

bvkJ.

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

Heft 10/09 · 40. (58.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Kinder- und Jugendärztinnen
brauchen familienfreundliche
Rahmenbedingungen

Fortbildung:

Influenza A/H1N1

Berufsfragen:

Gibt es in Zukunft
noch genügend Pädiater?

Magazin:

Kinderzeichnungen
in der ärztlichen Praxis

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT



© Olga Solove/R.-Andreas Klein - Fotolia.com



Die Kinderzeichnung in der ärztlichen und therapeutischen Praxis – Entwicklung und Interpretation

Seite 697

Redakteure: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, Dr. Wolfgang Gempp, Konstanz, Regine Hauch, Düsseldorf

Inhalt 10 | 09

Forum

- 635 **Kinder 2009**
- 636 **Die beruflichen Rahmenbedingungen für Kinderärztinnen und -ärzte müssen familienfreundlicher werden**
Astrid Bühren
- 638 Vermischtes
- 639 **Zahl der angezeigten Fälle von Kindesmissbrauch nimmt deutlich zu**
- 640 Vermischtes
- 643 **AG Kinderkardiologische Intensivmedizin gegründet**
- 644 **Von der Leyen und Zypries fordern weitere Schritte für Kinderschutz**
- 646 **Kind nicht beim Arzt – blauer Brief**
Regine Hauch
- 647 **BVG verhandelt über Hartz IV für Kinder**
- 648 **BVKJ auf Wachstumskurs**
Regine Hauch
- 649 **Kein Nutzenbeleg für Sprachscreening**
Regine Hauch
- 650 **Vorankündigung 7. Assistentenkongress**

Fortbildung

- 653 **Neue Influenza A/H1N1 („Schweinegrippe“)**
DAKJ
- 657 **Frühd Diagnose der Anorexia nervosa – eine Herausforderung für den Kinder- und Jugendarzt**
Gerd Kuznik
- 670 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Christoph Kemen
- 674 **Consilium Infectiorum: Welche Behandlungsmöglichkeit gibt es bei Lingua geographica?**
Joachim Dissemond
- 676 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 679 **Impfforum**
Ulrich Heininger

Berufsfragen

- 680 **Gibt es in 10 Jahren noch genügend Kinder- und Jugendärzte?**
Viola Rühle, Rudolf von Butler
- 686 **Wichtige Korrektur zu IGeL-Leistungen**
- 688 **Haftung von Ärzten und Apothekern für Arzneimittelschäden**
Hans-Jürgen Nentwich
- 689 **Über die Schwierigkeiten, einen Vertrag zur pädiatrie-zentrierten Versorgung zu verhandeln**
Bernd Simon
- 693 **Sachverständigengutachten 2009: ADHS – Kein Blick für die Pädiatrie**
Kirsten Stollhoff
- 696 **Aufbewahrungsfristen von Unterlagen**
Kyrill Makoski

Magazin

- 697 **Die Kinderzeichnung in der ärztlichen und therapeutischen Praxis – Entwicklung und Interpretation**
Anja Mannhard
- 700 Praxistafel
- 701 Tagungen
- 702 Fortbildungstermine des BVKJ
- 703 **Die Welt der Kinder im Blick der Maler**
Peter Scharfe
- 704 Buchtipps
- 705 Personalien
- 707 **Nachrichten der Industrie**
- 714 Wichtige Adressen und Impressum

Beilagenhinweis:
Dieser Ausgabe liegt in voller Auflage eine Beilage der Firma Stada GmbH, Bad Vilbel, bei.
Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Achtung:
Wichtige Informationsveranstaltung zur Influenza A/H1N1 in Bad Orb siehe S. 656

Neue Influenza A/H1N1 („Schweinegrippe“)

Stellungnahme der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen

Stand: 10. September 2009

1. Hintergrund

Seit April 2009 hat sich ein neues Influenza A/H1N1-Virus weltweit ausgebreitet. Die höchste Pandemiestufe 6 wurde von der WHO am 11. Juni 2009 ausgerufen. Auf die damit verbundenen Maßnahmen sowie Empfehlungen zur Vorbereitung hat die Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen bereits früher hingewiesen (1). In der Zwischenzeit (Stand 09.09.2009) wurden in Deutschland 17 790 Verdachtsfälle des neuen Pandemievirus durch spezifischen Virusnachweis bestätigt.

Die aktuelle Pandemie gibt Anlass zur Besorgnis, da

- jederzeit mit einem sprunghaften Anstieg der Fallzahlen gerechnet werden muss
- Mutationen des Virus mit erhöhter Virulenz in der Folge auftreten können
- offenbar ein erhöhtes Komplikationsrisiko für Säuglinge, chronisch Kranke, Schwangere und Wöchnerinnen besteht.

Im Folgenden nehmen wir zur Meldepflicht sowie zu Diagnostik, Therapie und Prophylaxe der Neuen Influenza bei Kindern und Jugendlichen Stellung. Diese Stellungnahme wird bei Bedarf aktualisiert.

2. Meldepflicht

Unverzüglich meldepflichtig nach § 6 (1) IfSG in V. m. § 11 IfSG an das zuständige Gesundheitsamt sind

- a) Krankheitsverdacht eines Falles einer Neuen Influenza A/H1N1
- b) Nachgewiesene Erkrankungen durch Neue Influenza A/H1N1
- c) Im Zusammenhang mit einer (möglichen) Neuen Influenza A/H1N1 aufgetretene Todesfälle

Ein Krankheitsverdacht besteht gemäß den derzeitigen Empfehlungen des RKI (§ 4 (2) IfSG) „bei Vorliegen von Fieber ($\geq 38^\circ\text{C}$, bei Kindern $\geq 38,5^\circ\text{C}$) und Husten“, wenn die Symptomatik nicht durch eine andere Ursache hinreichend geklärt wird (Hinweise des RKI vom 24.08.09, www.rki.de, zugegriffen 10.09.09).

Die Meldepflicht sieht derzeit die Meldung von Einzelfällen unter Namensnennung und detaillierten weiteren Angaben zum Patienten vor (www.rki.de).

3. Diagnostik

Der typenspezifische Nachweis des Neuen Influenzavirus A/H1N1 mittels PCR aus Nasen-Rachensekret bzw. -abstrich ist möglich und sollte binnen 24 Stunden vorliegen. Geeignete Labore können beim örtlichen Gesundheitsamt bzw. den Kassenärztlichen Vereinigungen in Erfahrung gebracht werden.

Antigennachweismethoden („Schnelltests“) sind nicht ausreichend sensitiv und werden deshalb nicht empfohlen.

Die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI, siehe (8)) empfiehlt den spezifischen Nachweis von Neuem Influenza A/H1N1 Virus für folgende Patienten mit Krankheitsverdacht:

- a) Neugeborene und Säuglinge (< 6. Lebensmonat) mit relevanten klinischen Symptomen einschließlich der u.g. Indikationsgruppen, wenn (!) eine Therapie mit Oseltamivir erwogen wird.
- b) Säuglinge, Klein- und Schulkinder sowie Jugendliche mit schwerer hospitalisationspflichtiger Erkrankung,
- c) Säuglinge, Klein- und Schulkinder sowie Jugendliche mit der Diagnose einer unteren Atemwegsinfektion (z.B. Pneumonie),
- d) Säuglinge, Klein- und Schulkinder sowie Jugendliche mit schwerer Erkrankung, die außer dem Respirationstrakt noch andere Organsysteme betrifft (z.B. Myokarditis, Enzephalitis, Rhabdomyolyse)
- e) Säuglinge, Klein- und Schulkinder sowie Jugendliche mit nach Einschätzung des Arztes relevant erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens wie zum Beispiel derzeit behandlungsbedürftige chronische Lungen- (einschließlich Asthma bronchiale), Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenerkrankungen*, Diabetes mellitus und andere Stoffwechselerkrankungen*, Adipositas (BMI>30)*, multiple Sklerose (mit infekt-assoziierten Schüben)* oder vergleichbar schwere Erkrankungen*, bei denen ein schwerer Verlauf der Influenza zu erwarten ist. (*Anmerkung: von der Kommission ergänzte Beispiele)
- f) Säuglinge, Klein- und Schulkinder sowie Jugendliche unter nach Einschätzung des Arztes relevanter immunsuppressiver Therapie,
- g) Säuglinge, Klein- und Schulkinder sowie Jugendliche, die an einer Immunschwäche leiden (z.B. angeborener Immundefekt, HIV-Infektion, Z. n. Transplantation).

Die Erstattung der Kosten durch die Krankenkassen für die Diagnostik der o.g. Indikationen ist gewährleistet, sofern zum Zeitpunkt der Abstrichentnahme noch keine zwingende Therapieindikation besteht und das Ergebnis spätestens 48 Stunden nach Beginn der Krankheitszeichen beim Patienten vorliegt.

4. Therapie

Neben den bekannten symptomatischen Behandlungsformen stehen zur Therapie der Influenza einschließlich Neue Influenza A/H1N1 spezifische Virustatika zur Verfügung, die Neuraminidasehemmer Oseltamivir (Tamiflu®) und Zanamivir (Relenza®) (2,3,7). Amantadin und Rimantadin sind wegen Resistenz des Neuen Influenza A/H1N1 Virus *nicht* geeignet.

Die DGPI empfiehlt die Therapie mit Neuraminidasehemmern bei allen unter „3. Diagnostik“ genannten Patientengruppen mit der Einschränkung, sie bei Säuglingen unter 6 Monaten aufgrund der eingeschränkten Datenlage zu Pharmakokinetik und Verträglichkeit abhängig vom Schweregrad der Erkrankung individuell zu erwägen.

Oseltamivir ist in Deutschland für die Therapie ab 1 Jahr (als Suspension sowie in Kapseln zu 30 mg, 45 mg und 75 mg) zugelassen, Zanamivir (per inhalationem) bei Kindern ab dem Alter von 5 Jahren. Die Therapie ist am effizientesten, wenn sie inner-

halb von 24–48 Stunden nach Beginn der Erkrankung eingesetzt wird. Dies muss berücksichtigt werden bei der Entscheidung, ob nach Abstrichentnahme die Behandlung bei einem Patienten sofort empirisch begonnen wird (und bei Erhalt eines negativen Ergebnisses gestoppt wird) oder ob das Abstrichergebnis vor Therapiebeginn abgewartet werden kann.

Die von der EMEA (4) für den Pandemiefall empfohlene Dosierung ist bei einer Behandlungsdauer von **5 Tagen** wie folgt:

Oseltamivir per os (<1 Jahr)*	2 x 2–3 mg/kgKG/Tag
Oseltamivir per os (ab 1 Jahr)	2 x 30 mg /Tag (< 15 kg KG) 2 x 45 mg/Tag (15–23 kg KG) 2 x 60 mg/Tag (24–40 kg KG) 2 x 75 mg/Tag (> 40 kg KG oder ≥ 13 Jahre)

Zanamivir per inhalationem (ab 5 Jahren)	2 x 10 mg (= 2 x 2 Hub)/Tag;
---	------------------------------

**Anmerkung: für Säuglinge sind weder Oseltamivir noch Zanamivir zugelassen. Jedoch hat die europäische Zulassungsbehörde EMEA im Mai 2009 die Gabe von Oseltamivir an Säuglinge für den Fall einer Pandemie mit dem Neuen Influenzavirus explizit gestattet (4). Da Säuglinge mit Influenza eine höhere Morbidität und Letalität als ältere Kinder und Jugendliche aufweisen, wird für sie bei schwerwiegendem Verlauf von der DGPI in der aktuellen Pandemie unter besonderer Abwägung von Nutzen und Risiko ebenfalls die antivirale Therapie empfohlen. Diese sollte bei Säuglingen gemäß EMEA (4) aufgrund des unzureichenden Wissensstandes unter stationären Bedingungen durchgeführt werden. In schwierigen Fällen sollte ein Pädiatrischer Infektiologe (DGPI) konsiliarisch hinzugezogen werden.*

Momentan besteht ein Lieferengpass für Oseltamivir Suspension, wohingegen die Kapseln zu 30, 45 und 75 mg in ausreichender Menge verfügbar sind (Zubereitung einer oralen Lösung aus Kapseln, siehe Lit 5).

Zur Effizienz von Neuraminidasehemmern in der Behandlung von Infektionen mit dem Neuen Influenza A/H1N1 Virus werden derzeit Studien durchgeführt (6).

5. Chemoprophylaxe

Oseltamivir ist für die prophylaktische Anwendung bei Jugendlichen und Kindern ab einem Jahr zugelassen, Zanamivir ab dem Alter von 5 Jahren. Amantadin und Rimantadin sind wegen Resistenz des Neuen Influenza A/H1N1 Virus *nicht* geeignet.

Die Prophylaxe kann gemäß DGPI Empfehlungen in seltenen Einzelfällen erwogen werden bei Patienten mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines schweren Grundleidens (Beispiele siehe unter Therapie), oder bei Patienten, die nach Einschätzung des Arztes unter relevanter immunsuppressiver Therapie stehen oder an einem Immundefekt leiden

Die Dauer der Prophylaxe beträgt **10 Tage**, in folgender alters- bzw. gewichtsabhängiger Dosierung:

Oseltamivir per os (< 1 Jahr)	nicht empfohlen (< 3 Monate) 1 x 2–3mg/kg KG/Tag (3–11 Monate)
Oseltamivir per os (ab 1 Jahr)	1 x 30 mg/Tag (< 15 kg KG) 1 x 45 mg/Tag (15–23 kg KG) 1 x 60 mg/Tag (24–40 kg KG) 1 x 75 mg/Tag (> 40 kg KG oder ≥ 13 Jahre)

Zanamivir per inhalationem (ab 5 Jahren)	1 x 10 mg (= 1 x 2 Hub)/Tag;
---	------------------------------

Da Säuglinge mit Influenza eine besonders hohe Morbidität und Letalität haben, ist unter besonderer Abwägung von Nutzen und Risiko unter o.g. Bedingungen ebenfalls die antivirale Prophylaxe möglich.

6. Impfprophylaxe

Zurzeit (10.09.2009) liegen noch keine Studienergebnisse mit Impfstoffen gegen das Neue Influenza A/H1N1 Virus vor. Auch ist nicht bekannt, für welche Altersgruppen (ab 6 Monate?) die Impfstoffe zugelassen werden und welche Indikationen und Kontraindikationen definiert werden.

Die ersten Impfstoffdosen werden voraussichtlich im Oktober oder November 2009 verfügbar sein; bis dahin wird auch die STIKO Impfeempfehlungen abgegeben haben.

Nach Festlegung der Indikationsgruppen ist die Organisation der Impfmaßnahmen Aufgabe der Bundesländer.

Stellungnahme der Kommission

- Die Kommission schließt sich den Empfehlungen der DGPI zu Diagnostik, Therapie und Prophylaxe der Neuen Influenza an. Je nach Verfügbarkeit neuer Erkenntnisse müssen diese ggf. modifiziert werden.
- Die derzeitige Meldepflicht (Einzelfallmeldung) stellt eine große Bürde für praktizierende Ärztinnen und Ärzte dar. Wir erwarten, dass die Einzelfallmeldung bei Anstieg der Fallzahlen verlassen wird.
- Die Therapie der neuen Influenza mit Neuraminidasehemmern ist nur bei erheblicher Beeinträchtigung oder gesundheitlicher Gefährdung des Patienten indiziert. Diese sollte bei Säuglingen gemäß EMEA (4) aufgrund des unzureichenden Wissensstandes unter stationären Bedingungen durchgeführt werden.
- Die Impfung von Kindern und Jugendlichen sollte von Ärzten mit Erfahrung in dieser Altersgruppe, vornehmlich Kinder- und Jugendärzten, durchgeführt werden. Dazu ist die enge Kooperation von Öffentlichem Gesundheitsdienst, niedergelassenen und am Krankenhaus tätigen Kinder- und Jugendärzten notwendig.
- Die Kommission empfiehlt, die **saisonalen Influenzaimpfstoffe** baldmöglichst an die von der STIKO definierten Indikationsgruppen zu verabreichen. Dadurch werden zeitliche und personelle Ressourcen für die später folgenden Impfungen gegen die Neue Influenza gewonnen. Auf die Verfügbarkeit der neuen Impfstoffe zu warten unter dem Gesichtspunkt, diese dann zeitgleich mit dem saisonalen Impfstoff zu verabreichen (Koadministration), halten wir nicht für sinnvoll. Zum einen werden die Indikationsgruppen nicht unbedingt identisch sein, zum anderen ist im Falle des Auftretens von unerwünschten Ereignissen nach der Impfung keine Impfstoffzuordnung möglich. Auch bestünde eine Verwechslungsgefahr („falscher Impfstoff, falscher Patient“).

Die Kommission bekräftigt ferner ihre frühere Stellungnahme aus dem Jahr 2006 (1):

- die Impfstoffe müssen die Kriterien der Sicherheit und Wirksamkeit insbesondere auch für Kinder und Jugendliche erfüllen
- die Möglichkeit der Impfung auch von Kindern unter sechs Monaten sollte geprüft werden
- unter Beachtung dieser Vorgaben ist eine schnellstmögliche und ausreichende Impfstoffproduktion für die gesamte Bevölkerung in Deutschland durch die politisch Verantwortlichen sicherzustellen

- die Impfung von Kindern und Jugendlichen sollte unter Beachtung der Erfahrungen aus früheren Pandemien vorrangig sein, auch zum Aufbau einer Herdenimmunität mit der sich daraus ergebenden Verzögerung der Ausbreitung
- die Prioritätensetzung muss transparent und rechtssicher erfolgen.

Literatur

1. Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der DAKJ. Vogelgrippe (Geflügelpest) und mögliche Influenzapandemie. Monatsschr Kinderheilkd 2006;154:174-178
2. Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der DAKJ. Stellungnahme zur Verwendung von Neuraminidasehemmern zur Therapie bzw. Prophylaxe der Influenza bei Kindern und Jugendlichen. Monatsschr Kinderheilkd 151:110-112 (2003)
3. Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der DAKJ. Indikationserweiterung für Neuraminidasehemmer notwendig. Kinder- und Jugendarzt 12:794-796 (2005)
4. <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/tamiflu/32609509en.pdf>
5. <http://www.roche.de/pharma/indikation/fachinfo/grippe/index.htm?sid=408913234c446c1954c7ed523c74e465>

6. Shun-Shin M, Thompson M, Heneghan C, Perera R, Harnden A, Mant D. Neuraminidase inhibitors for treatment and prophylaxis of influenza in children: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 339:b3172 (2009)
7. Piedra PA, Schulman KL, Blumentals WA. Effects of oseltamivir on influenza-related complications in children with chronic medical conditions. Pediatrics 124:170-178 (2009)
8. Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie: „Aktualisierte Empfehlung der DGPI zur Diagnostik, Therapie und Prophylaxe der Infektion mit dem Neuen Influenza A/H1N1-Virus bei Kindern und Jugendlichen“ (zugegriffen am 10.09.09), www.dgpi.de

Erklärung zum Interessenkonflikt:

Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin: kein Interessenkonflikt.

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.:

Prof. Dr. U. Heining (federführend; Vorsitzender der Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen), Prof. Dr. Dr. P. Bartmann, Prof. Dr. H. I. Huppertz, Dr. M. Kinet, R. Klein, Prof. Dr. C. Korenke

Korrespondenzadresse:

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Nentwich, Generalsekretär
Chausseestr. 128/129 · 10115 Berlin · Tel.: 030.4000588-0 ·
Fax: 030.4000588-88 · e-Mail: kontakt@dakj.de · Internet: www.dakj.de

Wichtige Information

Informationsveranstaltung über den Umgang mit der Neuen Influenza A/H1N1
im Anschluss an den 37. Herbst-Seminar-Kongress in Bad Orb
am Montag, 12.10.2009, um 19.30 Uhr
im großen Saal des Kurhaus Hotel Bad Orb, Horststr. 1

Referent ist der Präsident der DGKJ, Herr Prof. Dr. Zepp, Mainz, der als Epidemiologe und Infektiologe ein ausgewiesener Fachmann ist und den neuen Impfstoff in seinem Zentrum an allen Altersgruppen testet. Prof. Dr. Zepp ist Mitglied der STIKO und wird mit vielen falschen Informationen aufräumen, die Diskussion versachlichen und auch kompetent alle Fragen zur Impfung beantworten.

Da der neue Impfstoff frühestens Anfang November eine Zulassung für Kinder erhalten wird, ist der Zeitpunkt in Bad Orb ideal, um sich rechtzeitig und umfassend zu informieren.

Ich bitte Sie alle diese Chance zu nutzen, damit wir als Kinder- und Jugendärzte unsere Patienten, deren Eltern und die Öffentlichkeit kompetent beraten können.

Für Inhaber der Gesamtkongresskarte ist die Veranstaltung kostenlos, sonst 40,- € Gebühr für eine Tageskarte.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr Wolfram Hartmann

Präsident

Partner der Kinder- und Jugendärzte

POHL BOSKAMP



Frühdiagnose der Anorexia nervosa

– eine Herausforderung für den Kinder- und Jugendarzt

Anorexie erscheint als ein lebensgefährlicher Versuch, unerträgliche Ängste und innerpsychische oder innerfamiliäre Konflikte zu bewältigen und wahrgenommenen eigenen Erwartungen sowie denen von Gesellschaft und Umgebung gerecht zu werden, oder auch eigene defizitäre Gefühle nicht mehr spüren zu müssen. Aufgrund des oft chronischen Verlaufs und des hohen psychischen Leids der Erkrankung für die Betroffenen und deren Familien, kommt der Früherkennung der Erkrankung, auch durch die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, eine große Bedeutung zu.

Fallbeispiel

In die Praxis eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin kommt die ihm seit längerer Zeit bekannte jugendliche Patientin Franziska (14 Jahre), zusammen mit ihrer Mutter. Die Mutter berichtet, dass ihre Tochter in der letzten Zeit begonnen habe sehr bewusst zu essen, sie ernähre sich weitgehend vegetarisch und lehne in der letzten Zeit Fett ab. Auf die Ansprache von Mutter oder Vater, sie solle doch wieder normal essen, reagiere die Tochter mit freundlicher, aber deutlicher Zurückweisung und lasse sich nicht beeinflussen. So habe sie inzwischen schon einige Kilo abgenommen, genau könne es die Mutter nicht sagen, da die Tochter ihr aktuelles Gewicht nicht verrate. Es gebe jetzt zunehmend Streit über das Essverhalten der Tochter. Streit habe es früher nie gegeben, Franziska sei immer sehr sozial und um das Wohl der anderen bemüht gewesen.

Auf Nachfrage berichtet Franziska, dass sie nur etwas abnehmen wolle, da ihre Freundinnen auch öfter eine Diät machen würden. Sie habe bemerkt, dass es bei ihr ganz gut funktioniere. Sie habe aber kein Problem mit dem Abnehmen und könne auch jederzeit wieder aufhören, wolle dies aber jetzt noch nicht, sondern noch ein bisschen weiter abnehmen, da sie sich körperlich so wohlfühle. Dass ihre Eltern sich beginnen Sorgen zu machen, könne sie nicht verstehen. Sie hätte keine Sorgen oder Probleme. Wenn, dann hätten ihre Eltern ein Problem damit, dass sie sich jetzt eben ein bisschen wohler in ihrem Körper fühlen wolle. Das Wiegen bei der anschließenden ärztlichen Untersuchung zeigte, dass die jugendliche Patientin sich inzwischen durch ihre Gewichtsabnahme unter der 3. Perzentile des altersbereinigten BMI befindet (Abb. 1). Obwohl die jugendliche Patientin inzwischen in den letzten Monaten etwa 5 kg an Körpergewicht abgenommen hat, ist ihr behandelnder Arzt für Kinder- und Jugendmedizin nicht weiter beunruhigt, da er in einem kurzen Gespräch mit der Patientin feststellen kann, dass diese sich mit ihrem Gewicht wohlfühlt, auch die Motive für ihr vegetarisches Essen und für ihre fettreduzierte Diät kann er durch die freundlichen und bestimmten Worte der jungen Patientin nachvollziehen. Er

beruhigt die Mutter dahingehend, dass es keinen Grund für große Sorgen gäbe, zumal Franziska immer schon schlank war. Die Patientin befinde sich in einer Phase ihrer Entwicklung, wo sie sich eben mit sich und ihrem Körper auseinandersetze. Außerdem gäbe es viele übergewichtige Kinder, man könne froh sein, dass Franziska sich bemühe, sich gesund zu ernähren.

So oder ähnlich können Erstgespräche mit einer an einer beginnenden Anorexia nervosa leidenden jugendlichen Patientin aufgrund unserer Erfahrungen in einer Klinik ablaufen, die sich seit über 30 Jahren auf die Behandlung von essgestörten Patientinnen spezialisiert hat. Obwohl deutliche Anzeichen einer Veränderung zur Einstellung zum Essen und eine bereits deutliche Gewichtsreduktion eingetreten ist, reagieren Eltern, die Betroffenen selbst und oft auch die behandelnden Ärzte mit hohem Respekt vor den Wünschen der jugendlichen Patientinnen, sodass der Beginn einer ernsthaften Essstörung oft nicht ausreichend schnell erkannt werden kann.

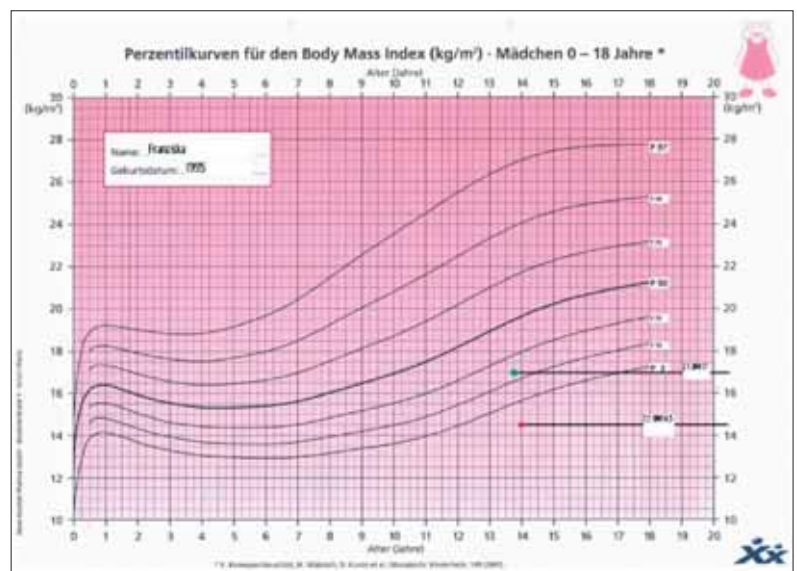
Definition und Klassifikation

Von einer Anorexia nervosa spricht man, wenn die Betroffenen ein Gewicht von 85 % oder weniger des zu er-



Dipl.-Psychologe
Gerd Kuznik

Abb. 1: Gewicht bei Untersuchung (Z 2) und drei Monate vorher (Z 1)



Körperliche Leitsymptome bei Anorexia nervosa

- ⇒ Extreme Gewichtsabnahme, absichtlich herbeigeführt (BMI < 17.5), bei Kindern und Jugendlichen < 10. BMI-Altersperzentile
- ⇒ Sekundäre oder primäre Amenorrhoe
- ⇒ Hyperaktivität
- ⇒ Bradykardie
- ⇒ Obstipation
- ⇒ Lanugobehaarung

Tab. 1

wartenden mittleren Gewichts der Altersgruppe aufweisen. Aufgrund der geringen Spezifität des im ICD 10 festgelegten BMI-Schwellenwertes von 17,5 für das Grenzkriterium zur Anorexie hat sich in den letzten Jahren die Anwendung der zehnten BMI-Altersperzentile zur Diagnostik einer Anorexia nervosa durchgesetzt. Somit wird der unterschiedlichen Entwicklung in den verschiedenen Altersstufen, besonders bei jüngeren Jugendlichen, sowie dem Unterschied zwischen beiden Geschlechtern besser Rechnung getragen als über die relativ starre BMI-Einstufung.

Tabelle 1 zeigt körperliche Leitsymptome der Anorexia nervosa nach ICD-10. Wichtig erscheint, dass der Gewichtsverlust durch die Patientinnen selbst verursacht wird, dass also zu Beginn der Anorexia nervosa immer von einer bewussten Entscheidung der Patienten gegen das Essen ausgegangen werden muss. Die im ICD 10 beschriebene Störung der Hypothalamus-Hypophysengonadenachse verursacht eine sekundäre oder primäre Amenorrhoe, die letztlich wahrscheinlich aus dem Absinken des Leptinspiegels im Blut unterhalb eines kritischen Schwellenwertes als Folge von restriktivem Essen und anschließender Gewichtsabnahme resultiert (Herpertz-Dahlmann und Hebebrand 2008; Herpertz-Dahlmann 2009).

Die in der Symptomatologie beschriebene Hyperaktivität der Patienten mit teilweise exzessivem Bewegungsdrang, zwanghaft wirkenden Sportaktivitäten und der zu beobachtenden inneren Getriebenheit und Unruhe, wurde lange Zeit den psychischen Symptomen der Anorexia nervosa zugeordnet. In den letzten Jahren ergab sich jedoch mehr und mehr der Verdacht, dass auch hier physiologische Prozesse der Hyperaktivität zugrunde liegen könnten. So scheint ebenfalls der Abfall des Leptinspie-

Psychische Leitsymptome bei Anorexia nervosa

- ⇒ Kein Leidensdruck
- ⇒ Verleugnung des Krankheitswertes der Kachexie
- ⇒ Panische Angst, zu dick zu sein oder zu werden
- ⇒ Fehlwahrnehmung von Körperreizen
- ⇒ Scheinbare Selbständigkeit
- ⇒ Soziale Isolierung
- ⇒ Massive Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls

Tab. 2

gels im Blut für eine zunehmende Hyperaktivität der Patientinnen zu sorgen. Systematische Untersuchungen zeigten einen Zusammenhang zwischen einem erniedrigten Leptinspiegel und der zu beobachtenden Hyperaktivität der Patientinnen (Holtkamp et al. 2006). Im Tierversuch konnte durch die subkutane Gabe von Leptin die Hyperaktivität von Ratten unmittelbar gestoppt werden, während die Versuchstiere der Kontrollgruppe bei stark erniedrigtem Leptinspiegel aufgrund des Starvationszustandes weiter Hyperaktivität zeigten, bis zur völligen Erschöpfung und letztlich zum Tod (Exner et al. 2000).

Die psychischen Symptome der Anorexia nervosa zeigt Tabelle 2.

In den Erstgesprächen mit erkrankten Patientinnen fällt besonders die Verleugnung des Krankheitswertes der Kachexie unmittelbar auf. Die Patientinnen halten sich für völlig normal, zum großen Teil nach wie vor dicker als normal gewichtige Mädchen in ihrer Umgebung. Die panische Angst, zu dick zu sein oder zuzunehmen, äußert sich bei den Patientinnen dahingehend, dass Nahrungsmittel, besonders solche, die Fett enthalten, phobisch vermieden werden. Auffällig erscheint weiterhin, dass die Patientinnen bei deutlich reduziertem Gewicht nicht mehr in der Lage sind, ihre Körperreize angemessen wahrzunehmen. Weder werden z.B. Hungergefühle adäquat wahrgenommen, noch ist es oft möglich, Wärme und Kälte entsprechend zu unterscheiden und sich angemessen zu kleiden.

Einen besonders wichtigen Aspekt stellt die bei den Patienten zunächst deutlich werdende und auch meist von den Eltern berichtete Selbständigkeit dar. So werden die Patientinnen von ihrer Familie als meist schon früh für sich selbst, aber auch für andere Familienmitglieder sorgende Kinder beschrieben, die meistens unkompliziert, ohne Trotzphase und ohne das Anmelden eigener Ansprüche aufwuchsen. Neben einer völlig unproblematischen bis herausragenden Schulentwicklung scheinen auch das soziale Engagement und der Einsatz für andere innerhalb der Familie hervorzuheben zu sein.

