ohne spezifischem IgM gestellt werden. Von serologischen Verlaufskontrollen (z.B. zur Therapiekontrolle) wird abgeraten, das IgM kann über Jahre erhöht bleiben.

Bildgebung

Als nicht-invasive, nicht-schädliche und einfach durchführbare Untersuchung kommt der Arthrosonographie in der Differenzialdiagnostik von Beinschmerzen eine besondere Rolle zu. Mit etwas Erfahrung können hier klinisch unklare Befunde gesichert (Abb. 8a, b) und

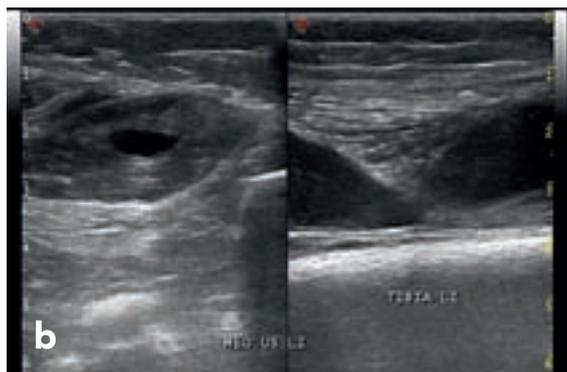


Abb. 8: 13-jähriges Mädchen mit akuten Schmerzen im Bereich des linken Unterschenkels und lokaler Berührungsempfindlichkeit
(a) Schwellung des linken Unterschenkels (3,5 cm Umfangsdifferenz!), Induration der Haut
(b) Diagnose: sonographisch ausgedehnte, organisierte Bakerzyste links

Arthritiden durch Kapseldistension, Erguss, Synovialitis und ggf. erhöhte Power-Doppler-Aktivität im Bereich der peripheren Gelenke festgestellt und dadurch kern-

spintomographische Untersuchungen ersetzt werden (Abb. 9a, b). Je nach Anamnese und Klinik kann eine Ab-



Abb. 9: Arthrosonographie jugendlicher Patientinnen

(a) unauffälliges oberes Sprunggelenk (OSG)
(b) Arthritis des OSG (deutliche Kapseldistension und Erguss auch des angrenzenden Talonavikulargelenkes (TN))

domensonographie den Verdacht auf eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung als Ursache für Arthralgien/ Arthritiden bestätigen. Da Knochen- und Gelenkschmerzen bei Kindern Ausdruck einer malignen Erkrankung sein können, sollte bei länger dauernden Schmerzen (>2 Wochen) neben einer rationalen Labor-diagnostik eine Bildgebung erfolgen. Konventionelle Röntgen-Aufnahmen können Zeichen für Knochentumoren (Periostreaktionen mit „Zwiebelschalen“-Phänomen, Spiculae, Codman-Dreieck) und eine akute Leukämie (transverse metaphysäre Aufhellungslinien, Osteolyse, sklerotische Läsionen) zeigen. Die Röntgen-Bilder werden idealerweise in 2 Ebenen und ggf. im Seitenvergleich angefertigt. Bei Verdacht auf einen malignen Tumor kommt die Computer- und Magnetresonanztomographie zum Einsatz. Eine Szintigraphie kann meist durch die sensitivere, nicht-strahlenbelastende Ganzkörper-MRT ersetzt werden.

Fazit für die Praxis

Anamnese und Klinik bestimmen den Umfang der Diagnostik

Es gibt eine Vielzahl von Differenzialdiagnosen für Beinschmerzen und bisweilen kann der Weg zur korrekten Diagnose nicht einfach sein. Es gilt Alarmzeichen zu erkennen. In den meisten Fällen ist bereits aufgrund wegweisender Angaben in der Anamnese und der klinischen

Untersuchung, die ein fundiertes Wissen über die Entwicklung des Bewegungsapparates und psychosomatische Entwicklung des Kindes voraussetzt, eine Verdachtsdiagnose zu stellen. Zur Diagnosesicherung ist in unterschiedlichem Umfang eine zusätzliche Labordiagnostik und Bildgebung erforderlich. Bei Kindern mit unklaren Symptomen und gering veränderten Laborparametern oder einer benignen Verdachtsdiagnose (z.B. Wachstumsschmerzen) ist eine Verlaufskontrolle (in 2-4 Wochen) mit erneuter klinischer Untersuchung und Basisdiagnostik sowie das zwischenzeitliche Führen eines Beschwerdekaltenders durch die Eltern bzw. den jugendlichen Patienten zu empfehlen.

Literatur bei der Verfasserin

Interessenkonflikt: Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. med. Sonja Mrusek
 Kinder- und Jugendärztin, Kinderrheumatologin
 Klinik für Kinder- und Jugendrheumatologie
 Rheumatologisches Kompetenzzentrum Nordwestdeutschland
 St. Josef-Stift Sendenhorst, Westtor 7, 48324 Sendenhorst
 Tel.: 02526-300-1561
 Korrespondenzanschrift:
 Dr. med. Sonja Mrusek
 Sektion Kinder- und Jugendrheumatologie
 ACURA Rheumazentrum Baden-Baden,
 Rotenbachtalstrasse 5, 75630 Baden-Baden, Tel.: 07221-352-697
 E-Mail: s.mrusek@acura-kliniken.com

Red.: Keller

Welche Diagnose wird gestellt?

Robin Stier und Andreas Leenen

Anamnese

Ein 7 Monate alter männlicher Säugling wird wegen seit einem Tag bestehenden Fiebers bis 38,4° C und seit einem Monat bestehender rezidivierender Hustenanfälle vorgestellt. Aufgrund zunehmender Dyspnoe bei gleichzeitiger Nahrungsverweigerung erfolgte die stationäre Aufnahme.

Bei dem Kind handelt es sich um ein ehemaliges FG der 28. +0 SSW, das altersentsprechend entwickelt ist. Bisher seien keine Atemwegsobstruktionen aufgetreten. Ess- und Trinkverhalten seien jedoch schon seit längerem mäßig gewesen.

Untersuchungsbefund

Knapp 7 Monate alter männlicher Säugling in reduziertem Allgemeinzustand. Gut gediehen.

Herztöne rein und regelmäßig. Pulmo beidseits belüftet, ubiquitär Giemen, Brummen und feinblasige RGs. Abdomen weich, physiologische Darmgeräusche. Der Befund des Röntgen-Thorax ist in Abb. 1 dargestellt.

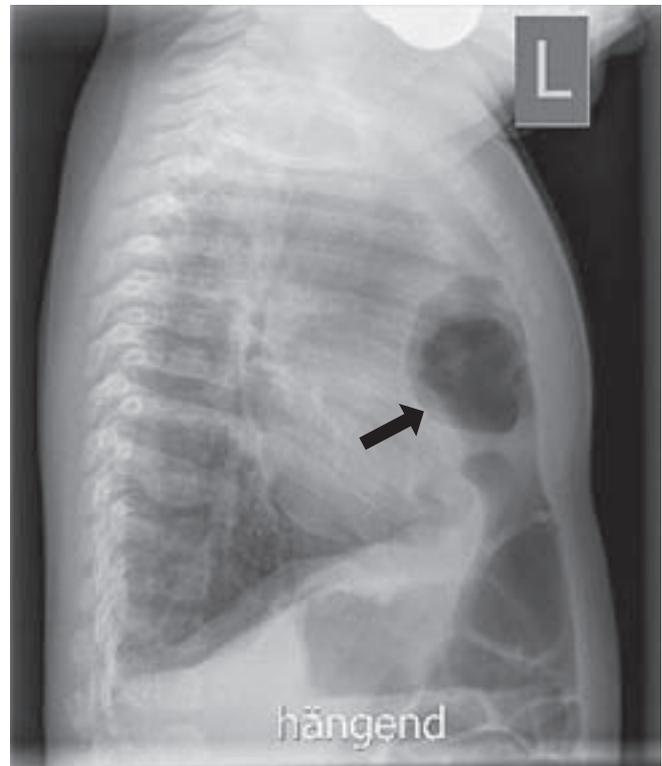
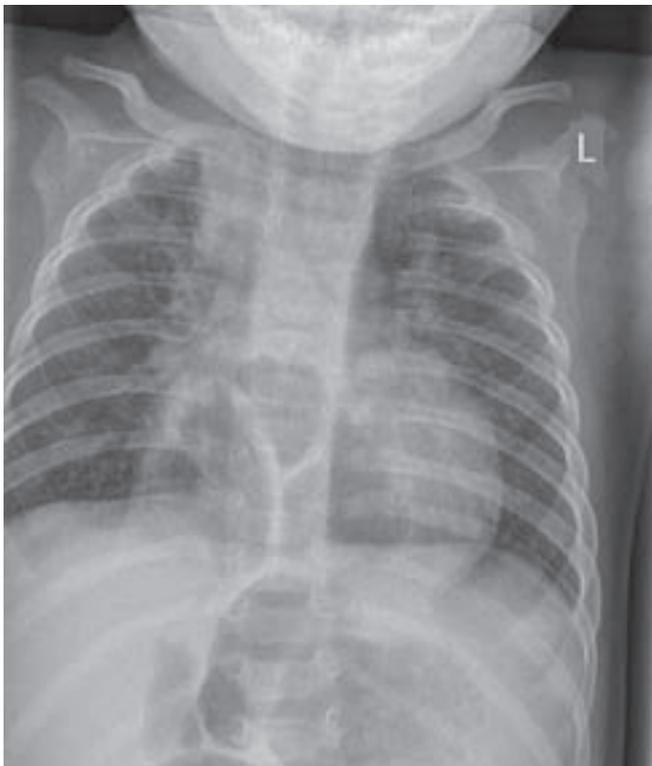


Abb. 1a und b: Röntgen-Aufnahme des Thorax (anterior-posterior und seitlich)

Wie lautet die Diagnose?

Diagnose: Morgagni-Hernie

Angeborene Zwerchfellhernien (Congenital Diaphragmatic hernia = CDH) beruhen auf einer Zwerchfellücke und können mit oder ohne Verlagerung von Bauchorganen in den Thoraxraum einhergehen (1). Große kongenitale Zwerchfellhernie treten in der Regel kombiniert mit einer meist ipsilateral betonten Lungenhypoplasie auf. Der Defekt kann dabei entlang des Hiatus, paraösophageal, entlang des posterolateralen Diaphragmas (Bochdalek) oder retrosternal (Morgagni) auftreten. In 70% liegt die CDH als isolierter Defekt, in 30% assoziiert mit anderen Fehlbildungen oder im Rahmen von Syndromen (z.B. Trisomie 13,18,21; Beckwith-Wiedemann-Syndrom oder Denys-Drash-Syndrom) vor. Familiäre Häufungen wurden in 2% gefunden; diese scheinen im Chromosom 15q26 kodiert zu werden. Die Häufigkeit einer CDH wird mit 1:2500-1:3000 Lebendgeburten angegeben. Dabei sind Mädchen doppelt so häufig betroffen wie Jungen (2).

Das Zwerchfell entwickelt sich zwischen der 8. und 12.SSW. Bei der Unterteilung des thorakalen und abdominalen Raumes durch den Verschluss des posterolateralen pleuroperitonealen Kanals verschließt sich die linke und dorsale Region später als die rechte und anterior gelegene Region. Das sich zuletzt schließende Dreieck wird pleuroperitonealer Kanal genannt. Dadurch ist zu erklären, dass bei mangelhaftem Verschluss in 90% der Fälle eine Bochdalekhernie auftritt, 80-90% davon linksseitig. Ein anteriorer Defekt (Morgagni-Hernie=MH) findet sich lediglich in 2-6% der Fälle, meist rechtsseitig, selten auch beidseitig.

Die Überlebensrate von Neugeborenen mit großen Zwerchfellhernien liegt bei 67%. Die eingeschränkte Überlebenswahrscheinlichkeit beruht v.a. auf der durch die Hernierung bedingten Lungenhypoplasie; durch den assoziierten pulmonal-arteriellen Hochdruck persistiert die fetale Zirkulation. Mehr als die Hälfte der Kinder mit Zwerchfellhernien und assoziierten Fehlbildungen versterben bereits in utero.

Klinik und Diagnostik:

Wie in unserem Fall sind Kinder mit einer Morgagni-Hernie zunächst meist asymptomatisch. Einige Kinder fallen zuvor durch wiederholte respiratorische Infekte, Husten, Erbrechen oder GER auf (3). Die Diagnose wird häufig per Zufall und nicht selten erst im Erwachsenenalter gestellt. Umstände wie Übergewicht, Schwangerschaft, Traumen, chronischer Husten, Leistungssport können durch die Erhöhung des intraabdominellen Drucks zu einem schnelleren Symptombeginn und damit früherer Diagnosestellung führen (2). Auf dem posterior- anterioren, im Hängen durchgeführten Röntgenbild des Thorax zeigen sich in unserem Fall lufthaltige Darmstrukturen in Projektion auf das Mediastinum (**Abb. 1a**), die im seitlichen Strahlengang retrosternal lokalisiert sind (**Abb. 1b**).

In anderen Fällen kann diese Hernie durch ein prolabiertes Omentum oder mit Flüssigkeit gefüllten Darm wie eine weichteildichte Raumforderung imponieren, es können auch Luft-Flüssigkeits-Spiegel abgrenzbar sein. Eine abdominelle und thorakale Sonographie in der Hand des Erfahrenen beweist die anterolaterale Hernie, in unklaren Fällen kann eine Bestätigung der Diagnose durch einen Barium-Breischluck erfolgen. MRT oder CT sind im Kindesalter meist nicht notwendig (2).

Therapie:

Eine übersehene oder spät diagnostizierte Morgagni-Hernie kann zu ernsthaften Komplikationen und erheblicher Morbidität führen. Eine komplette Okklusion durch den Prolaps intraabdomineller Organe mit möglicher Inkarzeration und/oder Nekrose eines Hohlorgans ist dennoch sehr selten. Der Zugang sollte über eine Laparotomie (hoher, subcostaler Einschnitt) gewählt werden. In einzelnen Fällen ist auch eine Thorakotomie oder eine Thorakoskopie möglich. Während der thorakale Zugang meist minimal-invasivere Zugangswege zulässt, kann in einigen Fällen der transabdominelle Zugang aufgrund besserer Defekteinsicht, leichter Reparatur des Herniensacks und damit verbundener Morbiditätssenkung von Vorteil sein. In der Regel ist bei beiden Zugangswegen, nach Lösung der Adhäsionen und Rückverlagerung der Bauchorgane, ein primärer Verschluss des Defektes ohne die Einlage prothetischer Materials (z.B. Goretex-Patch) möglich.

Prognose:

Der präoperative Verlauf der Morgagni-Hernie ist meist unkompliziert und auch die postoperativen- und Langzeitergebnisse sind exzellent. Morbiditäts- und Mortalitätsraten sind sehr niedrig, insbesondere nach elektiv durchgeführten Eingriffen.

Literaturangaben

1. Minneci PC, Deans KJ, Kim P, Mathisen DJ. Foramen of Morgagni hernia: changes in diagnosis and treatment. *Ann Thorac Surg* 2004;77: 1956-9.
2. Shields TW, LoCicero J, Reed CE, Feins RH. *General Thoracic Surgery*, 7th edn. Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
3. Pfannschmidt J, Hoffmann H, Dienemann H. Morgagni hernia in adults: results in 7 patients. *Scand J Surg* 2004;93:77-81.

Weitere Literatur beim Verfasser

Dr. med. Robin Stier*
Abt. Allgemeine Pädiatrie
Dr. med. Andreas Leenen
Abt. Pädiatrische Radiologie
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg

*Korrespondierender Autor

Red.: Höger



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Invaginationsrisiko nach Rotavirus-Impfung bei US-amerikanischen Säuglingen

Intussusception Risk after Rotavirus-Vaccination in U.S. Infants

Yih, WK, TA Lieu, M Kulldorff, et al., N Engl J Med 2014;370:503-512, Published Online, Januar 2014

Die Autoren untersuchten die Daten von Säuglingen im Alter von 5 – 36.9 Wochen, die Mitglieder von 3 verschiedenen US-Gesundheitsplänen waren und an einem von der FDA unterstützten Mini-Sentinel-Programm teilnahmen

Von 2004 bis Mitte 2011 wurden mögliche Invaginations-Fälle nach Rotavirusimpfung durch prozedurale und diagnostische Codes identifiziert. Die Krankengeschichten der möglichen Invaginationsfälle wurden bezüglich eines zeitlichen Zusammenhangs mit einer Rotavirus-Impfung – pentavalenter Impfstoff = RV5, monovalenter Impfstoff = RV1 - überprüft. Die primäre Analyse benutzte ein Risiko-Intervall, das nur geimpfte Säuglinge einschloss. Die Sekundär-Analyse verglich geimpfte und ungeimpfte Säuglinge miteinander.

