

bvkJ.

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

Heft 04/13 · 44. (62.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Jugendmedizin
wird erwachsen

Fortbildung:

Themenschwerpunkt
Kinderdermatologie

Berufsfragen:

Marketing ohne
wissenschaftlichen
Beleg

Magazin:

Serie: Wie geht
es der Familie –
Familienfreundliche
Arbeitswelt



www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkJ.**

© Sergiy Bykhunenko - Fotolia.com



Serie: Wie geht es der Familie?

Familienfreundliche Arbeitswelt: Wunsch und Wirklichkeit

S. 188

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

Inhalt 4/13

Forum

- 137 Vermischtes
- 138 **Eigentlich ist es ganz anders, aber es kommt noch zu selten dazu**
Christoph Kupferschmid
- 142 **Das Leser-Forum**
- 143 **Theaterstück „Trau dich!“**
Regine Hauch
- 144 Vermischtes
- 146 **Weltweit größtes Down-Sportlerfestival in Frankfurt**
Regine Hauch
- 146 Impressum
- 147 Feuchte Luft schwächt Grippeviren

Fortbildung

- 148 **Editorial Themenschwerpunkt Kinderdermatologie**
Peter H. Höger
- 149 **Hauterscheinungen bei rheumatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter**
Antonia Kienast, Ivan Foeldvari
- 157 **Urtikaria**
Hagen Ott
- 161 **Mastozytosen im Kindesalter**
Meike Hengst, Hagen Ott
- 166 **Consilium Infectiorum: Nephrotoxisches Potential von Amalgam**
Klaus Mörike
- 168 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 173 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Peter H. Höger
- 175 **Suchtforum**
Matthias Brockstedt
- 177 **Impfforum**
Ulrich Heininger

Berufsfragen

- 178 **Osteopathie – Marketinginstrument der Krankenkassen**
Wolfram Hartmann
- 179 **Vorstandswahlen der DGAAP**
Wolfgang Gempp
- 180 **Ein Netz aus Helfern**
Regine Hauch
- 182 **ADHS in der Öffentlichkeit und in der wissenschaftlichen Fortbildung**
Kirsten Stollhoff
- 184 **Gesundheitsreform: Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung fordert Umdenken**
Stephan Eßer
- 185 **Aus der Sprechstunde: Wer kriegt die Privaten?**
Gerrit Tigges
- 187 **Das Düsseldorfer Mentorenprogramm**
Regine Hauch

Siehe S. 187



Magazin

- 188 **Serie: Wie geht es der Familie? – Familienfreundliche Arbeitswelt: Wunsch und Wirklichkeit**
Stefanie Neuffer
- 190 Praxistafel
- 191 **Verleihung des Preises Jugendmedizin**
Christoph Kupferschmid
- 191 **Buchtipps**
- 192 Fortbildungstermine BVKJ
- 194 Personalia
- 195 Sonstige Tagungen und Seminare
- 196 **Nachrichten der Industrie**
- 200 Wichtige Adressen des BVKJ

Beilagenhinweis:

Als Vollbeilage finden Sie in dieser Ausgabe ein Supplement des Bundesverbandes der Hersteller von Lebensmitteln für eine besondere Ernährung e.V. DIÄTVERBAND und eine Information der Pearson Assessment & Information GmbH. Außerdem als Teilbeilage das Programmheft der Pädiatrie am Bächle in Freiburg.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Kinder draußen, Tiere drin

Weil Ministerin Schröder Zweifel daran hat, mit einer Aufnahme von Kinderrechten ins Grundgesetz „die Alltagsprobleme von Kindern zu lösen“, ist sie dagegen. Dem Kinderschutz sei in einer Reihe von Gesetzen bereits genügend Rechnung getragen. Ein Bündnis aus Unicef, Kinderhilfswerk, Kinderschutzbund und der Liga für das Kind hat jetzt eine neue Initiative gestartet. Das Grundgesetz solle um einen Artikel 2a ergänzt werden mit folgendem Text:

- (1) Jedes Kind hat das Recht auf Förderung seiner körperlichen und geistigen Fähigkeiten zur bestmöglichen Entfaltung seiner Persönlichkeit.
- (2) Die staatliche Gemeinschaft achtet, schützt und fördert die Rechte des Kindes. Sie unterstützt die Eltern bei ihrem Erziehungsauftrag.
- (3) Jedes Kind hat das Recht auf Beteiligung in Angelegenheiten, die es betreffen. Seine Meinung ist entsprechend seinem Alter und seiner Entwicklung in angemessener Weise zu berücksichtigen.