Diese oft von den Familienmitgliedern und den Betroffenen berichteten Eigenschaften stehen im krassen Gegensatz zu den durch spezifische differenzierte testpsychologische Untersuchungen oder in der Exploration erhobenen Symptome der massiven Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls der Patientin: Ist es ihnen gelungen erst einmal Vertrauen zum Therapeuten oder dem behandelnden Arzt zu finden, berichten die Patienten darüber, mit sich unzufrieden zu sein, schon immer das Gefühl gehabt zu haben hinter anderen zurückstehen zu müssen und den Eindruck zu haben, nur wenig Kontrolle über sich und ihr Verhalten und das Verhalten ihrer Familienmitglieder zu haben. Im Vergleich zu anderen Mitgliedern ihrer Peergroup fühlen sie sich oft unsicher, wenig selbsteffizient und nicht in der Lage, ihre eigenen Angelegenheiten und Beziehungen zu gestalten und befriedigend zu regeln.

Aufgrund der Verleugnung des Krankheitswertes der Kachexie, die oft auch bei den Familienangehörigen der

Hyperaktivität als Folge eines sinkenden Leptinspiegels

Gefahr von Rezidiven durch eine nicht ausreichende Behandlung von zugrundeliegenden Ängsten

Patientinnen zu beobachten ist, ergeben sich schwerwiegende Krankheitsverläufe mit einer starken Gewichtsabnahme bis zu einem BMI von 13 und niedriger, bevor endlich therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden können. Hierbei ist festzustellen, dass das Kriterium für eine notwendige stationäre medizinisch-psychotherapeutische Maßnahme bereits mit dem Unterschreiten der 3. Altersperzentile des BMI erreicht ist, da es den Patientinnen nicht mehr möglich ist, aus eigener Kraft aus dem Kreislauf von Angst vor dem Zunehmen und dem Gefühl von Selbstkontrolle und Selbsteffizienz herauszukommen.

Epidemiologie

Die Anorexia nervosa ist eine Krankheit, die hauptsächlich in den westlichen hoch industrialisierten Ländern sowie in Japan und inzwischen auch in China gehäuft auftritt. Offenbar spielen bei der Entwicklung dieser Essstörung gesellschaftliche Phänomene und der gerade für Mädchen und Frauen hohe gesellschaftliche Schlankheitsdruck eine große Rolle bei der Entstehung des Störungsbildes. Mädchen und Frauen scheinen in unserer Gesellschaft einem doppelten Leistungsdruck, bezogen auf Emanzipation, Individualität und Selbstverwirklichung bei gleichzeitiger Notwendigkeit der Aufrechterhaltung traditioneller Geschlechterrollen ausgesetzt zu sein (Gröne 1995).

Die Inzidenzrate der Anorexia nervosa ist seit den ersten Beobachtungen ab etwa den vierziger Jahren des vorigen Jahrhunderts kontinuierlich bis etwa zum Jahre 1980 gestiegen. Inzwischen wird davon ausgegangen, dass die Anzahl der Neuerkrankungen jährlich in etwa konstant bleibt. Stark zu steigen scheint dagegen die Anzahl der Patientinnen mit einer kindlichen Anorexie zwischen dem zehnten und dreizehnten Lebensjahr.

Der Häufigkeitsgipfel für den Beginn der Anorexia liegt bei etwa vierzehn Jahren. Jugendliche zwischen vierzehn und achtzehn Jahren bilden fast 40 % der Neuerkrankungen. Die durchschnittliche Punktprävalenz für Anorexia nervosa wird in der Literatur unterschiedlich zwischen 0,3 und etwa 1 % der adolescenten Schulmädchen angegeben. Die Lebenszeitprävalenz für dreißigjährige Frauen beträgt etwa 1,6 bis 2 %. (Herpertz-Dahlmann und Hebebrand 2008). In Gruppen mit einem hohen Schlankheitsdruck, wie z.B. Ballettschülerinnen, Models, usw. ist die Prävalenz der Anorexie deutlich höher. Bei adolescenten Mädchen stellt die Anorexia nervosa die dritthäufigste chronische Erkrankung dar (Nicholls und Viner 2005). Das Verhältnis von Jungen und Mädchen mit Anorexie wird in klinischen Studien seit Jahrzehnten konstant zwischen 1:10 bis 1:12 berichtet. Eine deutliche Zunahme der Erkrankungen bei Jungen konnte in den letzten Jahrzehnten nicht beobachtet werden.

Obwohl die Anorexia nervosa damit eine Erkrankung ist, deren Häufigkeit im Vergleich zu der Anzahl übergewichtiger Jungen und Mädchen eher gering erscheint, zeigt sich die Bedrohlichkeit der Erkrankung jedoch in der starken Tendenz zur Chronifizierung bzw. in der im-

mer noch relativ hohen Mortalitätsrate zwischen 9 % (6 bis 12 Jahre follow up) und 4 % (20 bis 40 Jahre follow up) (nach Legenbauer und Vocks, 2005). Andere Zahlen sprechen von einer Mortalitätsrate für Adoleszente und Erwachsene von 5,9 % und nur für Adoleszente von 1,8 % (Steinhausen 2002). Es besteht somit weiterhin ein hoher Handlungsbedarf zur Prävention und Therapie dieser Störung.

Zur Chronifizierung des Verlaufs der Anorexie trägt die hohe Komorbidität bei. So werden Angsterkrankungen bei zwischen 20 und 60 % der Fälle gefunden, hiervon sind soziale Phobien mit 20 bis 55 % und Trennungsängste mit 17 bis 66 % zu beobachten. Bedeutsam erscheint, dass gerade die Patienten von einem Rezidiv bedroht sind, die zwar ihr Gewicht über den Schwellenwert von BMI 17,5 oder der 10. Altersperzentile des BMI erhöhen können, bei denen aber die begleitenden Ängste nicht ausreichend behandelt wurden. Zusätzlich sind in 15 bis 60 % der Fälle affektive Störungen und in 20 bis 70 % der Fälle Zwangserkrankungen bei den Patientinnen zu beobachten (Herpertz-Dahlmann 2009).

Insgesamt bietet somit das Zustandsbild der Anorexie mit allen Begleiterscheinungen das Bild einer tiefen Störung der Gesamtentwicklung der Persönlichkeit heranwachsender, meist weiblicher Jugendlicher, die die Zusammenarbeit verschiedener Fachgebiete der Medizin und Psychologie zwingend erforderlich macht.

Ätiologie

Die Forschungsergebnisse der letzten Jahrzehnte zeigen die Anorexia nervosa als multifaktoriell bedingtes Störungsbild. Während das soziale Umfeld und die Gesellschaft offenbar aufgrund des besonders für Mädchen hohen Leistungs- und Entwicklungsdrucks grundlegende aber nicht hinreichende Bedingungen für das Entstehen der Störung bieten, scheinen besonders familiäre Kommunikationsprobleme und mangelnde Konfliktfähigkeit sowie individuelle Entwicklungsfaktoren wie mangelnde Coping-Strategien und in der Entwicklung nicht ausreichend ausgebildete Selbsteffizienz und Kontrollmöglichkeiten zur Entwicklung der Erkrankung beizutragen. Hinzu kommen neurobiologische, zum Teil genetisch bedingte Faktoren, die z.B. die schnelle Gewichtsreduktion bei eingeschränktem Essen verursachen und damit zur Ausbildung und Aufrechterhaltung der Krankheit beitragen. Besonders bedeutsam erscheint die Tatsache, dass zwischen auslösenden und aufrecht erhaltenden Faktoren der Erkrankung zu unterscheiden ist, da das restriktive Essen in den meisten Fällen in einen selbstverstärkenden Zirkel von Gewichtsabnahme, dem Gefühl von Selbstkontrolle, weiter bestehender Angst vor dem Zunehmen und damit erneuter Gewichtsreduktion führt.

Psychodynamik

Die hohe Norm- und Leistungsorientierung sowie der außerordentlich hohe Zusammenhalt der Familie mit einem hohen Stellenwert oft über mehrere Generationen hinweg, eine Tendenz zur Überbehütung sowie ein Har-

moniegebot bei gleichzeitiger Konfliktvermeidung scheinen besonders für die Entwicklung der Anorexia nervosa im Jugendalter bedeutsam (Reich und Cierpka 2001). Die Mädchen werden in ihrer Autonomieentwicklung durch diese oft starren Kommunikationsformen gehindert, zeigen oft bereits seit der frühen Kindheit sozial hoch angepasstes und erwünschtes Verhalten ohne Fähigkeiten zur Konfliktregulation. Oft fühlen sie sich nur im Rahmen ihrer Familie akzeptiert, wenn sie außerordentliche Leistungen, z.B. im sportlichen oder schulischen Bereich, vorweisen können, wenn sie sich altruistisch um andere Familienmitglieder oder entferntere Verwandte kümmern können oder wenn sie sich der allgemeinen Aufmerksamkeit und der Nähe ihrer Eltern sicher sein können. Das Durchsetzen eigener Bedürfnisse oder Streben nach Autonomie werden als nicht erwünscht oder gefährlich erlebt, eigene Impulse in diese Richtung werden ignoriert oder vermieden.

Insgesamt zeigen die Jugendlichen dann zu einem bestimmten Lebenszeitpunkt, speziell in der beginnenden Pubertät, eine gewisse Labilisierung gegenüber normalen Entwicklungsanforderungen ihrer Umwelt und können dann durch äußere Auslöser in ihrer weiteren Entwicklung so irritiert werden, dass sie einen Ausweg im restriktiven Essen suchen. Aufgrund der großen Bedeutung von Körperlichkeit, speziell beim heranwachsenden Mädchen und von Gesprächen in der Peergroup darüber sowie modellhaften Verhaltens in den Familien, liegt das Zurückgreifen auf eine Diät oder der Wunsch nach Gewichtsreduzierung als Mittel zur Selbstwertstärkung oft sehr nahe.

So scheint häufiges Diätverhalten in der Familie, das Diätieren der Mütter, aber auch das Durchführen eigener Diäten einen hohen Einfluss auf die Entwicklung von Essstörungen bei Mädchen zu haben. Untersuchungen zeigen, dass das Diätverhalten von weiblichen Jugendlichen im Alter von 15 Jahren einen signifikanten Prädiktor für die Entwicklung einer Essstörung 12 Monate später darstellt (Herpertz-Dahlmann 2009).

Aktuelle Auslöser für restriktives Essen innerhalb der Familie sind oft die Kritik am Essverhalten der Jugendlichen, Kritik an Figur oder Gewicht durch Familienangehörige oder Freunde; besonders sensibel reagieren die überwiegend weiblichen Betroffenen offenbar auf negative Bemerkungen durch die Väter. Weiter erscheint berufs- oder freizeitbedingter Schlankheitsdruck z.B. bei Models, Leistungssportlerinnen, Ballett-Tänzerinnen, usw. den Beginn einer Anorexie im Jugendalter zu begünstigen. Auch kritische Lebensereignisse wie Trennungserfahrungen oder Verlust, neue Leistungsanforderungen im Bereich der Schule, allgemeine Entwicklungsanforderungen, denen sich die Jugendliche nicht gewachsen sieht, oder aber auch körperliche Krankheiten können das Auftreten einer Essstörung begünstigen.

Hat sich die Betroffene erst einmal zur Gewichtsabnahme und zu restriktivem Essen entschlossen, zeigt sich schnell ein verhängnisvoller Kreislauf von restriktivem Essen, Gewichtsreduktion und Erhöhung des Selbstwertgefühls. In kurzer Zeit wird das gesamte Selbstwertgefühl

an Körperlichkeit und die Fähigkeit abzunehmen gebunden. Die Jugendliche verstärkt sich selber für ihre Fähigkeit, ihre Hungergefühle und andere Bedürfnisse unter Kontrolle zu halten und bekommt nicht selten zunächst auch Lob seitens ihrer Umwelt, innerhalb der Familie wie auch in der Peergroup. Manchmal erstmalig die eigene Fähigkeit zur Selbstkontrolle bewusst erlebend, wird dieser Kreislauf zum Lebensmittelpunkt der anorektischen Jugendlichen mit einem bis dahin oft nicht erlebten Glücks- und Zufriedenheitsgefühl. Die selbstverletzenden Aspekte und die mit dem Hungern verbundenen aggressiven Impulse gegen die Familie werden weiterhin verleugnet. Abbildung 2 zeigt die Externalisierung der inneren Befindlichkeit einer anorektischen Patientin in dieser Phase.

Aufgrund der durch das restriktive Essverhalten bedingten Gewichtsreduktion geraten die Patientinnen dann zunehmend in körperlich bedingte psychische Ausnahmezustände.

Mit immer geringer werdendem Gewicht zeigt der Körper Tendenzen, aufgrund eines sich verringenden Leptin-

spiegels, immer mehr Hyperaktivität zu entwickeln, was vor dem Hintergrund phylogenetischer Überlegungen letztlich als Überlebensmöglichkeit mit dem Ziel der Erhöhung der Wahrscheinlichkeit für das Auffinden von Essen zu interpretieren ist (Herpertz-Dahlmann 2009).

Zusätzlich beginnt ein Gedankenkreisen um das Essen, das von den Patientinnen als extrem unangenehm erlebt wird, da sie mit immer mehr Kraft gegen diese Gedanken angehen müssen, um ihren Wunsch nach Kontrolle und weiterem Abnehmen aufrecht erhalten zu können. Mit jedem Kilogramm Gewichtsverlust steigt somit der notwendige innere Aufwand, lebenserhaltende Bedürfnisse des Körpers unter Kontrolle zu halten, gleichzeitig steigt aber auch die innere Selbstverstärkung, bezogen auf die eigene Kraft, diesen inneren Bedürfnissen und Gefühlen Einhalt gebieten zu können. Mehr und mehr um sich selbst kreisend, werden zur besseren Eigenkontrolle Kontakte zu anderen Jugendlichen abgebaut; es findet eine starke Konzentration auf den Leistungsaspekt statt, der meistens dann innerhalb des familiären Systems auch noch sozial erwünscht ist und somit verstärkt wird.

Gleichzeitig entwickeln sich aber auch bedingt durch den Starvationsprozess zunehmend Stimmungsschwankungen, bis hin zu schweren depressiven Zuständen. Bei weiter fortschreitender Gewichtsreduktion lassen die Konzentrations- und Auffassungsfähigkeiten deutlich nach, können allerdings seitens der Patientinnen meist

Anorektisches Verhalten als Ausdruck unerfüllter Autonomiewünsche



Abb. 2

durch enorme Konzentration und Durchhaltefähigkeit ausgeglichen werden. Der zunehmende Starvationsprozess fördert weitere, zum Teil dramatische psychische und körperliche Beschwerden, wie Schlafstörungen, Beschwerden im Magen-Darm-Bereich, Haarausfall, Schwindelgefühle, Kopfschmerzen und erhebliche Kreislaufprobleme; Blutdruck, Herzfrequenz und die Körpertemperatur können sinken. Gleichzeitig vermindert sich der Grundumsatz und damit der Energieverbrauch, der sich teilweise um bis zu 40 % verringert.

Somit befindet sich die anorektische Jugendliche zu diesem Zeitpunkt in einem kaum noch zu durchbrechenden Kreislauf von Angst vor dem Zunehmen, Zufriedenheit und Stolz über ihr restriktives Essverhalten und der damit verbundenen Gewichtsreduktion bei gleichzeitiger Ausprägung massiver psychischer und körperlicher Beschwerden.

Hat sich die Symptomatik innerhalb eines problematischen Familiensystems mit oft langjährigen, aber nie offen thematisierten und gelösten Konflikten entwickelt, bekommt das restriktive Essverhalten und die damit verbundene Veränderung des Aufmerksamkeitsfokusses auf die erkrankte Patientin auch für das familiäre System eine hohe Bedeutung: Konflikte zwischen den Eheleuten können weiter vermieden werden, oft zeigen sich Koalitionen zwischen der Mutter und der erkrankten Tochter gegenüber dem Vater, bisweilen zeigen sich die Wünsche der Mütter nach Zuwendung und Wichtigkeit in einem übermäßigen Eingehen auf die Patientin und ihre Symptomatik. Da damit oft auch die anderen Familienmitglieder von unterschwelligem Konflikten kurzfristig entlastet

werden, kommt es somit zu einer ungünstigen Homöostase des Systems, die u.a. dazu führen kann, dass der Krankheitswert der Symptomatik nicht nur von der Patientin, sondern gemeinschaftlich auch von der Familie verleugnet und in seiner Bedeutung nicht erkannt oder negiert wird (Reich 2009).

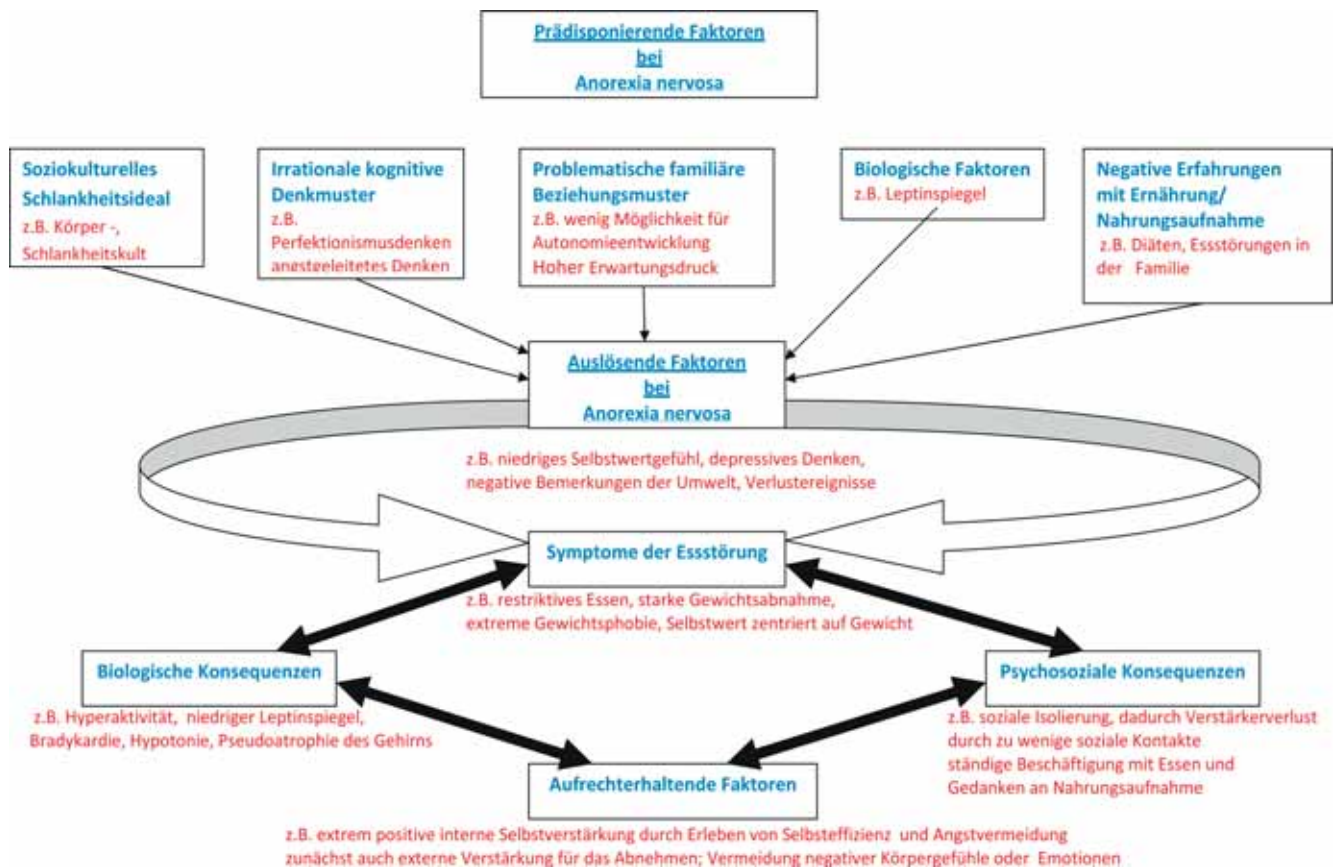
Abbildung 3 zeigt zusammenfassend den Zusammenhang zwischen auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren der Anorexie.

Psychotherapie

Spätestens zu diesem Zeitpunkt und bei Unterschreitung eines Gewichtes von einem BMI von 16 oder der dritten Altersperzentile des BMI muss davon ausgegangen werden, dass eine intensive psychotherapeutische Maßnahme unumgänglich ist. Die psychotherapeutische Maßnahme kann zunächst ambulant durchgeführt werden, es sei denn, es sind die in der Tabelle 3 aufgeführten medizinischen Kriterien für die Indikation einer stationären Behandlung vorhanden. Auch eine Bradykardie mit Pulswerten nicht selten unter 40/Minute im Zustand der akuten Anorexie kann die Einweisung zu einer stationären Behandlung mit zunächst intensivmedizinischen Maßnahmen notwendig machen.

Sind ein oder mehrere der aufgeführten Kriterien vorhanden, ist eine stationäre Behandlungsmaßnahme zur Abwendung von Gefahr für Leib und Leben unumgänglich. Dies führt bei den beteiligten Personen oft zu einer schweren psychischen Krise, wobei dann oft deutlich wird, dass weder die Patientinnen noch ihre Eltern sich voneinander trennen können. Zumeist wird aber nach

Abb. 3



Psychotherapie bei Anorexia nervosa

Grundsätzlich ambulante Therapie möglich, stationär, wenn

- Σ Kritisches Untergewicht < BMI 16 oder < 3 er – Perzentile des BMI
- Σ Labiler Kreislaufzustand
- Σ Massive Ablehnung angestrebter Gewichtszunahme
- Σ Panische Angst, zu dick zu sein oder zu werden
- Σ Starre innerfamiliäre Kommunikation
- Σ Rezidiv in vorhergehender ambulanter Behandlung

Tab. 3

erfolgreicher Psychoedukation das Setting einer stationären Therapie von allen gut toleriert.

Ziele der Psychotherapie, die multimodal durchzuführen ist, sind die folgenden:

1. Erhöhung des Gewichts auf ein Zielgewicht zumindest oberhalb der 10. Perzentile des altersspezifischen BMI.
2. Bearbeitung der die Anorexie begünstigenden familiären Probleme im Rahmen von intensiver familientherapeutischer Arbeit.
3. Hochfrequente einzeltherapeutische Interventionen zur Stärkung des Selbstwertgefühls, Verbesserung der Copingstrategien und Erlernen von durchsetzungsfähigem und selbsteffizientem Verhalten und Unterstützung bei altersgemäßen Autonomiebestrebungen auf Seiten der Patienten.

Intensive Bearbeitung der familiären Beziehungen innerhalb der multimodalen Psychotherapie der Anorexia nervosa dringend erforderlich

Eine solche multimodal strukturierte Therapie wird inzwischen in vielen auf die Behandlung von Essstörung spezialisierten Kliniken angeboten, wobei die zu erzielenden Heilungserfolge in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen haben (Herpertz-Dahlmann 2009), allerdings weiterhin unbefriedigend bleiben.

Die Abbildungen 4, 5 und 6 zeigen die Entwicklung der jungen Patientin im Rahmen einer stationären Behandlung:

Zeigte sich die junge Patientin in ihrer Selbstdarstellung in Abbildung 3 noch als glücklich-vermeidend, nicht krankheitseinsichtig und oberflächlich angepasst,

zeigt sie in Abbildung 4 mehr Gefühl für ihre Problematik, der Mund wird durch ein Pflaster am Aussprechen von eigenen Bedürfnissen gehindert, ihr bleiben die Hände gebunden. Im weiteren Verlauf über Abbildung 5 zu Abbildung 6 gelingt es der Jugendlichen, über den deutlichen Ausdruck ihrer Gefühle von Trauer ihre Energie wiederzuerlangen und in einen Gesundungsprozess einzutreten.

Präventive Aufgaben des Kinder- und Jugendmediziners

Aufgrund der geschilderten Umstände kommt der Erstbetreuung und der frühzeitigen Diagnose einer Anorexia nervosa große Bedeutung für den weiteren Verlauf zu. Die meist weiblichen Patienten und ihre Familien befinden sich zum Zeitpunkt des Erstgesprächs oft in einer für alle Seiten belastenden Situation, ohne dass die Ernsthaftigkeit einer beginnenden, möglicherweise chronisch verlaufenden Krankheit erkannt werden kann, wie das Fallbeispiel Franziska deutlich werden lässt. Die jugendlichen Patientinnen zeigen fast immer keine Krankheitseinsicht, sondern verteidigen ihr restriktives Essverhalten als Möglichkeit einer gesunden Lebensführung und der Möglichkeit eines besseren Selbstwertgefühls vehement. Sie werfen den Familienmitgliedern vor, sie seien völlig übertrieben in ihrer Wahrnehmung und sie selbst hätten ein Problem. Die Eltern befinden sich in dem schon beschriebenen Zwiespalt zwischen wahrgenommener Sorge um die Gesundheit und das Wohl ihrer Tochter bei gleichzeitig steigender Angst vor möglichen Auseinandersetzungen sowie möglichen Konsequenzen bei der Diagnose einer ernsthaften Essstörung. Aufgrund dieser oft kränkenden Entwicklung, erkennen zu müssen, dass in der Familie ein ernsthaftes Problem bestehen könnte, ist bei den Familien von anorektischen Mädchen oft eine starke Vermeidungstendenz zu beobachten, die auch durch den vorsorglichen Besuch des Kinderarztes nicht immer aufgehoben werden kann.

Da aufgrund der psychodynamischen Aspekte auch innerfamiliäre Konflikte zwischen Eltern und Tochter und auch zwischen den Eltern zu befürchten sind, geht die Familie oft den Weg über einen Außenstehenden, in diesem Fall den bekannten Kinderarzt, um eine objekti-



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6

Anzeichen einer beginnenden Anorexia nervosa

- ⇒ Hohes Interesse an Kalorien
- ⇒ Ablehnung von Fett
- ⇒ Weglassen von Hauptmahlzeiten
- ⇒ Ständiges Wiegen
- ⇒ Beschränkung auf sog. „gesunde“ Nahrungsmittel
- ⇒ Zunehmende Leistungsorientierung und sozialer Rückzug
- ⇒ Vermehrt altruistisches Verhalten gegenüber Familie wie Kochen für die Familie, aber nicht mitessen

Tab. 4

vierende Meinung bezüglich der Symptomatik der Tochter zu bekommen. Dies führt allerdings nicht immer zu einer schnellen Diagnose der Anorexie, sondern oft auch dazu, dass der behandelnde Arzt aufgrund der spezifischen konfliktvermeidenden Dynamik und der daraus resultierenden Kommunikation in das System von Vermeidung und Unterschätzung der Erkrankung eingebunden wird.

Dies hat jedoch oft fatale Folgen für den Verlauf einer Anorexia nervosa:

Es gibt nur wenige empirisch gesicherte Faktoren, die einen Einfluss auf einen positiven oder einen chronischen Verlauf von Anorexia nervosa im Jugendalter haben.

So zeigen weder verschiedene Therapieansätze aus tiefenpsychologischer noch solche aus verhaltenstherapeutischer Sicht für sich genommen langfristig befriedigende therapeutische Ergebnisse. Es zeigt sich vielmehr, dass keine der heute bekannten Therapieformen, sei sie auch noch so differenziert, die Aussicht auf eine erfolgreiche Behandlung mit einer Wahrscheinlichkeit von über 60–70 % bietet. Es zeigt sich vielmehr, dass lediglich drei Faktoren für den erfolgreichen Verlauf einer Behandlung der Anorexie eine prospektive Aussagekraft haben:

Je jünger die Betroffenen bei Beginn der Erkrankung sind, je geringer das Maß der Gewichtsabnahme und die Dauer des restriktiven Essens bis zur Aufnahme der Psychotherapie ausfallen, desto erfolgreicher erscheint der Therapieverlauf beim Einsatz multimodaler Therapieansätze (Legenbauer und Vocks 2005). Eine Ausnahme bilden hier lediglich die betroffenen Kinder unter 12 Jahren, für die generell eine ungünstigere Prognose zu bestehen scheint (Herpertz-Dahlmann und Hebebrand 2008).

Dies bedeutet, dass die Aussicht auf einen befriedigenden Verlauf und somit einen guten Behandlungserfolg und ein Vermeiden einer chronischen Entwicklung durch eine frühzeitige Erkennung der Anorexia nervosa und eine Konfrontation der Patienten und der Eltern mit dieser Erkrankung deutlich verbessert werden kann. Hier kann der Besuch beim Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin wie auch bei Kinder- und Jugendpsychiatern und die hier erfolgende Weichenstellung von großer Bedeutung für den weiteren Verlauf der Erkrankung sein.

Wichtig erscheint an dieser Stelle noch einmal zu betonen, dass Eltern und Kinder beim Besuch ihres Arztes zur Beratung, ob eine ernsthafte Erkrankung ihrer Tochter vorliegt oder nicht, keineswegs gern über die beginnende Anorexie und die damit verbundenen Folgen aufgeklärt werden wollen. Es steht vielmehr oft eine hohe Angst vor Trennung, vor Scham, bei der Patientin vor dem Verlust der neugewonnenen Autonomie im Vordergrund. Wird dies von Seiten des Kinder- und Jugendmediziners nicht ausreichend wahrgenommen, kann er, wie schon beschrieben, mit in den Kreislauf von Verleugnung und Verschlechterung des Zustandes hineingezogen werden.

Es empfiehlt sich daher in einem Gespräch mit Eltern und betroffenen Jugendlichen, außer den notwendigen körperlichen Untersuchungen, Zeit für eine differenzierte Exploration zur Verfügung zu stellen. Ziel dieser differenzierten Exploration ist, die in Tabelle 4 dargestellten Früherkennungszeichen für den Beginn einer anorektischen Krankheit zu explorieren und gegenüber den Betroffenen deutlich anzusprechen.

Bei genauerem Nachfragen wird oft deutlich, dass die jungen Patientinnen nicht nur ein wenig ihr Selbstwertgefühl durch Gewichtsabnahme verbessern wollen, sondern ein hohes Interesse an Kalorien und eine Ablehnung von Fett zeigen. Gleichzeitig werden oft im Familienverbund die Hauptmahlzeiten weggelassen. Auch das häufig von den Eltern berichtete ständige Wiegen sowie die Beschränkung auf sogenannte gesunde, d.h. oft vegetarische Nahrungsmittel machen die Ernsthaftigkeit der Situation deutlich.

Bei weiterer Exploration zeigt sich in den allermeisten Fällen, dass die betroffenen Jugendlichen in den letzten Monaten vor Besuch des Arztes eine zunehmende Leistungsorientierung in der Schule an den Tag gelegt haben; nicht selten verbessern sie ihre Schulleistung, gehen aber gleichzeitig in einen sozialen Rückzug, treffen sich nicht mehr so oft mit ihren gleichaltrigen Freundinnen, sondern konzentrieren sich fast ausschließlich auf sich selbst, ihr Abnehmen und ihre Leistungen in der Schule. Darüber hinaus beginnen die Patientinnen, sich vermehrt um das Bekochen der Familie zu bemühen, sicherzustellen, dass die Familienmitglieder sich ausreichend ernähren bei gleichzeitiger Fortsetzung des eigenen restriktiven Essverhaltens.

Zeigt sich darüber hinaus auf Nachfrage sogar eine starke Angst vor dem Zunehmen sowie die anderen in Tabelle 2 beschriebenen psychischen Symptome einer Anorexie, muss davon ausgegangen werden, dass die Erkrankung bereits fortgeschritten ist, auch wenn keiner der Beteiligten die Entwicklung bisher ausreichend ernst nehmen konnte.