Die Analyse schloss 507.874 erste RV5-dosen und 1.277.556 gesamte RV5-Dosen, sowie 53.638 erste und 103.098 gesamte RV1-Dosen ein. Das statistische Potential war für RV5 Impfstoffe größer als für RV1. Die Anzahl überzähliger Invaginationsfälle pro 100.000 erster RV5 Dosen war sowohl in der Primär-Analyse als auch in der Sekundär-Analyse für das 7-Tages-Risiko-Fenster bzw. das 21-Tage-Risiko-Fenster für die Sekundär-Analyse signifikant erhöht. Nach der 2. Und 3. Impf-Dosis wurde kein signifikant erhöhtes Invaginations-Risiko errechnet. Die Resultate der Primär-Analyse für die 1. RV1-Dosis waren nicht signifikant erhöht, jedoch die Sekundär-Analyse nach der 2. Dosis.

Insgesamt ergaben sich für die 1. RV5-Dosis 1,5 zusätzliche Invaginationen/100.000 Säuglinge.

Die Sekundäranalyse wies für RV1 auf ein möglicherweise erhöhtes Invaginations-Risiko hin – das statistische Potential war jedoch untergewichtet.

Invaginations-Risiko nach monovalenter Rotavirus-Impfung

Risk of Intussusception after Monovalent Rotavirus Vaccination

Weintraub ES, Baggs J, Duffy J, N Engl J Med 2014;370:513-519 Published Online, Januar 2014

Im Vaccine Safety Datalink (VSD)- Projekt für Impfstoff-Sicherheit wurden Säuglinge im Alter von 4 bis 34 Wochen aus 6 integrierten Gesundheits-Organisationen aufgenommen

Die Autoren analysierten die medizinischen Berichte und Arztbesuche innerhalb 7 Tagen nach der monovalenten Rotavirus-Impfung (RV1) wegen einer Invagination im Zeitraum von April 2008-März 2013. Mit Hilfe einer Sequenz-Analyse wurde das Invaginations-Risiko der Kinder nach RV1-Impfung mit den historischen Hintergrunddaten verglichen. Weiterhin wurde das Invaginations-Risiko nach RV1 mit einer Kohorte verglichen, die RV5 erhalten hatte.

Im Untersuchungszeitraum wurden in der VSD-Population 207.955 RV1-dosen verabreicht, darunter 115.908 erste Dosen und 92.047 zweite Dosen. Beobachtet wurden 6 Invaginationen innerhalb 7 Tagen nach der RV1-Impfung, 2 nach der ersten, 4 nach der 2. Impfdosis. Die erwartete Invaginationszahl für beide Dosen betrug 0.72 mit einem relativen Risiko von 8.4 (Zahl der beobachteten Fälle dividiert durch die statistisch erwartete Fallzahl). Im Studienzeitraum wurden 1.301.810 RV5 Dosen verabreicht, mit 8 Invaginations-Fällen (7.11 erwartet), mit einem nicht signifikant erhöhten Risiko von 1.1.

Das relative, durch Krankenakten-Studium bestätigte Invaginations-Risiko innerhalb 7 Tagen nach einer RV1-Dosis, verglichen mit dem Risiko nach RV5 betrug 9.4. Das anrechenbare Invaginations-Risiko nach zwei RV1-Dosen wurde mit 5.3 pro 100.000 geimpfter Kinder berechnet. Die prospektive Postmarketing-Studie mit mehr als 200.000 RV1-Dosen ergab ein signifikant gering erhöhtes Invaginations-Risiko, das gegen den Nutzen einer Rotavirus-Infektion aufgewogen werden muss.

Kommentar

Die zwei voneinander unabhängigen Postmarketing Studien des VSD (Vaccine Safety Datalink) des CDC und im PRISM (Post Licensure Rapid Immunization Safety Monitoring Programm) der FDA wurden jetzt gleichzeitig publiziert

Die VSD-Studie zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen RV1 und Invagination, aber kein signifikant erhöhtes Invaginations-Risiko durch die RV5-Impfung. Die PRISM-Studie war nicht in der Lage ein erhöhtes Risiko nach RV1 nachzuweisen, wies aber einen signifikanten Zusammenhang zwischen RV5 und Invagination nach: 1.5 zusätzliche Invaginations-Fälle pro 100.000 Impfungen nach der 1. Impfdosis, auf der Basis von 8 diagnostizierten Invaginationen unter ca. 500.000 Impfungen in dem kritischen 21-Tage Fenster.

Die Tatsache, dass mehr als 7 Jahre und grosse Populationen nötig waren um ein marginal erhöhtes signifikantes Risiko zu dokumentieren, spricht für das relativ geringe Invaginations-Risiko mit jedem der beiden Impfstoffe.

Wenn auch die 2 Studien gegensätzliche Ergebnisse zu dokumentieren scheinen ist eine vorsichtige Interpretation notwendig. Die Unterschiede in beiden Studien sind marginal und das Invaginations-Risiko niedrig. Die Ursache dieses Invaginations-Risikos bleibt weiter ungeklärt.

Im Vergleich mit dem großen Nutzen der Rotavirus-Impfung, nicht nur in den industrialisierten Ländern, sondern besonders auch in den Entwicklungsländern sind diese Risiken akzeptabel,

erfordern aber eine entsprechende Beobachtung und Aufklärung der Eltern.

Für die in Deutschland seit August 2013 empfohlene allgemeine Rotavirus-Impfung junger Säuglinge ergeben sich aus den beiden Studien keine neuen Gesichtspunkte, da das RKI schon bisher von einem gering erhöhten Invaginationsrisiko von 1-2 Fällen pro 100.000 Säuglingen ausgeht.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Zufallsbefund MRSA im Rachenabstrich

CONSILIUM

Prof. Dr. med.
Reinhard Berner

Frage:

- Wie ist zu verfahren, wenn bei einem Rachenabstrich bei Tonsillitis neben Streptokokken der Gruppe A MRSA gefunden werden?

Antwort:

Zunächst einmal muss man wohl die Tonsillitis mit Penicillin behandeln, denn die Ursache der Tonsillitis werden definitiv die nachgewiesenen Streptokokken der Gruppe A (und nicht MRSA) sein.

Der Befund von MRSA im Rachen – hier als Zufallsbefund – zeigt lediglich die Kolonisierung an. Man muss fragen, ob es hierfür Risikofaktoren gibt, beispielsweise kürzlich zurückliegende Krankenhausaufenthalte oder Kontakt zu Personen mit MRSA-Besiedlung bzw. Risiko dafür oder mehrfache Antibiotika-Therapien in der Vergangenheit. Darüber hinaus hat der Befund der MRSA-Kolonisation als solcher beim sonst Gesunden zunächst einmal keinen Krankheitswert.

Aus der o. g. Abfrage bzgl. der Begleitumstände ergeben sich dann möglicherweise aber Konsequenzen für den Umgang mit diesem Zufallsbefund MRSA-Besiedlung. Insofern müsste man für eine konkrete Antwort eigentlich mehr zu dem geschilderten Fall wissen. Unterstellt man einmal, es handelt sich um ein ansonsten gesundes Kindergarten- oder Schulkind, bei dem es im Umfeld keine gefährdeten Personen gibt, so kann man sich folgende beiden Handlungsoptionen vorstellen (wobei die Expertenmeinungen hier zum Teil etwas auseinander gehen):

Vom RKI ist in einer sehr ausführlichen Stellungnahme die Auffassung vertreten worden, dass bei MRSA-besiedelten Kindern, die Gemeinschaftseinrichtungen besuchen sollen, der Versuch einer MRSA-Sanierung indiziert sei (1). Dies mag im Kontext einer möglichen Übertragung auf gefährdete Kinder in speziellen Ge-

meinschaftseinrichtungen durchaus gerechtfertigt erscheinen. Die später im Text geäußerte Auffassung, "Wird bei einem gesunden Kind ohne Anzeichen auf eine durch MRSA verursachte Erkrankung der Erreger (eher zufällig) gefunden, sollte man das nicht einfach hinnehmen, sondern eine Sanierung versuchen", wird allerdings nicht weiter begründet. Es wird m. E. auch eher schwierig zu begründen sein, mit welcher Rechtfertigung und mit welchem Behandlungsziel dies erfolgen sollte. In der Stellungnahme des RKI wird allerdings gleichfalls darauf verwiesen, dass im Einzelfall Überlegungen zur Risikoabschätzung notwendig und individuelle Entscheidungen zu treffen sind. Insofern ergibt sich neben der Option des Versuchs der Sanierung durchaus auch eine Option des Abwartens. Nach meiner persönlichen Einschätzung ist es a priori nicht in jedem Falle gerechtfertigt, bei einem ansonsten gesunden Kind eine – ja durchaus auch nicht nebenwirkungs- und belastungsfreie – Sanierung durchzuführen. Man müsste zumindest die Eltern zu dem Sachverhalt genau aufklären und sie an der Entscheidung teilhaben lassen.

Prof. Dr. med. Reinhard Berner
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Fetscherstr. 74
01307 Dresden

Literatur:

Nassauer A. Gibt es Bedenken gegen den Besuch von lediglich kolonisierten MRSA-Trägern in Gemeinschaftseinrichtungen? Epidemiolog. Bulletin 2/2011; 9-13.

Das „CONSILIUM“ ist ein Service im „KINDER- UND JUGENDARZT“, unterstützt von INFECTOPHARM. Kinder- und Jugendärzte sind eingeladen, Fragen aus allen Gebieten der Infektiologie an die Firma InfectoPharm, z. Hd. Frau Dr. Kristin Brendel-Walter, Von-Humboldt-Str. 1, 64646 Heppenheim, zu richten. Alle Anfragen werden von namhaften Experten beantwortet. Für die Auswahl von Fragen zur Publikation ist der Chefredakteur Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, redaktionell verantwortlich.

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

Fit für die Praxis?

Viele Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte wollen nach ihrer Weiterbildung in der eigener Praxis arbeiten. Nach einer Umfrage im Rahmen des BVKJ-Assistentenkongresses 2011 möchten nur 34 Prozent der Befragten „am liebsten“ in einer Klinik arbeiten, die Mehrheit bevorzugte die ambulante Arbeit in einer Gemeinschafts- oder Einzelpraxis oder in einem MVZ. Werden die zukünftigen Pädiater/innen aber während ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf die ambulante allgemeine Pädiatrie vorbereitet?

Die „Arbeitsgemeinschaft Weiterbildung“ der Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP) hat Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen, die nach Abschluss der Facharztweiterbildung in den ersten Jahren ihrer ambulanten Tätigkeit sind, zu diesem Thema befragt. Ziel der Befragung war, eine Aussage über Inhalte, Qualität und Defizite in der Ausbildung in der allgemeinen ambulanten Pädiatrie zu bekommen.

Genau 193 Kolleginnen und Kollegen gaben ihr Votum ab. Das Durchschnittsalter betrug 46 Jahre, die Geschlechterverteilung war in etwa ausgeglichen, was nicht dem Verhältnis bei den jüngeren, ambulant arbeitenden Kinder- und Jugendärzten entspricht. Hier überwiegt inzwischen das weibliche Geschlecht. Zweidrittel der Befragten waren zwischen ein und fünf Jahre niedergelassen (Diagramm 1):

Weiterbildung ohne Plan und meist praxisfern

Auf die Frage, ob sie sich während ihrer Weiterbildungszeit auf die pädiatrische Grundversorgung vorbereiten konnten, antwortete nur jeder Fünfte mit ja. Zwei Drittel fühlten sich teilweise vorbereitet und 12,9 Prozent überhaupt nicht (Diagramm 2). Die Weiterbildung in der pädiatrischer Grundversorgung sei zu 87,9Pro-

zent in einer Kinderklinik erfolgt und zu 38,2 Prozent wenigstens zeitweise in einer pädiatrischen Praxis. Meist waren die Kolleginnen und Kollegen neben der Klinikarbeit in einer Praxis tätig, zum Beispiel als Praxisvertretung. Nur vier Prozent gaben an, ihre Weiterbildung sei entweder nach einem Curriculum oder einem Logbuch erfolgt. Eine planmäßige Weiterbildung verneinten fast 90 Prozent.

Auf die Frage, in welchen Versorgungsbereichen der ambulanten Pädiatrie sich die Befragten nach der Niederlassung „fit“ gefühlt haben, antworteten mit „Ja“ lediglich zwischen 10 Prozent und 20 Prozent für die Bereiche: Vorsorgeuntersuchungen, frühkindliche Regulationsstörungen, Verhaltensprobleme, Schulproblemen, psychiatrische Störungsbilder, Haut-, Haar-, Nagelprobleme, Langzeitbetreuung von Kindern und Jugendli-

chen mit ADHS und Zusammenarbeit und Vernetzung im Sozialraum. Die geringste Zustimmung (10 Prozent) erhielt die Frage nach dem Umgang mit – und die Beurteilung von Jugendlichen. 20 Prozent bis 40 Prozent der Befragten fühlten sich „fit“ für Impfungen, Entwicklungsdiagnostik, psychosomatische Störungsbilder und die Langzeitbetreuung von Kindern und Jugendlichen mit Neurodermitis. Nur die Langzeitbetreuung von Kindern und Jugendlichen mit Asthma erhielt bei dieser Frage mit mehr als 50 Prozent (53 Prozent) ein positives Votum (Diagramm 3).

Klare Weiterbildungsstrukturen gefordert

Die Frage „Was hat Ihnen (im Hinblick auf die jetzige ambulante Tätigkeit) in ihrer Weiterbildung gefehlt“ hat die größte Flut an freien Kommentaren hervorgerufen: 122 Kommentare bei 187 Teilnehmern. Die Antworten reichten von Kurzkommentaren wie „ein Konzept!“, „Struktur!“ bis hin zu ausführlichen Einlassun-

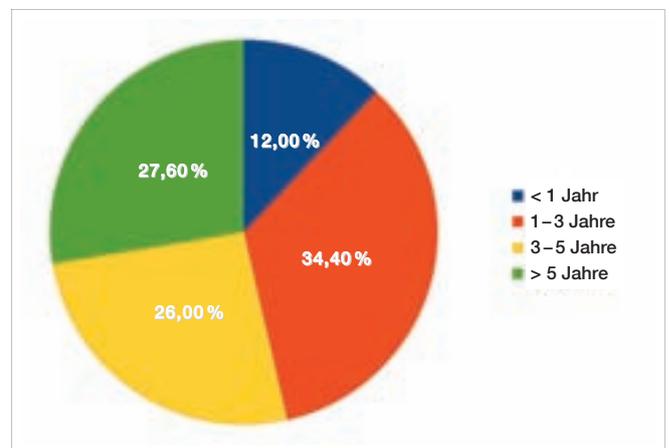


Diagramm 1: Wie lange sind Sie schon niedergelassen?

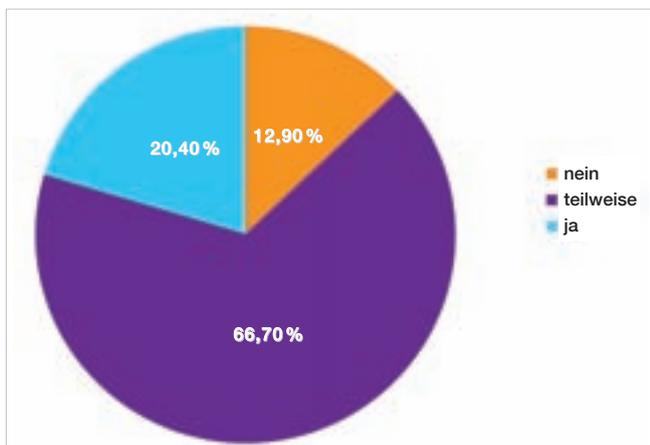


Diagramm 2: Konnten Sie sich während Ihrer Weiterbildungszeit auf die Aufgaben der pädiatrischen Grundversorgung (ambulante allgemeine Pädiatrie) vorbereiten?

gen, die durchgehend die Erkenntnis widerspiegeln, in der Praxis mit Problemen konfrontiert zu sein, die in der Weiterbildung nicht gelehrt wurden (siehe Kasten).