© Smileus – Fotolia.com

(4) Dem Kindeswohl kommt bei allem staatlichen Handeln, das die Rechte und Interessen von Kindern berührt, vorrangige Bedeutung zu.

Mit dieser Verfassungsänderung möchte das Aktionsbündnis „die Position der Kinder im deutschen Rechtssystem stärken und ein klares Signal für mehr Kinderfreundlichkeit in Deutschland setzen“, sagte der Präsident des Deutschen Kinderhilfswerks, Thomas Krüger, in Berlin. Der BVKJ erhebt die Forderung einer Verfassungsänderung zugunsten von Kinderrechten ebenfalls seit langem. „Die Verankerung der Kinderrechte im Grundgesetz

hätte auch Signalwirkung“, hob Anne Lütkes, Vorstandsmitglied von UNICEF Deutschland hervor. Die Bundesrepublik sollte Vorreiter sein und nicht hinter Ländern wie Spanien, Österreich oder Südafrika zurückzubleiben. Dort seien die Verfassungen bereits zugunsten der Kinder verändert worden.

Bereits vor fünf Jahren nannte die CDU den Vorschlag, den Kinderschutz als Staatsziel zu verankern populistisch, absurd, gefährlich und kontraproduktiv. Im Jahr 2011 sind die Oppositionsfraktionen Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen sind mit ihrer Forderungen nach einer Aufnahme des Kinderschutzes in das Grundgesetz gescheitert.

Im Gegensatz zum Kinderschutz hat der Tierschutz in Deutschland bereits Verfassungsrang. Niemand würde ernsthaft behaupten, dass der Tierschutz ansonsten nicht geregelt wäre und durch Art. 20a GG die Alltagsprobleme der Tierhaltung und der frei lebenden Tiere gelöst wären.

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

Comic „Herzflattern“ für Jugendliche mit angeborenem Herzfehler

Wie fühlt es sich an verliebt zu sein, wenn ich gleichzeitig herzkrank bin? Darf ich Sex haben? Was muss ich bei der Verhütung beachten? Und was ist, wenn ich wegen meiner großen Narbe auf der Brust zurückgewiesen werde? Diese Fragen und Unsicherheiten beschäftigen Jugendliche mit angeborenem Herzfehler (AHF) in der Pubertät. Der BVHK hat das Thema aufgegriffen und daraus mit Hilfe junger Menschen mit AHF und mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit einen Comic über Lisa und Max gemacht.

Die 15-jährige herzkrankte Lisa verliebt sich in Max. Aber sie weiß nicht, wie sie ihm von ihrem Herzfehler erzählen soll.

Und sie weiß nicht, wie ihr Körper reagiert, wenn „es“ passiert.

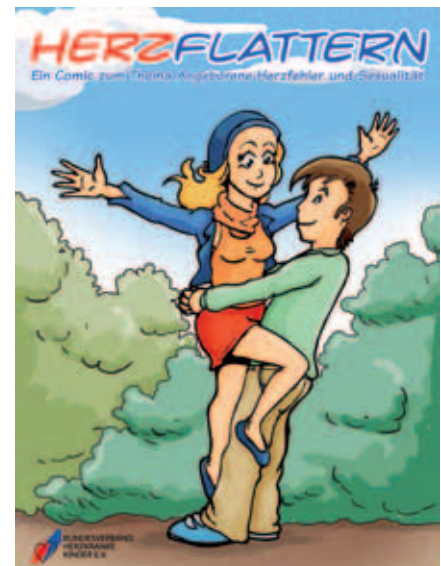
„Herzflattern“ erzählt die Geschichte von Max und Lisa in Form eines Manga-Comics und gibt dabei unterhaltsam und leicht verständlich jede Menge hilfreicher Tipps, worauf es beim Flirten, in einer Freundschaft und beim Sex ankommt.

Der Comic kann beim BVHK kostenlos bestellt werden:

telefonisch 02 41 - 91 23 32

per e-mail: bvhk-aachen@t-online.de

online auf www.bvhk.de



Red.: ReH

19. Kongress für Jugendmedizin vom 1. bis 3. März 2013

Eigentlich ist es ganz anders, aber es kommt noch zu selten dazu



Dr. Christoph
Kupferschmid

Denken Jugendliche an Vorsorge, meinen sie Altersvorsorge. Das Wort betrifft sie nicht. Gesundheitsprävention ist für viele ein Fremdwort. Denken Erwachsene an Jugendliche, assoziieren sie „Pubertät“ und „schwierig“. Auch viele Kinder- und Jugendärzte. Wie bringt man das zusammen? Wie veranlasst man Jugendliche, die weit weg leben von Gedanken an Krankheit und Tod, ihren Arzt aufzusuchen. Welche Schlüsselqualifikationen machen Jugendärzte aus? Wie können sie neue Vorsorgen ernsthaft und ohne Zeitstress durchführen? Was erwartet sie und welche Rolle haben sie gegenüber den Eltern?