Hier bedarf es dann eines einfühlsamen, aber konsequenten Auftretens seitens der behandelnden Fachleute, da die Familie mit der Bedrohlichkeit einer beginnenden Essstörung konfrontiert werden und ihr die Möglichkeit einer erfolgreichen Therapie, gerade zu Beginn einer anorektischen Entwicklung, deutlich gemacht werden muss.

Sozialer Rückzug bei gleichzeitig ansteigender Leistungsbereitschaft sowie Konzentration auf Umgang mit Essen als ernste Warnzeichen beginnender Krankheit

Wichtig erscheint besonders, dass eindeutig auf den Krankheitscharakter der vorliegenden Symptomatik hingewiesen werden muss und die betroffene Jugendliche mit ihrer Angst und ihren Vermeidungstendenzen konfrontiert und die Eltern psychoedukativ über Folgen der Erkrankung aufgeklärt werden sollten.

Abschließend ist eine Überweisung zu einem niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder einem Psychologischen Psychotherapeuten mit der Möglichkeit zur Behandlung auch von Kindern und Jugendlichen dringend erforderlich, da nur eine ausreichend hochfrequente und langfristige Psychotherapie, möglichst schnell nach Beginn der Symptomatik, Aussicht auf Erfolg verspricht. Grundsätzlich kann die Behandlung im ambulanten Bereich begonnen werden, ist jedoch ein BMI von unter 16 zu verzeichnen bzw. ein Gewicht unter der 3. Perzentile der altersbereinigten BMI-Kurve, muss davon ausgegangen werden, dass aufgrund physiologischer Gegebenheiten und der dann bereits oft eingetretenen hochgradigen selbstverstärkenden Effekte eine ambulante Therapie nicht mehr ausreicht. Im Zweifelsfall ist eine stationäre Versorgung in einer internistischen Abteilung, z.B. eines Fachkrankenhauses für Kinder- und Jugendmedizin, vorzunehmen, um beispielsweise den Ruhepuls nachts zu überwachen sowie ernsthafte körperliche Beeinträchtigungen internistisch ausschließen zu können.

Patienten wie auch Eltern reagieren zunächst oft erschrocken und verzweifelt über die Eröffnung der Diagnose, manchmal auch mit innerer und äußerer Abwehr und dem Versuch, dies weiter zu verleugnen. Hier bedarf es eines einfühlsamen, verständnisvollen Umgangs mit dieser Situation, ohne die vorgeschlagenen Maßnahmen zurückzunehmen, da die Reaktionen der Familie aufgrund der beschriebenen Psychodynamik und der bei der Patientin vorliegenden internen Selbstverstärkungsprozesse verständlich erscheinen.

Erfahrungsgemäß zeigen die jungen Patientinnen im Verlauf einer ambulanten psychotherapeutischen Betreuung, spätestens jedoch nach Einweisung in eine auf Essstörungen spezialisierte Abteilung eines Krankenhauses, Krankheitseinsicht und berichten dann oft darüber, jetzt erleichtert und froh darüber zu sein, endlich Hilfe zu bekommen und treffen eine bewusste Entscheidung zur Verhaltensänderung.

Gelingt es also seitens des Kinder- und Jugendmediziners rechtzeitig in den sich selbstverstärkenden Prozess von Angstvermeidung, Abnehmen und Selbstverstärkung einzugreifen, kann für die jungen Patientinnen ein oft jahrelanger Leidensweg verkürzt und die Aussicht auf eine erfolgreiche Behandlung verbessert werden.

Literatur beim Verfasser

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

Anschrift des Verfassers:

Dipl.-Psych. Gerd J. Kuznik

Psychologischer Psychotherapeut

Leitender Psychologe

Abteilung f. Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

und Psychosomatik am Kinderkrankenhaus auf der Bult

Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover

Kontakt: e-mail: kuznik@hka.de

Telefon: 0511 8115 5521 (Sekretariat Frau Auding)

Red.: Christen

Welche Diagnose wird gestellt?

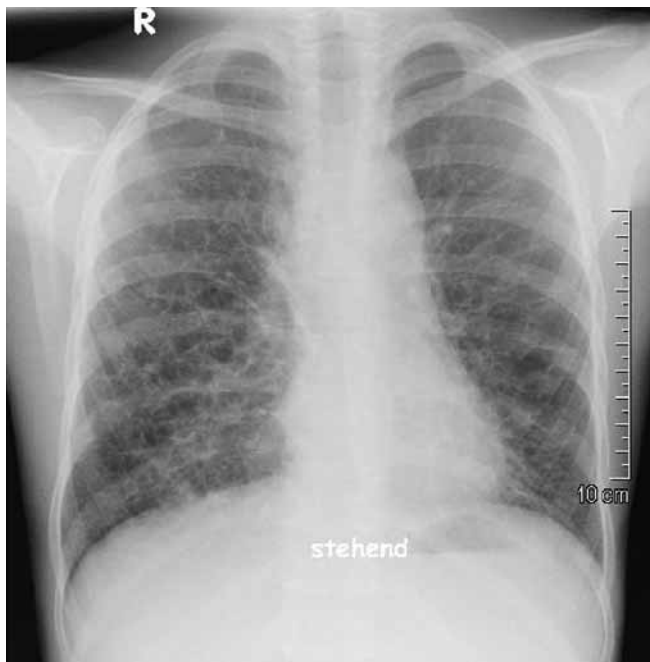
Christoph Kemen

Anamnese

8 Jahre alter, schon immer sehr schlanker Junge ohne bedeutende Vorerkrankungen außer einer im Alter von 2¹/₂ Jahren ambulant behandelten Pneumonie.

Seit fünf Wochen bestand trockenen Husten, dabei kein Fieber, kein Gewichtsverlust. Vor zwei Wochen Entwicklung von Belastungsdyspnoe, woraufhin erstmals ein Röntgen-Thorax-Bild angefertigt wurde. Eine antibiotische Therapie wurde verordnet.

Im Verlauf nahm die Belastungsdyspnoe zu und es traten thorakale Schmerzen auf.



Befunde

Sehr schlanker Junge (BMI 13,1 kg/m²) mit Belastungsdyspnoe, pulmonal seitengleiche Belüftung mit links basal geringem Giemen, keine Rasselgeräusche. Blasser Haut ohne weitere Effloreszenzen. Sonstiger Status o.p.B.

Rö-Schädel: o.p.B., Schweißtest: o.p.B., CRP 20 mg/l, restliches Labor unauffällig.

Zur Diagnosesicherung wurde ein HRCT durchgeführt.

Wie lautet Ihre Diagnose?

(Auflösung siehe Seite 673)

Nur Ihr Urteil bringt uns weiter!

Wir wollen mehr Informationsqualität für Sie.

Helfen Sie mit, damit Ihnen weiterhin eine gute Fachpresse und ein optimales Informationsangebot zur Verfügung stehen.

In diesen Monaten befragt die Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V. Sie und Ihre

Kollegen zum Leseverhalten und zu Ihren Präferenzen in der Fachpresse.

**KINDER-UND
JUGENDARZT**

+

LA-MED

Diagnose: Langerhans-Zell-Histiozytose (isolierter Lungenbefall)

Langerhans-Zell-Histiozytose (LCH)

Definition: Die LCH ist eine Erkrankung des dendritischen Zellsystems¹. Es handelt sich um eine reaktive Proliferation von dendritischen Zellen, die phänotypisch mit den Langerhanszellen der Haut übereinstimmen. Die Ätiologie ist ungeklärt. Trotz oftmals klonalen Ursprungs gibt es keinen eindeutigen Beweis für Malignität. Die jährliche Inzidenz liegt bei ca. 0,4 pro 100 000 Kindern unter 15 Jahren mit einem Altersgipfel in den ersten drei Lebensjahren. Es sind vermehrt Jungen betroffen (Verhältnis 1,3:1)².

Pathophysiologisch wird ein interzellulärer Kommunikationsdefekt mit Zytokinimbalance zwischen T-Zellen und Langerhanszellen angenommen.

Klinik: Man unterscheidet heute die monosystemische LCH mit Krankheitsmanifestation eines Organs oder Organsystems (Knochenbefall, Haut, Lymphknoten, Lunge, ZNS) mit unilokulärem Befall oder multilokulärem Befall von der multisystemischen LCH mit Befall von zwei oder mehrerer Organe und Systeme mit oder ohne Beteiligung von „Risikoorganen“ wie hämatopoetisches System, Leber, Lunge oder Milz³.

Klinisch wurden früher 3 Hauptentitäten unterschieden:

Das eosinophile Granulom als lokalisierte Verlaufsform der LCH ist mit ca. 70 % die häufigste Manifestation. Meist handelt es sich bei den Patienten um Kinder oder junge Erwachsene. Unifokale Tumore betreffen oft die Knochen.

Die akute und disseminierte Verlaufsform wurde als Abt-Letterer-Siwe-Erkrankung bezeichnet und betrifft i.d.R. Kinder unter zwei Jahren.

Das Hand-Schüller-Christian-Syndrom betrifft meist Kinder zwischen 2 und 5 Jahren, Jugendliche und Erwachsene mittleren Alters. Diese Form macht etwa 15–40 % der Langerhans-Zell-Histiozytosen aus.

Die klinische Präsentation ist variabel. Das Spektrum reicht von Symptomlosigkeit über diskrete lokalisierte Beschwerden bis zu generalisierten Symptomen wie Gewichtsverlust, Gedeihstörung, Unruhe und Fieber. Die häufigsten Lokalisationen sind mit zirka 80% die Knochen (34% Schädel), gefolgt von der Haut mit etwa 60%².

Ein isolierter Lungenbefall ist selten und betrifft überwiegend junge Männer, häufiger Raucher. Eine häufige Komplikation der pulmonalen Langerhans-Zell-Histiozytose sind Pneumothoraces. Wichtigste Differenzialdiagnose ist die zystische Fibrose.

Therapie und Prognose: Bei lokalisierter LCH ist die Prognose i.d.R. sehr gut⁴. Bei der multisystemischen LCH ist die Prognose vom Alter des Patienten, und vor allem von der Beteiligung von Risikoorganen und Therapieansprechen abhängig. Die Therapieoptionen reichen vom beobachtenden Abwarten, chirurgischer Sanierung bis zur systemische Chemotherapie².

Verlauf

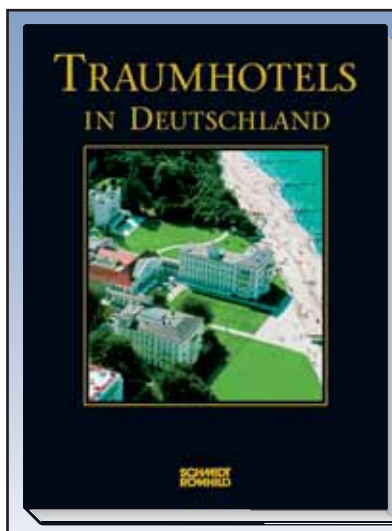
Die Diagnose konnte histologisch und immunhistochemisch durch eine Lungen-PE gesichert werden. In Fall dieses Patienten schritt der Krankheitsprozess trotz einer kombinierten Chemotherapie rasch fort, so dass bei rezidivierenden Pneumothoraces eine beidseitige Lungentransplantation (MH Hannover) durchgeführt werden musste. Diese hat der Patient gut überstanden und kann wieder zur Schule gehen. Die langfristige Prognose ist allerdings unklar.

Literatur:

- 1 Favara BE, Feller AC, Pauli M et al. Contemporary classification of histiocytic disorders. The WHO Committee On Histiocytic/Reticulum Cell Proliferations. Reclassification Working Group of the Histiocyte Society. *Med Pediatr Oncol* 1997;29:157-166
- 2 Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie, AWMF-Leitlinie Nr. 025/015 (1/08)
- 3 Favara BE, Feller AC, Pauli M et al. Contemporary classification of histiocytic disorders. The WHO Committee On Histiocytic/Reticulum Cell Proliferations. Reclassification Working Group of the Histiocyte Society. *Med Pediatr Oncol* 1997;29:157-166.
- 4 Titgemeyer C, Grois N, Minkov M et al. Pattern and course of single-system disease in Langerhans cell histiocytosis data from the DAL-HX 83- and 90-study. *Med Pediatr Oncol* 2001;37:108-114.

Dr. Christoph Kemen
Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Lilienronstraße 130
22149 Hamburg

Red.: Höger



Neuer Pracht-Bildband: Traumhotels in Deutschland

Deutschland ist das beliebteste Reiseland der Deutschen. Der neue Bildband „Traumhotels in Deutschland“ bietet einen Überblick über die breit gefächerte Hotellandschaft und hilft, die wirklich exklusiven, hervorragenden Häuser ausfindig zu machen.

Der reich illustrierte, luxuriös ausgestattete Bildband im Großformat mit Kunstledereinband und Goldprägung ist eine wahre Augenweide: Denn hier präsentiert sich das ganz Besondere und Schöne. Der Leser erfährt nicht nur von Häusern, die sich durch eine ungewöhnlich edle Ausstattung auszeichnen, sondern auch von Hotels, die hinsichtlich Komfort und Service eine ganz eigene kundenfreundliche Philosophie verfolgen.

Versierte Journalisten, koordiniert vom Redaktionsbüro Lück, München, wählten 100 Traumhotels in Deutschland aus, wobei sie genau die richtige Mischung getroffen haben: Hotels, die in idyllische Landschaften eingebettet sind, Wellness-Hotels mit speziellen Angeboten, stilvolle Schloss-Hotels, exquisite City-Hotels, Hotels mit Sterne-Küche, Hotels mit dem passenden Ambiente für besondere Anlässe. Hier findet man legendäre, geschichtsträchtige Hotels wie das Adlon in Berlin oder Häuser mit modern-elegantem Stil für Liebhaber ausgefallenen Designs wie The Westin Leipzig.

Die Hotels werden nach Region aufgeführt. Außerdem gibt es eine Übersichtskarte der Häuser und ein Register, in dem sie nach Namen, Ort und Charakter (Wellness, schöne Lage, Gourmet, Schlosshotel usw.) gelistet sind.

240 Kunstdruckseiten, Großformat 22,5 x 30 cm, durchgehend farbige Abbildungen, Kunstledereinband mit Goldprägung, ISBN 978-3-7950-7046-5 € 34,20

Erhältlich im örtlichen Buchhandel oder direkt beim Verlag.

SCHMIDT ROMHILD DEUTSCHLANDS ÄLTESTES VERLAGS- UND DRUCKHAUS SEIT 1879

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

Welche Behandlungsmöglichkeit gibt es bei Lingua geographica?

CONSILIUM
INFECTORIUM

Priv.-Doz. Dr. med.
Joachim Dissemond

Frage:

Ein dreijähriger Junge ist seit Januar in Deutschland und hat zuvor zwei Jahre in Chile gelebt. Nach der Rückkehr klagt er über leichtes Zungenbrennen, die Zunge war zu diesem Zeitpunkt leicht gerötet mit geringfügig geschwellenen Papillen, im vorderen Zungendrittel wirkte es wie „abradiert“. Ich behandelte zunächst lokal mit Miconazol-Mundgel, worauf das Brennen nachließ und der Lokalbefund sich besserte.

Nach drei Wochen traten erneut große fleckartige, oval gerötete Herde im vorderen und seitlichen Zungenbereich auf. Zusätzlich entwickelten sich zwei bis drei kleine Aphten in der Wangenschleimhaut. Ich behandelte nun mit Kristallviolettlösung und Miconazol-Mundgel im Wechsel, worauf es erneut zu einer Besserung kam. Der Patient ist nun beschwerdefrei bis auf ein leichtes Brennen bei stark gewürzten Speisen. Eine Blutabnahme ergab keinen Anhalt für Anämie und alle Entzündungswerte waren in der Norm. Ebenfalls waren IgG, IgA und IgM altersentsprechend. Anbei einige Bilder des aktuellen Zustandes.

Sollen hier weitere diagnostische Maßnahmen getroffen werden?

Sollten eventuell Wurmerkrankungen abgeklärt werden?

Antwort:

Aufgrund der geschilderten Symptomatik, die sich auch unter einer antimykotischen Behandlung therapie-refraktär gezeigt hat, kann man a. e. von dem Vorliegen einer Lingua geographica ausgehen.

Bei der Lingua geographica, synonym auch als Landkartenzunge bezeichnet, handelt es sich um eine harmlose, selbstlimitierende, chronisch-exfoliative Desquamation des Zungenepithels, die bei etwa 10 % der Bevölkerung auftreten kann. Zu einer Erstmanifestation kommt es häufig schon im Kindesalter oder bei jungen Erwachsenen beider Geschlechter.

Das klinische Bild der Lingua geographica beginnt mit einer scharf begrenzten, weißen oder gelblichen Papel an den Randpartien des Zungenrückens. Selten sind neben dem Zungenrücken auch andere Bereiche der Mundschleimhaut befallen. Durch die Desquamation der fili-

formen Zungenpapillen entstehen rote, belagfreie Areale an der Zungenoberfläche. Die Areale vergrößern sich durch peripheres Wachstum und verschwinden schließlich wieder, weshalb sie im Volksmund auch als „Wanderplaques“ bezeichnet werden. Die Größe und Anzahl der einzelnen Areale kann variieren. Der Durchmesser beträgt initial meist wenige Millimeter. Durch Konfluenz der Effloreszenzen entsteht jedoch das charakteristische, landkartenartige Muster. Im Zentrum dieser Areale sind die filiformen Papillen flacher, so dass die fungiformen Papillen meist als rötliche Punkte hervortreten. Auch die Höhe des Epithels ist im Zentrum reduziert, im Randgebiet vergrößert.

Eine Lingua geographica kann über viele Jahre und Jahrzehnte persistieren und ist meist asymptomatisch. Gelegentlich werden von den Patienten aber auch Glosodynien beschrieben. Die exakte Ätiologie dieser Zungenveränderung ist unbekannt. In der Literatur wurde aber u. a. eine Assoziation zu einer atopischen Diathese, Psoriasis pustulosa, Streptokokken- oder Candida-Infektion beschrieben. Auffallend häufig wird auch das gemeinsame Auftreten einer Lingua geographica und einer Lingua plicata gefunden, ohne dass ein kausaler Zusammenhang bekannt ist. Differentialdiagnostisch sollten bei den betreffenden Patienten neben einer Candidose beispielsweise auch ein Vitamin B12- oder Folsäure-Mangel, ein Lichen ruber oder eine Lues II ausgeschlossen werden.

Die kausale Therapie einer Lingua geographica ist nicht möglich. Eine symptomatische Therapie kann bei angegebenen Missempfindungen mittels Mundspülungen mit Kamillenextrakten, Salviathymol® oder Dexpanthenol versucht werden. Zudem kann ein Verzicht auf stark gewürzte Speisen und Zitrusfrüchte die Symptome lindern. Besonders wichtig ist es jedoch, die oft besorgten Patienten bzw. deren Eltern über die Harmlosigkeit einer Lingua geographica und die Möglichkeit der Spontanremission aufzuklären.

Priv.-Doz. Dr. med. Joachim Dissemond
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
Universitätsklinikum Essen
45122 Essen

Das „CONSILIUM INFECTORIUM“ 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. Herrn Dr. Andreas Rauschenbach, Von-Humboldt-Str. 1, 64646 Heppenheim, zu richten. Alle Anfragen werden von namhaften Experten beantwortet. Für die Auswahl von Fragen zur Publikation sind die Schriftleiter Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, und Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, redaktionell verantwortlich. Alle Fragen, auch die hier nicht veröffentlichten, werden umgehend per Post beantwortet. Die Anonymität des Fragers bleibt gegenüber dem zugezogenen Experten und bei einer Veröffentlichung gewahrt.



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Therapie der Psoriasis und Malignome

Treatments for Psoriasis and The Risk of Malignancy

Patel RV, Clark LN, Leibold M, Weinberg JM.
J Am Acad Dermatol.;60: 1001-1017, Juni 2009

Hintergrund: Mit einer Prävalenz von rund 2% ist die Psoriasis neben dem Atopischen Ekzem die häufigste chronisch-entzündliche Erkrankung der Haut. Etwa 16% der Psoriasis-Patienten sind unter 18 Jahre alt. Für die Behandlung stehen viele verschiedene Therapieoptionen zur Verfügung, die sich nach Schweregrad der Erkrankung, Psoriasis-Typ, Begleiterkrankungen (insb. Psoriasis-Arthropathie) und Lokalisation, aber auch nach dem Alter der Patienten richten (oder zumindest richten sollten). Für leichtere Fälle stehen topische, für schwerere Fälle systemische Behandlungsoptionen sowie verschiedene UV-Lichttherapien zur Verfügung. Zu den „traditionellen“ systemischen Behandlungsmethoden zählen Methotrexat (MTX) und Ciclosporin A (CSA), ferner Mycophenolat-Mofetil (MMF). Seit einigen Jahren steht eine Reihe von „Biological“-Therapien mit humanisierten monoklonalen Antikörpern (Alefacept, Efalizumab, Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Ustekinumab) zur Verfügung, die gezielt in die immunologisch vermittelten Entzündungsvorgänge eingreifen können. Ziel dieses Literaturreviews war es, das mit diesen systemischen und phototherapeutischen Verfahren assoziierte Malignomrisiko zu evaluieren.

Ergebnisse: Die PUVA (Psoralen-UVA)-Therapie ist im Gegensatz zur UVB-Therapie mit einem erhöhten Risiko für kutane Plattenepithelkarzinome PEK) und das Maligne Melanom (MM) assoziiert. Die Behandlung mit MTX, CSA und MMF geht mit einem leicht erhöhten Risiko für lymphoproliferative Erkrankungen einher; unter MTX wurden wiederholt EBV-assoziierte Lymphome beobachtet. Tumor-Nekrose-Faktor (TNF)- α -Antagonisten scheinen die natürlich Anti-Tumor-Immunantwort zu hemmen; die Behandlung scheint daher mit einem leicht erhöhten Krebsrisiko einherzugehen; dies bezieht sich auf Hauttumoren (ohne MM) sowie hämatologische Malignome. Das Malignomri-

siko durch Biologicals kann jedoch aufgrund mangelnder Langzeiterfahrungen noch nicht genau abgeschätzt werden.

Schlussfolgerung: Die systemische Behandlung der Psoriasis mit den genannten Substanzen geht mit einem erhöhten Malignomrisiko einher.

Kommentar:

Schwere Formen der Psoriasis können zu einer u. U. erheblichen Einschränkung der Lebensqualität führen, mit sozialer Stigmatisierung und körperlicher Immobilisierung. In diesen Fällen darf der Arzt aus Angst vor Nebenwirkungen nicht vor einer systemischen Behandlung zurückschrecken. Gerade im Kindesalter muss das Risiko aber im Hinblick auf mögliche Langzeitschäden minimiert werden. Aufgrund ihrer bekannten (ko-)karzinogenen Nebenwirkungen und der besonderen Empfindlichkeit der kindlichen Haut scheiden daher UV-Therapien für Kinder vor der Pubertät als Behandlungsoption aus. Für die Behandlung mit MTX, CSA und MMF liegen auch im Kindesalter große bzw. zufriedenstellend umfangreiche Erfahrungswerte für eine Risikoabschätzung vor. Dies ist bei den modernen Biologicals nicht der Fall, so dass diese auch weiterhin nicht als Mittel der ersten Wahl anzusehen sind.

(Peter Höger, Hamburg)

Inkompletter Kawasaki – Erhöhtes Risiko

Incomplete Kawasaki Disease in Patients Younger than 1 Year of Age: a Possible Inherent Risk Factor

Yeo Y, Kim T et al., *Eur J Pediatr* 168: 157-162, Mai 2009

Bei einer Kawasaki Erkrankung haben Säuglinge ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Koronaraneurysmen (KA). Die vorliegende Studie hatte das Ziel, diese Risikogruppe genauer zu analysieren. Dazu wurden die Akten von 136 an einem Kawasaki-syndrom erkrankten Säuglingen des Korea University Medical Centers untersucht; 16 davon hatten ein KA (11,8%). Diese Gruppe fiel durch eine längere Fieberdauer (Median 9,1 vs 6,3 Tage, $p = 0,011$), weniger diagnostische Symptome, höhere Leukozytenzahlen ($19,2$ vs $14,7 \times 1000/\mu\text{l}$) und eine höhere Plättchenzahl (462 vs $384 \times 1000/\mu\text{l}$) auf. Mittels Multivariatanalyse konnte gezeigt werden, dass lediglich die Anzahl der Symptome und die Fieberdauer mit der Entwicklung von KA signifikant assoziiert war. Dabei war interessant, dass die Anzahl der Symptome invers mit dem Auftreten von KA korreliert war, d.h. bei einem Symptom weniger stieg das Risiko um das 2-fache an. Es wurde darauf hingewiesen, dass Säuglinge mit unklarem Fieber auf inkomplette klinische Zeichen für ein KS untersucht werden müssen und gegebenenfalls eine frühzeitige Therapie eingeleitet werden sollte.

Kommentar:

Ein inkomplettes Kawasakisyndrom bedeutet, dass weniger als 6 (inklusive Fieber) der typischen klinischen Zeichen vorhanden sind. Es ist bekannt, dass Säuglinge häufig eine inkomplette Aus-

prägung haben und deshalb besonders schwer zu diagnostizieren sind. Die Charakterisierung eines Risikoprofils ist leider nur unkomplett gelungen, weil lediglich eine längere Fieberdauer und die Anzahl der Symptome mit KA assoziiert war. Dabei kommt diagnostisch erschwerend hinzu, dass eine geringere Anzahl an Symptomen zu einem höheren Risiko führte, möglicherweise aufgrund einer Therapieverzögerung. Für den klinischen Alltag bedeutsam ist somit eine erhöhte Wachsamkeit bei dieser Patientengruppe. Auch wenn es bei weitem am häufigsten die Infektionen sind, die für ein unklares Fieber verantwortlich sind, sollte angesichts der gravierenden Konsequenzen einer Kawasaki Erkrankung diese Diagnose bei jedem längeren Fieber berücksichtigt werden. Dabei ist es ratsam, in jedem Einzelfall die klinischen Kriterien zu überprüfen.

(Toni Hospach / Günther Dannecker, Stuttgart)

Inhalative Steroide bei Post-RSV-Obstruktion

A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of the Effect of High-Dose Inhaled Corticosteroids on Wheezing in Infants Following Respiratory Syncytial Virus (RSV) Infection

Ermers MJJ et al., BMJ 338: 996, April 2009

Eine RSV-Infektion im frühen Säuglingsalter ist häufig gefolgt von länger gehender bronchialer Hyperreaktivität sowie häufigen obstruktiven Episoden in den folgenden Lebensjahren. Ob eine antiinflammatorische Therapie nach der RSV-Infektion hierauf einen Einfluss hat, ist noch nicht eindeutig geklärt. Am Wilhelmina Children's Hospital in Utrecht wurden 243 Säuglinge, die vorher gesund waren und jetzt wegen einer RSV-bedingten unteren Atemwegsinfektion hospitalisiert worden waren, in einer randomisierten Studie entweder mit 200 µg Beclomometason (ultrafeines Hydrofluoroalkane-Aerosol) oder Placebo über die ersten 3 Monate nach Aufnahme in das Krankenhaus behandelt, die Behandlung erfolgte mit Aerosol und Spacer. Gemessen wurden die Tage mit obstruktiven Symptomen im folgenden Jahr nach der 3-monatigen Therapie, hierbei fand sich kein Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen, allerdings auch kein Hinweis auf eine Nebenwirkung durch die Beclomethason-Inhalationen.

Kommentar:

Beclomethason ist zwar nicht das modernste inhalative Steroid, aber das moderne feine Aerosol von Beclomethason sollte einen ähnlichen Effekt wie die neueren inhalativen Steroide haben, somit kann man diese Daten auch auf die anderen inhalativen Steroide erweitern. Diese Studie ist ein weiteres Indiz dafür, dass eine antiinflammatorische Therapie, in welcher Form auch immer, nach einer RSV-bedingten unteren Atemwegsinfektion weder den aktuellen Verlauf der RSV-Erkrankung, noch die danach folgenden obstruktiven Atemwegsepisoden positiv beeinflusst.

(Frank Riedel, Hamburg)

Pneumokokken-Besiedlung nach Impfung

Continued Impact of Pneumococcal Conjugate Vaccine on Carriage in Young Children

Huang SS, Hinrichsen VL, Stevenson AE et al. Pediatrics 124:e1-11, Juli 2009

Die Einführung der siebenvalenten Pneumokokken-Konjugat-Impfung (PCV7, wirksam gegen die Serotypen 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F und 23F) hat bei Kindern in den letzten Jahren zu einer deutlichen Reduktion von invasiven Pneumokokken-Erkrankungen (IPD) geführt. Durch Herdimmunität kommt es darüber hinaus zu einem leichten IPD-Rückgang bei Erwachsenen. Zunehmende Probleme können sich aus einem Anstieg von invasiven Pneumokokken-Erkrankungen durch Pneumokokken-Serotypen ergeben, die nicht in dem PCV7-Impfstoff enthalten (sog. Replacement) und darüber hinaus Penicillin-resistent sind.

In einer kürzlichen epidemiologischen Studie untersuchten Huang und Mitarbeiter die nasopharyngeale Besiedlung mit Pneumokokken (Pn)-Serotypen bei Kindern zwischen 3 Monaten und 7 Jahren (Arztpraxen in 16 Gemeinden von Massachusetts, USA). In den Untersuchungszeiträumen 2000–2001, 2003–2004 und 2006–2007 fand sich dabei eine kontinuierlich Zunahme der nicht-PCV7-Serotypen von 15% über 19% auf 29% ($P < 0.001$). Die nasopharyngeale Besiedlung mit den Impferotypen (PCV7) ging dagegen zuletzt bis auf 3% zurück. 2007 gehörten 19A (16%), 6A (12%), 15B/C (11%), 35B (9%) sowie 11A (8%) zu den häufigsten (bisher nicht impfpräventablen) Pn-Serotypen. Parallel hierzu nahm die Rate der Penicillin-resistenten Pn-Serotypen zu. Es ist zu erwarten dass auch die Rate der IBP durch nicht-PCV7-Serotypen in Zukunft weiter zunimmt. Der weitere Anstieg von Penicillin-Resistenzen dürfte auf den immer noch viel zu grosszügigen und unkritischen Einsatz von Antibiotika zurückzuführen sein.

Kommentar:

Die beiden „neuen“ 10- und 13-valenten Pneumokokken-Konjugat-Impfstoffe Synflorix® bzw. Prevenar13® (letzterer wahrscheinlich ab Herbst 09 im Handel) erweitern den Schutz um die Serotypen 1, 5 und 7F bzw. 1, 3, 5, 6A, 7F und 19A. Sie decken somit nicht alle oben genannten Serotypen ab. Eine begleitende genaue Beobachtung der sich wahrscheinlich weiter ändernden und regional unterschiedlichen Pneumokokken-Epidemiologie (Pn-Serotypenverteilung, Penicillin-Resistenz) ist weiterhin auch in Deutschland dringend erforderlich.

(Volker Schuster, Leipzig)



Ein Lachen schenken

KlinikClowns e.V.

Tel. 0 81 61/41 805 | www.klinikclowns.de

Spendenkonto 45900

Freisinger Bank eG, BLZ 701 696 14

Pertussis – die Erwachsenen nun auch im Fokus!