Über ein Drittel der Befragten hat während der Weiterbildungszeit eine Schwerpunktbezeichnung erworben (36,6 Prozent), aber nur 62 Prozent davon möchten auch in der Praxis in dem erworbenen

Rolle. Das klinische Versorgungsspektrum unterscheidet sich erheblich vom ambulanten Versorgungsspektrum und den damit verbundenen Aufgaben. Wie bereits seit langem vom BVKJ nun auch vom Deutschen Ärztetag 2013 gefordert, muss die Weiterbildungsordnung dieser Entwicklung angepasst werden und einen obligaten Weiterbildungsabschnitt mit ge-

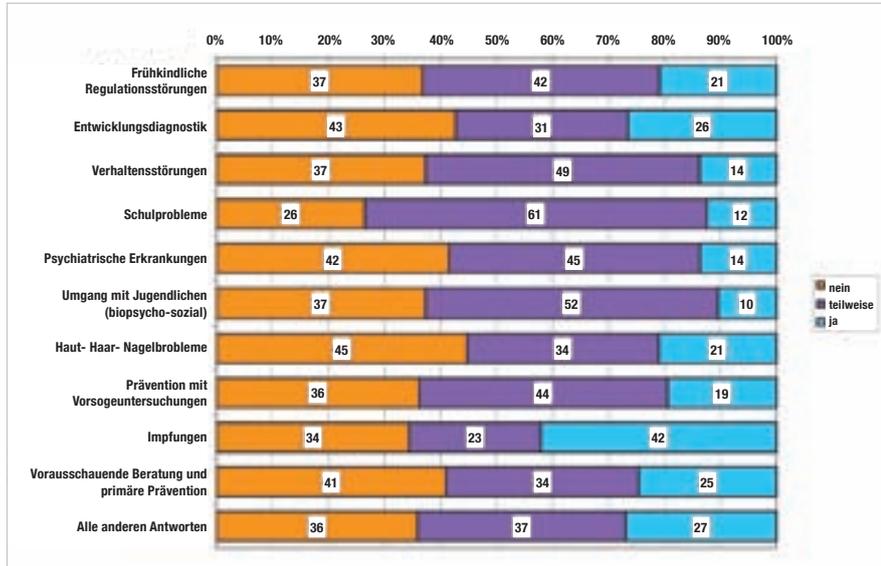


Diagramm 3: In welchen Versorgungsbereichen der ambulanten Pädiatrie Haben Sie sich nach der Niederlassung „fit“ gefühlt?

Schwerpunkt arbeiten. Dies gilt besonders für den am häufigsten erworbenen Schwerpunkt Neonatologie, der in der Ausbildung für die tägliche Praxis als wenig hilfreich eingestuft wurde.

Obwohl die Mehrheit der Weiterbildungsassistenten/assistentinnen später eine ambulante allgemeinpädiatrische Tätigkeit aufnehmen möchte, ist die Vorbereitung darauf unzureichend und spielt im Rahmen der derzeitigen meist klinischen Weiterbildungszeit eine untergeordnete

stufte Weiterbildungsplan für die ambulante Praxis enthalten.

Autoren:
 Dr. Folkert Fehr, DGAAP
 Dr. Wolfgang Gempp, DGAAP
 Dr. Ulrike Gitmans, DGAAP
 Dr. Elke Jäger-Roman, DGAAP
 Korrespondenzadresse:
 Dr. Wolfgang Gempp
 E-Mail: dr.gempp@t-online.de

Red.: Kup

Was hat Ihnen in Ihrer Weiterbildung (für die ambulante Grundversorgung) gefehlt?

- Die Weiterbildung in der Kinderklinik macht in vielen Bereichen nicht fit für die Praxis! Selber Kinder zu haben und die Erfahrungen, die man als Mutter macht, sind manchmal hilfreicher als die ganze Weiterbildung ... Für Akuterkrankung war ich gut gerüstet, für sozialpädiatrische Fragen, Entwicklungsdiagnostik und Einschätzungen (Vorsorgen), die Fragen nach Heilmittelverordnungen, Impfungen, soziale Vernetzung, war ich überhaupt nicht vorbereitet.
- All diese Themen (der ambulanten Grundversorgung) wurden in der Klinik mit Ausnahme von Asthma so gut wie gar nicht behandelt. Hätte ich nicht ein Teil der Weiterbildungszeit in der Praxis absolviert, wäre ich bei meiner Niederlassung ahnungslos gewesen.
- Vieles habe ich bei meiner Tätigkeit im SPZ gelernt, ansonsten wäre mir die Umstellung in die Niederlassung wesentlich schwerer gefallen.
- Nur learning-by-doing in der Urlaubsvertretung.
- Die allermeisten Weiterbildungsinhalte musste ich in eigener Regie und in der Freizeit erwerben.
- Die Weiterbildung war eigentlich sehr gut, in einem kleinen Haus auch sehr praxisbezogen. Für die Niederlassung während sechs Monate in der Praxis, wie bei den Allgemeinmedizinern, wären sicherlich gut, um die Dinge, die in der Klinik nicht vorkommen, zu lernen.

Zur Auseinandersetzung mit den Berliner Rechtsmedizinern Prof. Dr. Michael Tsokos und Dr. Saskia Guddat (Etzoldt)

Die Beschwerde, die ich im Namen des BVKJ bei der Berliner Ärztekammer eingereicht habe, war in erster Linie dagegen gerichtet, dass die beiden Rechtsmediziner in ihrem Buch und in Interviews in der Öffentlichkeit behauptet haben, Kinder- und Jugendärzte würden aus pekuniären Gründen Fälle von ganz offensichtlicher Kindesmisshandlung bzw. -vernachlässigung nicht den zuständigen Behörden melden und billigend in Kauf nehmen, dass Kinder schwerst misshandelt werden, nur um keine Patienten zu verlieren. Dafür sind sie die Beweise schuldig geblieben. Dies ist ehrabschneidend für die Fachgruppe der Kinder- und Jugendärzte und hier musste der BVKJ im Interesse seiner Mitglieder aktiv werden.

Der Weg über die LÄK wurde bewusst gewählt, weil der BVKJ der Ansicht ist und war, diese Auseinandersetzung zunächst innerärztlich zu führen und nicht öffentlich. Leider haben sich die beiden Berliner Rechtsmediziner nicht daran gehalten, sondern suchen unverändert die Medienkontakt und stellen öffentlich, wie in der Sendung von Markus Lanz im ZDF am 17.04., wahrheitswidrige Behauptungen auf.

Niemand von uns hat je die Absicht gehabt, die beiden Berliner Rechtsmediziner mundtot zu machen oder ein Berufsverbot zu bewirken. Das ist einfach an den Haaren herbeigezogen! Den Wortlaut meines Schreibens an die ÄK Berlin finden Sie in PädInform im Ordner BVKJ Aktuell.

Es gab auch den Antrag von Mitgliedern des BVKJ, strafrechtlich gegen die beiden Rechtsmediziner vorzugehen. Dies hat der Vorstand abgelehnt.

Kein ärztlicher Berufsverband hat sich in den letzten 20 Jahren in Deutschland so für Kinderrechte und den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch eingesetzt wie der BVKJ. Das ist bei aufmerksamer Registrierung unserer Aktivitäten auf allen Ebenen weit über unseren medizinischen Auftrag hinaus unschwer zu belegen.

Politische Kinder- und Jugendmedizin sehen wir als eine unserer Kernaufgaben an. Das Thema Kindesmisshandlung/-vernachlässigung ist ein hochsensibles Thema, dem sich der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte weit über seinen medizinischen Versorgungsauftrag hinaus seit vielen Jahren intensiv widmet.

Wir sind bei allen Runden Tischen zum Thema aktiv, arbeiten in den Netzwerken Frühe Hilfen flächendeckend und mit großem Engagement mit, haben zusammen mit Kinderkliniken Kinderschutzambulanzen aufgebaut, am 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung mitgearbeitet, der wichtige Forderungen für die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe sowie Gesundheitswesen erhoben hat, grundsätzliche Verbesserungsvorschläge zum Bundeskinderschutzgesetz eingebracht, arbeiten mit der Kinderkommission des Bundestages eng zusammen, verleihen einen Medienpreis für Journalisten, die sich mit benachteiligten Kindern befassen, usw.

Die Berliner Rechtsmediziner Prof. Dr. Tsokos und Dr. Guddat (Etzoldt) sind bei all diesen Engagements seit vielen Jahren nie aktiv dabei gewesen, sie haben auch nie den Kontakt mit uns gesucht.

Uns geht es allein um die Wahrheit und den oft selbstlosen immensen Einsatz unserer Kolleginnen und Kollegen, gerade in den Problemvierteln der Großstädte, in denen viele Praxen aufgrund der schwierigen Aufgaben mit bildungsfernen und zerrütteten Familien keine Nachfolger mehr finden, denn bezahlt wird dieser kräftezehrende Einsatz uns Ärztinnen und Ärzten nicht. Die Praxen der Kolleginnen und Kollegen in diesen Vierteln sind überlaufen.

Diesen bewundernswerten Kolleginnen und Kollegen haben die beiden Berliner Rechtsmediziner einen Bärendienst erwiesen!

Dass es auch bei uns Kolleginnen und Kollegen gibt, die unseren Ansprüchen zum Einsatz für den Kinderschutz und das Grundrecht aller Kinder auf körperliche und psychische Unversehrtheit nicht gerecht werden, ist nicht zu leugnen und wir bemühen uns, durch gelebte Zusammenarbeit auch mit Rechtsmedizinern (z.B. re-med in Bayern) und vielen anderen Professionen, die Situation von Kindern, aber auch ihrer Familien zu verbessern.

Die Art des Vorgehens der beiden Berliner Rechtsmediziner wird auch von der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin kritisch gesehen.

Der BVKJ wird sich mit unverminderter Einsatz auch weiterhin auf allen ihm zugänglichen Ebenen für mehr Kinderbewusstsein in Deutschland, eine Verankerung von Kinderrechten im Grundgesetz, das Recht aller Kinder auf körperliche und seelische Unversehrtheit und die Berufung eines Kinderbeauftragten im Deutschen Bundestag einsetzen, der uns hilft, politisches Handeln in Deutschland gemäß Artikel 3 der UN-Kinderrechtskonvention (Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist) auf das Kindeswohl auszurichten.

Dr. Wolfram Hartmann
Präsident BVKJ

Über eine Trendwende, die keine ist

Stellungnahme der AG ADHS zu der Pressemitteilung der TK und des BfArM:

Ärzte in Deutschland behandeln Kinder mit ADHS nicht mehr so häufig medikamentös. Das gaben Anfang April aufgrund aktueller Statistiken Techniker Krankenkasse (TK) sowie das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bekannt.

Nach Angaben der TK haben im Jahr 2012 weniger Kinder zwischen sechs und 17 Jahren den Wirkstoff Methylphenidat (Ritalin®) gegen ADHS verschrieben bekommen als noch 2009. In diesem Zeitraum sei die Zahl um 3,4 Prozent gesunken, heißt es in einer Mitteilung. In den Jahren zuvor waren laut TK die Verordnungen sprunghaft angestiegen. So wuchs die Zahl der mit ADHS-Medikamenten behandelten Kinder und Jugendlichen allein von 2006 bis 2009 um 32 Prozent an.

ADHS-Experten wundern sich beim Lesen dieser Nachricht, erst recht irritiert sie das große mediale Echo auf die Meldung vom leichten Rückgang. Denn eine Stagnation der MPH Verordnung ist bereits seit 2010 zu beobachten. Wenn das BfArM also schreibt „Von einer echten Abwärtstendenz können wir derzeit sicherlich noch nicht sprechen. Gleichwohl werten wir diesen ersten leichten Rückgang nach dem massiven Anstieg der vergangenen 20 Jahre als ein positives Signal, das möglicherweise auf einen kritischeren Umgang mit Methylphenidat hindeutet“ ist dies schlicht falsch. Richtig ist, dass dank sorgfältiger Diagnostik und Therapie der größere Teil der ADHS-Patienten inzwischen betreut und auch, wenn es notwendig ist, medikamentös behandelt wird. Der Schluss, dass vorher unkritisch oder sorglos zu viel verordnet wurde, ist aus dem Vergleich der Verordnungszahlen der letzten vier Jahre keineswegs abzulesen. Die angebliche leichte Trendwende hin zu einem „kritischerem Umgang“ mit MPH suggeriert den Lesern lediglich mal wieder, dass ihr Vorurteil vom unkritisch MPH verordneten Arzt stimmt. Für uns Kinder- und Jugendärzte, die ADHS-Patienten betreuen, ist eine solche Meldung fatal.

Häufige Negativmeldungen der Krankenkassen, durch die Presse freudig weiterverbreitet, sorgen dafür, dass die Verordner, aber auch Patienten und ihre Familien zunehmend verunsichert werden und zum Teil notwendige Therapien nicht erfolgen

oder abgebrochen werden. Außerdem müssen Patienten noch länger auf Termine zur Diagnostik warten, da – insbesondere auf dem Land – die Kollegen, die sich mit ADHS beschäftigen, weniger werden.

Fehldiagnosen und Fehlverordnungen sind – wie bei allen anderen medizinischen Diagnosen – nicht auszuschließen, aber es gibt keine Hinweise, dass dies bei ADHS in einem höheren Maße der Fall ist.

Dass es die Diagnose ADHS jetzt auch im Erwachsenenalter gibt und eine Zulassung für die Behandlung mit MPH existiert, war seit langem überfällig. Dass dabei die Verordnungszahlen nicht stärker angestiegen sind, hat aber andere Gründe: ADHS und die Verordnung von MPH auf einem Betäubungsmittelrezept ist für viele Psychiater Neuland und noch angstbesetzt. Eine erhebliche Zahl Erwachsener wurde schon bisher mit Stimulanzien behandelt – aber über Privatrezept, da es keine Zulassung gab. Und diese Rezepte erscheinen in den Statistiken der gesetzlichen KK (hier TK) nicht. Auch jetzt erhalten viele Erwachsene noch Privatrezepte, da es nur ein zugelassenes Stimulanzien-Präparat für Erwachsene gibt und die (berechtigte) Angst vor Regressen bei den Ärzten hoch ist. Da die Behandlung wirksam und sicher ist, wird es mit Sicherheit einen Anstieg der Verordnung von Stimulanzien im Erwachsenenalter geben, wenn auch diese Diagnose wie Depression, Schizophrenie oder Bipolare Störung zu den Standarddiagnosen der Psychiatrie gehören wird.

Die Tatsache des Rückgangs der Verordnungen ist eine erfreuliche Meldung – sonst wurde nur vom exponentiellen Anstieg gesprochen. Die Rückschlüsse daraus – in den Medien genüsslich breitgetreten – sind aber falsch!

Sinnvoll wäre mehr Engagement der Krankenkassen, die Ärzte zu unterstützen, die eine sorgfältige (daher zeitaufwändige) Diagnostik und Therapie – leitliniengerecht – durchführen und Patienten und Ärzten bei den möglichen Therapien Hilfe zu leisten.

Dr. Klaus Skrodzki
Stellvertretender Vorsitzender der AG ADHS
91301 Forchheim

Red: ReH

Kinder- und Jugendmedizin stärken durch europäische Vernetzung

Bericht von der ECPCP (European Confederation of Primary Care Paediatricians)

Die ECPCP ist die Vereinigung der ambulanten tätigen Kinder- und Jugendärzte in der Primärversorgung in Europa. Sie wurde vor vier Jahren in Berlin gegründet und ist seither durch ständig steigende Mitgliederzahlen und erfolgreiche Treffen im Aufwind. 27 Fachgesellschaften aus 25 Ländern, die die ambulante Pädiatrie vertreten, entsenden regelmäßig Delegierte zu den Treffen.