Die J1 ist selbst schon im Jugendlichenalter angelangt. Aber immer noch führt sie unter den Vorsorgen ein Schattendasein. Wieder kamen in Weimar über 450 Kinder- und Jugendärzte zu jugendmedizinischen Themen zusammen. Weimar ist ein traditioneller Treffpunkt der Kinder- und Jugendärzte. Besonders jener aus den Praxen mit denen vom öffentlichen Gesundheitsdienst und mit den Sozialpädiatern. Beklagenswert unterrepräsentiert waren die Träger der pädiatrischen Zukunft: die jungen Kolleginnen.

Jugendliche sind eine schlecht versorgte Patientengruppe. Nur jede/r Dritte geht zur Vorsorgeuntersuchung J1. Die J2 mit 16 Jahren nehmen nur 10–15 Prozent der Anspruchsberechtigten wahr. Das ist schlecht für die Jugendlichen, denn viele sind tatsächlich Patienten. Sie wissen es aber nicht. Bei 70 Prozent findet man anlässlich der J1 gesundheitliche Störungen, die den Betroffenen und ihren Familien zuvor nicht bekannt waren, erinnerte **Dr. Uwe Büsching**, Bielefeld. Auch daran, dass schon 10 Jahre lang bekannt ist, dass bei jedem vierten Jungen und bei jedem fünften Mädchen Hinweise für eine psychische Auffälligkeit bestehen. Es ist auch schlecht für Jugendärzte, wenn Jugendliche nicht zur Vorsorge kommen. Etwa 15 Millionen Euro extrabudge-

täres Geld entgeht ihnen pro Jahr, knapp 3.000 € pro Praxis. Wenn die Prämisse stimmt, dass Früherkennung spätere Kosten spart, ist die geringe Beteiligung der Jugendlichen an Präventionsuntersuchungen auch schlecht für die Krankenkassen und für die ganze Gesellschaft.

Pull and push

Das ist nicht schicksalhaft, Einladen hilft. Nachdem in Mecklenburg-Vorpommern die Familien Jugendlicher über den öffentlichen Gesundheitsdienst zur Vorsorge aufgefordert wurden, hat sich die Teilnahme etwa verdoppelt. **Dr. Burkhard Ruppert**, Berlin, schickt SMS oder lieber eine E-Mail, wenn es Zeit für eine Jugendvorsorge ist. Es begrüßt es auch selbst, wenn ihn sein Autohändler an die fällige Inspektion erinnert. Über 70 Prozent der Eltern wollen diese Erinnerung und der Recall ist erfolgreich. Natürlich müssen sich die Familien vorher einverstanden erklärt haben. Ohne Einverständnis muss man teure Briefe schreiben. Zwei Stunden pro Quartal rechnet Ruppert den Aufwand für elektronische Einladungen inzwischen. Wenig gemessen am Ergebnis: Die Teilnahmequote hat sich nachhaltig gesteigert. Recall erfordert, so Ruppert, ein verändertes Denken in den Praxen. Insbesondere die Mitarbeiterinnen müssen motiviert werden, denn nicht nur Jugendliche haben Widerstände. Bei jedem Kontakt im entsprechenden Alter sollten wir an Jugendmedizin denken – auch an die Impfungen.

Ruppert mahnt einen Paradigmenwechsel: hin zur Praxis für Prävention. Jugendmedizin sollte als pädiatrische Kernkompetenz wahrgenommen werden.

Fast weihnachtliche Abendstimmung in Weimar





Medizin und Kunst von Kindern in Berlin

Wenn sie aber kommen ...

Vorsorgeuntersuchungen für Jugendliche von Ostern bis Oktober. Während der Infekt-Saison ist dafür keine Zeit. Die Kindervorsorgen sind bereits kaum zu bewältigen. Dr. Uwe Büsching und **Michael Achenbach**, Plettenberg, haben Angebote gegen die alltägliche Zeitnot: Strukturierte Anamnese, Fragebögen und Tests. Jugendliche wollen meist keine schnellen Lösungen ihrer Probleme. Sie wollen Ernst genommen werden. Verspricht ihr Arzt, sich vor dem nächsten Termin den Fragebogen genau anzusehen, ist das erfüllt. Viel besser, als wenn für die J1 wegen eines Zusatzproblems noch etwas von der ohnehin knappen Sprechzeit zugefügt wird. Diese fehlt zwangsläufig an einer anderen Stelle. Eine strukturierte schriftliche Anamnese für einen psychosozialen Vorstellungsanlass hilft auch bei späteren akuten Erkrankungen. Besonders dann, wenn sie Fragen zum Lebensumfeld und zu früheren Untersuchungen und Behandlungen enthält. Und Fragebogentests kann man abrechnen. In jedem Falle dann, wenn sie auffällig sind. Die Vortragenden empfehlen die Mannheimer Bögen oder jene von Connors. Der „Strength und Difficulties Questionary“ (SDQ) ist im Internet in 55 Sprachen erhältlich, die mit einer einzigen Folie ausgewertet werden können. Speziell