Nach einigen Jahren Erfahrungen mit Indikationsempfehlungen zur Pertussisimpfung für Erwachsene ist sie nun Realität: die *allgemeine* Impfung, von der STIKO seit Juli 2009 empfohlen (www.rki.de). Zur Erinnerung die Historie der Pertussis-Impfempfehlungen für Erwachsene:

- 2001: Indikationsimpfempfehlung für Personal in Pädiatrie und Infektionsmedizin sowie in Gemeinschaftseinrichtungen für das Vorschulalter und Kinderheimen
- 2003: Modifikation der Indikationsimpfempfehlung für Personal in *Einrichtungen* der Pädiatrie, *der Schwangerenbetreuung und der Geburtshilfe* sowie in Gemeinschaftseinrichtungen für das Vorschulalter und Kinderheimen
- 2004: erneute Modifikation der Indikationsimpfempfehlung, Erweiterung auf Frauen mit Kinderwunsch präkonzeptionell sowie bei anstehender Geburt für enge Haushaltskontaktpersonen (Eltern, Geschwister) und Betreuer (z.B. Tagesmütter, Babysitter, ggf. Großeltern), spätestens vier Wochen vor Geburt des Kindes
- 2009: für Personal in Gemeinschaftseinrichtungen wurde die Einschränkung „für das Vorschulalter“ aufgehoben sowie die Indikation einer Pertussis-Impfung allgemein auf „Personal im Gesundheitsdienst“ erweitert.

Zusätzlich gibt es nun auch die *allgemeine* Pertussis-Impfempfehlung für alle Erwachsene, die nicht schon in der jüngeren Vergangenheit dagegen geimpft wurden. Die STIKO hat sich aus verschiedenen Gründen zu diesem Schritt entschieden.

– Etwa 70 bis 80% aller in den neuen Bundesländern (mit Meldeverordnung) gemeldeten Pertussisfälle betreffen heute Erwachsene.

– Zudem sind Erwachsene eine bedeutsame Infektionsquelle für Pertussis bei Kindern, insbesondere bei jungen, unzurei-

chend geschützten Säuglingen.
– Wirksame, gute verträgliche Diphtherie/Tetanus/Pertussis Kombinationsimpfstoffe für Erwachsene sind verfügbar.

Hierbei ist zu beachten, dass Erwachsene, die keiner der o.g. Risikogruppen zugehören, die *einmalige* Pertussisimpfung als Tdap-Kombinationsimpfung anstelle der nächsten fälligen Td (Diphtherie/Tetanus)-Impfung erhalten sollen, so dass bei konsequenter Umsetzung der neuen Empfehlung im Laufe der nächsten 10 Jahre alle Erwachsenen gegen Pertussis geimpft werden.

Im Gegensatz dazu fallen Personen, die einer der o.g. Risikogruppen zugehören, weiterhin unter die *Indikationsempfehlung*. Der wichtige Unterschied hierbei ist, dass die Pertussisimpfung *bei nächster sich bietender Gelegenheit* (unabhängig davon, wann die letzte Diphtherie- und/oder Tetanusimpfung stattfand) und nicht erst bei der nächsten fälligen Td-Impfung verabreicht werden soll. Der frühere Hinweis der STIKO, eine Pertussis-Indikationsimpfung bei Erwachsenen möglichst nicht früher als 5 Jahre nach der letzten Dosis der anderen im Impfstoff enthaltenen Antigene (Tetanus/Diphtherie) zu impfen, hat zu erheblicher Verunsicherung und Zurückhaltung bei der Umsetzung der Indikationsimpfungen geführt und wurde gestrichen. Studien haben gezeigt, dass kurz (≥ 4 Wochen) aufeinander folgende Td-haltige Impfstoffe kein Verträglichkeitsproblem darstellen. In Frankreich erhielten 251 Erwachsene eine Td-IPV Impfung, 249 erhielten Placebo. Einen Monat später folgte dann eine Tdap-IPV-Impfung. Die Verträglichkeit der Pertussis-Impfung war in beiden Gruppen gleich gut (Beytout J et al. Hum Vaccin 2009 May 1;5). Eine Studie der Universität Mainz zeigte, dass die Verträglichkeit einer Tdap-Impfung bei medizinischem Personal gleichermaßen gut



Impfforum

war, unabhängig davon ob die letzte Td-Impfung 4 Wochen bis 4 Jahre, 5 bis 9 Jahre, oder 10 Jahre und länger zurücklag (Spielmann M et al. Nationale Impfkongress, Mainz, 5.-7.3.2009; Abstract PS 33).

Ob zu einem späteren Zeitpunkt Auffrischimpfungen erforderlich sein werden, müssen epidemiologische Studien zeigen. Bitte informieren Sie die Eltern und Großeltern Ihrer Patienten über diese neue Impfempfehlung!

Varizellenimpfung – 2 Dosen schützen besser als 1

Die STIKO hat sich jetzt geäußert, wie die gemäß Fachinformationen seit August 2008 geltenden allgemeinen 2-Dosen-Impfschemata mit monovalenten Varizellenimpfstoffen auch für Kinder unter 13 Jahren (bislang nur 1 Dosis) umgesetzt werden sollen: Regelmäßig soll die erste Dosis im Alter von 11–14 Monaten, die zweite im Alter von 15 bis 23 Monaten stattfinden. Ältere Kinder und Jugendliche mit bisher einer Varizellenimpfung erhalten jetzt eine zweite Dosis als Nachholimpfung (frühestens 4–6 Wochen nach der 1. Dosis). Die Impfungen können entweder mit einem monovalenten Varizellenimpfstoff oder mit einem Kombinationsimpfstoff (MMRV) durchgeführt werden. Auch wenn der „ideale“ Zeitpunkt für die 2. Dosis mangels klinischer Daten unbekannt ist, so ist doch die neue Empfehlung pragmatisch, da sie sich an den Impfzeitpunkt für die 2. MMR-Impfung anlehnt.

Postexpositionsprophylaxe bei invasiven Meningokokken-Infektionen

Neben der seit vielen Jahren bekannten Chemoprophylaxe mit Rifampicin (bzw. Ceftriaxon oder Ciprofloxacin) empfiehlt die STIKO nun *zusätzlich* für bisher ungeimpfte, enge Kontaktpersonen (= Haushaltskontakte oder enge Kontakte mit haushaltsähnlichem Charakter) eines Erkrankten mit einer *impfpräventablen* invasiven Meningokokken-Infektion so bald wie möglich nach dem Kontakt die postexpositionelle Meningokokken-Impfung, und zwar

- Bei Serogruppe C: Impfung mit einem Konjugat-Impfstoff ab dem Alter von 2 Monaten (Anzahl Dosen nach Empfehlungen des Herstellers)
- Bei Serogruppe W135 oder Y: Einzelimpfung mit einem quadrivalenten Polysaccharid-Impfstoff (A,C,W135,Y) ab dem Alter von 24 Monaten
- Bei Serogruppe A: Einzelimpfung mit einem bivalenten (A,C) oder quadrivalenten Polysaccharid-Impfstoff (A,C,W135,Y) ab dem Alter von 3 Monaten

Wir halten dies für sehr sinnvoll, weil das Risiko für eine invasive Meningokokken-Krankheit (IMK) von engen Kontaktpersonen im Zeitraum von 14 Tagen bis zu einem Jahr nach Kontakt trotz Chemoprophylaxe um etwa das 100-fache höher ist als die Inzidenz in der Allgemeinbevölkerung.

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

Gibt es in 10 Jahren noch genügend Kinder- und Jugendärzte?



Dipl. Kauffrau
Viola Rühle
Dr. med. Rudolf
von Butler

Für die Zukunft werden unter Beibehaltung der bisherigen Strukturen nicht genügend Kinder- und Jugendärzte in Baden-Württemberg weitergebildet. In den Kliniken und Unikliniken sind Weiterbildungskapazitäten bereits reduziert worden. Dieser Trend wird sich in den nächsten Jahren fortsetzen. Die Weiterbildungskapazitäten im niedergelassenen Bereich sind nur zu einem geringen Teil genutzt. Dieser Entwicklung kann entgegengewirkt werden durch die Schaffung von strukturellen Rahmenbedingungen zur Förderung der Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt im niedergelassenen Bereich analog der Förderung in der Allgemeinmedizin. Auf diesem Wege kann die Kinder- und Jugendmedizin ihren Beitrag zu einer hoch qualifizierten haus- und fachärztlichen Versorgung leisten.

Niedergelassener Bereich – Finanzielle Unterstützung gefordert

Viola Rühle hat als Beauftragte von PädNetzS eG (Stuttgart) im März dieses Jahres im Rahmen einer Fragebogenaktion alle 197 baden-württembergischen Praxen mit Weiterbildungsermächtigung angeschrieben. 112 Weiterbilder, also knapp 57 Prozent haben an der Befragung teilgenommen. Hiervon fordern 65 Prozent eine finanzielle Unterstützung, um ihre Weiterbildungsstellen besetzen zu können. Knapp ein Drittel präzisieren ihre pekuniären Vorstellungen wie folgt: die Unterstützung soll analog der Förderung in der Allgemeinmedizin aussehen, also 2.000 Euro monatlich für Vollzeitbeschäftigte. Aber auch organisatorische Unterstützung im Sinne von Einrichten einer Stellenbörse sowie Kooperationen mit Kliniken werden gefordert. Teilweise können aufgrund der räumlichen Situation Weiterbildungsstellen in Praxen nicht besetzt werden. Nicht zu vernachlässigen sind 13 Prozent der niedergelassenen Weiterbilder, die mit fehlender Nachfrage beziehungsweise mangelnder Qualifikation der Bewerber konfrontiert sind. Abbildung 1 zeigt die absolute und prozentuale Verteilung der Nen-

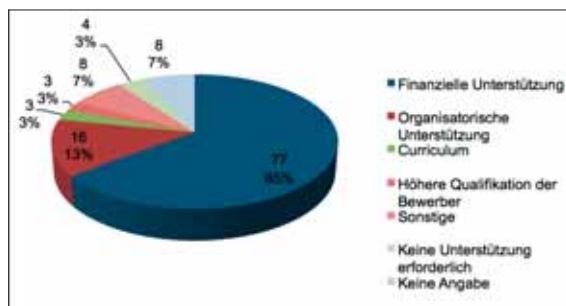


Abb. 1: Kriterien zu der Frage: „Welche Unterstützung ermöglicht den niedergelassenen Weiterbildern die Besetzung ihrer Weiterbildungsstelle?“

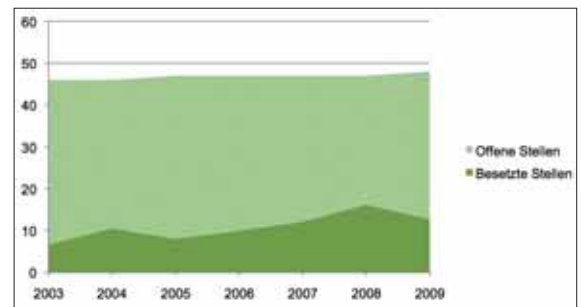


Abb. 2: Anzahl der gemeldeten Weiterbildungsstellen und deren Besetzung im niedergelassenen Bereich im Zeitraum 2003–2009

nungen. Schließlich ergibt sich das in Abbildung 2 dargestellte Verhältnis zwischen offenen und besetzten Stellen im niedergelassenen Bereich.

Klinischer Bereich – Fachassistentenstellen statt Weiterbildungsstellen

In die Befragung vom März 2009 wurden auch 37 Klinik- und 18 Uniklinik-Chefärzte miteinbezogen. Die Rücklaufquote der Kliniken liegt bei 75,7 Prozent, die der Uniklinken bei 50,0 Prozent.

In beiden Bereichen spielen finanzielle Gründe keine Rolle für die Besetzung der Weiterbildungsstellen. Die Abbildungen 3 und 4 zeigen die Besetzungsquote getrennt nach Kliniken und Uniklinik. Der Fokus richtet sich hier vielmehr auf die folgenden zwei Themen: erstens auf die teilweise mangelnde Qualifikation der Bewerber und zweitens auf den Effekt, dass zunehmend Weiterbildungsstellen zugunsten von Fachassistentenstellen reduziert werden.

Die Detailauswertung ergibt folgendes Bild: für die Jahre 2003–2009 haben zehn Kliniken und eine Uniklinik eine Stellenerhöhung gemeldet. Insgesamt sind das zirka 31 Stellen in Kliniken und ungefähr acht Stellen in Uni-

kliniken. Demgegenüber steht eine Weiterbildungsstellenreduktion zugunsten von Fachassistenten. In elf Kliniken und einer Uniklinik hat sie nachvollziehbar stattgefunden: zirka 46 Stellen wurden umgewandelt. Darüber hinaus besetzen vier Kliniken derzeit zirka fünf Weiterbildungsstellen mit Fachassistenten. Eine Uniklinik strebt an, zwischen 50 Prozent und 60 Prozent der Weiterbildungsstellen mit Fachassistenten zu besetzen, um diesen eine Zusatzweiterbildung in einem Schwerpunkt zu ermöglichen. Insgesamt sind also fast 60 Stellen von der Umwidmung in Fachassistentenstellen betroffen. Die Abbildungen 5 und 6 verdeutlichen diesen Trend.

Abschätzung der Weiterbildungskapazität in Baden-Württemberg

Aus den Rückmeldungen der Umfrage sowie umfangreichem Datenmaterial des Statistischen Landesamtes, der Bezirksärztekammern, der Landesärztekammer und Bundesärztekammer sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ergibt sich unter bestimmten Prämissen folgende Prognose:

Für den niedergelassenen Bereich kann angenommen werden, dass die Zahl der Weiterbilder mit der Zahl der Weiterbildungsstellen übereinstimmt. Für das Rechenbeispiel wird daher von 197 Stellen ausgegangen. Da die Besetzungsquote laut Umfrage bei zirka zehn Prozent liegt, gibt es derzeit ungefähr 20 besetzte Stellen. Bei einer Ausbildungsdauer von fünf Jahren resultieren daraus vier Kinder- und Jugendärzte pro Jahr. Erhöht sich die Ausbildungszeit um ein Jahr, reduziert sich die Anzahl auf rund drei Absolventen.

Für den Klinik- und Uniklinikbereich liegt die Gesamtzahl der Weiterbildungsstellen nicht vor. Daher muss diese mit Hilfe der Anerkennungen pro Jahr ermittelt werden. Es resultieren bei einer Ausbildungsdauer von fünf Jahren und laut Bundesärztekammer derzeit 86 Anerkennungen pro Jahr insgesamt 430 Stellen. Bringt man die 20 Stellen aus dem niedergelassenen Bereich in Abzug, bleiben 410 Stellen übrig, die in Kliniken und Unikliniken besetzt sind.

Strukturelle Veränderungen

Unter der Prämisse, dass sich der Trend, Weiterbildungsstellen in Fachassistentenstellen umzuwandeln, fortsetzt, muss langfristig mit einem Wegfall von zirka 60 Stellen in Kliniken und Unikliniken gerechnet werden. Also schließen bei fünfjähriger Weiterbildung pro Jahr zirka zwölf Ärzte ($60:5=12$) weniger ihre Weiterbildung ab. Die Zahl der Anerkennungen sinkt von 86 auf 74.

Wie verändert sich die Rechnung, wenn der Assistenzarzt sechs statt fünf Jahre bis zur Erlangung der Facharztreife benötigt?

Ausgangspunkt sind wieder die angenommen 430 Stellen: 72 Kinder- und Jugendärzte beenden ihre Weiterbildung. Berücksichtigt man auch hier die Umwidmung von Weiterbildungsstellen, beenden zirka zehn Ärzte ($60:6=10$) weniger ihre Weiterbildung. Die Anzahl der Anerkennungen sinkt auf 62 Ärzte pro Jahr.

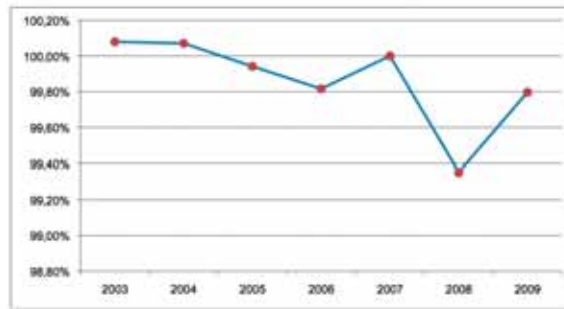


Abb. 3: Besetzungsquote Kliniken in den Jahren 2003–2009

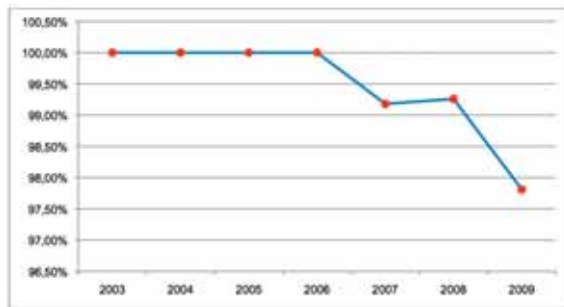


Abb. 4: Besetzungsquote Unikliniken in den Jahren 2003–2009

Zukünftiger Bedarf an Fachärzten

Konfrontiert man diese Zahlen mit dem jährlichen Nachwuchsbedarf, so ergibt sich zukünftig folgendes Bild:

Bei einer durchschnittlichen Lebensarbeitszeit von 23 Jahren (Angabe der KV Baden-Württemberg) und rund 1.590 Kinder- und Jugendärzten in freier Praxis, Kliniken und sonstigen Tätigkeitsbereichen (siehe Abbildung 7) resultiert ein Bedarf von 69 Ärzten pro Jahr. Beträgt die Dauer zur Facharztreife jedoch sechs statt fünf Jahre, zeigt sich eine Unterdeckung in Höhe von jährlich sieben Kinder- und Jugendärzten ($62-69=-7$). Langfristig werden also zu wenig Kinder- und Jugendärzte ausgebildet.

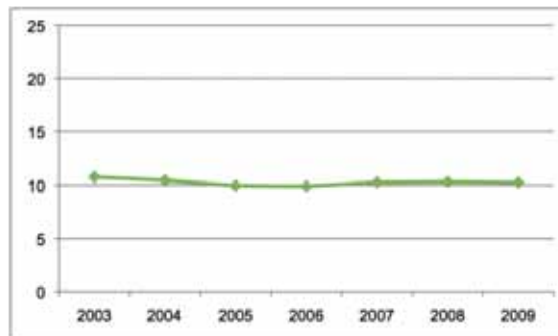


Abb. 5: Durchschnittliche Anzahl der Weiterbildungsstellen pro Klinik im Zeitraum 2003–2009

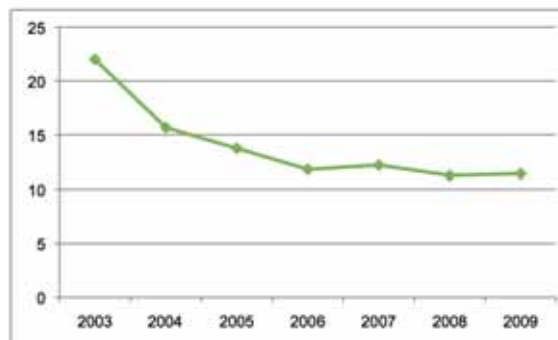


Abb. 6: Durchschnittliche Anzahl der Weiterbildungsstellen pro Uniklinik im Zeitraum 2003–2009

Abb. 7: Berufstätige Ärzte im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin nach Tätigkeitsarten

	Ambulant	darunter niedergelassen	Stationär	In Behörden und Körperschaften u.a.	In sonstigen Bereichen	Berufstätig gesamt
Kinder- und Jugendmedizin	886	826	598	38	68	1.590
Raum: Baden-Württemberg Quelle: Ärztestatistik der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung						
						Stand: 31. Dezember 2008

Modellrechnung – 172 besetzte Weiterbildungsstellen in Praxen erforderlich

Um der Stellenreduktion im stationären Bereich entgegenzuwirken, können die freien Weiterbildungskapazitäten im niedergelassenen Bereich weitgehend genutzt werden. Eine Modellrechnung zeigt den möglichen Beitrag der niedergelassenen Weiterbilder unter der Voraussetzung, dass die Assistenzärzte zwei Jahre ihrer Weiterbildung in Praxen und vier Jahre in Kliniken/ Unikliniken verbringen. Um weiterhin 86 Anerkennungen in Baden-Württemberg pro Jahr aussprechen zu können, müssen in den Kliniken 344 (von 350=410–60 Weiterbildungsstellen, die aufgrund der Umwidmung in Fachassistentenstellen zur Verfügung stehen werden) und in den Praxen 172 (von derzeit 197 und davon zirka 20 besetzten Stellen) Weiterbildungsstellen besetzt sein. Reduziert der stationäre Bereich allerdings Weiterbildungsstellen zugunsten von Fachassistentenstellen in größerem Umfang, sinkt die Zahl der jährlichen Absolventen und die 86 Anerkennungen können zur Aufrechterhaltung des jetzigen Versorgungszustandes nicht mehr erreicht werden.

Weiterbildung in der Praxis notwendig für den Erhalt der Kinder- und Jugendmedizin

Die Weiterbildung der kommenden Generation der Kinder- und Jugendärzte kann in Zukunft nur in einer engen Kooperation zwischen Kliniken und Praxen gesichert werden. Das vorgestellte Modell kann dazu einen Beitrag leisten. Es sichert langfristig trotz Stellenreduktion in den Kliniken/Unikliniken die derzeitigen ausgesprochenen Anerkennungen pro Jahr in Baden-Würt-

temberg. Gleichzeitig kommt es der Forderung nach, eine gut strukturierte Kooperation zwischen dem niedergelassenen und dem klinischen Bereich aufzubauen (Stellenbörsen, Weiterbildungsleitfaden...). Positiv zu bewerten ist auch, dass die Weiterbilder in diesem Modell motivierte und qualifizierte Bewerber vorfinden werden.

Ausblick

Der niedergelassene Bereich hat freie Kapazitäten und möchte mit der Besetzung dieser Stellen zur Sicherstellung der qualitativ hochwertigen haus- und fachärztlichen Versorgung der Kinder und Jugendlichen beitragen. Die Entwicklung und Umsetzung von Förderprogrammen und Ausbildungskonzepten analog zur Allgemeinmedizin sind für die Kinder- und Jugendmedizin dringend erforderlich. Die PädNetzS eG wird gemeinsam mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte diese Fragestellungen aufgreifen und engagiert weiterverfolgen.

Bildung ist das, was übrig bleibt, wenn der letzte Dollar weg ist. Mark Twain (1835–1910)

Viola Rühle
Dipl. Kauffrau, Projektbeauftragte PädNetzS
Neugütlestraße 12
70619 Stuttgart
Dr. med. Rudolf von Butler
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Neonatologie, Umweltmedizin
Vorstandsvorsitzender PädNetzS eG
Wäldenbronner Straße 42
73732 Esslingen

Red.: ge

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

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine
Vertretung

einen
Weiterbildungsassistenten

einen
Nachfolger

einen
Partner

oder suchen Sie als angehender oder ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

dann wenden Sie sich bitte an die

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.,
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Telefon (02 21) 6 89 09 10-23, Telefax 02 21 / 68 32 04
E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Wichtige Korrektur

In der auf Seite 607 im Septemberheft des Kinder- und Jugendarzt abgebildeten IGeL-Liste sind uns bei der Berechnung der Faktoren leider kleine Rechenfehler unterlaufen.

Wir bitten, das Versehen zu entschuldigen.

Dr. Roland Fressle für den Honorarausschuss

„Labor-Check“: Untersuchung von BSG, kleinem BB, Leber- und Nierenwerten sowie ggf. weiteren Laborparametern	1 - 250 - 3501 - 3550 - 3592.H1-3595.H1- 3585.H1-3511	23,89 €	Steigerung der Laborleistungen max. 1,15 fach: 19,44 € Steigerung der persönlichen Leistungen max. 1,5 fach: 10,56 €	30,00 €
Eignungsuntersuchungen (z.B. für Auslandsaufenthalte, Flugtauglichkeit, Tauchsport)	1 - 8 - 80 - 95 - 651 - 605	69,66 €	Steig. d. app. Leistungen: 1,8-fach: 51,95 € 95: 1-fach: 3,50 € Steig. der pers. Leistungen 1,29-fach: 44,55 €	100,00 €
Ärztliche gutachterliche Stellungnahme mit Untersuchung < 4 Jahre	1 - 5 - K1 - 80 - 95	37,30 €	Pers. Leist.: 1,47-fach: 39,51 € K1/95: 1-fach: 10,49 €	50,00 €
Ärztliche gutachterliche Stellungnahme mit Untersuchung > 4. Geburtstag	1 - 7 - 80 - 95	34,98 €	Pers. Leist.: 1,32-fach: 41,50 € 95: 1-fach: 3,50 €	45,00 €
Adoptionsgutachten < 4 Jahre	1 - 8 - K1 - 80 - 95 - 3550	51,29 €	Pers. Leist.: 1,62 - fach: 60,49 € K1/95: 1-fach: 3,50 € 3550: 1,15-fach: 14,51 €	75,00 €
Adoptionsgutachten > 4 Jahre	1 - 8 - 80 - 95 - 3550	44,30 €	Pers. Leist.: 1,67-fach: 62,48 € 95: 1-fach, 3550: 1,15-fach: 7,52 €	70,00 €
Untersuchung zur Überprüfung des intellektuellen und psychosozialen Leistungsniveaus (Schullaufbahnberatung)	4 - A 807 - 856 - 80 - 95	78,16 €	Pers. Leistung: 1,84-fach: 98,63 € 856: 1,8-fach: 37,87 € 95: 1-fach: 3,50 €	140,00 €
Abklärungsdiagnostik im Rahmen der Beweissicherung nach Drittschädigung < 4 Jahre	1 - 8 - K1 - 80 - 95	47,79 €	Steigerung der pers. Leist.: 1,73: 64,51 € K1 u. 95: 1-fach: 10,49 €	75,00 €
Abklärungsdiagnostik im Rahmen der Beweissicherung nach Drittschädigung > 4. Geburtstag	1 - 8 - 80 - 95	40,80 €	Steigerung d. pers. Leist.: 1,78-fach: 66,50 € 95:1-fach: 3,50 €	70,00 €

Bei differenzierter Rechnungslegung muss für jede Leistung ein individueller Steigerungssatz angegeben werden und es dürfen die ärztlichen Leistungen bis max. auf das 2,3-fache, die Leistungen K1 u. 95 max. das 1,0-fache, die Laborleistungen bis max. auf das 1,15-fache, sowie Testleistungen bis max. auf das 1,8-fache gesteigert werden!

Red.: ge

● Recht aktuell

Kind mit Diabetes hat Anspruch auf Hilfe in der Kita

Ein Kind mit Diabetes kann Anspruch auf eine persönliche Assistenz im Kindergarten haben. Mit einem schriftlich veröffentlichten Beschluss verpflichtete das OVG Bremen die Hansestadt, die entsprechenden Kosten für ein vierjähriges Mädchen im Wege der Eingliederungshilfe zu übernehmen.

Die von der überörtlichen Sozialhilfe gezahlte Eingliederungshilfe

soll Behinderten die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen. Dass der bei dem Mädchen diagnostizierte Diabetes mellitus Typ 1 eine Krankheit sei, „schließt die Annahme einer Behinderung nicht aus“, heißt es in dem Beschluss des 3. OLG-Senats für Sozialgerichtssachen.

Die Vierjährige müsse ständig beobachtet, ihre Nahrungsaufnahme

überwacht und die Blutzuckerwerte regelmäßig gemessen werden. Der Hinweis auf die allgemeine Aufsichtspflicht der Erzieherinnen gehe angesichts dieser hohen Anforderungen fehl, und auch die Leistungen der Krankenkasse zur häuslichen Krankenpflege reichten nicht aus.

Beschluss des Oberverwaltungsgerichts Bremen, Az: OVG S3 B 10/09

Red: ReH

Haftung von Ärzten und Apothekern für Arzneimittelschäden

Von Michael Mayer, Bonn – Referiert aus „arztrecht“^{*)} Heft 4/2009

Der in Radio- und Fernsehwerbung sowie im Beipackzettel gegebene Hinweis: „Über Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker“ zeigt die herausragende Rolle, die Ärzte und Apotheker bei der Vermeidung arzneimittelbedingter Gesundheitsschäden spielen. Die Gewährleistung eines Höchstmaßes an Arzneimittelsicherheit stellt nichtsdestotrotz eine Gemeinschaftsaufgabe dar, deren Wahrnehmung letztendlich allen am Arzneimittelverkehr Beteiligten obliegt.

Der weit überwiegende Teil der Heilbehandlungen erfolgt ambulant. Damit entsteht für Ärzte und Apotheker im Sinne einer hohen Arzneimittelsicherheit für diese Berufsgruppen eine besondere Verantwortung, da durch ihr Handeln dem Patienten das jeweilige Medikament erst zugänglich gemacht wird. Dazu kommt der Einsatz immer wirksamerer, dafür aber umso intensiver in den Organismus eindringender Arzneimittel.

Anknüpfungspunkte für die Haftung des Arztes bei Arzneimittelschäden bestehen in Behandlungsfehlern, wobei **Indikationsfehler und Therapiefehler** unterschieden werden.

Von einem Indikationsfehler ist dann die Rede, wenn ein nicht zur Therapie der Erkrankung geeignetes Arzneimittel durch den Arzt verschrieben oder angewendet wird. Grundvoraussetzung für die weitgehende Vermeidung von Indikationsfehlern ist eine gewissenhafte Diagnose, basierend auf einer umfassenden Anamnese, Untersuchung und Auswertung der festgestellten Befundlage.

Weitere, unabdingbare Voraussetzung einer sachgerechten Indikationsstellung ist eine genaue Kenntnis des Arztes sowohl von der angedachten als auch den alternativ zur Wahl stehenden Therapien. Die entsprechende Sachkunde hat er sich durch die Fachinformation und Ärztebriefe der Arzneimittelproduzenten, aber auch durch intensives Eigenstudium der einschlägigen Fachliteratur und permanente Beobachtung der Entwicklung und Neuerungen auf medizinischem und pharmazeutischem Gebiet zu verschaffen.

Bei der Therapiewahl hat sich der Arzt grundsätzlich am fachärztlichen Standard zu orientieren.

Daraus folgt jedoch keine Beschränkung auf die Methoden der so genannten Schulmedizin.

Zu Recht haben Judikatur und Schrifttum vor dem Hintergrund, dass die Außenseitermedizin von heute die Schulmedizin von morgen darstellen kann, seit jeher den Grundsatz ärztlicher Methodenfreiheit als notwendiges Korrelat des medizinischen Fortschritts anerkannt und dem Arzt bei der Therapiewahl und -durchführung einen gewissen Beurteilungsspielraum eingeräumt.

Ist die Therapiewahl das Ergebnis eines Zusammenwirkens mehrerer Ärzte, kann der die Therapie fortführende Kollege sich auf einen so genannten Vertrauensgrundsatz beziehen. Dieser setzt jedoch voraus, dass die zur Therapieentscheidung führenden Befunddaten zeitnah erhoben wurden, keine offenkundige Fehldiagnose vorliegt und keine Bedenken gegen die Untersuchungsmethoden oder die Qualifikation des Untersuchenden bestehen.

Ein Therapiefehler liegt vor, wenn das zur Diagnose oder Behandlung einer Erkrankung prinzipiell geeignete Arzneimittel falsch eingesetzt wird. Klassisches Beispiel ist die fehlerhafte Dosierung eines Präparates.

Bei stationärer Behandlung oder bei Impfungen liegt die Therapiedurchführung maßgeblich in den Händen des Arztes bzw. seines Hilfspersonals, dabei trifft den Arzt die volle Verantwortung für eine fehlerhafte Anwendung des Arzneimittels.

Bei ambulanter Behandlung ist die ärztliche Verantwortung durch die Eigenverantwortlichkeit des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten begrenzt. Diese Eigenverantwortung scheidet dann aus, wenn der Einzelne die ihm abstrakt zugeschriebene Fähigkeit zu vernünftigem und verantwortungsbewusstem Handeln aufgrund besonderer Umstände im konkreten Fall vermissen lässt.

Durch eine pflichtgemäße Aufklärung vor Beginn der Therapie ist der Arzt nicht per se von jeglicher Therapieverantwortung frei, obliegt dem Arzt doch auch die Begleitung und Betreuung des Patienten während der Therapiedurchführung.