Die Lobby-Arbeit für die Primärpädiater und die persönliche Vernetzung ist dringend nötig, da unsere Spezies nicht gerade eine aussterbende Art ist, aber dennoch durch Gesundheitspolitiker und andere Modelle in vielen Ländern immer wieder in Frage gestellt wird. Nach misslungenen Experimenten mit GPs (Allgemeinärzte) kehren einige Länder (Polen, Litauen, Lettland) zur ambulanten Versorgung durch gut ausgebildete Pädiater zurück. Großbritannien hat jetzt eine Pflicht- Weiterbildung für die GPs eingeführt.

Besser versorgt mit Kinder- und Jugendärzten

Die Datenlage ist eindeutig: Für die gesundheitliche Primärversorgung der Kinder ist es in vieler Hinsicht besser, wenn sie durch Kinderärzte- und Jugendärzte versorgt werden. Gegenüber der Versorgung durch GPs gibt es zahlreiche komparative Vorteile (siehe Webseite slideshare). Primary Care Paediatrics (PCP) wird immer mehr zum anerkannten Spezialgebiet, das an Profil und Sichtbarkeit gewinnt. Das letzte Arbeitstreffen der ECPCP fand am 22.-23.3. 2014 in Budapest/Ungarn unter Leitung des Präsidenten Luis Sanchez statt. Dabei wurde Deutschland dieses Mal von Elke Jäger Roman, Karin Geitmann, Folkert Fehr und Gottfried Huss vertreten.

Zusammenarbeit mit der EAP (European Academy of Paediatrics) www.eapaediatrics.eu

Der Schulterchluss zwischen EAP und ECPCP ist weiterhin gefestigt worden. Zwei ständige Repräsentanten der ECPCP werden für die Angelegenheiten der Primary Care Paediatricians in der EAP die Lanze brechen. Im Unterschied zur ECPCP sind

in der EAP ja auch Länder vertreten, in denen Kinder- und Jugendärzte in der ambulanten Versorgung keine Rolle spielen z.B. Großbritannien und Holland. Das sorgt ständig für Diskussionen. Die EAP beschäftigt sich vordergründig zu sehr mit den universitären Subspezialitäten der Pädiatrie und der Kongress-Organisation. Der nächste interessante Kongress der European Academy of Paediatrics Societies (EAPS) findet vom 17.-20. Oktober 2014 in Barcelona statt.



Bericht von einigen Arbeitsgruppen der ECPCP

Kinderrechte: Manuel Katz, Präsident der israelischen ambulanten Pädiatervereinigung koordiniert eine Umfrage-Studie zu den konkreten Kenntnissen der Pädiater über Kinderrechte, an der auch viele BVKJ Mitglieder teilgenommen haben, denen an dieser Stelle gedankt wird.

Die Curriculum Arbeitsgruppe hat sich die Erarbeitung einer Beschreibung der Lernziele und der Kernkompetenzen für die PCP zum Ziel gesetzt. Bisher ist nicht eindeutig geklärt: Was muss der Praxispädiater wissen und beherrschen?

Forschungs AG: Gabriela Pall aus Ungarn koordiniert eine europäische Studie zur Rolle der Primärpädiater bei Unfallprävention. Die Europa-Studie zur Asthma Schulung und andere an der Versorgung orientierten Studien werden von Marie-Noelle Robberecht geleitet

COSI Indikatoren für die ambulante Pädiatrie: Die Auswahl der Qualitätsindikatoren für die Praxis ist nach drei Jahren Experten- Abstimmung in vielen Runden in der EAP, ECPCP, DGAAP jetzt beendet. Das nach einem letzten Treffen in Brüssel im Dezember 2013 auf 42 Indikatoren eingedampfte Set wird jetzt einen Praxistest

(Pilottest) in zehn Ländern durchlaufenvergleichbar mit dem AQUIK Praxistest im Ärztenetz Kinzigal. Das Projekt wird wie bisher von Prof. Max Geraedts, Institut für Gesundheitswissenschaften der Universität Witten wissenschaftlich begleitet. Projektkoordinator ist Gottfried Huss.

Ein ECPCP-BVKJ-joint-meeting ist für den 7.-9. November 2014 in Berlin geplant.

Die ECPCP Delegierten aus Europa werden Gelegenheit bekommen, pädiatrische Praxen und Gesundheitseinrichtungen kennenzulernen. In einem offenen Seminar sollen Modelle der Zusammenarbeit in Gesundheitszentren in Schweden, Israel und Deutschland vorgestellt und verglichen werden. Das Thema „Was können wir voneinander lernen?“ wird auch bei der Mitgliederversammlung im Zentrum stehen.

Mitstreiter für die Europa-Arbeit des BVKJ werden dringend gesucht. Wer bei der Europa Vertretung des BVKJ gerne mitarbeiten möchte, ist im November nach Berlin eingeladen und wendet sich direkt an Elke Jäger-Roman jaeger-roman@snafu.de oder Gottfried Huss grhuss@t-online.de

Reinschnuppern erwünscht: Alle Neugierigen und Interessierten können sich am Samstag, den 14. Juni 2014, im Rahmen des Kinder- und Jugendärztetags in Berlin im Hotel Estrel von 12 bis 13 Uhr treffen. Unsere europäischen „Profis“ werden dort berichten. Wer an diesem Termin verhindert ist und mehr erfahren möchte, kann gerne Karin Geitmann über paedinform@web.de kontaktieren.

Info: <http://de.slideshare.net/PEDIATRICWORLD/pediatric-primary-care-in-europe-the-most-appropriate-medical-professional-for-the-task>

Korrespondenzadresse:
Gottfried Huss
79681 Rheinfelden
E-Mail: grhuss@t-online.de

Karin Geitmann
58095 Hagen

Elke Jäger-Roman
12205 Berlin
E-Mail: jaeger-roman@snafu.de

Red: ReH

„Kindergesundheit – Kinderrechte – Kinderschutz“

Rekordbesuch beim parlamentarischen Abend der DAKJ in Berlin

Am 4. März führte die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ), der Dachverband der pädiatrischen Verbände, unter dem Titel „Kindergesundheit - Kinderrechte - Kinderschutz“ ihren diesjährigen parlamentarischen Abend durch. Zahlreiche Bundestagsabgeordnete und Parlamentsmitarbeiter folgten der Einladung von Professor Manfred Gahr, dem Generalsekretär der DAKJ, in die Landesvertretung des Saarlandes. Dieses erfreulich große Interesse an den Themen der Kinder- und Jugendmedizin spiegelte sich auch in den intensiven Gesprächen im Verlauf des Abends wider.

Zunächst betonte in ihrem Grußwort Caren Marks, parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend, die Bedeutung der Pädiatrie in Deutschland. Diese kenne die spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse von Heranwachsenden und stelle sie in den Mittelpunkt ihrer fachlichen Arbeit.“ Sie versicherte den Anwesenden, dass die Bundesregierung den Schutz, die Förderung und die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen in den Mittelpunkt ihrer Arbeit der kommenden Jahre stellen werde.

Das Präventionsgesetz muss endlich kommen!

In seinem anschließenden Vortrag forderte Gahr eindringlich, in dieser Legislaturperiode endlich das seit langem versprochene, aber schon mehrmals wieder vertagte Präventionsgesetz zu verabschieden. Dabei seien Kinder und Jugendliche besonders zu berücksichtigen und endlich eine ausreichende Finanzierung der primären Prävention sicherzustellen. Der Gesetzgeber könne auf die langjährige Erfahrung der Kinder- und Jugendärzte mit Präventionsprogrammen wie dem Neugeborenen-Screening, dem Hörscreening, der Kariesprophylaxe, der Unfallprophylaxe und den Früherkennungsuntersuchungen

zurückgreifen. Auch ihre Expertise bei Schutzimpfungen müsse in die Beratungen des Präventionsgesetzes eingebracht werden.

Als besonders wichtig bezeichnete es Gahr, „zielgruppenspezifische Präventionsansätze, zum Beispiel Angebote für bildungsferne, armutsgefährdete und arme Familien sowie Familien mit Migrationshintergrund in das Gesetz aufzunehmen.“ Hier sei eine gute Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens erforderlich. Gahr kritisierte den derzeitigen Zustand, bei dem „viele gutgemeinte Modellprojekte der verschiedensten Akteure nebeneinander her laufen, nicht selten ohne ausreichende Ver-



netzung und ohne Evaluierung.“ Diese Projekte seien in vielen Fällen zu kurzfristig angelegt, um nachhaltige Erfolge zu erreichen.

Gahr führte weiter aus, daß eine nationale Präventionsstrategie nicht erst bei den Erkrankungen der Erwachsenen ansetzen müsse, sondern bei den Risikofaktoren im Kindheits- und Jugendalter. Als Beispiel nannte er Übergewicht, das später zu Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ II oder koronaren Herzerkrankungen führen könne. Nachdem der Kinder- und Jugend-survey des Robert Koch-Instituts feststellen musste, dass rund 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen von drei bis 17 Jahren in Deutschland übergewichtig sind, davon rund ein Drittel adipös, bestehe hier dringender Handlungsbedarf.

Finanzierung der ambulanten Weiterbildung sichern

Gahr mahnte die anwesenden Politiker, endlich die ambulante pädiatrische Weiterbildung vernünftig zu finanzieren und das in der Allgemeinmedizin bereits bestehende Finanzierungsmodell auch in der Kinder- und Jugendmedizin anzuwenden.

Weiter ging er auf den gefährdeten Bestand vieler Kinderkliniken und -abteilungen ein, wenn deren wirtschaftliche Existenz nicht durch einen „Sicherstellungszuschlag für Kinderstationen“ verbessert werde. Um den für die pädiatrische Versorgung äußerst wichtigen Sozialpädiatrischen Zentren Planungssicherheit zu geben, mahnte Gahr an, deren Finanzierung dauerhaft zu gewährleisten und nicht nur wie bisher nur für zwei bis fünf Jahre.

„Keine Medikalisierung von Problemen“

Gahr betonte die Unterstützung der pädiatrischen Verbände bei der Einsetzung eines Kinderschutzbeauftragten, der mit umfassenden Rechten ausgestattet werden sollte, um staatliches Handeln grundsätzlich auf das Kindeswohl hin zu überprüfen der außerdem die Funktion einer unabhängigen Beschwerdestelle wahrnehmen müsse. Abschliessend versicherte er den Abgeordneten, dass die Kinder- und Jugendmediziner weiterhin einen Beitrag für mehr Chancengleichheit in der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen leisten und auf Missstände hinweisen wollten. Es sei aber falsch, alle Probleme zu medikalisieren. Von entscheidender Bedeutung sei es, die konkreten Rahmenbedingungen des Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu verbessern. Dies sei die Aufgabe der Politik.

Stephan Eßer

E-Mail: stephan.esser@uminfo.de

Red: ReH



Themenschwerpunkt Sport

Sport bei chronischen Erkrankungen im Kindesalter am Beispiel von angeborenen Herzfehlern

Bewegung und Sport sind gerade im Kindesalter essenziell wichtig und zwar nicht nur für das physische, sondern auch für das psychische Wohlbefinden. Die Annahme von der engen Wechselwirkung zwischen Körper und Psyche liegt auch dem häufig gebrauchten Begriff „Psychomotorik“ zugrunde.

Die Wichtigkeit von Bewegung und Sport gilt heutzutage umso mehr, als unsere Lebensweise durch eine zunehmende Bewegungsarmut gekennzeichnet ist. Gerade Kinder sind davon betroffen, nicht zuletzt durch den Umgang mit den neuen Medien, aber auch durch Vorbehalte von Eltern, ihre Kinder allein im Freien spielen zu lassen. Liegt eine chronische Erkrankung vor, werden Kinder – häufig zu Unrecht – aus Angst vor Überlastung vom Sport zurückgehalten.

Menschen haben von der Geburt bis zum Tod verschiedene Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Im Schulkindalter geht es z.B. um die Bildung eines realistischen Selbstwertgefühls und die Fähigkeit zum Spielen und Arbeiten in Gruppen, also um die soziale Kooperation. Diese Fähigkeiten können besonders gut beim Sport, sei es in der Schule, im Verein oder ganz unorganisiert in der Freizeit, entwickelt werden. Ist ein Kind chro-

nisch krank, stellt sich mit der Bewältigung der chronischen Erkrankung eine zusätzliche Aufgabe, die andere Aufgaben in den Hintergrund drängen kann. Auch der Sport als ein wichtiges Mittel zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben kann so in den Hintergrund geraten.

Was geschieht, wenn Eltern erfahren, dass ihr Kind eine chronische Erkrankung hat?

Wenn Eltern die Diagnose bekommen, dass ihr Kind chronisch krank ist, reagieren zunächst meist mit Entsetzen und Angst („Diagnoseschock“). Dies hängt damit zusammen, dass sie oft nur wenig über die Erkrankung und deren Prognose wissen, vor allem wenn es sich um eine seltene Erkrankung handelt (Abb. 1). Dies führt häufig zu einer Überbehütung: Die Kinder werden „in Watte gepackt“, ihnen werden Bewegungserfahrungen vorenthalten (z.B. auf dem Spielplatz: „Kletter nicht so hoch, sonst fällst du!“) und sie werden teils auch sozial isoliert („Lieber nicht zum Kindergeburtstag wegen der Ansteckungsgefahr“). All dies führt zu einem Bewegungsmangel, der in folgenden Teufelskreis mündet: Die Kinder entwickeln motorische und psychosoziale Defizite, der Aktionsradius der Familie verkleinert sich, der Bewegungsmangel und infolge davon die Defizite werden immer größer.



Elisabeth Sticker

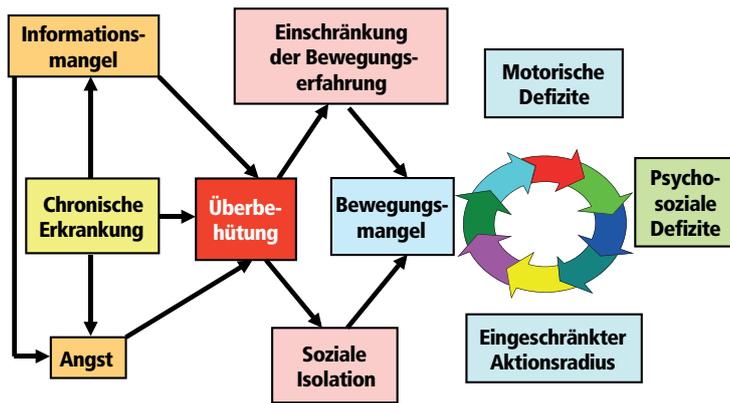


Abb. 1: Teufelskreis Bewegungsmangel bei chronischen Erkrankungen (adaptiert nach Dordel, 2001)

Familien mit einem chronisch kranken Kind müssen zahlreiche zusätzliche Aufgaben bewältigen, z.B.

- Das kranke Kind unterstützen trotz der eigenen Trauer um den Verlust des idealen Kindes
- Das Familienleben organisieren, z.B. wenn Krankenhausaufenthalte und belastende Behandlungen anstehen
- Die gesunden Geschwister nicht aus den Augen verlieren, damit sie nicht zu „Schattenkindern“ werden
- Mit der häufig unsicheren Prognose zurechtkommen
- Auch für sich selbst sorgen, um auf Dauer seine Bewältigungskraft zu erhalten

Den meisten Familien gelingt die Bewältigung dieser Aufgaben im Laufe der Zeit - nicht zuletzt mit Hilfe von Selbsthilfegruppen und durch Beratung seitens ihres Kinder- und Jugendarztes.