Ähnlich wie der Arzt hat auch der das Arzneimittel an den Patienten abgebende Apotheker eine Aufklärungs- und Abgabeverantwortung.

Bei verschreibungspflichtigen und vom Arzt verordneten Medikamenten kann sich der Apotheker auf die vom Arzt erfolgte Aufklärung des Patienten über Anwendungsweise, Dosierung und Wirkung des Präparates verlassen.

Eine erneute Beratung ist nur bei konkreten Anhaltspunkten auf eine ungenügende Aufklärung durch den Arzt oder Hinweisen, dass der Patient die vom Arzt erhaltenen Informationen nicht richtig verstanden hat, notwendig.

Hingegen geht mit der arztähnlichen Rolle des Apothekers im Rahmen der unrezeptierten Selbstmedikation eine gesteigerte, der ärztlichen Aufklärungspflicht entsprechende Instruktionsverantwortung des Apothekers einher.

Prof. Dr. med. H.-J. Nentwich
Friedrich-Staude-Str. 2, 08060 Zwickau

* Mit freundlicher Genehmigung des Verlags für arztrecht

Über die Schwierigkeiten, einen Vertrag zur pädiatriezentrierten Versorgung zu verhandeln

Seit etlichen Jahren verhandeln der BVKJ und seine Landesverbände mit gesetzlichen Krankenkassen über neue Verträge nach § 73 b SGB V (hausarztzentrierte Versorgung), teilweise auch nach § 140a (Integrierte Versorgung). Jetzt ist es in Bayern gelungen, erstmalig einen pädiatriezentrierten Versorgungsvertrag (PzV) mit einer großen Krankenkasse, der AOK Bayern abzuschließen.

Bis 1993 hatte der Krankenschein über den Versicherungsnachweis hinaus eine Steuerfunktion, denn bei den meisten Krankenkassen gab es ihn nur einmal im Quartal. Der Versicherte musste seinen Hausarzt aufsuchen, um zum Facharzt überwiesen zu werden. Mit der Einführung der Chipkarte fiel diese Schranke weg. Jeder Patient konnte jetzt beliebig viele Haus- und Fachärzte in Anspruch nehmen. Das Wissenschaftliche Institut der AOK hat 1999 in einer Studie das als „Doktor-Hopping“ bezeichnete Phänomen noch als nicht relevant bezeichnet.

Doktor-Hopping als Kostentreiber

Es verging allerdings nur wenig Zeit, bis auch die Politiker das Doktor-Hopping als problematisches Verhalten von Versicherten eingestehen mussten, wobei erst einmal die Vertragsärzte für die überflüssigen und teuren Doppeluntersuchungen verantwortlich gemacht wurden. Dass alle Mehrfachuntersuchungen in erster Linie von ihnen selbst finanziert wurden, war nicht einmal den betroffenen Vertragsärzten bewusst, denn das System der „Kopfpauschalfinanzierung“ ging nur zu Lasten der Gesamtvergütung im ambulanten Bereich, die Krankenkassen blieben verschont.

Durch den Abschluss von Hausarztverträgen nach dem neu eingeführten § 73b SGB V versprachen sich Gesundheitspolitiker und – häufig deutlich skeptischer – Krankenkassenvertreter erhebliche Kosteneinsparungen. Der Hausarzt sollte dem Patienten als erster Ansprechpartner mit seinen allgemeinärztlichen Möglichkeiten zur Seite stehen und als Lotse die gesamte ambulante, fachärztliche und stationäre Behandlung steuern und nur bei Bedarf an die entsprechenden Fachärzte überweisen. Medizinisch nicht notwendige und teure

Mehrfachuntersuchungen sollten dadurch vermieden werden.

Zuletzt wurde im Sommer 2008 auf massiven Druck des bayerischen Hausärzterverbandes eine weitere Änderung des § 73 b beschlossen. Die gesetzlichen Krankenkassen mussten bis zum 30. Juni 2009 Verträge mit Gemeinschaften schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten.

Für die Existenzsicherung der Kinder- und Jugendärzte war es gelungen, eine spezielle Anmerkung einzufügen: Bei einem Vertrag zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen können Verträge auch mit anderen Gemeinschaften z.B. dem BVKJ abgeschlossen und über die KVen abgewickelt werden.

Der bayerische Verhandlungsmarathon

In Bayern begann ab September 2008 ein aufregender und kräfteaubender Pro-

zess für die Funktionsträger des BVKJ. Die KV Bayern verhandelte mit der AOK Bayern einen Hausarztvertrag. Erstmals wurde der BVKJ mit dem Landesvorsitzenden Heinz Reiniger und seinem Team als gleichberechtigter Verhandlungspartner von KV und AOK respektiert. Ein für die Kinder- und Jugendärzte positiver Abschluss erschien möglich. Kurz vor Weihnachten wurden die Bemühungen aller KV-loyalen Funktionsträger von hausärztlichen Verbänden bzw. Netzen jäh beendet, da sich die AOK Bayern und der bayerische Hausärzterverband (BHÄV) kurzfristig und exklusiv auf einen umfassenden Hausarztselektivvertrag einigten, der alle Versicherten von „0-99“ umfassen sollte.

Damit war für die Kinder- und Jugendärzte die schlimmste aller Befürchtungen eingetreten. Wir hätten zwar ähnlich wie beim HzV Vertrag in Baden-Württemberg als Einzelpersonen beitreten können, der Vertrag hätte aber keine pädiatrischen Inhalte aufgewiesen und war daher für den



Dr. Helmut Platzer (li.) und Dr. Wolfram Hartmann bei der Vertragsunterzeichnung

BVKJ so nicht hinnehmbar. Rasch wuchs der Widerstandswille vieler pädiatrischer Kolleginnen und Kollegen. Der Landesverband erhielt Unterstützung von Eltern, die unmissverständlich für eine Versorgung ihrer Kinder durch ihren Kinder- und Jugendarzt eintraten. Politiker, AOK-Mitarbeiter, Journalisten und andere Meinungsträger wurden kontaktiert und informiert. Unsere Öffentlichkeitsarbeit wäre mit großer Sicherheit gescheitert, wenn wir nicht professionell durch das Team von „Kinderärzte-im-Netz“ unterstützt worden wären. Zahlreiche Presseartikel, sowie Rundfunk- und Fernsehbeiträge halfen uns, die Öffentlichkeit zu mobilisieren. Die Verantwortlichen der AOK Bayern benötigten immerhin einen Monat, bis sie die Vorteile eines eigenen Hausarztvertrages für Kinder und Jugendliche erkannten und zu Verhandlungen einluden. Der Vorstandsvorsitzende der AOK Bayern, Dr. Helmut Platzer, ließ in einem ersten sehr offen geführten Gespräch keinen Zweifel, dass die AOK Bayern ernsthaft an einem pädiatrie-

zentrierten Versorgungsvertrag interessiert sei. Die Verhandlungen kamen anfangs sehr langsam voran, erst Ende März konnte der Vertrag zwischen BVKJ und AOK Bayern durch unseren Landesvorsitzenden und durch den Vorstandsvorsitzenden der AOK Bayern paraphiert werden.

Die vorläufige Festlegung auf ein deutlich erhöhtes Honorarniveau musste nach Abklingen der Euphorie der ersten Tage durch zahlreiche weitere Verhandlungen gesichert werden. Das Verhandlungsteam musste immer wieder erleben, dass die AOK unter erheblichem Druck durch die parallel ablaufenden Verhandlungen mit dem BHÄV stand. Oft stockten die Verhandlungen, auch ein Scheitern war nicht ausgeschlossen. Die Einzelheiten eines pädiatrieorientierten Versorgungsvertrages zu definieren und abzusichern war ein Kinderspiel im Vergleich zu den qualvollen Formulierungszwängen durch die Rechtsabteilung der AOK. Hinzu kamen Pflichten, wie die obligate Teilnahme am DMP. Dies bedeutet für über 200 Kollegen, sich neu in das DMP Asthma einzuschreiben und ein Spirometer zu kaufen.

Bereinigung der Gesamtvergütung: ein fast unlösbares Problem

Gleichzeitig liefen die Verhandlungen mit der KV Bayern an, die als Dienstleister für die Abwicklung des Vertrages vorgesehen war. Sehr rasch erwies sich die „Bereinigung“ als nahezu unlösbare Aufgabe. Bereinigung bedeutet, dass die Krankenkassen bei einem selektiven Versorgungsvertrag nach § 73 b Anspruch auf die dem EBM entsprechenden Leistungen im Versorgungsvertrag haben, die dann von der Gesamtvergütung abzuziehen sind. Hier müssen sich KV und Krankenkassen auf ein praktikables Vorgehen einigen. Regelleistungsvolumina zu bereinigen, erscheint uns nach den gemachten Erfahrungen nahezu unmöglich. Hier hat der Gesetzgeber durch fehlende Vorgaben ein fast unlösbares Problem geschaffen.

Es ist dem konstruktiven Einsatz der AOK und der hohen Kompetenz der Vertragsabteilung der KVB zu verdanken, dass hier ein komplizierter Kompromiss gefunden wurde. Bis zur rechtlichen Klärung soll eine Übergangsregelung wirken. Die Vertragsärzte rechnen ihre Leistungen wie bisher im EBM ab und erhalten das dafür errechnete Honorar. Zusätzlich rechnen sie

auch die Leistungen in der pädiatrieorientierten Versorgung ab, wobei diese nur als „Zuschlag“ bezahlt werden (Add On Vergütung). Hier wird elegant das Problem der Bereinigung umgangen, allerdings zu Lasten einer einfachen Abrechnungssystematik.

Nach der endgültigen Vertragsunterzeichnung wird weiter verhandelt

Erst am 26. Juni 2009 konnte der Verhandlungsmarathon beendet werden, der über fünf Monate durchzuhalten war. Zwei erschöpfte, aber glückliche Verhandlungsteams waren Zeugen der offiziellen Vertragsunterzeichnung durch den Vorstandsvorsitzenden der AOK Dr. Helmut Platzer und durch unseren Präsidenten Dr. Wolfram Hartmann. Wenige Tage später trat der Vertrag in Kraft und wird seither ziemlich geräuschlos angewendet.

Noch sind nicht alle Probleme gelöst. Wir sind aber sicher, noch offene und strittige Fragen bis Mitte September klären zu können. In jeweils 150 Stunden haben wir für die bayerischen Kollegen einen Vertrag verhandelt, der wichtige pädiatrische Inhalte vorgibt. So kommt die Einführung der neuen Vorsorgeuntersuchungen (U10, U11, J2) und weiterer typischer pädiatrischer Betreuungsleistungen den unterprivilegierten Kindern und Jugendlichen zugute.

Von der spürbaren Verbesserung des ärztlichen Honorars werden die Kollegen profitieren, die in den Problemzonen unseres Freistaates arbeiten, wo Arbeitslosigkeit, Armut und Bildungsdefizite vorherrschen und Privatpatienten nahezu unbekannt sind. Das Honorarvolumen wird auf eine Obergrenze von 80 Euro pro eingeschriebenen Versicherten begrenzt. Wir alle müssen begreifen, dass die Hamstermentalität (was kann ich noch alles abrechnen...) der Vergangenheit angehört. Abgerechnet werden kann nur noch das Notwendige, nicht mehr das Mögliche. Hier haben wir eine ganz neue Verantwortung für uns und für den Kostenträger übernommen, denn bei fortgesetzter Überschreitung ist der Vertrag durch die AOK kündbar.

Regelversorgung durch KJÄ

Im Vertrag bekennt sich die AOK zur Regelversorgung von Kindern und Jugendlichen durch die KJÄ. Allgemeinärzte, die in der HzV tätig sind, können bis zu

Hier ein Beispiel für die überschäumende Begeisterung nach der Bekanntmachung des Vertrages

Es ist einfach nicht zu fassen!!!!

Heute Nachmittag um 15.00h traf die erlösende Nachricht aus München bei uns ein!

Jetzt um ca. 22.00h habe ich mit feuchten Augen den gesamten Vertrag durchstudiert! Wir können dem Verhandlungsteam der Kinderärzte nicht genug danken – wir verneigen uns! Was hier geleistet wurde ist ein Quantensprung in der Entwicklung der ambulanten Pädiatrie in der Praxis.

Noch nie in meinen 25 Berufsjahren war ich so stolz ein Kinderarzt im BVKJ zu sein. Noch nie habe ich mich so euphorisch auf eine Reise nach München gefreut. Ich danke an dieser Stelle auch dem Kollegen Uwe Göring, der mich vor vielen Jahren für den BVKJ rekrutiert hat!

Jetzt kommt es auf jeden Einzelnen an zu beweisen, dass wir diesen Vertrag mit Leben erfüllen können und eine entsprechende hochqualifizierte Pädiatrie anbieten! Yes we can!!!!

Hoffentlich merken nun auch die letzten KuK, die bisher nur passiv aus der Ecke heraus beobachteten, dass sie mal ihren Allerwertesten bewegen müssen, durchstarten und sich aktiv beteiligen müssen!

zweimal im Quartal als Vertretungsärzte ein Kind versorgen, das in der pädiatriezentrierten Versorgung eingeschrieben ist. Das erforderliche Honorar fließt dabei aus der PzV. Hier wird eine Hand zur Versöhnung gegenüber dem HÄV ausgestreckt. Nachdem nun viele Streitpunkte zwischen BVKJ und BHÄV unwichtig geworden sind, erscheint mittelfristig ein friedliches und kollegiales Miteinander zwischen Allgemeinärzten und KJÄ wieder möglich.

Zurzeit sind 787 von 917 niedergelassenen KJÄ dem Vertrag beigetreten und haben innerhalb von fünf Wochen mehr als 60.000 Kinder und Jugendliche eingeschrieben. Zur Einschreibung gehört obligat die Teilnahme am DMP Asthma, die aktive Teilnahme an PädInform, sowie die Installation einer praxiseigenen Homepage bei Kinderärzte-im-Netz. Die Abrechnung kann nur noch elektronisch bzw. „Online“ erfolgen.

Sind also alle Gewinner? Ein wenig Skepsis und hausinterne Kritik stehen uns

gewiss gut an. Der Übergang vom Kollektivvertrag zum Selektivvertrag darf durchaus auch kritisch gesehen werden. Finanziell gewinnt die KVB, denn mit einem Unkostensatz von vermutlich 2,3 Prozent verbessert sie sich gegenüber der bisherigen Situation. Dennoch sie hat an Macht und Einfluss bei den Pädiatern verloren, die ein Stück Eigenständigkeit dazugewonnen haben. Im Gegenzug verpflichten sich die KJÄ als Vertragspartner eine vereinbarte Honorarlinie nicht zu überschreiten und für Ordnung im eigenen Haus zu sorgen.

Wenn die Vertragspartner ihre Ziele erreichen, nämlich eine verbesserte Koordination der medizinischen Versorgung und die Vermeidung von Doppeluntersuchung bzw. von unnötigen Verordnungen, kann sich langfristig daraus eine strategische Partnerschaft entwickeln, auch mit der KV Bayern. Wir wünschen uns alle neben der wirtschaftlichen Absicherung unserer Praxen eine Verbesserung unserer Arbeitsbedingungen und Befreiung vom Joch unsin-

niger bürokratischer Zumutungen. Das kann nur erfolgen, wenn wir uns alle dem Teamgedanken und dem kollegialen Austausch verpflichten. Es gibt noch sehr viel zu tun, und dazu sind alle KJÄ aufgerufen.

Das bayerische Verhandlungsteam:

Martin Lang, Heinz Reiniger, Klaus Lüft, Brigitte Dietz, Tom Fendel, Hermann Gloning, Norbert Knieß, Thomas Kuchenbauer, Otto Laub, Georg Leipold, Harald Tegtmeyer, Roland Ulmer, Nikolaus Weissenrieder, Hermann Wittrock, Stefan Zeller und das Team von Kinderärzte-im-Netz.de

Dr. Bernd Simon für das Team des PzV

Am Eschbichl 7

81929 München

Tel.: 089 / 9572470

E-Mail: drsimon@kinderärzte-im-netz.de

Red.: ge

Inhaltsangabe Heft 10/09

Pflegepraxis

Kindesmisshandlung, Teil III

Mensch und Tier

Tiergestützte Therapie in der Klinik

Mensch und Tier

Tiergestützte Therapie mit einem Hund

Klinische Fortbildung

Verzögerte Sprachentwicklung bei der U7

Klinische Fortbildung

Angeborene Herzfehler

Ernährung

Zusatzstoffe in Nahrungsmitteln

Aus Wissenschaft und Forschung

Antimikrobielle Venenkatheter



Fern: Psychologie, Gesundheitspolitik, Stillen, Autorenrichtlinien, Ernährung, Berufsverband, Reflexionen zum Pflegealltag, Weiterbildung, Pflegepraxis, Hochschulnachrichten, Bücherhinweise, Terminkalender und Stellenmarkt

„**kinderkrankenschwester**“ ist das Organ des Fachausschusses Kinderkrankenpflege der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. und kann zum Jahresabonnementpreis von € 29,50 oder zum Einzelpreis von € 2,95 (inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten Inland € 4,10) beim

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

VORSCHAU

Für das November-Heft 2009 sind u.a. vorgesehen:

Klinische Fortbildung – Neonatologie
Der Säure-Basen-Haushalt und die Blutgasanalyse beim Früh- und Termingeborenen

Aus Wissenschaft und Forschung
Frischfrucht aus der Saftbar:
Vitaminskick mit hygienischem Risiko

Pflegepraxis
Mutterbrust oder Schnuller?
Original oder Ersatz?

Ernährung
Nanotechnologie für Lebensmittel:
Segen oder Fluch?

Sachverständigengutachten 2009: ADHS – Kein Blick für die Pädiatrie

2007 gab das Gesundheitsministerium an ein Sachverständigengremium den Auftrag ein Gutachten über die Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Dieses wurde Mitte 2009 fertiggestellt und am 15.9.2009 der Öffentlichkeit vorgestellt. Auch der Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist ein Teil des über 900 Seiten umfassenden Gutachtens gewidmet. (Nachzulesen unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm>). Da wir inhaltlich nicht mit diesem Kapitel übereinstimmen – und eine deutliche Tendenz erkennen, dem Kinder- und Jugendarzt die Kompetenz in der Versorgung der Kinder- und Jugendlichen mit ADHS abzusprechen, halten wir eine Gegenveröffentlichung für erforderlich.

Vorstand AG ADHS der Kinder und Jugendärzte, Vorstand der AG der niedergelassenen Neuropädiater

Die Autoren stellen auf 40 Seiten ihre Sicht der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in Deutschland dar. Keiner der Autoren verfügt über praktische medizinische Kenntnisse in der Kinder- und Jugendmedizin. Sie hielten es dennoch nicht für erforderlich, für ihr Gutachten kinder- und jugendärztliche Fachleute für ADHS zu konsultieren.

Die Vertreter und Mitglieder der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte stimmen mit den Gutachtern überein, dass ADHS oft mit gravierenden gesundheitlichen und sozialen Folgen für den gesamten Lebensverlauf des betroffenen Kindes, für seine Eltern und auch seine Geschwister einhergeht; da die Symptomatik oft bis in das Erwachsenenalter persistiert. Daher fordern auch wir eine frühzeitige und wirksame Therapie nach sorgfältiger Diagnostik. Wir freuen uns zu lesen, dass die Bedürfnisse der Betroffenen endlich ernst genommen werden, nachdem die Kinder- und Jugendärzte über 40 Jahre um die Akzeptanz dieses Störungsbildes und seiner Folgen für die Betroffenen kämpfen mussten.

Welche Therapie ist sinnvoll?

Nicht nachvollziehbar ist jedoch die Behauptung der Autoren, dass bei den niedergelassenen Ärzten an erster Stelle der Behandlung die medikamentöse Therapie steht. Im Rahmen des multimodalen Therapiekonzeptes entsprechend der Leitlinie der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte „ADHS bei Kindern und Jugendlichen“, die von den Autoren zu zitieren vergessen wurde, beginnt die Therapie der ADHS mit psychoedukativen und verhaltenstherapeutisch orientierten Maßnahmen. Erst wenn „keine befriedigende Verbesserung erkennbar und eine deutliche Beeinträchtigung ... besteht, ist die medikamentöse Therapie indiziert“. Dieses Vorgehen spiegelt sich in den Auswertungen der KIGGS-Survey von Schlack et al. 2007 wieder, der feststellte, dass zwischen der Diagnosestellung und dem medikamentösen Therapiebeginn in der Regel 3–6 Monate liegen.

Unverständlich ist die Erwartung der Autoren, dass vor einer medikamentösen Therapie immer Ergotherapie, Verhaltenstherapie und Familientherapie durchgeführt werden sollen, obwohl

sie in ihrem Bericht zugeben, dass für diese Therapieformen bisher kein wissenschaftlich belegter Wirkungsnachweis geführt werden konnte.

Die zitierte MTA-Studie zeigte in den 14 Monaten, in der sie kontrolliert durchgeführt wurde, eine signifikante Überlegenheit der sorgfältig betreuten medikamentösen Therapie gegenüber der sehr aufwendigen Verhaltenstherapie. Aus der kontrollierten Studie wurde nach 14 Monaten eine naturalistische Studie, in der nach 3 und jetzt 8 Jahren kein Unterschied mehr zwischen den Behandlungsgruppen festgestellt wurde. Daraus den Schluss zu ziehen, dass die medikamentöse Therapie der Verhaltenstherapie unterlegen sei, ist nicht zulässig, da es wissenschaftlich nicht erlaubt ist, aus einer später naturalistischen Studie Aussagen über die Wirksamkeiten einer kontrollierten Therapien zu machen (Jensen PS et al. 2007). Die Langzeitwirkung der Stimulantientherapie ist unbestritten. In einer gerade veröffentlichten 10-Jahres-Verlaufsstudie konnten die Autoren nachweisen, dass eine Stimulantientherapie das Risiko des Auftretens von internalisierenden und externalisierenden psychischen Störungen signifikant verringert und die Schulkarriere positiv beeinflusst (Biederman J et al. 2009.) Studien über die Langzeitwirkung einer Verhaltens- oder einer Familientherapie liegen hingegen nicht vor.

Die in der Leitlinie der AG ADHS empfohlene „wohnnah, kontinuierliche, auch kurzfristig zugängliche Betreuung von Patient und Familie“ als Verhaltens- oder Familientherapie steht – wie auch von den Autoren beklagt – vielen Familien nicht zur Verfügung. Es bestehen oft Wartezeiten von mehr als einem Jahr. **Wir sehen es als ethisch nicht vertretbar an, wenn einem Kind eine in weltweiten Studien seit vielen Jahren belegte wirksame, vergleichsweise kostengünstige und sofort verfügbare medikamentöse Therapie durch monatelanges Warten auf eine Therapie mit begrenzter Erfolgsaussicht und hohen Kosten vorenthalten wird. In dieser Zeit bleibt das Leiden aller Betroffenen unbehandelt.** Die Autoren selbst weisen eingangs selbst auf die erheblichen psychosozialen Beeinträchtigungen mit ihren negativen Folgen für die soziale Integration hin.

Wer kann ADHS diagnostizieren und therapieren?

Es besteht der Eindruck, dass die Autoren den Kinder- und Jugendärzten die Qualifikation für Diagnostik und Therapie der ADHS bei Kindern absprechen. Sie empfehlen trotz „der geringen Anzahl der Kinder- und Jugendpsychiater“, immer die Einbeziehung des Kinder- und Jugendpsychiaters in die Diagnostik und Therapie, obwohl die Umsetzung dieser Forderung zu einem dramatischen Engpass in der Diagnostik und Therapie mit langen Wartelisten führen würde. Gerade der Kinder- und Jugendarzt ist aufgrund seiner in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse über die normale und pathologische psychosoziale Entwicklung des Kindes, seines sozialen Umfeldes sowie der Vertrauensbasis, die zu den Eltern und dem Kind besteht, prädestiniert für das Erkennen, die Diagnostik und die Therapie der ADHS. Daher ist es nicht verwunderlich, dass er in der Regel auch der erste Ansprechpartner ist. Die hyperkinetischen Störungen sind den Kinder- und Jugendärzten bereits seit 40 Jahren vertraut. Seit über 20 Jahren finden auf den kinder- und jugendärztlichen Tagungen gut besuchte ADHS-Seminare statt. Von qualifizierten Kinder- und Jugendärzten werden bundesweit Fortbildungen für Eltern, Erzieher und Kollegen durchgeführt. Sowohl im Konsensuspapier 2002 des BMGS, in der Stellungnahme der Bundesärztekammer zur ADHS, als auch im KBV-Vertrag 2008 wurde der Kinder- und Jugendarzt als Vertragspartner für die Diagnostik und Therapie respektiert und akzeptiert. Seine Qualifikation spiegelt sich auch in der Zufriedenheit der Eltern über die Behandlung und die hohe Besserungsrate bei den von ihm behandelten Patienten wieder. Mit den Autoren fordern auch wir, dass endlich der zeitliche Aufwand, der durch die intensive Exploration, häufige Gespräche und langwierige Behandlung entsteht, finanziell angemessen honoriert wird.

Die Autoren fordern eine Therapie mit kontinuierlicher Beratung in monatlichem Abstand sowie regelmäßig kontrollierte Absetzpausen. Insbesondere für die letzte Forderung gibt es keine Studie, die die Notwendigkeit dieser Maßnahmen belegt. In der Praxis hat sich dagegen ein individueller Ansatz bewährt. Je nach Bedarf und Notwendigkeit finden Kontrolluntersuchungen in einwöchigen bis viermonatigen Abständen statt. In Krisensituationen wird ein sofortiger Termin vergeben. Auch hierfür ist die Nähe (räumlich wie emotional) zum behandelnden Arzt erforderlich. Absetzversuche werden durchgeführt, wenn die Störungsrelevanz es erlaubt. Eine zusätzliche Bürokratisierung durch spezielle Genehmigungsverfahren, Zweitmeinungsverfahren etc.

ist aus unserer Sicht nicht im Interesse der Versorgung der Patienten. Die vorliegenden Daten weisen, wie von den Autoren selbst bestätigt, bisher nicht auf eine Überdiagnostik bzw. Übertherapie hin. Wie auch die Autoren halten wir es für nicht vertretbar, dass eine wirkungsvolle medikamentöse Therapie aufgrund der fehlenden Erstattungsfähigkeit durch die gesetzlichen Krankenkassen ab dem Alter von 18 Jahren oft nicht mehr weitergeführt werden kann. Den Vorschlag, die Kostenübernahme der ärztlich verordneten Stimulantientherapie bei Patienten mit ADHS auch nach Erreichen des 19. Lebensjahres zu übernehmen, wenn die Therapie vor dem 18. Geburtstag begonnen wurde, unterstützen wir ausdrücklich.

Wir stimmen mit den Autoren überein, dass für die Diagnostik und Therapie der ADHS große Erfahrung und Qualifikation der Beteiligten nötig ist. Die qualifizierte Diagnostik und Therapie der ADHS sind in dem interdisziplinär entworfenen und von allen beteiligten Fachgruppen respektierten KBV-Vertrag für Kinder und Jugendärzte ebenso wie für Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten festgelegt worden. Er verwirklicht, wenn er von den Vertragspartnern aufgegriffen wird, eine multidisziplinäre und qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten und Familien mit ADHS und sieht dafür aber auch eine ausreichende Honorierung vor.

Es ist bedauerlich, dass in dem vorliegenden Sachverständigen-gutachten für fachfremde Berufsgruppen und den weniger informierten Laien der falsche Eindruck erweckt wird, dass Patienten mit ADHS von Pädiatern nicht sachgerecht und einseitig medikamentös behandelt werden. Die jahrzehntelangen intensiven Bemühungen der Pädiatrie um die Verbesserung der Versorgung dieser Patientengruppe in Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen und die erreichten Erfolge werden ignoriert.

Literatur

- Peter Jensen, Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry, 46 (8)989-1002) 3-year follow-up of the NIMH MTA study.
Biedermann, J., et al. 2009, Pediatrics 124,1,71-78, Do stimulants protect against psychiatric disorders in youth with ADHD? A 10 year follow-up Study

*Dr. Kirsten Stollhoff, Dr. Klaus Skrodzki,
Dr. Andreas Sprinz, Dr. Ulrich Kohns,
Dr. Mathias Gelb, Dr. Eckard Kirbach-Ziegler
für die oben genannten Arbeitsgruppen.*

Red.:ge

Ergänzung zum Artikel „Neue Arzneimittelrichtlinien“ in der Rubrik Berufsfragen des Kinder- und Jugendarzt S. 472, Heft 7 (2009)

Nicht zu verordnen sind danach:

– Otologika

ausgenommen Antibiotika oder Corticosteroide bei Entzündungen des äußeren Gehörganges

Dr. med. Roland Ulmer
Marktplatz 33, 91207 Lauf

Red.:ge

Aufbewahrungsfristen von Unterlagen



Kyrill Makoski

Jeder Arzt ist verpflichtet, die wesentlichen Diagnosen und Schritte im Rahmen der Behandlung zu dokumentieren. Diese Verpflichtung ergibt sich aus dem Behandlungsvertrag und teilweise auch aus gesetzlichen Regelungen.

Aber wie lange muss man die Unterlagen aufbewahren?

Die Musterberufsordnung sieht in § 10 Abs. 3 vor, dass ärztliche Aufzeichnungen – und dazu zählen auch Sonographien – für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren sind. Andere Vorschriften gehen von kürzeren Aufbewahrungsfristen aus. Steuerrechtlich sind Unterlagen ebenfalls für zehn Jahre aufzubewahren (§ 147 AO).

Sonderfall Röntgenbilder

Aus anderen Rechtsvorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

So sieht § 28 Abs. 3 Röntgenverordnung (RöV) vor, dass Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen 30 Jahre lang nach der letzten Behandlung aufzubewahren sind. Röntgenbilder müssen zehn Jahre nach der letzten Untersuchung aufbewahrt werden. Relevant für Kinder- und Jugendärzte ist § 28 Abs. 3 S. 3 RöV, wonach die Aufzeichnungen von Röntgenuntersuchungen bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres dieser Person aufzubewahren sind.

Die Aufbewahrungsfrist läuft auch dann weiter, wenn der Arzt seine Praxis aufgeben sollte. In diesem Fall hat er dafür Sorge zu tragen, dass seine Unterlagen ordnungsgemäß aufbewahrt werden. Üblicherweise wird die Aufbewahrungspflicht auf den Erwerber der Praxis übertragen. Nur wenn kein Nachfolger vorhanden und auch sonst keine Person (z.B. Erben) erkennbar ist, die die Unterlagen weiterverwahren kann, kommt eine Anfrage bei der zuständigen Ärztekammer in Betracht.

Haftungsrechtliche Aspekte

Unabhängig von der Frage der berufsrechtlichen Aufbewahrungsdauer ist die haftungsrechtliche Problematik zu betrachten. Grundsätzlich verjährt ein Haftungsanspruch aus einem Behandlungsvertrag nach drei Jahren (gerechnet vom Ende des Jahres, in dem der Behandlungsfehler geschehen ist); ist jedoch nicht bekannt, dass ein Schaden eingetreten ist, so tritt die Verjährung erst 30 Jahre nach der schädigenden Handlung ein (§ 199 Abs. 2 BGB).

Grundsätzlich geht das Fehlen einer entsprechenden Dokumentation zu Lasten des behandelnden Arztes, der dann versuchen muss, die Ordnungsgemäßheit seiner Behandlung auf anderem Wege nachzuweisen. Erfolgt eine Vernichtung von Unterlagen nach Ablauf der jeweils durch Berufsrecht oder sonstige Rechtsvorschriften vorgesehenen Höchstaufbewahrungsfristen, sollte dies zwar nicht zu Lasten des jeweiligen Arztes gewertet werden. Teilweise gehen die Gerichte aber dennoch davon aus, dass in diesem Fall der Arzt für die fehlende Dokumentation einzustehen hat. Zudem erleichtert eine vorhandene Dokumentation einem Gutachter seine Tätigkeit.

Daher ist es haftungsrechtlich ratsam, die Krankenunterlagen so lange aufzubewahren, bis alle Ansprüche verjährt sind, d.h. 30 Jahre..

Art der Aufbewahrung

Es ist auf eine sichere Aufbewahrung zu achten. So kann es zu Lasten des Arztes gewertet werden, wenn durch vermeidbare Umstände Behandlungsunterlagen vernichtet werden.

Papier und andere Dokumente (z.B. Röntgenaufnahmen) sollten in abschließbaren und feuerfesten Behältern gesichert werden. Bei der digitalen Archivierung z.B. von Röntgenaufnahmen ist darauf zu achten, dass über den gesamten Ablauf der Archivierungszeit sowohl Lesegeräte als auch die entsprechende Software vorhanden sind. Zur Haltbarkeitsdauer von Speichermedien sind die entsprechenden Fachleute hinzuzuziehen.

Werden Archivmaterialien außerhalb der Praxisräume aufbewahrt, sollte ein Verzeichnis angelegt werden, um diese Dokumente schnell finden zu können. Darüber hinaus sind die Unterlagen gegen unbefugten Zugriff zu sichern. Dies gilt insbesondere dann, wenn sie bei einem anderen Unternehmen eingelagert werden.

Kyrill Makoski, der als Anwalt in der Düsseldorfer Kanzlei für Medizinrecht Möller und Partner arbeitet, die als Justitiar für den BVKJ tätig ist.

ReH



Die Kinderzeichnung in der ärztlichen und therapeutischen Praxis – Entwicklung und Interpretation

„Erste Aufgabe der Kunst ist, den Geist anzurempeln, um ihn in Bewegung zu setzen“ (Dubuffet 2009)

In einem kinderärztlichen Bericht las ich über einen dreijährigen Jungen, dass dieser außer einem Kreis lediglich Kritzeleien hervorbringe. Ich war erstaunt über diese Bewertung, dass Kritzeleien demnach keine entwicklungsgemäßen Aussagen aufweisen sollen, weiß man doch aus der Kunst, dass zum Beispiel Picasso sich explizit reduzierter „kindlicher“ Zeichnungen annahm oder dass der Modeschöpfer Lagerfeld sein herausragendes zeichnerisches Talent in frühen Kritzeleien begründet sah. Viele Kinderzeichnungen weisen durch ihre einfache, oft großzügige Formsprache, den betont flächenhaften Bildaufbau und durch symbolische Elemente Parallelen zur modernen Kunst auf. Jean Dubuffet (1901–1985) begann mit bereits über 40 Jahren mit leuchtenden Farben und scheinbar naiven, unbekümmerten Formen die Menschen festzuhalten und sagte: „Es schien mir authentischer und wirkungsvoller zu sein, wenn es sich in ungezwungener Freiheit ausdrücken kann und wenn die verwendeten Mittel einfach und summarisch sind. Sehr interessant sind für mich die Zeichnungen von Kindern“ (Dubuffet 2009).



Anja Mannhard,
Logopädin &
Künstlerin

Welche Entwicklungsphasen durchläuft die Kinderzeichnung, ab wann sprechen wir von einem „Bild“ und wie beurteilen wir dies als Erwachsene?

In diesem Beitrag gehe ich auf die Entwicklungsphasen des Zeichnens ein, nicht auf die Bedeutung der Wahl der Farben oder die Farbenlehre. Das wäre ein eigener Beitrag. Nur kurz erwähnt sei, dass es anhand der Farbwahl zu Fehlinterpretationen der Kinderzeichnung durch Erwachsene kommen kann, so soll beispielsweise eine dunkle Farbwahl keinesfalls Ausdruck trüber Emotionen des Kindes sein. Es geht den Kindern beim Malen

vor allem um die Aktion und um das Verarbeiten von Eindrücken. Die Farbwahl steht oftmals im Hintergrund.

Vor dem Bild steht das Kritzeln, ausgelöst durch die motorische Lust, mit dem Stift schwungvoll zu zeichnen, ihn auf das Papier zu hämmern oder auch kleinteiligere oder sinnunterlegte Formen zu kritzeln. Wir kennen Hiebkritzeln, Schwingkritzeln, Kreiskritzeln, verschieden geformtes Kritzeln und erstes sinnunterlegtes Kritzeln (Richter 2000). Diese Phase liegt zwischen dem 2. und 4. Lebensjahr. Es können zeitlich jedoch starke Schwankungen auftreten, da diese Phase abhängig von

**Die grobmo-
torische Entwick-
lung findet sich
feinmotorisch
in der Zeich-
nung wieder**

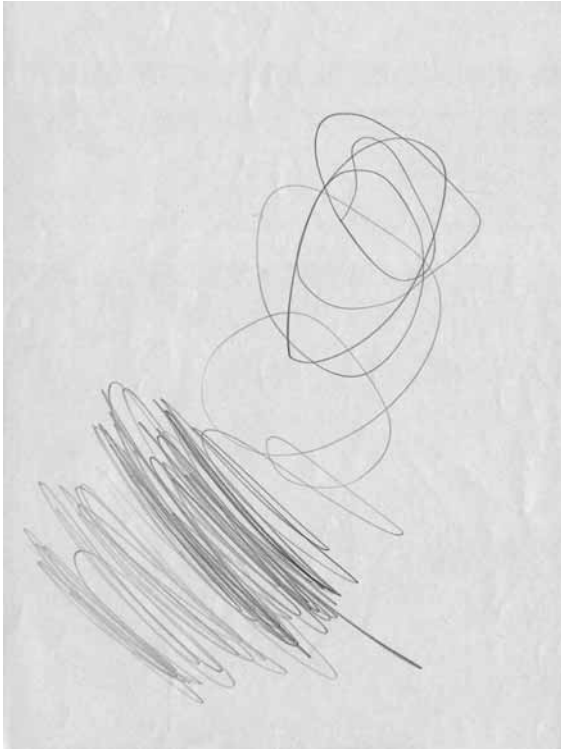


Abb. 1: Kritzelphase

der Entwicklung der Wahrnehmung und Sensomotorik, des Gedächtnisses, der Motivation und des Intellekts ist (Abb. 1).

Schreibkritzeleien unterscheiden sich bereits von anderen Kritzeleien, sie lassen erste Anzeichen von Schrift erkennen (Abb. 2).

Die einzelnen Kritzelphasen durchlaufen keine chronologische Entwicklung, sie können kombiniert oder in unterschiedlichen Reihenfolgen auftreten. Fragt der Erwachsene nach der Bedeutung der Zeichnung, wundert sich das Kind, da es ihm doch in der Hauptsache um die motorische Handlung geht. Frühe Zeichen sind bedeutungslos, später erfolgt die assoziative Ausdeutung des Kindes dessen, was es gezeichnet hat. Fragt ein Kind nach einer Beurteilung seiner Zeichnung durch Erwachsene, möchte es vor allem als schöpferisches Wesen wahrgenommen und darin bestätigt werden und keine schulisch-kritische Bewertung für sein Bild erhalten.



Abb. 2: Schreibkritzeln

„Kunst beginnt, wo man anfängt, falsch zu zeichnen und je falscher die Zeichnung, desto mehr Kreativität muss man auf sie verwenden“ (Dubuffet 2009).

„Die frühen bildnerischen Arbeiten der Kinder können in keinem Fall als misslungene Abbildungen eines Gegenstandes betrachtet werden. Es geht dem Kind ja nicht um eine objektiv erscheinungsgetreue Darstellung ... – vor allem Taktil-Motorisches und Emotionales – geht in die frühe Kinderzeichnung ein“ (Bareis 2008).

Von diesen Entwicklungsphasen ausgehend können wir sagen, dass jede vom Kind hinterlassene Spur als Zeichnung oder Bild gewertet werden kann, und seien es mit dem Löffel in der Marmelade hinterlassene Spuren oder erste mit Pommes gelegte Schriftzeichen (Mannhard und Braun 2008).

Die grobmotorische Entwicklung findet sich feinmotorisch in der Zeichnung wieder – nicht nur die Aufrichtung, auch Bewegungsformen wie Hüpfen oder das Erfahren eines umschließenden, schützenden Raumes, den das Kind beim Krabbeln erlebt. Die ganzheitliche Wahrnehmung des Kindes ist in das Gesamterleben und in die zeichnerische Umsetzung eingebettet.

„Ich liebe die abgeschlossenen Orte, die klar umgrenzt sind, die alles andere um sie herum für ungültig erklären“ (Dubuffet 2009) (Abb. 3).

Kinder kommen durch die Stifführung aus dem Handgelenk heraus ganz von selbst zur Kreisform, die am Ende der Kritzelphase dominiert. Der Kreis wird von Gier (2004) als eine Urform angesehen, als einen Ich-Kreis. Es folgt ein Formenrepertoire von Punkten, Linien, Kreisen oder Flächenformen, die die Kinder vielfältig zu kombinieren beginnen.



Abb. 3: Kritzelphase mit erster Kombination von Formen

**Die einzelnen
Kritzelphasen
durchlaufen
keine chrono-
logische Ent-
wicklung**



Abb. 4: „Kopffüßler“

Vom Kreis ausgehend entwickelt sich dann das Ausdrucksmittel des Kopffüßlers, bei dem Linien (Beine) an den Kreis (Kopf) angesetzt werden (Abb. 4).

Die Phase des Kopffüßlers fällt mit der Entwicklung der kindlichen Autonomie zusammen. Das Kind entdeckt sein Ich und erlebt dieses im sich einlassenden und auch abgrenzenden Austausch mit der Umwelt. Es löst sich aus der Symbiose mit der Mutter und vollzieht auch die erforderliche Unterscheidung von Ich und Du sowie Ich und Umwelt. Das Kind spricht vom Ich. Im Bild entsteht der Ich-Kreis. In der Mann-Zeichnung („Zeichne einen Menschen, so gut du kannst“) sieht man diesen häufig als Kopf oder als Bauch mit einem Bauchnabel. Beim Schließungskritzeln entdeckt das Kind den Raum. Es entsteht ein Zentrum im Kreis, Kinder wollen Räume zeichnerisch füllen (Abb. 5).

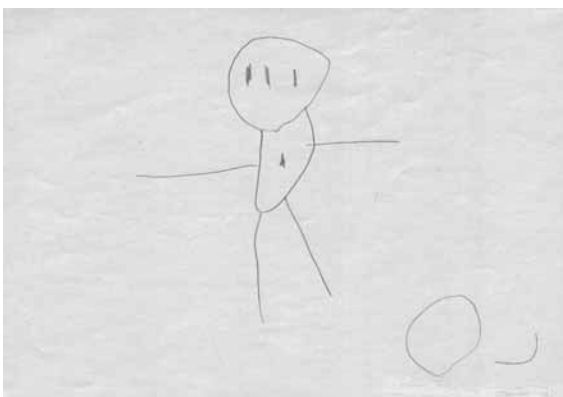


Abb. 5: Mensch mit Bauchnabel

Korrekturen der Erwachsenen, was an Körperteilen beim Kopffüßler vom Kind „vergessen“ wurde, zeigen, wie wenig sich Erwachsene oftmals auf die Spuren, die das Kind sichtbar macht, einlassen wollen. Der Kopffüßler ist kein Kopf mit Füßen, bei dem der Bauch vergessen wurde. Er zeigt den Ich-Kreis als Urform mit den ausgehenden Bewegungslinien (Beine, Füße) und somit die ganze Persönlichkeit des Kindes, das sich uns aufgerichtet präsentiert. Die Wahrnehmung ist ganzheitlich und bezieht sich nicht auf Details. Was das Kind kennt ist nicht bewusst, genaues Zeichnen erfordert Bewusstheit. „Die ästhetische Entwicklung des Kindes scheint sich weitgehend monologisch zu vollziehen, das heißt ... in einer unabhängigen und sehr privaten Zusammenarbeit zwischen Papier, Stift und Gehirn“ (Kellog, zit. bei Bareis 2008). Die Kopffüßlerphase kann bei fantasiebegabten Kindern lange dauern und sie werden ggf. fehl interpretiert, sagt man ihnen alleine deshalb mangelnde Reife nach.

Bevor es zum eigentlichen Zeichnen und Malen mit Darstellungsabsicht kommt, gibt das Kind seinen geformten Kritzelleien manchmal nachträglich Sinn, manchmal während des Malens, manchmal sagt es zuvor, was es malen wird. Nach einer Untersuchung von Hetzer (in Bareis 2008) sind Dreijährige durchgängig im Kritzeld Stadium, nur einzelne benennen das Motiv nachträglich. Von den Vierjährigen hat ein Teil seine Absicht bereits vor der Zeichnung benannt und die höchste Stufe der Darstellungsabsicht zeigte sich bei 5–6-Jährigen. „Bildtitel“, wie man sie von Kindern immer wieder hören kann, finden sich bspw. auch bei Dubuffet wieder: „Portrait von Antoin Artraud mit abstehenden Haaren 1946“, „Elegante Frau mit Stöckelschuhen 1946“, „Araber mit Fußspuren 1948“.

Die Kinder wollen nun die Welt real begreifen und die Dinge dann auch in der Zeichnung so abbilden. Darstellen heißt Klarstellen. Dies steht in engem Zusammenhang mit der kognitiven Entwicklung, einer kognitiven Aneignung von Wirklichkeit. Was für das Kind bedeutsam ist, wird herausragend gezeichnet. So war es Paul, fünf Jahre alt, beim Mann-Zeichen-Test sehr wichtig, sein männliches Geschlecht darzustellen. Verständlich, denn es ist eine bedeutsame Entwicklungsphase, sein Geschlecht zu entdecken und sich vom anderen abzugrenzen. Die geschlechtliche Identitätsbildung und die Orientierung an der eigenen Gruppe rücken immer stärker in den Vordergrund.

Zunächst zeichnen die Kinder einzelne Objekte wahllos verstreut auf das Papier. Wo eine freie Stelle ist, wird etwas hingemalt. Rechts, links, oben und unten werden noch nicht unterschieden. Dann erfolgt ein erstes Ordnen auf dem Papier. Ein großer Fortschritt ist, wenn die Kinder den unteren Bildrand als Standlinie für die Gegenstände nutzen, denn es ist damit eine erste räumliche Beziehung der Figuren hergestellt. Standlinienbilder haben eine deutliche Struktur im Sinne eines Himmels und eines Bodens, dazwischen sind die unterschiedlichen Figuren wie Personen, Häuser usw. angeordnet (Titelbild auf S. 697).

Die Phase des Kopffüßlers fällt mit der Entwicklung der kindlichen Autonomie zusammen

Die Kinder wollen nun die Welt real begreifen und die Dinge dann auch in der Zeichnung so abbilden. Darstellen heißt Klarstellen

Menschen werden oft größer als Häuser gezeichnet, da sie für das Kind wichtiger sind. Die Menschen bekommen Fahrzeuge, Spielzeuge oder Werkzeuge dazu gezeichnet, eben alles, was dem Kind aus seiner Lebenswelt wichtig erscheint. Die Grundbausteine Kreis, Dreieck oder Viereck genügen dem Kind, um vielfältige zeichnerische Kombinationen anzustreben. Das gilt auch für das Zeichnen von Personen. Die Formen finden ihren Ursprung in der Kritzelphase. Zeichnen dient nun dem Lernen und Verstehen und logische Zusammenhänge auf Bildebene zu begreifen.

Die Grundbausteine Kreis, Dreieck oder Viereck genügen dem Kind, um vielfältige zeichnerische Kombinationen anzustreben

Etwa mit dem 6. Lebensjahr beginnen Kinder, die Figuren von der Seite darzustellen, wobei zunächst Köpfe mit Mischprofilen in der Zeichnung entstehen können. Hierbei werden die Gesichter gleichzeitig „von vorne“ und seitlich im Profil dargestellt.

„Röntgenbilder“ zeigen, wie das Innenleben von Häusern, Maschinen, Fahrzeugen oder Menschen aussieht (Abb. 6). So zeichnet ein Junge bei der Mannzeichnung sichtbar die Verdauung einer Speise, vom Mund ausgehend durch den Bauch, bis sie als Kot den Körper verlässt. Diese Fähigkeit haben Künstler wie Picasso von den kindlichen Entwicklungsphasen aufgegriffen, um bildlich mehr darstellen zu können, als man üblicherweise sieht.

Auf einer frühen Stufe der Gestaltung ist dem Kind die Darstellung von Objekten in Bewegung noch nicht möglich. Kinder lösen dies, indem sie zum Beispiel einem fahrenden Wagen viele Räder oder einem rennenden Tier viele Beine zeichnen.

Motive, die von Kindern auf eigene Initiative hin am häufigsten verwendet werden, sind der Mensch, das Haus, der Baum und Tiere.

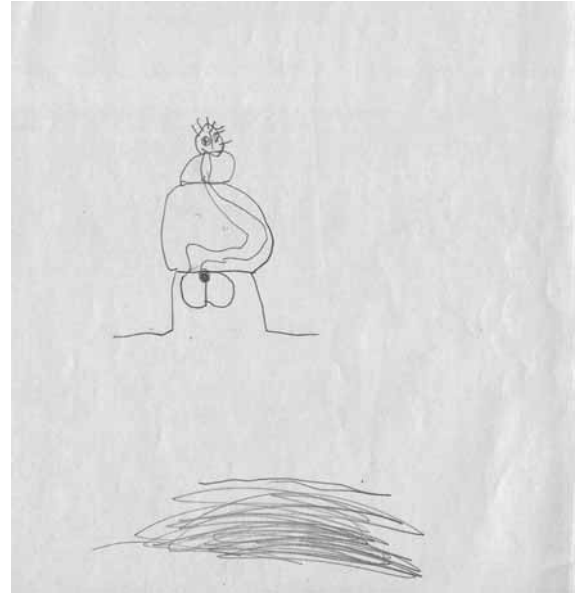


Abb. 6: Röntgenbild

In einem weiteren Beitrag in einer der folgenden Ausgaben geht die Autorin auf eine Neufassung des Mannzeichentests und auf die vielfach angewandte Methode ein, die Schulreife anhand von Zeichnungen zu beurteilen.

Literatur bei der Verfasserin und in PädInform Ordner Kinder- und Jugendarzt.

Anja Mannhard
Logopädin & Künstlerin
Praxis für Logopädie & Personzentrierte Beratung
Basler Str. 78, 79540 Lörrach
Tel. 07621 - 1624349
www.anjalingua.de

Red.: ge

Praxistafel

Kinderärztliche GP in Esslingen sucht Nachfolger für ausscheidenden Teilhaber ab 01.01.2010.
T: 0151-17327295

Kinderarztpraxis in Liechtenstein sucht regelmäßige Ferienvertretungen sowie Neuropädiater zur Teil-Mitarbeit.
Tel. 00423 236 10 70 - 00423 392 34 04

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

Pädindex

Praxiseinrichtungen

Tagungen

Oktober 2009

30.–31. Oktober 2009, Hannover
18. Neuropädiatrie-Seminar: „Der ungelöste Fall“
 Info: Seebode.Martin@mh-hannover.de
 Tel. 0511 / 532-9275

November 2009

5.–7. November 2009, Norderstedt
7. Deutscher Still- und Laktationskongress
 Info: www.stillen.de

6.–7. November 2009, Freiburg
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer 2009
 Info: www.aabw.de

7. November 2009, München
Tagessymposium: Kinderschlafmedizin kompakt
 Info: info@akademie-muenchen.de oder
 alfred.wiater@khporz.de

21. November 2009, Bamberg
Interdisziplinäres Symposium „Gesichter der Sucht“
 Info: www.gesichter-der-sucht.de

27.–29. November 2009, München
 Internationales und interdisziplinäres Symposium anlässlich des 90. Geburtstages von Professor Dr. Dr. h. c. mult. Theodor Hellbrügge
Aktuelle Herausforderung der Sozialpädiatrie
 Info: Internationale Akademie für Entwicklungsrehabilitation und Theodor-Hellbrügge-Stiftung,
 Tel. 089/7193610

Dezember 2009

3.–6. Dezember 2009, Florenz
Excellence in Paediatrics
 Info: www.excellence-in-paediatrics.org

Januar 2010

21.–24. Januar 2010, Landshut
Spezialseminar: Echokardiografie und Dopplersonografie in der Neonatologie und Pädiatrischen Intensivmedizin
 Info: herterich@st-marien-la.de

April 2010

15.–18. April 2010, Bad Zwischenahn
1st International Interdisciplinary Postgraduate Course on Childhood Craniopharyngioma
 Info: www.kinderkrebsstiftung.de

Juni 2010

23.–26. Juni 2010, Gürzenich Köln
KIT 2010 – 10. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin
 Info: www.kit2010.de

Juli 2010

22.–27. Juli 2010, Landshut
Spezialseminar: Echokardiografie und Dopplersonografie in der Neonatologie und Pädiatrischen Intensivmedizin
 Info: herterich@st-marien-la.de



Ennepe-Ruhr-Kreis Der Landrat

Die Kreisverwaltung des Ennepe-Ruhr-Kreises sucht für ihren Fachbereich Soziales und Gesundheit, Abteilung Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche, ab sofort

Ärztinnen bzw. Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Es handelt sich um eine unbefristete Vollzeitstelle (39 Wochenstunden) sowie eine unbefristete Teilzeitstelle (19,5 Wochenstunden). Es besteht grundsätzlich die Möglichkeit, auch die Vollzeitstelle mit zwei Teilzeitkräften zu besetzen.

Unser besonderes Anliegen besteht darin, zu einem möglichst frühen Zeitpunkt notwendige Hilfen für die gesunde Entwicklung unserer Kinder zu gewährleisten. Das Aufgabenspektrum der zu besetzenden Stelle umfasst den gesamten Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit. Neben der Durchführung von Kindergarten- und Lernanfängeruntersuchungen, Impfungen, der Mitarbeit in eigenen Präventionsprogrammen, der Tätigkeit im Bereich Früher Hilfen, der Beratung von Eltern, Schulen und Kindertageseinrichtungen bildet die Untersuchung und Begutachtung von entwicklungs Auffälligen, von Behinderung bedrohten und behinderten Kindern im Rahmen der Eingliederungshilfe und die damit verbundene Entwicklungsdiagnostik einen Schwerpunkt der Tätigkeit.

Ihr fachliches Profil:

- Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder
- Ärztin oder Arzt mit Erfahrungen im Kinder- und Jugendärztlichen Bereich oder
- Fachärztin oder Facharzt für Allgemeinmedizin mit langjähriger Erfahrung im Kinder- und Jugendärztlichen Bereich oder
- Fachärztin oder Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen mit Erfahrungen im Kinder- und Jugendärztlichen Bereich.

Dienstort ist das Gesundheitshaus in Gevelsberg. Je nach Erfordernis werden die Aufgaben im Innen- oder Außendienst verrichtet. Aus diesem Grunde ist die Fahrerlaubnis der Klasse B sowie die Bereitschaft, den privaten PKW dienstlich zu nutzen, Einstellungsvoraussetzung. Die Teilnahme an gelegentlichen Bereitschaftsdiensten wird erwartet.

Wir bieten:

- eine anspruchsvolle und selbständige Tätigkeit in einem multiprofessionellen hoch motivierten Team,
- eine flexible Arbeitszeit ohne häufige Bereitschaftsdienste,
- die Möglichkeit zu kontinuierlicher Fortbildung,
- eine Vergütung je nach persönlicher Qualifikation und Erfahrung bis Entgeltgruppe 15 auf Grundlage des Tarifvertrages für den öffentlichen Dienst (TVöD).

Eine Übernahme von Nebentätigkeiten sowie eine spätere Übernahme in ein Beamtenverhältnis sind im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten grundsätzlich möglich.

Bewerbungen von schwerbehinderten Menschen sind ausdrücklich erwünscht und werden bei gleicher Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung bevorzugt berücksichtigt, sofern nicht in der Person einer Mitbewerberin bzw. eines Mitbewerbers liegende Gründe überwiegen. Als familienfreundliche Verwaltung bietet der Ennepe-Ruhr-Kreis in Zusammenarbeit mit der Arbeiterwohlfahrt Region Ennepe-Ruhr eine individuelle und qualifizierte Kinderbetreuung an. Über Einzelheiten hierzu informieren wir Sie gerne in einem persönlichen Gespräch.

Auskünfte zum ausgeschriebenen Aufgabenbereich erteilt die **Leiterin der Abteilung Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche, Frau Dr. Inka Goddon, Telefon (02336) 932451.**

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen bis zum **15.11.2009** an den

**Ennepe-Ruhr-Kreis -Servicestelle Personal und Organisation-
Hauptstr. 92, 58332 Schwelm**

Fortbildungstermine des BVKJ

Oktober 2009

31.10.–01. November 2009

Praxiseinführungsseminar des BVKJ e.V.
in Friedewald

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Frau Pohle, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09-11, Fax: 0221/683204 (bvkj.buero@uminfo.de)

November 2009

13.–15. November 2009

Pädiatrie zum Anfassen / 20. ECPCP 2009 (European Society of Ambulatory Paediatrics)

des bvkj e.V., Berlin

Auskunft: Dr. Burkhard Ruppert, Zabel-Krüger-Damm 35-39, 13469 Berlin, Tel. 030 / 4024922, Fax: 030/40397254 (Industrie ①, Teilnehmer ⑤)

21.–22. November 2009

7. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Bayern, Bamberg

Auskunft: Dr. H. Reiningger, Prof. Dr. C. P. Bauer, Prof. Dr. K. H. Deeg, Cosimastr. 133, 81925 München ③

Dezember 2009

2. Dezember 2009

Fortbildung „Frühkindlicher Spracherwerb – Variabilität und Störungen“

des bvkj e.V., Köln

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16, Fax: 0221/6 89 09 78 (bvkj.kongress@uminfo.de) ⑤

2010

März 2010

5.–7. März 2010

16. Kongress für Jugendmedizin

des bvkj e.V., Weimar

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16, Fax: 0221/6 89 09 78 (bvkj.kongress@uminfo.de) ②

20.–21. März 2010

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Mecklenburg-Vorpommern, Bad Doberan / Rostock

Auskunft: Frau Dr. Marion Richter / Frau Dr. Sybille Sengbusch, Tel. 038203 / 14787, Fax 038203 / 14789 ④

April 2010

17. April 2010

Pädiatref 2010

des bvkj e.V. und

2. Kongress PRAXISfieber-regio für medizinische Fachangestellte in Kinder- und Jugendarztpraxen

Landesverband Nordrhein in Köln

Auskunft: Dr. Thomas Fischbach, 42719 Solingen, Fax 0212 / 315364; Dr. Antonio Pizzulli, 50679 Köln, Fax 0221 / 818089; Dr. Herbert Schade, Mechernich, Fax 02443 / 171403 ⑤

22.–25. April 2010

7. Assistentenkongress

des bvkj e.V., Nürnberg

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16, Fax: 0221/6 89 09 78 (bvkj.kongress@uminfo.de) ②

Mai 2010

1./2. Mai 2010

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Thüringen, Erfurt

Auskunft: Dr. med. Annette Kriechling, In der Trift 2, 99102 Erfurt-Niedernissa, Tel. 0361 / 5626303, Fax 0361 / 4233827 ①

29. Mai 2010

23. Fortbildungsveranstaltung mit praktischen Übungen der LV Rheinland-Pfalz u. Saarland

des bvkj e.V., Worms

Auskunft: Prof. Dr. Heino Skopnik, Kinderklinik Stadtkrankenhaus GmbH, Gabriel-von-Seidl-Str. 81, 67550 Worms, Tel. 06241 / 5013600, Fax 06241 / 5013699 ①

Juni 2010

25.–27. Juni 2010

Kinder- und Jugendärztetag 2010

40. Jahrestagung des bvkj e.V., Berlin

Neue Medikamente – Kenne ich mich aus? Pharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter

26.–27. Juni 2010

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

in Berlin

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16, Fax: 0221/6 89 09 78 (bvkj.kongress@uminfo.de) ①

Juli 2010

10. Juli 2010

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Württemberg / (Baden), Nellingen

Auskunft: Dr. Rudolf von Butler, Waldenbronner Str. 42, 73732 Esslingen, Tel. 0711/374694, Fax 0711/3704893 ②

Oktober 2010

10.–15. Oktober 2010

38. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkj e.V., Bad Orb

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16, Fax: 0221/6 89 09 78 (bvkj.kongress@uminfo.de) ②

November 2010

20.–21. November 2010

8. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Bayern, Bamberg

Auskunft: Dr. H. Reiningger, Prof. Dr. C. P. Bauer, Prof. Dr. K. H. Deeg, Cosimastr. 133, 81925 München, Tel. 089/4209547500, Fax 089/4209547509 ③

① **CCJ GmbH, Tel. 0381-8003980 / Fax: 0381-8003988**

② **Schmidt-Römhild-Kongressgesellschaft, Lübeck, Tel. 0451-7031-202, Fax: 0451-7031-214**

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

④ **Med For Med, Rostock, Tel. 0381-20749709, Fax 0381-7953337**

⑤ **Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-9297-850, Fax 09321-9297-851**

Die Welt der Kinder im Blick der Maler

Etwas Dämonisches, Bedrückendes liegt auf dieser nächtlichen Szene, die in ein grelles Hell-Dunkel getaucht ist. Der im Zentrum stehende Experimentator hat eben in einem Glasbehälter ein Vakuum erzeugt. Und nun obliegt es allein seiner Machtvollkommenheit, das Versuchstier, den bereits zu Boden gesunkenen Kakadu, wieder ins Leben zurück zu rufen, indem er das Ventil am Ende des Kolbens öffnet. Offensichtlich handelt es sich um ein wissenschaftliches Experiment, das zur Belehrung und Unterhaltung einer familiären Gesellschaft vorgeführt wird.

Die Anwesenden reagieren ganz unterschiedlich auf die Vorführung. Das größere Mädchen wird von seiner Einbildungskraft überwältigt und wendet sich voller Entsetzen ab. Es hält die kleinere Schwester umfangen, die etwas verunsichert wirkt, aber die Dramatik nicht voll zu erfassen scheint. Der Vater versucht, die Beiden zu beruhigen und belehrt sie über den Sinn des Experiments. Ein Junge bemüht sich, seiner Unruhe dadurch zu begegnen, dass er den Käfig für den hoffentlich noch zu rettenden Kakadu von der Decke herunterholt. Ein anderer Junge, links unten, folgt dem Experiment fasziniert. Der rechts neben ihm am Tisch sitzende Mann scheint seinen Blick auf das kleine Fenster rechts zu richten, durch das der Mond zu sehen ist. Vielleicht sucht er gegenüber dem wissenschaftlichen Fortschritt einen Ausgleich in der Natur. Die jungen Liebenden über ihm interessieren sich nicht für die Vorführung, sie sind mit sich selbst beschäftigt, liebevoll treffen sich ihre Blicke. Schließlich der Alte rechts im Bild: Er konzentriert sich auf das von einer Kerzenflamme erleuchtete Glas mit dem Totenschädel. Vielleicht reflektiert er über den Sinn des Lebens, über das Walten göttlicher Prinzipien jenseits des wissenschaftlichen Fortschritts. Auf dem Tisch liegt ein Paar Magdeburger Halbkugeln, Hinweis auf die Entdeckung Otto von Guericke's, die dem Experiment zugrunde liegt.