Wie lässt sich der Teufelskreis Bewegungsmangel durchbrechen? – Das Kölner Modellprojekt „Sport mit herzkranken Kindern“

Dieser Teufelskreis Bewegungsmangel kann durch angemessene Bewegungsangebote durchbrochen werden, wie im Rahmen des Kölner Modellprojekts „Sport mit herzkranken Kindern“ belegt werden konnte. Untersucht wurden insgesamt 76 Kinder aus sechs Kinderherzsportgruppen, die jeweils 90 Minuten wöchentlich über acht Monate hinweg stattfanden:

Phase I, Gruppe 1-3: 7- bis 14-Jährige

Phase II, Gruppe 4-6: 4- bis 7-Jährige

Bei den älteren Kindern (Phase I) konnte die Gesamtkörperkoordination, erfasst anhand des Körper-Koordinations-Tests, von einem meist niedrigen Ausgangsniveau aus signifikant verbessert werden, und es zeigten sich positive Entwicklungen über die Motorik hinaus, z.B.:

- Signifikant verbesserte Auffassungsgeschwindigkeit, erfasst anhand des Zahlen-Verbindungs-Tests
- Tendenziell verminderte Kontaktangst, erfasst anhand der Marburger Verhaltensliste.

Bei den jüngeren Kindern (Phase II) lag das Ausgangsniveau bzgl. der Körperkoordination, erfasst anhand des

Motoriktests für vier- bis sechsjährige Kinder im Durchschnittsbereich, d.h. hier waren noch keine Defizite entstanden; die Kinder konnten sich mindestens altersgerecht weiterentwickeln. Dies traf auch auf die meisten anderen Entwicklungsfunktionen zu (z.B. kognitive Fähigkeiten, soziale Kompetenz, Aggressionsniveau). Hieraus lässt sich die praktische Konsequenz ableiten, mit einer motorischen Förderung bereits im Vorschulalter oder im frühen Schulalter zu beginnen, bevor Defizite manifest werden.

Was ist beim Schulsport zu beachten, wenn ein Kind chronisch krank ist?

Manche Kinder mit chronischen Erkrankungen können nur eingeschränkt oder unter Beachtung besonderer Vorkehrungen beim Schulsport mitmachen, z.B.:

- Angeborener Herzfehler: Hier richtet sich die Sportempfehlung weniger nach der Diagnose als nach dem postoperativen Restbefund. Es muss u.a. beachtet werden, ob das Kind marcmariert ist oder einen Herzschrittmacher hat und deswegen Kontaktsportarten bzw. Überstreckungen zu vermeiden sind.

Für diese Gruppe wurde ein Softwareprogramm entwickelt, mit dem sich ein Sportattest erstellen lässt, aus dem genau hervorgeht, was erlaubt und was nicht indiziert ist (http://www.kinderkardiologie.org/Download/Handbuch_Sportattest_30112011.pdf). Dieses Programm lässt sich auch auf Kinder mit anderen chronischen Erkrankungen adaptieren.

- Diabetes: Hier müssen z.B. die Nahrungszufuhr und die Insulingabe auf die körperliche Bewegung abgestimmt werden.

- Epilepsie: Hier muss vermieden werden, dass das Kind bei einem Grand Mal Anfall von einem Turngerät stürzt und sich verletzt.

- Pollenallergie: Sport im Freien ist während der Pollenflugzeit nicht indiziert.

- Rheuma: Befreiung in akuten Krankheitsphasen, Teilnahme in Remissionsphasen

Ein totales Sportverbot wird von Kindern und Jugendlichen mit angeborenem Herzfehler „als die einschneidendste Restriktion betrachtet. Erst mit weitem Abstand werden Zukunftsängste bzgl. Berufstätigkeit und Lebenserwartung angeführt“ (Seiler 1994, S. 53). Daher sollte kein Kind ungerechtfertigt vom Sport ausgeschlossen werden. Hier ist es Aufgabe der behandelnden Spezialisten sowie der Kinder- und Jugendärzte individuell angepasste Lösungen zu suchen und diese ggf. mit den Sportlehrkräften zu besprechen. Auch darf es nicht vorkommen, dass chronisch kranke Kinder das Fach Sport aus Angst vor schlechten Noten abwählen bzw. sich davon befreien lassen. Bei der Notengebung sollten die „sechs sportpädagogisch bedeutsamen Perspektiven Leistung, Miteinander, Eindruck, Ausdruck, Wagnis und Gesundheit [...] als gleichwertig betrachtet werden“ (Pinquart, 2013, S. 131), was auch Schülern mit Handicaps gleiche Chancen eröffnet. Weiterführende Informationen finden sich in einer Handreichung für Sportlehrkräfte des Mi-

nisteriums für Kultus und Sport des Landes Baden-Württemberg.

Aufgrund der zunehmenden Umsetzung von Inklusion in den Schulen ist zu erwarten, dass auch der Sportunterricht mehr und mehr inklusiv und damit ausgerichtet an der „Realität Vielfalt“ erfolgt, was Kindern mit chronischen Erkrankungen entgegenkommt.

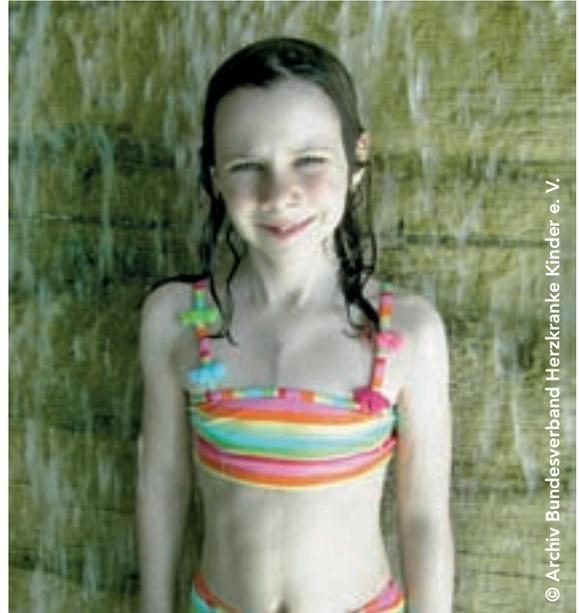
Für die wenigen chronisch kranken Kinder, die gar nicht am Schulsport teilnehmen können, empfehlen sich spezielle Reha-Sportgruppen, z.B. in Behindertensportvereinen oder getragen von den Selbsthilfeverbänden

Literatur bei der Verfasserin

Die Autorin ist Entwicklungspsychologin an der Universität zu Köln und seit vielen Jahren im Bundesverband Herzkranker Kinder (BVHK) aktiv; sie hat einen inzwischen erwachsenen Sohn mit einem angeborenen Herzfehler.

Elisabeth Sticker
Bergstr. 75
50739 Köln
E-Mail: e.sticker@web.de

Red: ReH



Fortbildungstermine



Juni 2014

13.–15. Juni 2014

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

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

14.–15. Juni 2014

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

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

Juli 2014

2. Juli 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.

des bvkj e.V., in Leipzig
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-26/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de)

5. Juli 2014

17. Seminartagung des LV Hessen

des bvkj e.V., in Bad Nauheim
Auskunft: Dr. Ralf Moebus, Bad Homburg, Tel. 06172/26021, Fax 06172/21778 – Tel. 069/818131, 069/880983, Fax 069/814756 ①

9. Juli 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.

des bvkj e.V., in Verden
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-26/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de)

16. Juli 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.

des bvkj e.V., in Nürnberg
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und

Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-26/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de)

August 2014

20. August 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.

des bvkj e.V., in Köln
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-26/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de)

September 2014

6. September 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.

des bvkj e.V., in Berlin
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-26/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de)

6.–7. September 2014

18. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck

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

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

20. September 2014

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkj e.V., in Dresden
Auskunft: Dr. med. K. Hofmann, Chemnitz, PF 948, 09009 Chemnitz, Tel. 0371/33324130, Fax 0371/33324102 ①

Oktober 2014

11.–15. Oktober 2014

42. Herbst-Seminar-Kongress

„Infektiologie“

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

November 2014

1. November 2014

Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvkj e.V., in Verden
Auskunft: Dr. med. Tilman Kaethner und Dr. med. Ulrike Gitmans ③

15.–16. November 2014

12. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Bayern, in Bamberg
Tag.-Leiter: Prof. Dr. C. P. Bauer, Gaißach/München
Auskunft: Dr. Martin Lang, Bahnhofstr. 4, 86150 Augsburg, Tel. 0821/3433583, Fax 0821/38399 ③

22. November 2014

6. Pädiatrie zum Anfassen

des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, LV Berlin
Auskunft: Dr. B. Ruppert, Oraniendamm 6-10, 13469 Berlin, Tel.: 030/40397255/Fax: 030/40397254 ①

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

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

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

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

● Buchtipp

Wolfgang Kölfen

Ärztliche Gespräche, die wirken



Erfolgreiche Kommunikation in der Kinder- und Jugendmedizin

Springer Verlag 2014,
344 S., 70 Abb., € 34,99, ISBN 978-3-642-40470-2

In den letzten Jahren ist eine umfangreiche Literatur zu Inhalt, Form und Wissen zum ärztlichen Gespräch entstanden. Den besonderen Erfordernissen aus dem Blickwinkel der Kinder- und Jugendmedizin wird allerdings in diesen Werken nicht oder nur teilweise Rechnung getragen. Dieses Defizit ist durch das Buch von Kölfen beseitigt. Auf 344 Seiten wird auf alle wesentlichen Aspekte der erfolgreichen Kommunikation eingegangen. Nach einer allgemeinen Einleitung wird auf Körpersprache, Grundlagen verbaler Kommunikation, die Handwerkszeuge der ärztlichen Gesprächsführung, die eigene Haltung bis hin zu Persönlichkeitsstilen und Elterntypen eingegangen. Der Autor fordert auf, banale Dinge wie das aktive Zuhören zu beherrschen und Ich-Botschaften in das eigene Konzept regelmäßig mit einzubauen. Im Rahmen der erforderli-

chen Selbstanalyse wird das Riemann-Thomann-Modell vorgestellt und die Verwendung so angeleitet, dass jeder Leser in kürzester Zeit ein erfolgreiches Selbsttraining absolvieren kann. Ein besonderer Höhepunkt ist die Beschreibung der Kommunikation im Konfliktfall unter den verschiedensten Aspekten – von schwierigen Eltern und schwierigen Helfern bis hin zur Notfallkommunikation in Stresssituationen. Im 9. Kapitel werden besondere Situationen wie das Überbringen einer schlechten Nachricht bis hin zur Todesnachricht neben anderen Brennpunkten der täglichen pädiatrischen Tätigkeit beschrieben. Das Buch ist geprägt, durch negative und positive Beispiele. Häufig wird das Beispiel als Einstieg in die Thematik genutzt, dann aber auch konsequent bis zu den Lerninhalten weitergeführt. Die letzten 50 Seiten des Buches sind als Selbsttrainingskapitel konzipiert.

Der Autor ist seit vielen Jahren als kompetenter Vermittler erfolgreicher Kommunikation in der Kinder- und Jugendmedizin bekannt. Das im Springer Verlag erschienene Buch ist eine längst erwartete und erhoffte Dokumentation eines riesigen Erfahrungsschatzes. Die ärztliche Gesprächsführung und die Kommunikationskompetenz stehen in den letzten Jahren zunehmend im Mittelpunkt der Diskussion. Dies gilt bis zur derzeit diskutierten Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Das vorliegende Buch von Kölfen ist so praxisnah und für die Selbstanleitung konzipiert, dass schon in wenigen Stunden durch ein Selbststudium erstaunliche Erfolge erzielt werden können. Es wird dadurch zu einem „Muss“ für jeden Kinder- und Jugendmediziner der im klassischen Bereich arbeitet und damit einen großen Teil seiner Tätigkeit mit Kommunikation verbringt.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid
Ärztlicher Leiter ZKJ Inn-Salzach Red: Kup

Buchtipp

Michael Winterhoff
SOS Kinderseele

Was die emotionale und soziale Entwicklung unserer Kinder gefährdet und was wir dagegen tun können.



C. Bertelsmann 2013, 224 Seiten, € 17,99, ISBN 978-3-570-10172-8

Der niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychiater und Psychotherapeut untermauert mit seinem nunmehr sechsten populärwissenschaftlichen Buch seine These, dass bei immer mehr Kindern eine Entwicklungsverzögerung im Sinne eines fundamentalen Mangels an emotionaler und sozialer Intelligenz vorliegt und damit zukünftig absehbar die Grundlagen unseres sozialen Miteinanders massiv gestört werden wird. Empathie, Absprachefähigkeit und die Übernahme von Verantwortung bedarf einer emotional intakten Psyche und sozialer Handlungsfähigkeit. Diese wird durch verschiedene Faktoren infrage gestellt, wobei Winterhoff ein falsch verstandenes Partnerschaftsverhältnis, die schrumpfende

Bedeutung von Beziehungen, die pure Alltagsbewältigung, die einem „Katastrophenmodus“ gleicht und die symbiotische Verstrickung der Eltern mit ihren Kindern aufzeigt. Damit werden Kinder nicht nur zu späteren Tyrannen erzogen, es werde ihnen auch von Eltern wie professionellen Erziehern eine ausgewogene emotionale Entwicklung verwehrt. Er zeigt, wie falsche Vorstellungen, Strukturen und Bildungskonzepte in Familien, pädagogischen Einrichtungen, Ausbildung und Politik unhinterfragt als neueste Erkenntnisse und ohne Berücksichtigung eines individuellen entwicklungspsychologischen Standes eingesetzt und angewendet werden. Winterhoff will mit seinen Büchern der Erziehungs- und Bildungsdebatte eine neue Richtung weisen und vor den dramatischen Fehlentwicklungen warnen. Mehr als eine Warnung ist es allerdings nicht, denn die geforderten „geeignete Maßnahmen“ zur konkreten Umsetzung seiner Thesen formuliert er am Ende nicht. Es lässt sich dem Leser allerdings aus mannigfaltigen Aussagen erschließen, dass es ihm um die Neubewertung und Wertschätzung der Beziehung, auch in ihrer Asymmetrie Eltern – Kind,

Lehrer – Schüler geht, die nicht an fragwürdige Konzepte, Sachfragen oder -inhalte delegiert werden kann. Und das ist die eigentlich wichtige Kernaussage des Buches. Denn auch in der ärztlichen Betreuung erleben wir zusehends ein Zurücktreten der Beziehung gegenüber Sachinhalten und Konzepten; etwa in der Behandlung der Aufmerksamkeitsstörungen, bei denen man das von allen Seiten geforderte therapeutische Gesamtkonzept zugunsten einer Medikalisation häufig vermisst. Was mir in dem gut lesbaren, manchmal etwas flachen Buch fehlt, ist der Hinweis auf die Bedeutung der heute häufig fehlenden Geschwisterschaft und der fehlenden Triangulierung durch Dritte in einer zunehmend vater- bzw. partnerlosen Gesellschaft, die eine wichtige Ursache der angeprangerten symbiotischen Verstrickung darstellt.

Dr. Stephan Heinrich Nolte
Kinder- und Jugendarzt
Alter Kirchhainer Weg 5
35039 Marburg
Tel. 06421/162266
shnol@t-online.de

Red.: ReH



Geburtstage im Juni 2014

65. Geburtstag

Herr Dr. med. Karl *Fromme*,
Coburg, am 03.06.
Herr Dr. med. Elmar *Dietmair*,
Bobingen, am 08.06.
Frau Dipl.-Med. Sabine *Voigt*,
Berlin, am 10.06.
Frau Dipl.-Med. Gertraud *Albrecht*,
Schkopau, am 12.06.
Frau Dipl.-Med. Ulrike *Walther*,
Stendal, am 13.06.
Frau Dr. med. Wafa *Koch-Khoury*,
Worms, am 19.06.

Frau Dr. med. Ulrike *Gasteiger*,
München, am 20.06.
Herr Dr. (TR) M. *Zati Altay*,
Werdohl, am 22.06.
Herr Dr. med. Werner *Rohlfing*,
Gießen, am 22.06.
Frau Antonie *Rutsch*, Wolfsburg,
am 23.06.
Frau Dr. med. Gerda *Iro*,
Bad Urach, am 25.06.
Frau Renate *Wolfram*,
Nordhausen, am 26.06.
Frau Dr. med. Ute *Cammann*,
Frankfurt, am 26.06.
Frau Dr. med. Vera *Scharfe*,
Radeburg, am 26.06.
Frau Dr. med. Margret *Dillenz-Bergmann*,
Heidelberg, am 27.06.
Herr Reinhold *Gilson*, Krefeld, am 28.06.
Frau Dr. med. Dorothea *Kroll*,
Berlin, am 28.06.