Joseph Wright of Derby, Experiment mit einem Vogel in der Luftpumpe, 1768, National Gallery, London
Foto: akg-images

Wright stammte aus der Provinz, aus Derby in den Midlands. Erst im Zug der Industriellen Revolution etwa ab 1760 wurde die Provinz überhaupt sichtbar. Englische Kunst war Londoner Kunst. Nach Lehrjahren in London hielt sich Wright zwei Jahre in Italien auf. Vor allem Caravaggio und dessen Nachfolger scheinen ihn fasziniert zu haben, wie die Behandlung des Lichts in seiner späteren Malerei zeigt. Er experimentierte mit Lichteffekten, studierte das künstliche Licht in Laboratorien und Werkstätten, das Licht der Hochöfen. Auch sonst beschäftigten ihn die Phänomene der industriellen Revolution. In der englischen Philosophie öffnete sich der Weg für den Sensualismus, für eine psychologische Durchdringung menschlicher Kunst und Kultur.

Der Künstler wird als ernster, kränklicher Hypochonder geschildert, nicht eben gesellig und ausgesprochen empfindlich.

Aber dieser Griesgram soll ein rührender, verständnisvoller Vater für seine zahlreichen Kinder gewesen sein. Er ließ ihnen völlige Freiheit, selbst in seinem Atelier konnten sie herumtollen. Die Lunar Society, deren Mitglied er war, versuchte neben anderen Bestrebungen auch die Pädagogik zu reformieren. Es galt die Regel, niemals seinen Kindern zu widersprechen.

Das Gemälde, das wegen seiner wirkungsvollen Gestaltungsweise und seiner psychologischen Aspekte unser Interesse verdient, stellt zugleich ein kulturgeschichtliches Dokument einer Aufbruchsepoche dar.

Dr. Peter Scharfe
Rauensteinstr. 8
01237 Dresden
Tel. (0351) 2561822

Red.: ge

Buchtip

Dr. Herbert Renz-Polster

Kinder verstehen: „Born to be wild“ – wie die Evolution unsere Kinder prägt

Kösel-Verlag München 2009, 512 S., geb., durchgeh. vierfarb. mit zahlr. Fotos, ISBN 978-3-466-30824-8, €19,95,-



Der Pädiater Herbert Renz-Polster, bereits als Erstautor des erfrischenden Buches „Gesundheit für Kinder“ einem breiteren Publikum bekannt, wagt sich nun als „Kinderversteher“ an das schwierige Thema, zu erklären, warum sich Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder, aber auch

die Menschen an sich so verhalten, wie sie es eben tun und damit die Eltern und andere Mitmenschen manchmal an den Rand der Verzweiflung bringen: über Schlafstörungen, Trennungängste, Wutanfälle und Fütter- und Essstörungen wird in diesem über 500 Seiten starken

Buch zu allen Fragen der Kindererziehung Stellung genommen, ausgehend von dem „Warum“ des Verhaltens, und unter der Prämisse, nicht das zu suchen, was dem Kind „fehlt“, sondern nach den Vorteilen, die ein bestimmtes Verhalten bietet.

Der Schlüssel zum Verständnis liegt in der Evolution: das Verhaltensrepertoire, welches in der Vergangenheit Erfolg hatte und das Überleben sicherte, bietet auch heute noch das Rüstzeug zum Erwachsenwerden. Die Sicht des Autors auf die Entwicklung des Kindes: Kindern fehlt es an sich an nichts, wenn sie auch unfertige Erwachsene sind, sind sie hundertprozentig gerüstet, Kinder zu sein, und dieses Rüstzeug sollten Eltern kennen lernen. Hierzu gibt er in den einzelnen der insgesamt 18 Kapitel, vom Stillen, Zufüttern, Schlafen, Schreien, bis zum „Fördern“ einen evolutionsbiologischen Einblick, der den Zugang zur Problematik öffnet und damit das Verständnis der Symptomatologie erleichtert, ohne zu platte Rückschlüsse oder monokausale Er-

klärungen zu liefern. Den Anspruch einer universellen Gebrauchsanleitung für Kinder erhebt dieses Buch nicht; im Gegenteil zeigt es, dass es diese nicht geben kann – zu individuell sind die Strickmuster. H. Renz-Polster versucht, eine Erziehungshaltung zu vermitteln, die „den Kindern möglichst gerecht wird, aber für die Eltern auch lebbar ist“ (Remo Largo in seinem Vorwort). Bei unseren Kindern Stärken statt Störungen oder Defizite zu suchen und diese zu sehen, das ist die hörenswerte Botschaft dieses flüssig, manchmal etwas salopp geschriebenen und vielleicht für den eiligen Leser etwas zu umfangreichen Werkes, dem vor allem bei Eltern, aber auch bei Erziehern eine weite Verbreitung zu wünschen ist und für alle mit Kindern befassten Berufsgruppen gewinnbringend sein wird.

Weitere Informationen über das Buch auf www.kinder-verstehen.de

Dr. Stephan Heinrich Nolte
Alter Kirchhainer Weg 5
35039 Marburg

Red.: ge

Korrektur:

Die Verleihung des Medienpreises des BVKJ am 18.6.2009 in Berlin war ein großer Erfolg. Wir haben darüber in der Augustausgabe unserer Zeitschrift Kinder- und Jugendarzt berichtet. Dabei ist uns leider bei der Benennung der Sponsoren ein Fehler unterlaufen. Auf Seite 543 muss es richtig heißen: die Sponsoren des Preises, der Verleger Norbert Beleke und die Firmen Sanofi Pasteur MSD GmbH und Wyeth Pharma GmbH, erklärten sich spontan bereit, auch den Medienpreis 2010 zu unterstützen.

Wir bitten das Versehen zu entschuldigen.

Wolfgang Gempp

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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

0211 / 758 488-14

für telefonische Beratungen zur Verfügung.

Stephan Eßer, Hauptgeschäftsführer

Wir gratulieren zum Geburtstag im November 2009

65. Geburtstag

Herrn Dr. med. Johannes *Uekötter*,
Münster, am 01.11.
Frau Dr. med. Astrid *Benda-Waldschmidt*,
Berlin, am 02.11.
Herrn Dr. med. Norbert *Bohlen*,
Düsseldorf, am 02.11.
Herrn Dr. med. Gerd *Ratzmann*,
Greifswald, am 02.11.
Herrn Dr. med. Uwe *Blauert*, Raisdorf,
am 04.11.
Frau Dr. med. Bärbel *Feische*, Wilnsdorf,
am 04.11.
Frau Dr. med. Ursula *Held*, Gaggenau,
am 04.11.
Herrn Dr. med. Volker *Heinke*, Dresden,
am 05.11.
Frau Dr. med. Elisabeth *Hennersdorf*,
Bischofswerda, am 06.11.
Frau Gerhild *Lischke*, Möser,
am 07.11.
Frau Dr. med. Gudrun *Glaß*, Görlitz,
am 08.11.
Herrn Dr. med. Konstantinos *Jordanidis*,
München, am 08.11.
Herrn Horst-Jürgen *Mikkat*,
Wald-Michelbach, am 09.11.
Frau Dr. med. Erika *Ostholt*, Sprockhövel,
am 10.11.
Frau Dr. med. Uta *Ringeling*, Hankens-
büttel, am 10.11.
Frau Dipl.-Med. Susanne *Schwela*, Erfurt,
am 11.11.
Frau Dr. med. Sonnhild *Suske*, Wunsiedel,
am 11.11.
Herrn Dr. med. Heinz *Reiniger*,
Ottobrunn, am 12.11.
Herrn Dr. med. Jochen *Müller*, Köln,
am 13.11.
Herrn Dr. med. Bernd *Simon*, München,
am 15.11.
Herrn Dr. med. Rüdiger *Szczepanski*,
Georgsmarienhütte, am 15.11.
Herrn Dr. med. Michael *Finke*, Leer,
am 16.11.
Herrn Dr. med. Theodor *Koster*,
Oberhausen, am 16.11.
Herrn Dr. med. Roland-Josef *Riedl-
Seifert*, Kassel, am 16.11.
Herrn Dr. med. Willi *Doerges*,
Mönchengladbach, am 18.11.
Herrn Dr. med. Bernd *Poser*,
Wipperfürth, am 19.11.
Herrn Dr. med. Franz *Thanner*, Passau,
am 20.11.

Herrn Dipl.-Med. Michael *Glaß*, Görlitz,
am 23.11.
Herrn Dr. med. Heinrich *Lang*, Stuttgart,
am 24.11.
Herrn Dr. med. Michael *Osang*,
München, am 25.11.
Herrn Dr. med. Tilman *Verbeek*, Zittau,
am 27.11.
Frau Karola *Ziegler*, Marsberg, am 27.11.
Frau Helgard *Salewski*, Burbach,
am 29.11.
Frau Dr. med. Christel G. *Schlender*,
Berlin, am 29.11.

70. Geburtstag

Frau Sigrun *Pfeiffer*, Hoyerswerda,
am 01.11.
Frau Dr. med. Gertraud *Thiele*, Freiberg,
am 01.11.
Herrn Dr. med. Adolf *Tier*, Hohenstein,
am 03.11.
Frau Dr. med. Erika *Hillebrand*,
Düsseldorf, am 05.11.
Frau Dr. med. Uta *Lübber*, Hamm,
am 05.11.
Frau Dr. med. Maria *Brommundt*,
Braunschweig, am 06.11.
Herrn Dr. med. Alfons *Steigenberger*,
Vilsbiburg, am 06.11.
Herrn Dr. med. Wilhelm *Janssen*, Langen,
am 07.11.
Frau Barbara *Littmann*, Stollberg,
am 07.11.
Frau Dr. med. Ursel *Schache*,
Zerpenschleuse, am 07.11.
Frau Dr. med. Anita Ch. *Heller*, Weimar,
am 09.11.
Herrn Dr. med. Ulrich *Panke*,
Kaufbeuren, am 15.11.
Herrn Dr. med. Volker *Wößner*,
Radolfzell, am 15.11.
Frau Dr. med. Christa *Graf*,
Horn-Bad Meinberg, am 17.11.
Herrn Dr. med. Klaus *Schwieger*, Leipzig,
am 18.11.
Herrn Dr. med. Jürgen *Kerstan*,
Hildesheim, am 19.11.
Frau Ute *Klien*, Güstrow, am 22.11.
Herrn Dr. med. Werner *Nogossek*, Zörbig,
am 22.11.
Frau Dr. med. Heidi *Swetschin*, Stuttgart,
am 22.11.
Frau Dr. med. Ines *Stegner*, Oelsnitz,
am 27.11.
Herrn Dr. med. Norbert *Borig*, Mainz,
am 28.11.
Herrn Dr. med. Berthold *Blömer*,
Damme, am 29.11.

75. Geburtstag

Herrn MR Dr. med. Christian *Töpfer*,
Fürstenberg, am 01.11.
Herrn Dr. med. Gotthilf *Seiler*, Riedstadt-
Goddelau, am 06.11.
Frau Dr. med. Tilla *Gritzmann*, Stuttgart,
am 07.11.
Herrn Dr. med. Bertold A. *Kurtz*, Stolberg,
am 10.11.
Herrn Dr. med. Josef *Lang*, Stade,
am 15.11.
Herrn Dr. med. Shaker *Hilali*, Offenbach,
am 25.11.
Herrn Dr. med. Helmut *Jung*, Hamburg,
am 28.11.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Ingeborg *Waldmann*,
Krefeld, am 06.11.
Frau Dr. med. Maria *Wendl*, München,
am 13.11.
Herrn Prof. Dr. med. Dieter *Lüders*,
Seesen, am 21.11.
Herrn Dr. med. Reinhold *Lerner*,
Gerolzhofen, am 22.11.

81. Geburtstag

Herrn Dr. med. Reinhart *Gidion*,
Hamburg, am 30.11.

82. Geburtstag

Frau Dr. med. Agnes *Bohmert*, München,
am 04.11.
Herrn Dr. med. Kurt *Weimar*, Wiesbaden,
am 07.11.
Herrn Dr. med. Harald *von Zimmermann*,
Köln, am 10.11.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Margot *Puschmann*,
Tönisvorst, am 12.11.
Frau Dr. med. Hanne-Lore *Karch*, Berlin,
am 30.11.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Schmitz*,
Gelsenkirchen, am 021.11.
Herrn Dr. med. Günter *Kretschmar*,
Traunreut, am 11.11.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Irmgard *Holzer*,
Baden-Baden, am 06.11.
Frau Dr. med. Silvia *Koch*, Hemer,
am 17.11.
Frau Dr. med. Christiane *Klein*, Essen,
am 22.11.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Anne *Rieder*, Mannheim,
am 09.11.

Herrn Dr. med. Karl-Ernst *Sudhoff*, Leer, am 14.11.

Herrn Dr. med. Heinz *Schmidt-Rohr*, Wiesloch, am 27.11.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Hildegard *Schneider*, Edingen-Neckarhausen, am 05.11.

Frau Dr. med. Irmgard *Bohe*, Warder, am 28.11.

89. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. med. Heinrich *Rodeck*, Recklinghausen, am 01.11.

Frau Dr. med. Gisela *Kaselowsky*, Gütersloh, am 04.11.

Herrn Dr. med. Günter *Lampe*, München, am 11.11.

Herrn Dr. med. Jürgen *Rosenthal*, Lohr, am 18.11.

Herrn Dr. med. Heinz *Scheurer*, Lüdenscheid, am 21.11.

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Härtel-Bothe*, Hannover, am 01.11.

Herrn Dr. med. Burckhardt *Knaut*, Lage, am 20.11.

Herrn Dr. med. Karl Bernd *Starke*, Essen, am 24.11.

95. Geburtstag

Frau Dr. med. Erika *Böhm*, Weißenburg, am 09.11.

Frau Dr. med. Eughenia *Popovici*, München, am 16.11.

Frau Dr. med. Irmgard *Dorn*, Dortmund, am 30.11.

Wir trauern um:

Frau Dr. med. Erika *Drescher*, Berlin
Herrn Dr. med. Helmut *Obertreis*, Papenburg

Frau Dr. med. Hildegund *Olbrich*, Bautzen

Frau Dr. med. Elisabeth *Schmalzhaf*, Stuttgart

Frau Bettina *Settegast*, Herzogenrath
Frau Dr. med. Ulrike *Stubig*, Horb

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Gisela *Sohl*

Herrn Dr. med. Thomas *Backhaus*

Herrn Dr. med. Thomas *Werner*

Landesverband Bayern

Herrn Dr. med. Christian *Wander*

Frau Dr. med. Claudia *Ringert-Esmaeili*

Frau Dr. med. Simone Diana *Wohlmann*

Frau Dr. med. Maru *Bohdansky*

Frau Dr. med. Kerstin *Stecker*

Frau Dr. med. Despina *Rüssmann*

Frau Eveline *Kraus-Kinsky*

Frau Dr. med. Gudrun *Schick-Niedermeier*

Frau Dr.med.univ.Budapest Claudia *Söhngen*

Frau Dr. med. Susann *Überreiter*

Frau Dr. MV Budapest Gisela *Aladics*

Landesverband Brandenburg

Frau Dipl. Med. Gisela *Brauer-Gabrys*

Landesverband Bremen

Herrn Martin *Schacht*

Landesverband Hamburg

Frau Dr. med. Christine *Moorthi*

Frau Dr. med. Julia *Blonder-de Vivie*

Landesverband Nordrhein

Frau Anja Elisabeth *Will*

Frau Efi *Mitsinga*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Herrn Dr. med. Uwe *Peters*

Landesverband Saarland

Frau Anja *Triem*

Landesverband Sachsen

Frau Dr. med. Silvia *Bubbnik*

Herrn Dr. med. Dirk *Hausen*

Herrn Dr. med. Stephan *Rupprecht*

Landesverband Thüringen

Herrn Dr. med. Rainer *Gebhardt*

Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Birgit Andrea *Aldinger*

Nur Ihr Urteil bringt uns weiter!

**Wir wollen mehr
Informationsqualität
für Sie.**

Helfen Sie mit, damit Ihnen weiterhin eine gute Fachpresse und ein optimales Informationsangebot zur Verfügung stehen.

In diesen Monaten befragt die Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V. Sie und Ihre

Kollegen zum Leseverhalten und zu Ihren Präferenzen in der Fachpresse.

**KINDER-UND
JUGENDARZT**

+

LA-MED

Pulmonal arterielle Hypertonie (PAH)

Neue, pädiatrische Formulierung von Bosentan (Tracleer®) zur kindgerechten PAH-Therapie

Die europäische Arzneimittelagentur EMA (European Medicines Agency) hat der neuen, dispergierbaren 32 mg-Tablette von Bosentan (Tracleer®) die Zulassung erteilt. Diese neue Formulierung zur Herstellung einer Suspension wurde im Rahmen der FUTURE-1-Studie bei Kindern mit pulmonal arterieller Hypertonie ab zwei Jahren untersucht. Mit der Zulassung durch die EMA ist Bosentan jetzt das erste und einzige PAH-Therapeutikum mit pädiatrischer Formulierung. Zurzeit ist der orale duale Endothelin-Rezeptor-Antagonist Bosentan in Europa für die Behandlung der pulmonal arteriellen Hypertonie (PAH) der WHO-Funktionsklassen II und III zugelassen. Außerdem reduziert Bosentan die Anzahl neuer digitaler Ulzerationen bei Sklerodermie-Patienten, die an digitalen Ulzerationen leiden (Tracleer®-Fachinformation).

Pulmonal arterielle Hypertonie im Kindesalter ist eine schwerwiegende Erkrankung. Bleibt sie nach der Diagnosestellung unbehandelt, ist von einer geschätzten mittleren Überlebensdauer von 10 Monaten auszugehen (D'Alonzo 1991). Bislang gab es kein Medikament, das für die Behandlung von PAH bei Kindern unter 12 Jahren zugelassen war. Tracleer® ist nun das einzige PAH-Medikament, das auch in Deutschland in Form einer speziellen pädiatrischen Formulierung verordnet werden kann. Die Pharmakokinetik, Verträglichkeit und Sicherheit der neuen dispergierbaren Formulierung von Bosentan wurden in der FUTURE-Studie (Pediatric Formulation of bosentan in pUlmonary arterial hypeRtension) untersucht. Das Sicherheitsprofil entsprach dem bei erwachsenen Patienten mit PAH (Beghetti 2007).

FUTURE-1-Studie

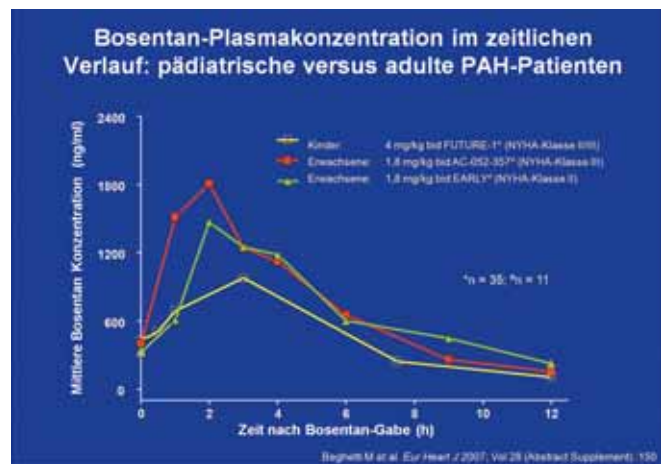
Die FUTURE-1-Studie war eine offene, multizentrische, nicht-kontrollierte Studie der Phase III. An der Studie nahmen 36 Patienten (Alter: ≥ 2 und < 12 Jahre) teil, die an idiopathischer oder familiärer PAH erkrankt waren. Vier Wochen lang erhielten die Patienten 2 mg/kgKG Bosentan in der neuen Formulierung (oral, dispergierbar, vierfach teilbar). Die Dosis wurde in den darauf folgenden vier Wochen auf 4 mg/kgKG bis Woche 12 erhöht.

Als primärer Endpunkt wurde die AUC_{tau} (area under the plasma-concentration-time-curve for a dosing intervall) von Bosentan in Woche 12 bestimmt. Sekundäre Endpunkte waren Parameter zur Verträglichkeit und weitere pharmakokinetische Parameter. Zu den explorativen Endpunkten zählten die Veränderung vom Ausgangswert bis Woche 12, was die vom Gesundheitszustand abhängige Lebensqualität, die WHO-Funktionsklasse und den allgemeinen klinischen Eindruck angeht.

Gut verträglich und wirksam

Die Studienergebnisse zeigen, dass die mit Bosentan erreichten Expositions-Leveln in pädiatrischen und adulten Patienten unterschiedlich waren. Die erreichte Bosentan-Exposition war dosisabhängig: Patienten, die 2 mg/kgKG erhielten, kamen auf die gleichen Plasma-Spiegel wie diejenigen, die 4 mg/kgKG erhielten. Die pädiatrische Bosentan-Formulierung wurde gut vertragen, das Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil war mit dem in vorangegangenen plazebokontrollierten klinischen Studien bei erwachsenen Patienten vergleichbar.

Was die explorativen Endpunkte angeht, zeigte sich bei der Mehrheit der Patienten unter Bosentangebe ein verbessertes oder zumindest gleichbleibendes Befinden (erhoben mittels SF-10-Fra-



gebogen „gesundheitsabhängige Lebensqualität“, WHO-Funktionsklassen-Analyse und Beurteilung des klinischen Gesamteindrucks durch Eltern und behandelnde Ärzte) (Berger 2008).

Zitat

Prof. Dr. med. Dietmar Schranz, Kinderkardiologe, Gießen: „Pädiatrische Patienten verstoffwechseln Medikamente anders als erwachsene Patienten. Diese Erkenntnis ist nicht neu, dennoch gibt es aktuell immer noch viel zu wenig speziell für Kinder entwickelte Darreichungsformen. Denn Studien mit Kindern sind vielen pharmazeutischen Unternehmen zu teuer, zu aufwändig und letztlich, da eine begrenzte Zielgruppe betreffend, nicht ausreichend effektiv. Daher begrüßen wir es, dass auf der Basis der FUTURE-1-Studie eine pädiatrische Formulierung von Bosentan entwickelt werden konnte. Damit können auch unsere kleinen Patienten von den Fortschritten in der PAH-Therapie profitieren, was bei einer Erkrankung mit dieser ernststen Prognose von großer Bedeutung ist.“

Literaturhinweise:

- Barst RJ et al.: Clin Pharmacol Ther 2003;73:372-82
- Beghetti M et al.: FUTURE-1 study. Eur Heart J 2007;28 (Abstract Supplement):150
- Berger RMF et al.: Cardiol Young 2008; 18 (Abstract 08-8, AEPC Kongress 2008 in Venedig)
- D'Alonzo G et al.: Ann Intern Med 1991;115:343-349.
- Tracleer®-Fachinformation

Nach Informationen der Actelion Pharmaceuticals GmbH, Freiburg



Reifere Frühgeborene: Scheinbar gesund und doch gefährdet

Identifizierung von Risikofaktoren ermöglicht gezielten Einsatz von Palivizumab für RSV-Prophylaxe

Reifere Frühgeborene werden in ihrer Entwicklung häufig wie termingeborene Babys wahrgenommen. Sie weisen jedoch eine höhere Morbidität und Mortalität auf. Darüber hinaus ist bei ihnen die Gefahr, infolge einer schweren Infektion mit dem Respiratory Syncytial Virus (RSV) hospitalisiert zu werden, etwa doppelt so hoch wie bei Termingeborenen. Diese Frühgeborenen der Schwangerschaftswoche (SSW) 33 bis 35 können eine Immunprophylaxe gegen schwere RSV-Infektionen mit dem monoklonalen Antikörper Palivizumab (Synagis®) erhalten. Hierfür müssen nach dem aktuellen Therapiehinweis des gemeinsamen Bundesausschusses zwei zusätzliche Risikofaktoren vorliegen. Die Gabe von Palivizumab reduziert Krankenhausaufenthalte bei diesen Kindern nachweislich um 80 Prozent und scheint auch die Inzidenz wiederkehrender Gienens effektiv zu verringern.

Reifere Frühgeborene stellen in der Regel keine oder eine geringe neonatologische Herausforderung dar, vor allem im Vergleich mit Frühgeborenen ≤ 32 . SSW, erklärte Priv. Doz. Matthias Keller, Essen, auf dem Symposium „Späte Frühgeburt - ein unterschätztes Risiko“ im Rahmen der 105. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in Mannheim. Oftmals wiegen diese Kinder ähnlich viel wie reife Termingeborene, sodass sie häufig in Level 3-Kliniken behandelt werden und/oder direkt zur Mutter können.

Die Rate der reiferen Frühgeborenen steigt im Vergleich zu den „frühen Frühchen“ jedoch kontinuierlich an, wie Zahlen aus den USA oder Deutschland zeigen, und liegt bereits bei 70 Prozent von allen Frühgeborenen. Diese Kinder haben ein höheres Risiko für die Entstehung von medizinischen Komplikationen.

Keller präsentierte aktuelle Daten einer prospektiven Studie der Arbeitsgruppe von U. Reddy, in der bei 3,5 Millionen Termingeborenen und 300.000 reiferen Frühgeborenen die Mortalitätsraten analysiert wurden (1). „Die Daten sind erschreckend: Mit jeder Schwangerschaftswoche, in der das Kind zu früh auf die Welt kommt, verdoppelt sich das Risiko der Mortalität.“ Dies sei zudem nicht nur auf die neonatale Sterblichkeit bezogen, auch die kindliche Sterblichkeit liege in einem ähnlichen Bereich. „Im Durchschnitt weisen Frühgeborene eine um den Faktor fünf erhöhte

Sterblichkeit auf“, so Keller abschließend und forderte, dass der Begriff „Near Term“ bzw. „fast am Termin“ nicht verwendet werden sollte, da er zu einer Unterschätzung der Komplikationen führen kann, welche durch die Unreife dieser Frühgeborenen entstehen.

Unreife Bronchien und zu niedriger Antikörperspiegel bei reiferen Frühgeborenen

Mögliche Ursachen für die erhöhte Morbidität bei reiferen Frühgeborenen sind die Unreife der Lunge und das unterentwickelte Immunsystem. Dies erläuterte

Prof. Jürgen Seidenberg, Oldenburg, in seinem Vortrag. Bei reiferen Frühgeborenen ist die Lungenentwicklung noch nicht abgeschlossen, was sich in einer unvollständigen Ausbildung der Alveolen und damit einer geringeren Oberfläche für den Gasaustausch sowie einem geringeren Lungenvolumen äußert. Zudem sind die kleineren Bronchien zu diesem Zeitpunkt noch dickwandig und eng, was den Gasaustausch erschwert und sie nach einer Virusinfektion anfälliger für Obstruktionen macht.

Auch eine verringerte Antikörperbildung spielt laut Seidenberg eine wichtige Rolle für die verstärkte Morbidität später

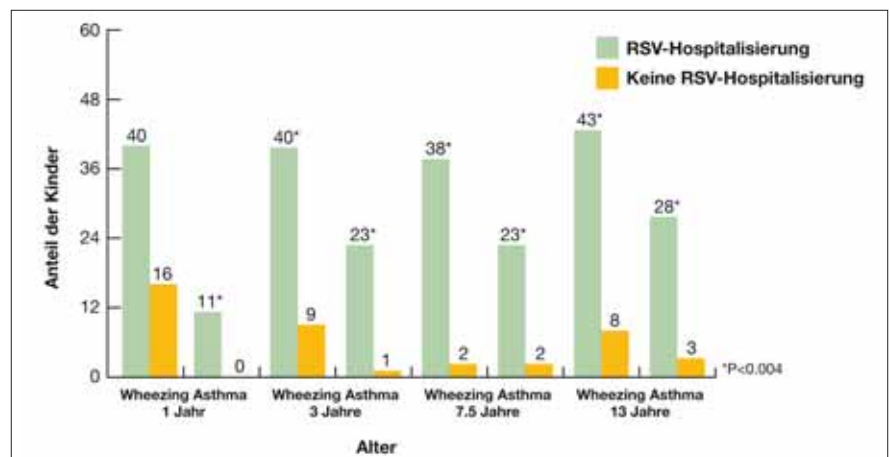


Abb. 1: Zusammenhang zwischen schweren RS-Virusinfektionen im Säuglings- und Kleinkindalter und der Entwicklung von Asthma und obstruktiven Atemwegserkrankungen (mod. nach Sigurs N et al.: Am J Respir Crit Care Med. 2005; 171(2): 137-41; Sigurs N et al.: Am J Respir Crit Care Med. 2000; 161:1501-1507; Sigurs N et al.: Paediatr. Respir Rev 2002; 3: 177-83)

Frühgeborener. So könne man in diesem Alter von deutlich niedrigeren Antikörperspiegeln ausgehen als bei Reifgeborenen, da die Antikörperübertragung erst im dritten Trimenon, also ab SSW 29, beginnt.

RS-Virus gefährdet auch reifere Frühgeborene

Niedrige IgG-Spiegel sowie eine nicht ausreichende zelluläre Abwehr bei reiferen Frühgeborenen bedeuten demnach eine vermehrte Anfälligkeit für bakterielle und virale Infektionen, wie z.B. mit dem RS-Virus. Die Häufigkeit einer notwendigen Krankenhausbehandlung auf Grund einer RS-Virusinfektion bei diesen Kindern ist fast doppelt so hoch wie bei Termingeborenen: 57,2 vs. 29,5 pro 1000 Kinder (2). Auch der Schweregrad der Infektion ist verglichen mit Termingeborenen deutlich erhöht: Dies zeigte sich in der erhöhten Intubationsrate (38,7 vs. 12,1%) und längeren Krankenhausaufenthaltsdauer (8,4 vs. 4,1 Tage) dieser Kinder im Vergleich zu Reifgeborenen (3).

Die Spätfolgen einer durchlebten RS-Virusinfektion seien oft unterschätzt, mahnte Seidenberg. Die betroffenen Kinder wiesen häufiger obstruktive Atemwegserkrankungen oder asthmaphne Symptome auf (Abb. 1).

Eine prospektive skandinavische Untersuchung zeigt, dass die RSV-Bronchiolitis ein eigenständiger Risikofaktor für Asthma ist. 23 Prozent der Kinder, die im Säuglingsalter eine RSV-Bronchiolitis erlitten, entwickelten bis zum Alter von 7 1/2 Jahren asthmaphne Symptome. Bei

Kindern, die sich nicht mit dem RS-Virus infiziert hatten, bekamen nur 2 Prozent Asthma (4).

Palivizumab: RSV-Prophylaxe reduziert Hospitalisierung und Langzeitfolgen

Bei einer schweren RS-Virusinfektion kommen nur symptomatische Therapieoptionen wie z.B. die unterstützende Gabe von Sauerstoff sowie eine vorübergehende Beatmung in Frage, da es keine kausale Therapie der Infektion gibt.

Über die allgemeinen Hygienemaßnahmen und Kohortierung der erkrankten Kinder im Krankenhaus kommt der medikamentösen Infektionsprophylaxe eine wichtige Bedeutung zu.

Bereits die Ergebnisse der Zulassungsstudie IMPact (5) zeigten eindrücklich, dass die Hospitalisierungsrate bei reiferen Frühgeborenen der SSW 32 bis 35 durch eine RSV-Prophylaxe mit dem Antikörper Palivizumab um 80 Prozent gesenkt werden kann (Abb. 2).

Durch die effektive Prophylaxe sei es zudem möglich, das Auftreten chronischer respiratorischer Morbiditäten wie Giemen oder Asthma zu verringern.

Seidenberg präsentierte eine im Journal of Pediatrics veröffentlichte Studie mit insgesamt 421 Frühgeborenen (≤ 35 . SSW). Eine Gruppe hatte während ihres ersten Lebensjahres mindestens drei Mal Palivizumab zur RSV-Prophylaxe erhalten, die andere Gruppe war nicht mit dem monoklonalen Antikörper behandelt worden (6). Die Palivizumab-Gruppe umfasste

191 Kinder im Alter von weniger als 36 Monaten, die wegen einer RS-Virusinfektion nicht stationär behandelt wurden. Das Ergebnis: Die Inzidenz wiederkehrenden Giemens war bei Kindern, denen Palivizumab verabreicht wurde, um 49 Prozent geringer als bei der Vergleichsgruppe (13 % vs. 26 %, $p=0,001$). In der Palivizumab-Gruppe wurde zudem eine um 51 % (8 % vs. 16 %, $p=0,011$) reduzierte Inzidenz ärztlich diagnostizierten wiederkehrenden Giemens gegenüber den nicht-behandelten Kleinkindern beobachtet.