70. Geburtstag

Herr Dr. med. Karl-Hermann *Bartels*,
Hohenschäftlarn, am 02.06.
Frau Dr. med. Irene *Reinholz*,
Gotha, am 04.06.
Herr Dr. med. Jürgen *Hower*,
Mülheim, am 06.06.
Herr Prof. Dr. med. Wolf-Rainer *Cario*,
Bad Pyrmont, am 06.06.
Frau Dr. med. Ellen *Sippel*,
Berlin, am 12.06.
Frau Dr. med. Margarete *Hartmann*,
Heidenheim, am 13.06.
Frau Dr. med. Katalin *Karsten*,
Dillingen, am 17.06.
Herr Dr. med. Stephan *Schlenker*,
Bremen, am 22.06.
Herr Manfred *Bär*, Berlin, am 22.06.
Herr Dr. med. Jörg *Pfeiffer*,
Schippchorst, am 24.06.
Herr Dr. med. Ekkehard *Holzgraefe*,
Gifhorn, am 25.06.

Herr Dr. med. Franz *Stafflinger*,
Vilshofen/Donau, am 28.06.
Herr Dr. med. Hans-Joachim *Schulte*,
Köln, am 28.06.
Herr Dr. med. Peter *Schäffler*,
Riemeling, am 30.06.

75. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Günter *Mau*,
Braunschweig, am 06.06.
Herr Dr. med. Frank B. *Ayim*,
Duisburg, am 07.06.
Herr Dr. med. Hinrich *Schade*,
Dillenburg, am 09.06.
Herr Dr. med. Ernst *Fukala*,
Halle, am 10.06.
Frau Dr. med. Roselore *Mückenhausen*,
Nürnberg, am 11.06.
Herr Dr. med. Dieter *Berger*,
Dachau, am 16.06.
Herr Gerhard *Link*,
Bad Münster-Ebernburg, am 18.06.
Frau Dr. med. Eva *Krämer*,
Ulm, am 25.06.
Herr Dr. med. Ulf *Degenhard*,
Rielasingen, am 28.06.

80. Geburtstag

Herr Dr. med. Peter Wolfgang *Fretwurst*,
Hamburg, am 03.06.
Herr Dr. med. Ulrich *Iseke*,
Wittlich, am 11.06.
Herr Dr. med. Wolfhart-Dietrich *Schmidt*,
Reutlingen, am 12.06.
Herr Dr. med. Karl Heinz *Siegert*,
Wolfen, am 18.06.
Frau Dr. med. Gisela *Krohn*,
Dortmund, am 25.06.

Frau MR Christine *Leuschner*,
Rostock, am 26.06.

81. Geburtstag

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

82. Geburtstag

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

83. Geburtstag

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

84. Geburtstag

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

85. Geburtstag

Herr Dr. med. Eberhard *Wokittel*,
Grünwald, am 17.06.
Frau Dr. med. Hannelore *Brück*,
Neumünster, am 18.06.
Herr Dr. med. Georg *Jäkle*,
Landshut, am 23.06.

86. Geburtstag

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

88. Geburtstag

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

90. Geburtstag

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

91. Geburtstag

Herr Dr. med. Heribert *Pauly*,
Essen, am 19.06.
Herr Dr. med. Ernst *Bickel*,
Bremerhaven, am 29.06.

92. Geburtstag

Frau Dr. med. Ruth *Klaus*,
Nordhorn, am 07.06.
Frau Dr. med. Gisela *Lottermoser*,
Oldenburg, am 18.06.

93. Geburtstag

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

94. Geburtstag

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

97. Geburtstag

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

Wir trauern um:

Frau Dr. med. Elisabeth *Berg*
Frau Dr. med. Ursula *Galandiuk*
Frau Dr. med. Irmgard *Holzer*

Als neue Mitglieder begrüßen wir

**Landesverband
Baden-Württemberg**

Frau Dr. med. Barbara *Stahl*



Landesverband Bayern

Frau Alena *Szeltner*



Landesverband Berlin

Frau Anja *Seiffert*



Landesverband Hessen

Herrn Sung-Kyu *Lee*



**Landesverband
Mecklenburg-Vorpommern**

Herrn Dr. med. Olaf *Kannt*



Landesverband Niedersachsen

Frau Jeanette *Sturm*



Landesverband Nordrhein

Frau Dr. med. Ulrike *Patani*
Frau Dr. med. Laura Doriana
Trocan

Frau Dr. med. Heidrun-Lioba *Wunram*



**Landesverband
Rheinland-Pfalz**

Herrn Dr. med. univ. Michel
Hencks



Landesverband Saarland

Frau Dr. med. Eva Fränzi
Stierkorb



**Landesverband
Westfalen-Lippe**

Herrn Dr. med. Lars Hendrik
Beck

Herrn Moneer *Khail*

Nach G-BA-Beschluss: Rotavirus-Impfung als Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenkassen

Seit dem 20. Dezember vergangenen Jahres ist die Rotavirus (RV)-Impfung eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Entsprechend der Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) des G-BAs haben die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen diese Standardimpfung in die regionalen Impfvereinbarungen aufgenommen und damit den Weg für eine vereinfachte Abrechnung der RV-Impfung geebnet.¹ Für die Impfung gegen RV-Gastroenteritiden stehen in Deutschland zwei Impfstoffe zur Verfügung, so zum Beispiel der pentavalente Schluckimpfstoff RotaTeq®.² In den meisten KV-Regionen erfolgt – je nach Impfvereinbarung – die Abrechnung der RV-Impfung pro Impfdosis.

Die RV-Impfung wurde in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger ist die Kostenübernahme für alle gesetzlichen Krankenkassen verpflichtend.¹ Wie wichtig diese Leistung ist, verdeutlichen die folgenden Zahlen: Die Infektion mit Rotaviren ist eine der häufigsten Ursachen für schwere Gastroenteritiden bei Säuglingen und Kleinkindern.³ Nach Schätzungen infizieren sich bis zum fünften Lebensjahr etwa 95 Prozent aller Kinder mindestens einmal mit RV.^{3,4} Im Vergleich zu Kindern mit akuter Gastroenteritis anderen Ursprungs treten bei Kindern mit RV-Gastroenteritis Symptome wie Fieber, Erbrechen und Dehydratation häufiger und intensiver auf.⁴ Alleine in Deutschland müssen jährlich über 17.500 Kinder im Alter von bis zu fünf Jahren aufgrund einer Infektion mit RV hospitalisiert werden.⁵

Die RV-Schluckimpfung mit RotaTeq®

Die Impfung gegen die durch Rotaviren verursachten Gastroenteritiden gilt als wichtige Maßnahme zur Reduktion schwerer Durchfallerkrankungen und der Kindermortalität weltweit. Der pentavalente Schluckimpfstoff RotaTeq® richtet sich direkt gegen die fünf häufigsten RV-Serotypen, die für etwa 98 Prozent der RV-Gastroenteritiden in Deutschland verantwortlich sind.² Er bietet einige Vorteile: Zudem ist er bereits zwei Wochen* nach der Verabreichung der ersten Dosis wirksam und bietet einen Langzeitschutz bis in das vierte Lebensjahr**.^{6,7} Darüber hinaus ist er gut verträglich.^{2,8}

Vorteilhafte Praxisabläufe

Die vollständige Immunisierung mit RotaTeq® besteht aus drei Dosen. Die erste Dosis kann ab Vollendung der 6. Lebenswoche verabreicht werden, jedoch nicht später als vor Vollendung der 12. Lebenswoche. Falls nötig, ist die Gabe der dritten und letzten Dosis bis zur Vollendung der 32. Lebenswoche möglich. Zwischen den einzelnen Dosen sollte ein Abstand von mindestens vier Wochen eingehalten werden.² Dieses 3-Dosen-Schema ermöglicht die Gabe von RotaTeq® parallel zu Impfungen mit einem hexavalenten Impfstoff, wie z. B. Hexyon®, z. B. im Rahmen der U-Untersuchungen. Beide Impfungen können entsprechend an Terminen im Alter von zwei, drei und vier Monaten durchgeführt werden und vereinfachen somit die Praxisabläufe.^{2,9} Mit der Veröffentlichung des Beschlusses in der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) des G-BA ist die Kostenübernahme der RV-Impfung für alle gesetzlichen Krankenkassen verpflichtend. In den meisten KV-Regionen wurde die RV-Impfung in die regionale Impfvereinbarung übernommen und die Abrechnung der Rotavirus-Impfung erfolgt pro Impfdosis.

* Bezogen auf die kombinierte Wirksamkeit gegenüber Rotavirus-bedingter Notfall- und Krankenhausbehandlung, verursacht durch die Rotavirus-Typen G1–G4. Wirksamkeit zwischen Dosis 1 und Dosis 2 100 % (95 % KI: 72;100); Wirksamkeit zwischen Dosis 2 und Dosis 3 91 % (95 % KI: 63;99). Analyse A: 14 Tage nach Gabe von Dosis 1 bis Dosis 2 und 14 Tage nach Gabe von Dosis 2 bis Dosis 3. Es müssen alle drei vorgeschriebenen Dosen RotaTeq® verabreicht werden.

** Die Rate an Krankenhaus- und Notfallbehandlungen bis drei Jahre nach Abschluss der Impfung konnten reduziert werden: um 94,4 % (95 % KI: 91,6; 96,2) für die Genotypen G1–G4, um 95,5 % (95 % KI: 92,8; 97,2) für den Genotyp G1, um 81,9 % (95 % KI: 16,1; 98,0) für den Genotyp G2, um 89,0 % (95 % KI: 53,3; 98,7) für den Genotyp G3, um 83,4 % (95 % KI: 51,2; 95,8) für den Genotyp G4 und um 94,2 % (95 % KI:

Impfstoff	Alle 6 Monate				11-14
	6	12	18	24	
Rotavirus-Impfung	✓	✓	✓	✓	
Pentavalente Impfung		✓	✓	✓	
Hexavalente Impfung	✓	✓	✓	✓	
Impfstoff	Alle 3 Monate				11-14
	3	6	9	12	
Rotavirus-Impfung	✓	✓	✓	✓	
Pentavalente Impfung		✓	✓	✓	
Hexavalente Impfung	✓	✓	✓	✓	

62,2; 99,9) für den Genotyp G9. Während des dritten Jahres gab es aufgrund RV-bedingter Gastroenteritis keinen Fall von Krankenhaus- und Notfallbehandlung in der Impfstoff-Gruppe (n = 3.112) und einen Fall von Krankenhaus- und Notfallbehandlung (nicht typisierbare RV) in der Placebo-Gruppe (n = 3.126).

Literatur:

- 1 Schutzimpfungs-Richtlinie: Umsetzung der STIKO-Empfehlung zur Impfung gegen Rotavirus. Beschlussdatum: 01.10.2013. Inkrafttreten: 20.12.2013.
- 2 Fachinformation RotaTeq®, Stand März 2014.
- 3 Borte M. Pädiatrische Rotavirus Gastroenteritis. Symptome und Häufigkeit. Pädiatr Prax 2007; 71: 249–258.
- 4 Denney P. Rotavirus vaccines: an overview Clin Microbiol Rev. 2008; 21: 198–208.
- 5 Koch J et al. Epidemiology of rotavirus infections in children less than 5 years of age. Germany, 2001–2008. Pediatr Infect Dis J 2011; 30: 112–117.
- 6 Denney P et al. Efficacy of the pentavalent rotavirus vaccine, RotaTeq® between doses of a 3-dose series and with less than 3 doses (incomplete regimen). Hum Vaccin. 2011; 7: 563–568.
- 7 Vesikari T et al. Sustained efficacy of the pentavalent rotavirus vaccine, RV5, up to 3.1 years following the last dose of vaccine. Pediatr Inf Dis J. 2010; 29:957–963.
- 8 Vesikari T et al. European Society for Paediatric Infectious Diseases/European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Evidence-Based Recommendations for Rotavirus Vaccination in Europe. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008; 46: 38–48.
- 9 Fachinformation Hexyon®. Stand März 2014.

Mit freundlicher Unterstützung von
Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen

Sechsfach-Impfung

Bestmöglicher Schutz – Lange Erfahrung

Kinderärzte setzen den Fokus auf das Wohl des Kindes. Die Sechsfach-Kombinationsimpfung ist dabei eine der essenziellen Standard-Impfungen zum Schutz der Kleinsten. Besonders wichtig ist den Pädiatern eine gute Wirksamkeit und hohe Sicherheit. Für Infanrix hexa® ist lang anhaltende Immunogenität gegen alle im Impfstoff enthaltenen Antigene für mindestens sieben Jahre gezeigt.^{1,2} Auch für die Hepatitis-B-Komponente ist lang anhaltende Seroprotektion nachgewiesen.^{1,2} Mit diesem nachgewiesenen bestmöglichen Schutz gegen alle sechs Krankheiten kann die Voraussetzung für ein glückliches und gesundes Kinderleben geschaffen werden.

Infanrix hexa® ist seit mehr als 13 Jahren im praktischen Einsatz. Mit über 100 Millionen verimpften Dosen konnten in über 100 Ländern bereits viele Kinder geschützt werden. Der Impfstoff ist seit Jahren sicher und gut verträglich, so dass Säuglinge weiterhin mit gutem Gefühl geimpft werden können. Mit diesem Ar-

gument können auch ängstliche Mütter aufgefangen werden.

Koadministrationsdaten für Infanrix hexa – Mehr Flexibilität für Arzt und Eltern

Zudem ist Infanrix hexa® der einzige Sechsfach-Impfstoff, der problemlos mit den üblichen Standard-Kinderimpfstoffen koadministriert werden kann. Nur für diesen lang bewährten Sechsfach-Impfstoff liegen umfangreiche Daten zur Koadministration mit der Pneumokokken-, Meningokokken-, Rotavirus- und der MMRV-Impfung vor.³

Dies ist die Voraussetzung dafür, dass die kleinen Impflinge – ganz der aktuellen STIKO-Empfehlung entsprechend – die Sechsfachimpfung zusammen mit der Pneumokokken- und der Rotavirus-Schluckimpfung erhalten können. Sollte aber die Sechsfach-Impfung verschoben werden müssen, kann sie mit Infanrix hexa® problemlos nachgeholt werden. Dies er-

leichtert den Praxis-Ablauf, und für die Eltern entfallen zusätzliche Termine und lästige Wege. Eine sichere Koadministration mit den gängigen Kinderimpfstoffen – durch klinische Studien und jahrelange Erfahrung belegt – ist mit keinem anderen Sechsfach-Impfstoff möglich.

Literatur:

- 1 Heininger et al. *Vaccine* 2007; 25 (6): 1055–1063.
- 2 Zinke et al. *Hum Vaccine* 2010; 6 (2): 189–193.
- 3 Beilage *Kinder- und Jugendarzt*, 44 Jg. (2013) Nr. 6: Mit weniger Injektionen vor mehr Infektionen schützen.

Mit freundlicher Unterstützung von GSK, München



Präzise und wissenschaftlich fundiert Allergien finden:

Neuer Allergie-Schnelltest ermöglicht sofortiges Ergebnis

Die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit Allergien steigt. Wird eine Allergie früh genug erkannt, kann der gefürchtete ‚Etagenwechsel‘ vermieden werden. Den 2013 eingeführten Allergieschnelltest FastCheck-POC® 20 ATOPY können Pädiater direkt in ihrer Praxis bei vermuteter immunologischer Überreaktion anwenden.

Der Test stellt innerhalb von nur 30 Minuten zuverlässig eine Sensibilisierung auf 20 Allergieextrakte gleichzeitig fest. Gemessen wird dabei die Immunantwort durch den Nachweis von allergenspezifischem IgE (Immunglobulin E). Der Test deckt mit dem Spektrum von 20 Testparametern die am häufigsten vorkommenden Inhalations- und Nahrungsmittelallergien in Mittel- und Nordeuropa ab. Aktuelle Studien, Expertenempfehlungen sowie Leitlinien bilden die Basis für die Auswahl der 10 Inhalations-

und 10 Nahrungsmittelallergene des Screening-Panels. Dem Arzt bietet der Schnelltest ein einfaches, erschwingliches und patientenschonendes Diagnosetool ohne notwendige Laborumgebung. Die hohe Genauigkeit des Tests ist wissenschaftlich belegt.