Prophylaxe sinnvoll und kosteneffizient für Frühgeborene

Eine Prophylaxe mit Palivizumab wird bei Frühgeborenen der SSW 29 bis 35 vom Gemeinsamen Bundesausschuss als wirtschaftlich angesehen, wenn mindestens zwei Risikofaktoren für eine schwere RS-Virusinfektion vorliegen (7).

„Die Gruppe der Frühgeborenen der SSW 33–35 macht über zwei Drittel aller Frühgeburten aus“, so Prof. Volker Stephan, Berlin. Man könne aus Kostengründen nicht bei jedem reiferen Frühgeborenen eine RSV-Prophylaxe durchführen, jedoch könne Palivizumab gezielt und damit kosteneffektiv bei Kindern mit Risikofaktoren für eine schwere RS-Virusinfektion eingesetzt werden. Zu diesen zählen beispielsweise schwere neurologische Erkrankung, Vorhandensein von Geschwistern im Kindergarten und Schulalter sowie Entlassung aus der Neonatologie zwischen Oktober und Dezember.

Literatur

- (1) U. Reddy et al.: PEDIATRICS Vol. 124 No. 1 July 2009, pp. 234-240
- (2) Boyce TG et al. Journal of Pediatrics 2000. 137: 865-870
- (3) Horn SD et al. J Pediatr 2003. 143: 133-141
- (4) Sigurs N, Bjarnason R, Sigurbergsson F, Kjellman B: Respiratory syncytial virus bronchiolitis in infancy is an important risk factor for asthma and allergy at age 7. Am J Respir Crit Care Med 2000, 161:1501-1507.
- (5) Impact-RSV Study Group. Pediatrics 1998. 102: 531-537
- (6) Simoes EAF et al. Journal of Pediatrics 2007. 151: 34-42
- (7) Bundesanzeiger Nr. 181 (S 4 260) vom 27.11.2008

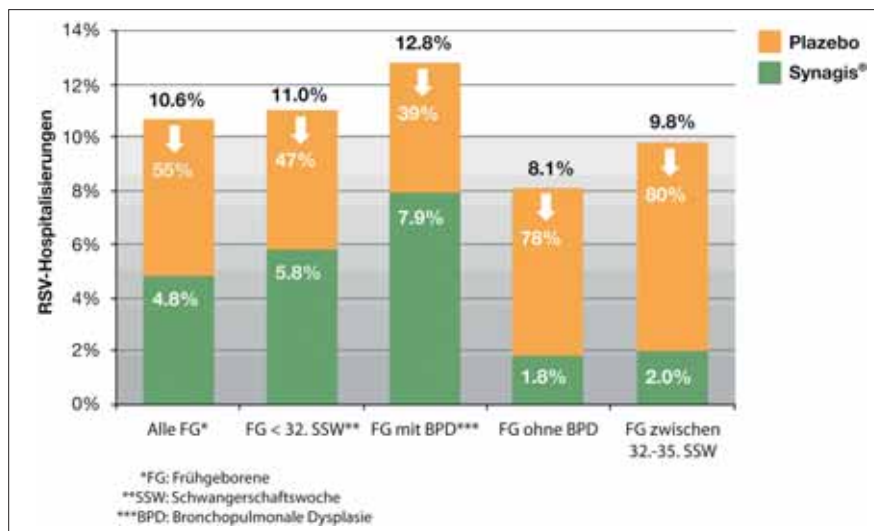


Abb. 2: Palivizumab-Prophylaxe reduziert RSV-Hospitalisierungen über alle Frühgeborenen-Subgruppen (mod. nach Impact-RSV Study Group. Pediatrics 1998. 102: 531-537)

Symposium „Späte Frühgeburt – ein unterschätztes Risiko“ im Rahmen der 105. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in Mannheim, 4. September 2009. Gabriele Fischer v. Weikersthal, München
Veranstalter: Abbott GmbH & Co. KG

Qualitätsmanagement praktizieren (Teil 5)

Impf-doc fördert die Qualitätssicherung – BergApotheke begleitet Einführung elektronischer Impfplanung

Effizientes Impfmanagement ist eine tägliche Herausforderung für jedes Praxisteam. Unterstützung bei der Qualitätssicherung und Fehlerkontrolle bietet das Software-Tool *Impf-doc*.

Die BergApotheke begleitet die Implementierung elektronischer Impfplanung im Rahmen individueller Praxis-Schulungen.

Impfungen gehören zu den wichtigsten Präventionsmaßnahmen in der Medizin. Ein vollständiger Impfschutz sollte daher oberstes Ziel für jeden Patienten sein.

Doch es ist nicht immer leicht, den Überblick über die 22 in Deutschland zugelassenen Impfungen, darunter 13 von der STIKO für das Kinder- und Jugendalter empfohlene, zu behalten. Hinzu kommt der Anspruch, aus den mehr als 100 zugelassenen Einzel- und Kombinationsimpfstoffen und einer großen Präparatvielfalt von mehr als 500 Packungen, eine effiziente Auswahl für das Impfangebot zu treffen. Darüber hinaus sind unter QM-relevanten Aspekten Lieferantenauswahl, Kühllogistik und Lagerhaltung zu organisieren.

Um diese vielfältigen Anforderungen, die in der QM-Richtlinie des G-BA an das

praxisinterne Qualitätsmanagement gestellt werden, vollständig und zugleich zeit- und kostenoptimiert erfüllen zu können, wurde das Software-Tool *Impf-doc* entwickelt. Es ist in den gängigen Arztsoftwaresystemen, zum Teil sogar kostenfrei, verfügbar (www.impfdoc.de).

Dr. Hans-Jürgen Schrörs, Leiter des Instituts für medizinische Information und „Erfinder“ des elektronischen Impfplaners, betont die Bedeutung der automatischen Erstellung von Impfplänen und die Terminierung von Auffrischimpfungen. Unter Berücksichtigung von Alter, Diagnosen und Gefährdungsgrößen verknüpft das Programm diese Parameter mit den aktuellen Empfehlungen der STIKO.

Nach dem Motto „Mit einem Klick alles im Blick“ kann bei jedem Patientenkontakt das Impfbuch geprüft und mit *Impf-*

doc abgeglichen werden. Die Ampelfunktion zeigt sofort den Status für jede Impfung an – eine notwendige Grundimmunsierung oder Auffrischimpfung kann dadurch nicht mehr übersehen werden.

Die BergApotheke bietet mit ihren TÜV-zertifizierten Außendienstmitarbeitern im Rahmen von **QM kompakt** umfassende Beratung in allen Fragen des Impfmanagements bis hin zur Integration elektronischer Impfplanung in das praxisinterne Qualitätsmanagement.

Nina Passoth

Kontakt:

BergApotheke Tecklenburg
Parkplatz an der Post 1 • 49545 Tecklenburg
Tel. 0800/184 53 90 • Fax 0800/184 53 91
impfservice@berg-apotheke.de •
www.berg-apotheke.de

Moderne Pedikulozide: Pädiater erwarten Sicherheit und Wirksamkeit – mit Depot-Effekt

Wenn's um die Laus geht, wollen Pädiater ganz sichergehen – das zeigt eine aktuelle repräsentative Umfrage unter Kinderärzten. Zentrale Fragestellung: „Was erwarten Sie von einem modernen Kopflauspräparat?“

Für 97% der befragten Pädiater ist eine vom BfArM geprüfte Wirksamkeit und Verträglichkeit wichtig bis sehr wichtig, über 70% schenken zugelassenen Arzneimitteln das größte Vertrauen. Dabei bevorzugen nahezu alle Befragten (95%) ein Präparat mit klar definiertem Wirkstoff. Eine klare Absage geht an die Gruppe der Medizinprodukte: Nur 2% der Befragten gaben an, solchen Präparaten am meisten zu vertrauen. Weiterer wesentlicher Aspekt: eine so hohe Sicherheit, dass das Präparat bereits ab dem Säuglingsalter angewendet werden darf. Anforderungen, welche die alkoholische Permethrinlösung (InfectoPedicul®) ausnahmslos erfüllt.

Ein wichtiger Vorteil dieses Klassikers unter den Kopflausmitteln ist die volle Wirksamkeit auch bei unvollständiger

Umhüllung der Laus – eine Eigenschaft, die drei von vier Kinderärzten als wichtig bis sehr wichtig einstufen. Eine lang anhaltende Wirkung durch Imprägnierung des Haars mit Depot-Effekt bewerten zwei Drittel der Befragten als wichtig bis sehr wichtig. Auch hier kann die alkoholische Permethrinlösung punkten, da der Wirkstoff noch mehrere Tage nach der Applikation seine Wirkung auf Haare und Kopfhaut entfaltet. Eine große Sorge der Befragten gilt dem Auftreten von Resistenzen. Hier gibt Prof. Dr. Ralf Bialek jetzt Entwarnung: In einer aktuellen Untersuchung wurde überprüft, wie die Verbreitung des Resistenzgens in Läusen (*kdr*-Gen) mit der klinischen Wirksamkeit alkoholischer Permethrinlösung korreliert. Das Ergebnis: Zwar ist das *kdr*-Gen in Deutschland mit



90% weit verbreitet. Dennoch war InfectoPedicul® bei einer Zwischenauswertung der Studie in 95% aller Fälle zuverlässig wirksam.

Nach Informationen von InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH, Heppenheim

Positive Wirkung vielfältig wissenschaftlich bestätigt

Probiotischer Joghurtdrink kann körpereigene Abwehr stärken – bei Kleinkindern wie bei Heranwachsenden

Probiotika sind in aller Munde, doch entscheidend für den Einsatz in der Praxis ist eine hinreichende Evidenz. Eine umfassende Studienlage kann ein mit *Lactobacillus casei* DN-114 001 fermentiertes Milchprodukt (Actimel®) vorweisen: Bereits 25 veröffentlichte präklinische Studien und 25 publizierte klinische Studien bestätigten dessen positive Wirkung. Damit nicht genug! Weitere Ergebnisse zum Einfluss auf häufige Infektionskrankheiten bei Kindern stehen kurz vor der Veröffentlichung.

Aktuelle wissenschaftliche Daten aus der Probiotikaforschung präsentierten Experten im Rahmen des Symposiums „Von KiTa bis Ausbildung: Neue Studien zu Probiotika“ am 4. September 2009 während der 105. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in Mannheim. Unter dem Vorsitz von Prof. Berthold Koletzko (München) und Prof. Michael Radke (Potsdam) wurde vor allem über den präventiven Einsatz von Probiotika in der Kinderbetreuung und den Einfluss von Probiotika auf stressinduzierte Infektanfälligkeit bei jungen Erwachsenen diskutiert.

Nicht alle Probiotika sind gleich – Bakterienstamm entscheidet

Zahlreiche Studien belegen, dass ausgewählte Probiotika positive gesundheitliche Wirkungen entfalten können. Doch jede probiotische Kultur übt spezifische Effekte aus. „Nachweise zur gesundheitlichen Wirkung eines Stammes sind nicht auf Andere übertragbar, sondern durch klinische Studien am Menschen mit dem jeweiligen Stamm zu belegen“, so Prof. Radke, Potsdam. Nicht zuletzt stellen Untersuchungen mit dem verzehrfertigen Produkt selbst ein entscheidendes Qualitätskriterium dar.

Für das probiotische Milchgetränk Actimel® mit der besonderen Kultur *Lactobacillus casei* DN-114 001 wurde die positive Wirkung vielfältig nachgewiesen: 25 veröffentlichte präklinische und 25 publizierte klinische Studien mit einer hohen Zahl Menschen unterschiedlicher Altersgruppen bestätigten, dass der Joghurtdrink von Danone hilft, bei täglichem Verzehr im Rahmen einer ausgewogenen Ernährung und eines gesunden Lebensstils die Abwehrkräfte zu stärken. So auch bei Kleinkindern.

Positive Effekte auf häufige Infektionen im Kindesalter

Ob im Kleinkindalter, während der Schulzeit oder in der Ausbildung – die körpereigene Abwehr von Heranwachsenden ist vielfältigen Herausforderungen ausgesetzt. In diesem Zusammenhang wurde ein Einsatz von Probiotika auf dem Symposium diskutiert: „Zu den sehr gut untersuchten und mit Metaanalysen dokumentierten Einsätzen von Probiotika gehören die Behandlung der akuten Gastroenteritis und die Prävention von Antibiotika assoziierten Diarrhöen“, erklärte Prof. Christian Braegger, Zürich.

Besonders infektgefährdet sind zum Beispiel Kinder in Tageseinrichtungen durch den engen Kontakt untereinander. Diarrhöen sind dabei häufig auftretende gastrointestinale Infektionen. So wurde in einer multizentrischen Studie mit 928 Kleinkindern (6–24 Monate) der Einfluss des mit *L. casei* DN-114 001 fermentierten Milchproduktes untersucht. Es hat sich gezeigt, dass der probiotische Joghurtdrink im Vergleich zu herkömmlichem Joghurt die Häufigkeit von Durchfallerkrankungen signifikant reduziert¹. Dass durch den täglichen Actimel®-Verzehr auch die Schwere von Diarrhöen und die Dauer von Durchfallerepisoden bei Kindern gesenkt werden kann (5,3 vs. 4,3 Tage), zeigte eine randomisierte, plazebokontrollierte Doppelblindstudie mit 287 Kindern in Tagesstätten (6–36 Monate)².

Wirksamer Begleiter in der medizinischen Praxis

Infektionen mit *Helicobacter pylori* sind weltweit stark verbreitet, bedeutendste Ursache für die Entstehung von Magenschleimhautentzündungen sowie Magengeschwüren und treten gehäuft im Kindesalter auf.

Die Behandlung einer *H. pylori*-Infektion erfolgt üblicherweise durch eine Standard-Triple-Therapie. In einer prospektiven, randomisierten, plazebokontrollierten Doppelblindstudie mit 86 *H. pylori* positiv getesteten Kindern mit Gastritis hat sich gezeigt, dass der tägliche Verzehr von Actimel®, ergänzend zur Standard-Triple-Therapie und eine Woche im Anschluss daran, die Eradikationsrate von *H. pylori* im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant verbessern kann (84,6 % vs. 57,5 %)³.

Wirksamer Begleiter bei Allergien von Kindern

Die präventive und begleitende therapeutische Anwendung probiotischer Kulturen bei Nahrungsmittelallergien, atopischer Dermatitis und allergischem Asthma ist von starkem Interesse, da die Häufigkeit von Allergien seit den letzten Jahren stetig ansteigt. Daher wurde in einer prospektiven, plazebokontrollierten Doppelblindstudie mit 187 Kindern (Alter 2–5 Jahre) aus acht verschiedenen Kindertagesstätten über ein Jahr lang der Einfluss des probiotischen Milchgetränks auf allergische Asthma- und Heuschnupfenepisoden untersucht. Es konnte nachgewiesen werden, dass sich durch den Verzehr von Actimel® die Gesamtzahl der Heuschnupfenepisoden um etwa ein Drittel reduziert und die beschwerdefreie Zeit bis zum Auftreten der nächsten Heuschnupfen-/Asthmaepisode signifikant um über einen Monat verlängert (2,1 vs. 3,5 Monate)⁴.

¹ Pedone et al., Int J Clin Pract 2000; 54 (9): 568ff

² Pedone et al., Int J Clin Pract 1999; 53 (3): 179ff

³ Sykora et al., J of Clin Gastroenterol 2005; 39 (8): 692ff

⁴ Giovannini et al. 2007; Ped Res Vol. 62 (2): 215ff

Weniger Läusemittel

Bedarf an Pedikuloziden rückläufig – RKI und Stiftung Warentest geben Tipps – Nachteil für Ärzte: Preisentwicklung führt zu Mehrausgaben – Experte warnt: Teuerung gefährdet Therapiebereitschaft in der Selbstmedikation

Dass sich die Kopflaus auf einem epidemiologischen Eroberungsfeldzug durch Deutschland befindet, bezweifelt auch Dr. Udo Sellenschlo, der sich seit vielen Jahren am Hygiene-Institut Hamburg mit dem Thema beschäftigt. „Für eine Zunahme von Kopflausbefall gibt es keine Grundlage“, so der Biologe. „Läuse kommen immer wieder vor, mal mehr, mal weniger, und das seit Anbeginn der Menschheit.“ Fakt ist jedoch, dass es alljährlich nach den Sommerferien zu einer Häufung kommt. Eine wissenschaftliche Erklärung gibt es nicht. Ob die Reiselust der Deutschen mit diesem Phänomen im Bunde steht, ist ungewiss. Dafür könnte sprechen, dass in den Feriendomizilen rund um das Mittelmeer Läuse zur Hauptreisezeit besonders umtriebig sind. Wenn das Sommerklima im mediterranen Raum eine saisonale Häufung verschuldet, dann ist nicht ausgeschlossen, dass sich diese Häufung durch die Reisetätigkeit am Ende der Ferien nach Deutschland verschiebt. „Saisonale Schwerpunkte sind aber nicht außergewöhnlich, sie entsprechen der normalen epidemiologischen Entwicklung“, so Sellenschlo.

Auch Professor Jutta Klagen vom Umweltbundesamt in Berlin widerspricht der Vermutung, in Deutschland könne es ein akutes Läuseproblem auf breiter Front geben. „Läuse stehen heute zwar mehr im Blickpunkt der Öffentlichkeit“, erklärt die Sachverständige, in deren Abteilung Kopflausmittel auf Wirksamkeit und Umweltverträglichkeit geprüft werden. Sie wertet dies aber eher als positives Zeichen. Denn Aufklärung trägt zum Verständnis für die richtigen Behandlungsmaßnahmen bei. „Wenn der Läusemittelbedarf wieder zurückgeht, zeigt dies, dass der richtige Umgang mit Läusen in Kindergärten und im familiären Umfeld der Betroffenen inzwischen gelernt ist.“

Der richtige Umgang mit Kopfläusen

Zu den sinnvollen Behandlungsmaßnahmen zählt das Robert-Koch-Institut behördlich geprüfte und anerkannte Kopflausmittel. Verwendet werden hauptsäch-

lich natürlicher Pyrethrumextrakt sowie synthetisch hergestellte Insektizide wie Permethrin. Laut Stiftung Warentest sind Präparate mit diesen Wirkstoffen aufgrund ihrer dokumentierten Wirksamkeit und Verträglichkeit ohne Einschränkung zur Behandlung von Kopflausbefall geeignet. Weitere behördlich anerkannte Kopflausmittel enthalten Öle, die physikalisch die Atmung der Läuse lähmen.

Steigende Behandlungskosten

Während der Bedarf an Kopflausmitteln in den letzten Jahren zurückgegangen ist, sind die Behandlungskosten gestiegen. Ein Vergleich der Zahlen, die der Arzneiverordnungsreport für die Jahre 2002 bis 2007 vorgelegt hat, zeigt: Vor sieben Jahren betragen die durch Läusemittelverordnungen entstandenen Kosten noch rund 9,3 Millionen Euro. 2007 waren es bereits über 14 Millionen, was einer Zunahme von 50 Prozent entspricht. In dieser Zeit ist der Durchschnittspreis für Pedikulozide von elf auf 15 Euro gestiegen – eine Entwicklung, die für Patienten und Ärzte gleichermaßen problematisch ist. Dr. Sellenschlo erinnert daran, dass Läusemittel nur zum Teil und auch nur für Kinder unter 12 Jahren verordnungsfähig sind. Jugendliche und Erwachsene zahlen selbst.

Wer sich die Präparate nicht leisten kann oder will, greift möglicherweise zu unwirksamen Hausmitteln, so der Experte. Diese unbehandelten Fälle werden statistisch nicht erfasst, stellen aber unter dem Blickwinkel der Weiterverbreitung von Kopflausbefall ein Risiko dar. Insofern sei es durchaus sinnvoll, meint Sellenschlo, wenn das Läusemittelsortiment der Apotheke bei Bedarf auch die Auswahl preiswerter Alternativen zulässt. Gegenwärtig ist Goldgeist forte am Markt unter den empfohlenen Flüssigpräparaten das Pedikulozid mit dem günstigsten 100-Milliliter-Preis (Rote Liste: 75 ml 8,93 Euro).

Arzneimittelrichtlinie: Tagestherapiekosten beachten

Auch Ärzten muss die Kostenentwicklung ein Dorn im Auge sein, da ihr Ausgabenvolumen pro Patient und Quartal

durch bestimmte Richtgrößen begrenzt ist. Werden diese überschritten, droht die Wirtschaftlichkeitsprüfung und schlimmstenfalls ein Regress. Nach § 12 SGB V gilt für die Verordnung von Arzneimitteln das Wirtschaftlichkeitsgebot. Was darunter zu verstehen ist, hat der Gemeinsame Bundesausschuss G-BA in der aktuell überarbeiteten Arzneimittelrichtlinie definiert: „Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll dem Wirtschaftlichkeitsgebot durch kostenbewusste Verordnung entsprechen.“ Stehen mehrere gleichwertige Behandlungsstrategien zur Verfügung, soll die nach Tagestherapiekosten und Gesamtbehandlungsdauer wirtschaftlichste Alternative gewählt werden. Für Kopflausmittel hat der Arzneiverordnungsreport 2008 Tagestherapiekosten ermittelt. Danach entfallen auf Goldgeist forte mit 1,28 Euro die niedrigsten Kosten je verordneter Tagesdosis.

Quellen:

- IMS Institut für medizinische Statistik: Arzneimittel und Medizinprodukte gegen Kopflausbefall. Stand: 31.12.08.
- Robert-Koch-Institut: Kopflausbefall (Pediculosis capitis). RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte. November 2008.
- Stiftung Warentest: test 9-2008.
- Arzneiverordnungsreport. Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.). Heidelberg: Springer-Medizin-Verlag 2003-2008.
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie / AM-RL) in der Fassung vom 18. Dezember 2008 / 22. Januar 2009 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 49a in Kraft getreten am 1. April 2009.

*Nach Informationen von
EDUARD GERLACH GmbH /
Goldgeist forte
Bäckerstr. 4-8,
32312 Lübbecke*

Antibiotika-induzierte Durchfälle: Rehydratation (ORL) nicht vergessen

So wichtig und notwendig mitunter die Gabe von Antibiotika für Kinder sein mag, so sehr leiden viele (bis zu 40 % der Erkrankten) unter den unerwünschten Wirkungen einer antibiotischen Therapie. Eine der häufigsten Nebenwirkungen ist der Durchfall.

Vor allem die Breitspektrum-Antibiotika begünstigen das Wachstum pathogener Keime im Darm, wie *Clostridium difficile*; diese führen zur Schädigung der normalen Darmflora. Es kommt zu entzündlichen Veränderungen der Colon-schleimhaut, die makro- und mikroskopisch einer idiopathischen Colitis ulcerosa gleichen, und in der Folge zu Durchfällen. Bei diesem Prozess entstehen zusätzlich Toxine, die die Symptomatik verschlimmern. Im Detail ist folgende Pathogenese geklärt: vermehrte osmotisch aktive, schlecht resorbierbare Substanzen im Darmlumen; erhöhte intestinale Sekretion; Störung der Darmmotilität; Exsudation von Blut, Schleim und Eiweißen der entzündeten Darmwand.

Verbunden mit Durchfällen ist fast immer ein massiver Elektrolytverlust mit der

Gefahr einer raschen Dehydratation. Diese wird in drei Schweregrade eingeteilt: Minimale Dehydratation bei Gewichtsverlust weniger als 3 %, mittelschwere Dehydratation zwischen 3 bis 8 % Gewichtsverlust und schwere Dehydratation mit einem Gewichtsverlust von mehr als 9 %.

Ein primäres Therapiekonzept muss vor allem der Dehydratation Einhalt gebieten. Mittel der ersten Wahl sind nach einer Empfehlung der WHO und der ESPGHAN (Europäische Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung) Orale Rehydratationslösungen (ORL). Gesamtmolarität und Mengenverhältnisse von Natrium-Kalium und Chloridionen, Citrat und Glucose sind für standardisierte ORL, wie Oralpädon® von Stada, von entscheidender Wichtigkeit. Dieses Präparat wurde

kürzlich erst von Öko-Test mit „sehr gut“ bewertet.

Es ist längst Standard, bei der kindlichen Diarrhö – egal ob Antibiotika-induziert oder „normaler“ Durchfall – sofort und ausreichend mit ORL zu therapieren. Erbrechen stellt keine Kontraindikation dar. Auch die Gabe von die Darmschleimhaut schützenden Probiotika, die gern mit Antibiotika zusammen verordnet werden, kann die frühzeitige Gabe von ORL nicht ersetzen. Cola und Salztangen stellen aufgrund des nicht ideal abgestimmten Verhältnisses von Salz, Glucose und Elektrolyten ebenso keine Alternative dar wie die ausschließliche Gabe von Antidiarrhoika.

Nach Informationen der STADA GmbH, Bad Vilbel

„Positive opinion“ der EMEA:

13-valenter Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff zur Zulassung empfohlen

Der Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) der europäischen Zulassungsbehörde EMEA (European Medicines Agency) hat eine positive Stellungnahme für den 13-valenten Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff PCV13 von Wyeth abgegeben. Das CHMP empfiehlt die Zulassung von PCV13 zur aktiven Immunisierung von Kindern im Alter von 6 Wochen bis zu 5 Jahren zum Schutz vor invasiven Pneumokokken-Erkrankungen sowie vor Pneumonie und Otitis media, ausgelöst durch die 13 Serotypen, welche in PCV13 enthalten sind.¹ Die Stellungnahme des CHMP zu PCV13 wird nun an die Europäische Kommission weitergeleitet. Eine endgültige Entscheidung wird in den kommenden Wochen erwartet.

„Die positive Stellungnahme des CHMP bringt uns unserem Anliegen, Säuglinge und Kleinkinder in Europa mit einem Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff zu versorgen, der eine sehr breite Serotypenabdeckung besitzt, einen Schritt näher“, erklärte PD Dr. Peter-Andreas Löschmann, Medizinischer Direktor und Leiter klinische Forschung bei Wyeth Deutschland. „PCV13 ist eine Weiterentwicklung unserer derzeit verfügbaren Vakzine² und hat das Potenzial bei Zulassung in Europa vor den 13 häufigsten Serotypen, die Pneumokokken-Erkrankungen auslösen³, zu schützen. PCV13 beinhaltet auch Serotyp 19A, der sich zu einer ernst-

haften Bedrohung der öffentlichen Gesundheit in Europa und weltweit entwickelt hat.“⁴

PCV13 umfasst die sieben in Prevenar® enthaltenen Serotypen (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F und 23F)² sowie die sechs zusätzlichen Serotypen (1, 3, 5, 6A, 7F und 19A), die in hohem Maß für die durch Pneumokokken ausgelöste verbleibende Krankheitslast verantwortlich sind.⁴ Sowohl bei Prevenar® als auch bei PCV13 sind die Antigene an das immunologische Trägerprotein CRM₁₉₇ konjugiert, das seit 20 Jahren bei Vakzinen in der Pädiatrie eingesetzt wird. Wyeth hat die Zulassung für PCV13 in mehr als 50 Ländern weltweit beantragt.

Bereits im Juli diesen Jahres wurde PCV13 in Chile zugelassen. PCV13 wird derzeit auch in globalen Phase-III-Studien bei Erwachsenen untersucht.

1 Prevenar 13* SmPC 2009. Data on File.

2 PCV13-ISS, 2009 Data on File.

3 PCV13 Common Technical Document Summaries (CTDS).

4 Pneumococcal Global Serotype Project. Summary report of stage1/version 1 analysis. Available at:

http://www.preventpneumo.org/pdf/GSP%20Summary%20for%20SAGE%20Nov6-8%202007_Oct%2019-07.pdf. Accessed January 20, 2009.

Nach Informationen der Wyeth Pharma GmbH, Münster

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.**Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer**Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin
Tel.: 030/28047510, Tfx.: 0221/683204
stephan.esser@uminfo.de**Geschäftsführerin: Christel Schierbaum**Mielenforster Str. 2, 50169 Köln
Tel.: 0221/68909-14, Tfx.: 0221/68909-78
christel.schierbaum@uminfo.de**Mitgliederverwaltung****Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg**E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de
Tel.: 0221/68909-0, Tfx.: 0221/683204**Kongressabteilung****Kongresse des BVKJ****Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum**E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de
www.kongress.bvkj.de
Tel.: 0221/68909-15/16, Tfx.: 0221/68909-78**Präsident****Dr. med. Wolfram Hartmann**

Tel.: 02732/762900

E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Vizepräsident**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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“**Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen**

E-Mail: Christen@HKA.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

E-Mail: hoeger@kkh-wilhelmstift.de

Prof. Dr. med. Frank Riedel

E-Mail: friedel@uke.uni-hamburg.de

Dr. med. Wolfgang Gemp

E-Mail: dr.gemp@t-online.de

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Kinder- und Jugendarzt**Kinderärzte im Netz****Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin****Pädiatrisches Intranet PädInform**

www.kinder-undjugendarzt.de

www.kinderaerzte-im-netz.de

www.dakj.de

www.kinderumwelt.de/kontakt.htm

IMPRESSUM

**KINDER-UND
JUGENDARZT**

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

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

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. in Zusammenarbeit mit weiteren pädiatrischen Verbänden.**Geschäftsstelle des BVKJ e.V.:** Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer, Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin, Tel. (030) 28047510, Fax (0221) 683204, stephan.esser@uminfo.de; Geschäftsführerin: Christel Schierbaum, Mielenforster Str. 2, 50169 Köln, Tel. (0221) 68909-14, Fax (0221) 6890978, christel.schierbaum@uminfo.de.**Verantw. Redakteure für „Fortbildung“:** Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Kinderkrankenhaus auf der Bult, Janusz-Korcak-Allee 12, 30173 Hannover, Tel. (0511) 8115-3320, Fax (0511) 8115-3325, E-Mail: Christen@HKA.de; Prof. Dr. Frank Riedel, Altonaer Kinderkrankenhaus, Bleickenallee 38, 22763 Hamburg, Tel. (040) 88908-201, Fax (040) 88908-204, E-Mail: friedel@uke.uni-hamburg.de. Für „Welche Diagnose wird gestellt?“: Prof. Dr. Pe-

ter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel. (040) 67377-202, Fax -380, E-Mail: hoeger@kkh-wilhelmstift.de

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf, Tel. (0211) 5560838, E-Mail: regine.hauch@arcor.de; Dr. Wolfgang Gemp, Sonnenrain 4, 78464 Konstanz, Tel. (07531) 56027, E-Mail: dr.gemp@t-online.de

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

Die „Nachrichten aus der Industrie“ sowie die „Industrie- und Tagungsreporte“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“.

Druckauflage 12.500

lt. IVW II/2009

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

**Redaktionsausschuss:** Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, Dr. Wolfgang Gemp, Konstanz, Regine Hauch, Düsseldorf, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, Stephan Eßer, Köln, Christel Schierbaum, Köln, und zwei weitere Beisitzer.**Verlag:** Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Verlag Schmidt-Römhild, 23547 Lübeck, Christiane Kermel, Fax (0451) 7031-280 – **Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel. (0201) 8130-104, Fax (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Druck:** Schmidt-Römhild, 23547 Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 12mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.****Anzeigenpreisliste:** Nr. 42 vom 1. Oktober 2008**Bezugspreis:** Einzelheft € 9,90 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 99,- zzgl. Versandkosten (€ 7,70 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende. – In den Mitgliedsbeiträgen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. und des Berufsverbandes Deutscher Kinderchirurgen e.V. ist der Bezugspreis enthalten.

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

© 2009. 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.