Der FastCheckPOC® 20 ATOPY ermöglicht dem Arzt, die Diagnose zeitnah zu besprechen. Der Arzt kann den nur 30-minütigen Test in wenigen Schritten mit den mitgelieferten Test-Komponenten und Reagenzien durchführen und einfach auswerten. Die sichere Diagnose bietet außerdem eine gute Grundlage, um die durch Anamnese gewonnenen Erkenntnisse zu bestätigen und eine entsprechend individuelle Behandlung einzuleiten, wodurch eine Manifestation der Allergie vermieden werden kann.

Dass lediglich einige Tropfen Kapillarblut benötigt werden, beeinflusst die Mitarbeit der Kinder- und Jugendlichen positiv. Als Allergieschnelltest stellt der FastCheck-POC® 20 ATOPY die bessere Lösung zur Allergietestung bei Patienten mit Verdacht auf Inhalations- oder Nahrungsmittelallergien dar.

Weitere Informationen zum FastCheck-POC® 20 ATOPY sowie ein Anwendungsvideo finden Sie unter:

<http://www.dst-diagnostic.com>,
Tel.: (03 85) 3 03 48-103,
E-Mail: nr@diagnostic.com

Besuchen Sie unseren Stand auf dem 44. Kinder- und Jugendärztetag in Berlin, 13.06 – 15.06.2014

Nach Informationen von DST Diagnostische Systeme & Technologien GmbH, Schwerin

Neue Schutzimpfungs-Richtlinie in Kraft getreten

Influenza-Impfspray bei Kindern aus Risikogruppen zwischen zwei und sechs Jahren ist jetzt erstattungsfähig

Die aktuell vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene Schutzimpfungs-Richtlinie ist am 27.02.2014 in Kraft getreten. Somit ist die Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) zur Influenza-Impfung aus dem vergangenen Sommer leistungsrecht. Kinder aus Risikogruppen zwischen zwei und sechs Jahren sollen bevorzugt mit dem lebend-attenuierten Influenzaimpfstoff (LAIV, Fluenz®) geimpft werden. Die Erstattungsfähigkeit ist dabei gesichert.

Der G-BA ist in seinem Beschluss zu großen Teilen der STIKO-Empfehlung gefolgt. So auch der Argumentation, dass LAIV bei Kindern zwischen zwei und sechs Jahren mit chronischen Vorerkrankungen wirksamer ist als die herkömmlich angewendeten trivalenten inaktivierten Influenza-Vakzine (TIV). LAIV soll in dieser Gruppe bevorzugt verimpft werden. Die STIKO sprach sich allerdings auch für eine Gleichbehandlung von TIVs und LAIV bei der Impfung von Risikogruppen zwischen sieben und 17 Jahren aus. Hinsichtlich dieser Empfehlung gewichtete der G-BA die Relevanz der Kosten des Impfstoffes jedoch höher als die Wirksamkeit und kam zu dem Entschluss, in dieser Altersgruppe ausschließlich TIVs zu erstatten. Dirk Greshake, Geschäftsführer von AstraZeneca Deutschland, zeigt sich von dieser Entscheidung enttäuscht: „Es ist bedauerlich, dass der G-BA die reine Kostenreduktion im Fokus hat und Wirksamkeit und Anwendungsform in seiner Entscheidung hinten anstellt. Oberstes Ziel sollte es sein, die allgemeine Impfbereitschaft und das Schutzimpfungsniveau zu erhöhen.“

SIKO rät zu LAIV bei allen Kindern und Jugendlichen im Alter von zwei bis 17 Jahren

Die Sächsische Impfkommission (SIKO) geht in ihrer aktuellen Impfempfehlung vom 1.1.2014 deutlich weiter als die STIKO und rät allen Kindern ab sechs Monaten, Jugendlichen und Erwachsenen zur Gripeschutzimpfung. Im Alter von zwei bis 17 Jahren wird die bevorzugte An-

wendung von LAIV (Fluenz®) empfohlen.¹ Ausschlaggebend hierfür ist die überlegene Wirksamkeit des nasalen Influenza-Impfsprays bei Kindern und Jugendlichen gegenüber herkömmlichen Injektionsimpfstoffen.² Bereits vergangenes Jahr betonte die SIKO, dass sie bei ihren Impfeempfehlungen nicht nach monetären Gesichtspunkten entscheidet, sondern der wissenschaftliche Fortschritt die zentrale Rolle spielt. Nach Ansicht der sächsischen Experten profitieren nicht nur die Impflinge von der Influenzaimpfung. Sie verhindert auch die Virenübertragung auf andere Personen und kann so ganze Grippeepidemien abwenden.

Mit der Empfehlung, alle Kinder prophylaktisch gegen Influenza zu impfen, ist die SIKO ein Vorreiter in Deutschland. Jedes Jahr erkranken fünf bis zehn Prozent der erwachsenen Bevölkerung an Influenza, Kinder sind mit 20 bis 30 Prozent noch stärker betroffen.³ Dies ist auf ihre fehlende bzw. geringere Grundimmunität zurückzuführen.⁴ Durch enge Kontakte in Kindergärten und Schulen⁵ infizieren sich Kinder gegenseitig und tragen das Virus häufig in die Familien. Die aktuelle SIKO-Empfehlung ist daher ein wichtiger Schritt zur Impfratensteigerung der am stärksten betroffenen Bevölkerungsgruppe, die das Virus zudem am stärksten verbreitet: der Kinder und Jugendlichen.

England: Jedes zweite 2-jährige Kind mit LAIV geimpft

In Großbritannien sollen ab Herbst 2014 alle Kinder von zwei bis 17 Jahren mit

LAIV geimpft werden, um eine Herdenimmunität zum Schutz der ganzen Bevölkerung zu erzeugen. Begonnen hat die Umsetzung einer allgemeinen Kindergrippeimpfung bereits in dieser Saison. Mit großem Erfolg, denn bei den 2-3-jährigen Kindern konnten die impfenden Allgemeinärzte bereits bis Dezember Impfquoten von ca. 40 Prozent erzielen.⁶ Fluenz® wird als bevorzugter Impfstoff für dieses Programm genutzt.

Literaturhinweise

- 1 http://www.gesunde.sachsen.de/download/lu/LUA_HM_Impfeempfehlungen_E1.pdf (abgerufen: 15.1.2014).
- 2 Ambrose CS, et al. The efficacy of intranasal live attenuated influenza vaccine in children 2 through 17 years of age: A meta-analysis of 8 randomized controlled studies. *Vaccine* (2011).
- 3 WHO: Weekly Epidemiological Record 2012; 47 (23 Nov) 461-476.
- 4 WHO: Weekly Epidemiological Record 2005; 33 (19 Aug) 179-287.
- 5 Walter Haas (Hrsg.): *Influenza – Prävention, Diagnostik, Therapie und öffentliche Gesundheit*, Urban & Fischer, Elsevier GmbH 2009.
- 6 http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1317140698495
- 7 Joint Committee on Vaccination and Immunisation. JCVI position statement on the annual influenza vaccination programme – extension of the programme to children. (2012). 132.837,011/14.

Nach Informationen von AstraZeneca GmbH, Wedel

Rotavirus-Impfung: Kostenübernahme geregelt!

Die STIKO empfiehlt seit Juli 2013 die Impfung gegen Rotaviren als Standardimpfung für alle Säuglinge. Seit Ende letzten Jahres sind nun alle gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, die Kosten der Impfung zu tragen. Alle Säuglinge im entsprechenden Alter haben also einen Anspruch auf diese Leistung. Primäres Impfziel ist die Reduktion schwerer Rotavirus-Infektionen und insbesondere dadurch verursachte Krankenhausbehandlungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Die Impfserie sollte möglichst früh im Alter von 6 bis 12 Wochen begonnen werden und je nach Impfstoff (bestehend aus zwei oder drei Dosen) bis zur 24. beziehungsweise 32. Lebenswoche abgeschlossen sein.¹ Bei Gabe des Zwei-Dosen-Impfstoffs (Rotarix®) kann die Impfserie gegen Rotaviren schon im Alter von zehn Wochen beendet sein.

Rotavirus-Impfung wird nun von allen gesetzlichen Krankenkassen übernommen

Viele Krankenkassen hatten bereits vor der offiziellen Empfehlung die Kosten der Impfung freiwillig übernommen. Seit 20. Dezember 2013 sind alle gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland verpflichtet, die Kosten zu tragen. Alle Eltern haben nun die Möglichkeit, ihre Säuglinge im entsprechenden Alter kostenfrei durch eine Schluckimpfung vor schweren Krankheitsverläufen einer Rotavirus-Infektion zu schützen. Die Impfung ist gut verträglich und hoch wirksam. Eine Krankenhauseinweisung kann in neun von zehn Fällen vermieden werden. Viele Eltern haben sich daher bereits vor der Kostenübernahme dazu entschlossen, ihre Kinder durch die Rotavirus-Impfung zu schützen.

Das Rotavirus ist ein äußerst hartnäckiger Erreger von Brechdurchfall-Erkrankungen. Weltweit leiden viele Kinder, vor allem aber Säuglinge und Kleinkinder, an den Folgen der Erkrankung. Auch hierzulande lässt sich trotz hoher Hygienestandards eine Infektion kaum vermeiden. Das Rotavirus gehört zu den meldepflichtigen Erregern.

Das Immunsystem von Säuglingen und kleinen Kindern kann sich nur schwer ge-

gen den Erreger wehren, weshalb bei ihnen die Symptome besonders stark ausgeprägt sein können. Hoher Flüssigkeits- und Nährstoffverlust sowie Fieber sind eine große Belastung für die kleinen Körper. Um eine Dehydrierung zu verhindern, ist oftmals eine stationäre Behandlung im Krankenhaus notwendig. Bei fast fünf von zehn der unter 5-Jährigen ist dies der Fall.² Nicht nur für das betroffene Kind ist dies kräftezehrend. Auch für Eltern kann vor allem die ständige Sorge um ihr Kind zur Belastungsprobe werden.

Kombinierbar mit gängigen Kinderimpfungen

Die zwei Rotavirus-Impfstoffe, die im europäischen Markt erhältlich sind, werden schon seit 2006 eingesetzt. Sie lassen sich mit anderen Standard-Impfungen, wie beispielsweise der Pneumokokken- und der 6fach-Kombinationsimpfung verabreichen. Ein zusätzlicher Impftermin ist daher nicht nötig. Der Impfstoff wird auf die Zunge des Kindes geträufelt – die Verabreichung ist somit einfach und schmerzfrei. Auch Frühgeborene sollten gemäß der STIKO-Empfehlung geimpft werden. Diese sind besonders anfällig für schwere Verläufe.

Abschluss der Impfserie bereits in 10. Lebenswoche möglich

Rotarix® kann ab der vollendeten 6. Lebenswoche in zwei Dosen gegeben werden. Somit kann die Impfserie bereits in der vollendeten 10. Lebenswoche abgeschlossen werden. Rotarix® hat eine bestätigte Wirksamkeit gegen 7 Serotypen.³ In klinischen Studien wurde die Wirksamkeit gegen Gastroenteritiden, verursacht durch die häufigsten Genotypen G1P[8], G2P[4], G3P[8], 2 G4P[8] und G9P[8], nachgewiesen. Daneben wurde die Wirksamkeit gegen seltene Rotavirus-Genotypen G8P[4] (schwere Gastroenteritis) und G12P[6] (jede Gastroenteritis) gezeigt.

Literatur

1. Bundesgesundheitsblatt (2013, 56:955-956)
2. <http://www.springermedizin.de/rotavirus-impfung-fuer-alle-saeuglinge-ab-august-2013/4390310.html> (Stand: 4.5.2013)
3. Fachinformation Rotarix®, Stand Juli 2013

Nach Informationen von GlaxoSmithKline GmbH, München

Kinder und Jugendliche mit ADHS

Rund jeder dritte MPH-Patient könnte von Lisdexamfetamin profitieren

Rund 30 Prozent der mit Methylphenidat (MPH) behandelten Kinder und Jugendlichen mit ADHS sprechen nur unzureichend auf die Medikation an 1–3. In diesen Fällen kann eine Umstellung auf Lisdexamfetamindimesilat (Elvanse®) sinnvoll sein – so das Fazit der Experten im Rahmen eines Workshops auf der BKJPP-Jahrestagung. Die Empfehlung wird durch eine Studie gestützt, die das jeweilige Ansprechen auf Amfetamine und MPH genauer untersucht hat.

„Nicht alle Patienten sprechen in gleicher Weise auf die verschiedenen Wirkstoffe an. Deshalb sollten behandelnde Ärzte beide verfügbaren Stimulansklassen gut kennen“, unterstrich Dr. Sam Chang (Calgary, Kanada) und machte dies anhand der Daten von Arnold et al. deutlich: Nur 41,4 Prozent der Patienten sprachen in der Untersuchung gleichermaßen auf Methylphenidat und Amfetamin an, dagegen 15,5 Prozent besser auf Methylphenidat und 27,6 Prozent besser auf Amfetamin, bei einem Gesamt-Responder-Anteil von 84,5 Prozent⁴. Chang erklärte: „Bleiben unter einem Stimulans ADHS-Symptome bestehen oder muss zur Symptomkontrolle so hoch dosiert werden, dass nicht tolerable Nebenwirkungen auftreten, können die Patienten von der Umstellung auf die andere Stimulansklasse profitieren.“

Den gesamten Tag im Blick

„Ziel der Therapie sollte nicht nur eine Besserung, sondern eine Remission aller ADHS-Symptome sein“, forderte Chang. Dabei sei eine lang wirksame Monotherapie anzustreben: „Ein über den ganzen Tag wirksames Präparat ist gegenüber der Mehrfachgabe kürzer wirkender Stimulanzien deutlich im Vorteil, denn je einfacher die Therapie, desto besser ist die Compliance.“ Für Lisdexamfetamin (LDX) konnte eine Wirkdauer von 13 Stunden nachgewiesen werden⁵. Eine solche Wirkdauer, die sich über den gesamten aktiven Tag erstreckt, erleichtere den Kindern sowohl die Teilnahme am Familienleben als auch an sportlichen, musischen und sozialen Freizeitaktivitäten am späten Nachmittag oder Abend, so Chang.

Impulsdurchbrüche vermeiden

Chang zufolge können gerade Problempatienten mit Impulsdurchbrüchen, die oft zusätzlich zu Methylphenidat Neuroleptika wie Risperidon erhalten, von ei-

ner Umstellung auf Lisdexamfetamin profitieren. Im besten Fall könne nach der Umstellung auf die Komedikation mit Neuroleptika verzichtet werden. Dr. Klaus-Ulrich Oehler, Würzburg, nahm ebenfalls Impulsdurchbrüche in den Blick. Der gleichmäßige Wirkspiegel und die anhaltende Wirkung von Lisdexamfetamin über 13 Stunden⁵ in Verbindung mit einer hohen Effektstärke von 1,8 gegenüber Placebo⁶ unterstütze eine effektive Symptomkontrolle über den ganzen Tag. „Bereits ein einziger Impulsdurchbruch kann für erhebliche Probleme sorgen und zu einer schlechteren Prognose des Patienten beitragen. Wenn wir Impulsdurchbrüche verhindern können, ist sehr viel für den Patienten gewonnen“, so Oehler.

Höhere Lebensqualität unter Elvanse®

Oehler machte abschließend deutlich, dass eine erfolgreiche Therapie nicht nur die ADHS-Kernsymptomatik bessern, sondern die Lebensqualität des Patienten erhöhen sollte. Hierzu präsentierte er Daten einer Langzeitstudie mit anschließender randomisierter Absetzphase: Bei ADHS-Patienten, die im Anschluss an eine sechsmonatige LDX-Therapie weiter mit LDX behandelt wurden, zeigte sich, dass

die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach weiteren sechs Wochen signifikant höher war als in der Kontrollgruppe nach Umstellung auf Placebo⁷.

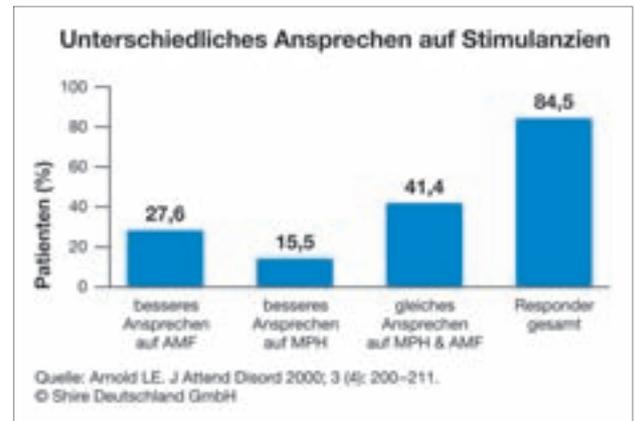
Quelle

Symposium „Ask the Expert: Clinical experience with Elvanse®“ im Rahmen der Jahrestagung des BKJPP 2013 (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.), Berlin, 15. November 2013

Literatur:

- Johnson LA et al. J Fam Pract 2005; 54: 166–168.
- Spencer T et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 409–432.
- Ter-Stepanian M et al. Can J Psychiatry 2010; 55: 305–312.
- Arnold LE. J Attend Disord 2000; 3 (4): 200–211.
- Fachinformation Elvanse®, Stand Dezember 2013.
- Coghill D et al. Eur Neuropsychopharmacol 2013, 23: 1208–1218.
- Shire, Data on file SPD489-002.

Nach Informationen von Shire Deutschland GmbH, Berlin



Adhärenz bei Asthma* und COPD** angehen: Neue Therapieoption mit 24h-Wirkung

- Neue ICS/LABA-Fixkombination: Relvar® (Fluticasonfuroat und Vilanterol)
- 1x tägliche Gabe und einfache Handhabung
- Studienprogramm untersucht erstmalig Einsatz der Fixkombination im Versorgungsalltag

Bei der Behandlung chronischer Atemwegserkrankungen spielt die Therapieadhärenz der Patienten eine wichtige Rolle, wie PD Dr. Michael Kreuter, Heidelberg, bei einem Symposium*** von GlaxoSmithKline (GSK) auf dem Pneumologenkongress in Bremen erläuterte. Bei Therapieadhärenz und Inhalationstechnik gebe es nach wie vor Verbesserungspotential. Viel zu häufig leiden Patienten mit COPD und Asthma unter Exazerbationen¹ und einer schlechten Lungenfunktion², zudem ist die Therapietreue im Rahmen einer Erhaltungstherapie bei beiden Gruppen oft suboptimal.^{3,4} Die Stellschrauben für Adhärenz sind vielfältig. Eine große Rolle spielen hier die sprechende Medizin, wie Kreuter betonte, also die Zeit, die Ärzte sich nehmen können, um mit den Patienten Beschwerden und Behandlungsoptionen zu besprechen und sie zu motivieren. Die Ergebnisse der TORCH-Studie (Towards a Revolution in COPD Health) haben bereits in der Vergangenheit gezeigt, dass eine bessere Therapieadhärenz bei COPD-Patienten auch mit einer geringeren Mortalität einhergeht.⁵ Verbesserungspotential liegt laut Kreuter auch in der Schulung von Inhalationstechnik und einer nur 1x täglichen Inhalation. Studien belegen, dass ungünstige Einnahmeschemata mit häufiger Dosierung oft mit geringerer Therapietreue einhergehen.^{6,7}

24h-Wirkung und nur 1x tägliche Gabe

Mit Relvar® steht seit kurzem die erste und einzige Fixkombination aus dem inhalativen Corticosteroid Fluticasonfuroat (FF) und dem langwirksamen Beta-2-Agonisten Vilanterol (VI) zur Verfügung, die nur 1x täglich verabreicht wird. Die einzelverblisterten Wirkstoffe werden mit dem neu entwickelten und einfach anzuwendenden Trockenpulverinhalator Elipipta® inhaliert. Das Medikament ist zugelassen für Asthma bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren, wenn Patienten

bei regelmäßiger Behandlung mit inhalativen Corticosteroiden und einer Bedarfsmedikation mit inhalativen kurzwirksamen Beta-2-Agonisten nicht ausreichend eingestellt sind und ein Kombinationspräparat (langwirksamer Beta-2-Agonist und inhalatives Corticosteroid) angezeigt ist.^{8,9} Bei COPD ist das Medikament zugelassen zur symptomatischen Behandlung von Erwachsenen mit einem FEV1 < 70 % des Normwerts (nach Anwendung eines Bronchodilatators), die trotz regelmäßiger bronchodilatatorischer Therapie Exazerbationen in der Vorgeschichte aufweisen.^{8,9}

Dickicht der Therapieoptionen bei COPD

Prof. Claus Vogelmeier, Gießen/Marburg, beschrieb, aus welcher Vielzahl an Therapieoptionen mit einem oder mehreren Bronchodilatoren und Kombinationen mit Corticosteroiden im Therapiealgorithmus die optimale Medikation für COPD-Patienten ausgewählt werden muss. Er betonte, dass es keine Daten gebe, welche die eine oder andere Möglichkeit der Therapieeskalation gegenüber einer Alternative klar stützen würden. Wenn bei COPD-Patienten Exazerbationen auftreten, stelle sich die Frage, ob sie mit reiner Bronchodilatation allein noch ausreichend therapiert seien. Im Relvar®-Studienprogramm wurde mit dem Fokus auf Exazerbationen gezeigt, dass die neue Kombination aus dem ICS Fluticasonfuroat und dem LABA Vilanterol Exazerbationen besser verhindern kann, als der Beta-2-Agonist alleine. Die Fixkombination FF/VI wurde bei insgesamt 17.109 Patienten mit COPD beziehungsweise Asthma klinisch geprüft.¹⁰ Die Ergebnisse zeigen, dass das Medikament nach einmaliger Dosierung über 24h hinweg wirkt und eine 1x tägliche Anwendung ermöglicht. Bei COPD-Patienten mit Exazerbationen reduzierte das Medikament die Rate an Exazerbationen gegenüber VI alleine um 27 % und führte zu einer langfris-

tigen Verbesserung der Lungenfunktion.¹¹ Im direkten Head-to-head-Vergleich mit der etablierten ICS/LABA-Therapie (2x täglich Fluticasonpropionat/Salmeterol - FP/SAL) zeigte sich kein signifikanter Unterschied im 24h-Profil der FEV1 für FF/VI 1x täglich.¹² Vogelmeier betonte die Chance, dass Behandler, trotz offener Fragen, unterschiedliche Therapieoptionen einsetzen könnten: „Wir können das Wohl und Weh der COPD-Patienten wesentlich besser beeinflussen, wenn wir uns anstrengen herauszuarbeiten, was die richtigen Therapiestrategien sind.“

Die Salford Lung-Studien: Daten aus dem realen Leben

Vogelmeier gab auch einen Ausblick auf Daten zur Effektivität der neuen Therapieoption „im realen Leben“ – in der Versorgungswirklichkeit. In den Salford Lung Studies¹³ in der englischen Stadt Salford bei Manchester wird die Kombination von FF/VI mit den bisher verfügbaren Therapien bei Patienten mit COPD oder Asthma verglichen. Das Besondere an diesen Studien sei, wie Vogelmeier betonte, dass alle Beteiligten, von Ärzten bis zu Apotheken, online vernetzt sind. Über ein Jahr werden alle Arztinterventionen, Hospitalisierungen und auch das Monitoring von Sicherheit und Verträglichkeit erfasst. In beiden Indikationen, COPD und Asthma, werden jeweils etwa 3.000 Patienten beobachtet. Die Ergebnisse für beide Indikationen werden 2015 erwartet. Die Studien untersuchen, ob sich die Therapie mit FF/VI gegenüber der aktuellen Standardtherapie in unterschiedlichem Outcome (COPD: Exazerbationen; Asthma: ACT-Score) niederschlägt und inwieweit dabei eine nur 1x tägliche Inhalation eine Rolle spielt, die abseits von künstlichen Studienbedingungen im Versorgungsalltag zu einer besseren Compliance der Patienten führen könnte.

Eine weitere Studie geht aktuell der Frage nach, ob die Mortalität von COPD-Patienten mit kardiovaskulären Begleiter-

krankungen durch die Fixkombination aus FF/VI beeinflusst werden kann. In der SUMMIT-Studie (The Study to Understand Mortality and Morbidity in COPD)¹⁴ mit geplanten 16.000 Probanden werden in vier Parallelgruppen FF/VI (100/25 µg), VI (25 µg), FF (100 µg) und Placebo verglichen.

Therapieoptionen bei Asthma

Prof. Marek Lommatzsch, Rostock, appellierte, die „Basics“, das aktuelle Therapieregime bei Patienten mit Asthma genauer anzusehen. Er betonte, dass viele Patienten, deren Asthma als therapieresistent eingestuft wird, Basismaßnahmen und Standardtherapie optimieren könnten.¹⁵ An Fallbeispielen zeigte er, dass man in der Praxis bei vielen Patienten mit Allergenkarrenz, Rauchstopp und inhalativer Dauertherapie eine deutliche Verbesserung der Lungenfunktion erreichen kann. Die neue Fixkombination FF/VI bietet mit der 1x täglichen Gabe eine neue Therapieoption*, die Patienten die dauerhafte Therapieadhärenz erleichtern kann – bei kontinuierlicher Wirkung auf die Lungenfunktion.^{8,16} Angesichts der Vielzahl der auf dem Markt verfügbaren Fixkombinationen zur 2x täglichen Inhalation betonte Lommatzsch: „Das Entscheidende ist ja, dass es diese Fixkombination 1x täglich bei Asthma bisher nicht gab.“

In den Zulassungsstudien führte Relvar® bei Patienten mit Asthma zu mehr bedarfsmedikations-freien und symptom-freien Tagen als die Monotherapien mit Fluticasonfuroat und Fluticason-propionat.¹⁷ Auch in dieser Indikation zeigte sich kein signifikanter Unterschied im 24h-Profil des FEV1 für FF/VI 1x täglich im Vergleich zu FP/SAL 2x täglich.¹⁶ Lommatzsch ergänzte, dass es für Patienten mit Asthma* zwei Dosis-Optionen gebe: Die Wirkstärke 92/22 µg**** zur Standardbehandlung, und für Asthma-Patienten, die eine höhere Dosierung der ICS-Komponente benötigen, die Wirkstärke 184/22 µg.⁸

- * Relvar® Ellipta® ist zugelassen für Patienten (≥12 Jahre), die eine Asthma-Erhaltungstherapie benötigen: Patienten, die mit ICS und einer Bedarfsmedikation nicht ausreichend eingestellt sind⁸
- ** Relvar® Ellipta® ist zugelassen für die symptomatische Therapie von COPD-Patienten mit einem FEV1<70% des Normwertes (post-bronchodilatatorisch), die trotz regelmäßiger bronchodilatatorischer Therapie Exazerbationen in der Vorgeschichte aufweisen⁸
- *** Symposium „Im Dickicht der Therapiealternativen bei Asthma und COPD: Fragen und Antworten!“ im Rahmen des 55. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. in Bremen, 27. März 2014, veranstaltet von GlaxoSmith-Kline GmbH & Co. KG, München
- **** Nach EMA-Vorgabe wird der tatsächlich inhalierbare Dosisanteil (92/22 bzw. 184/22 µg) in der Bezeichnung angegeben und entspricht den im Blister verpackten Dosen von 100/25 µg beziehungsweise 200/25 µg.

Literatur

- 1 Hurst JR, Vestbo J et al. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. *The New England Journal of Medicine*. 2010;363:1128-38
- 2 Demoly P, Annunziata K et al. Repeated cross-sectional survey of patient-reported asthma control in Europe in the past 5 years. *European Respiratory Review*. 2012;21(123):66-24
- 3 Borbeau J & Bartlett SJ. Patient adherence in COPD. *Thorax*. 2008;63:831-838
- 4 Weltgesundheitsorganisation. Adherence to long-term therapies [online] 2003. Abrufbar unter: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf> [Letzter Aufruf: Dezember 2013]
- 5 Vestbo J, Anderson JA et al. Adherence to inhaled therapy, mortality and hospital admission in COPD. *Thorax*. 2009;64(11):939-943
- 6 Borbeau J & Bartlett SJ. Patient adherence in COPD. *Thorax*. 2008;63:831-838
- 7 Price D, Lee AJ et al. Characteristics of patients preferring once-daily controller therapy for asthma and COPD: a retrospective cohort study. *Primary Care Respiratory Journal*. 2013;22 <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2013.00017>
- 8 Bleecker ER et al. Efficacy of FF and FF/VIL over 12 weeks in patients with persistent Asthma, Poster 2091, ERS 2012
- 9 Relvar® Ellipta® Fachinformation, GlaxoSmithKline 2013. [November 2013]
- 10 EMA Assessment report Relvar Ellipta. September 2013. Abrufbar unter:

http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Public_assessment_report/human/002673/WC500157635.pdf [Letzter Aufruf: Januar 2014]

- 11 Dransfield MT, Bourbeau J et al. Once-daily inhaled fluticasone furoate and vilanterol versus vilanterol only for prevention of exacerbations of COPD: two replicate double-blind, parallel-group, randomised controlled trials. *Lancet Respiratory Medicine*. 2013. doi:10.1016/S2213-2600(13)70040-7
- 12 Agusti A, De Backer W et al. Efficacy of combination fluticasone furoate/vilanterol (FF/VI) and salmeterol/futicasone propionate (SFC) over 12 weeks in patients with COPD. Abstract präsentiert auf dem European Respiratory Society Annual Congress (ERS), Wien, 2012.
- 13 New JP, Bakerly ND et al. Obtaining real-world evidence: the Salford Lung Study. *Thorax*. 2014 Mar 6. doi: 10.1136/thoraxjnl-2014-205259. [Epub ahead of print]
- 14 Vestbo J, Anderson J et al. The Study to Understand Mortality and Morbidity in COPD (SUMMIT) study protocol. *Eur Respir J*. 2013 May;41(5):1017-22
- 15 Bush A, Pavord D. Hot off the breath: Omalizumab: NICE to USE you, to LOSE you NICE *Thorax* 2013;68:7-8 doi:10.1136/thoraxjnl-2012-202969
- 16 Woodcock A, Bleecker ER et al. Efficacy and Safety of Fluticasone Furoate/Vilanterol Compared with Fluticasone Propionate/Salmeterol Combination in Adult and Adolescent Patients with Persistent Asthma: a Randomized Trial. *Chest*. 2013. doi:10.1378/chest.13-0178
- 17 O'Byrne PM, Bleecker ER et al. Once-daily fluticasone furoate alone or combined with vilanterol in persistent asthma. *Eur Respir J*. 2014 Mar;43(3):773-82.

FF/VI zeigte in den Studien ein Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil, das im Wesentlichen dem anderer ICS/LABA-Kombinationen entspricht.¹⁰ Die häufigsten unerwünschten Ereignisse waren Kopfschmerzen, Infektionen der oberen Atemwege und Nasopharyngitis, seltener wurden Bronchitis, Influenza, Candidose, Husten, Dysphonie, Schmerzen im Mundrachenraum, Sinusitis, Frakturen, Pyrexie, Rückenschmerzen, Arthralgie und Rhinitis beobachtet.⁸ Bei Patienten mit COPD erhöht FF/VI – wie andere Medikamente mit inhalativen Corticosteroiden – das Risiko für eine Pneumonie.⁸ Die Inzidenz unter FF/VI entspricht dem unter anderen ICS/LABA-Fixkombinationen bekannten Klasseneffekt.¹⁰

Nach Informationen von GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, München

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@kinderaezte-lauf.de

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

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

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

Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum Tel.: 0221/68909-14
christel.schierbaum@uminfo.de

Büroleiterin:

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

Bereich Mitgliederservice/Zentrale

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

Bereich Fortbildung/Veranstaltungen

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

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Geschäftsführer: Herr Klaus Lüft

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

Ansprechpartnerinnen:

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

Ursula Horst

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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

E-Mail: klaus-michael.keller@dkd-wiesbaden.de

Prof. Dr. med. Stefan Zielen

E-Mail: stefan.zielen@kgu.de

Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. med. Christoph Kupferschmid

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaezte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de