für die J1 eignet sich auch der Bogen von Reynolds (RAASI).

Insbesondere die J1 nach dem neuen BVKJ-Konzept beinhaltet eine mehrdimensionale Bereichsdiagnostik. **Prof. Ronald Schmid**, Altötting, sieht den Wert dieser Untersuchung eher bei 56 Euro als beim bisherigen Beitrag.

„Eigentlich bin ich ganz anders ...“

„Ich komme nur viel zu selten dazu.“ So heißt das Kongressmotto richtig. Udo Lindenberg hat es getextet. Auch er hat eine wichtige Zeit in Weimar verbracht. 30.000 Synapsen gehen während der Pubertät zuweilen in einer einzigen Sekunde verloren und werden neu geknüpft. 30 Prozent der dopaminergen Rezeptoren gehen verloren. Diese ungeheure Zahl nannte **Dr. Caroline Maxton**, Hamburg. Die Katastrophe ereignet sich überwiegend im präfrontalen Kortex. Wesentliche Zentren für die Bewertung und Steuerung des Verhaltens sind betroffen. Kein Wunder, dass Kinder nach dem elften Geburtstag ihr soziales Gespür „im Sturzflug“ einbüßen (Büsching). Aus diesem Ausnahmezustand des Gehirns mit extremen Inkonsistenzen kämen sie erst mit etwa 18 Jahren wieder zurück. Die Rückkehr eines verloren geglaubten Sohnes – allemal ein Fest wert. Jugendärzte müssen Eltern die Neurobiologie der Pubertierenden erklären: was sie so schwierig macht und so wenig selbstkritisch. Sie müssen auch darum wissen, dass der Melatoninzyklus um zwei Stunden nach hinten verschoben ist. Spät ins Bett gehen und morgens schlafen ist in der Pubertät physiologisch. Ein Schulbeginn um 7:45 Uhr ist es nicht. Auch nicht das Frühstück um sieben. In dieser „zweiten Autonomiephase“ sei Eigenständigkeit wichtiger als soziale Beziehung. Eigentlich seien die Erwachsenen die Hilflosen und die Lehrer die Unwissenden. Wenn Jugendliche Hilfe brauchen, komme sie häufig zu spät.

Dieser Ansicht widerspricht **Dr. Gabriele Trost-Brinkhues**, Aachen. Hilfe komme immer rechtzeitig. „Die späten Hilfen von heute sind die frühen Hilfen von morgen.“ Hiermit ist nicht nur die Kette aus Bildungsferne und sozialer Benachteiligung gemeint. Sie möchte Jugendliche ihre Entwicklungsaufgaben abschließen lassen, bevor sie in die nächste Generation übertreten. Sie



„Es ist noch nicht so lange her, da war ich selbst Jugendliche“

Dr. Sabine Eigner, München, ist eine der wenigen jungen niedergelassenen Kongressbesucherinnen. Sie ist zum ersten Mal auf dem Weimarer Jugendmedizinkongress. Wir sprachen am Rande des Kongresses mit der jungen Kollegin über ihre Erwartungen:

„Ich erwartete in Vorträgen und Seminaren konkrete Tipps: Wie baue ich eine Jugendgesundheitsuntersuchung auf? Worauf muss ich besonders achten? Wie bringe ich die Jugendlichen zu mir her? Wie schaffe ich es, dass sie gerne kommen? Wie gehe ich mit den Fragen der Jugendlichen gut um?“

„Ich habe in Weimar dazu viel Anregung erhalten und auch viele Bestätigungen, dass ich es eigentlich gar nicht schlecht mache. Ich habe leichteren Zugang zu den Jugendlichen, weil ich selbst noch nicht so alt bin.“

Andere haben es schwerer: „Ich fühle mich wie ein Pennäler“, bekannte ein junger Praxisassistent vor dem Kongress. „Die Inhalte der Jugendmedizin und der Vorsorgen gehen völlig an der Realität der klinischen Ausbildung vorbei.“

Gerade für diese jungen Kolleginnen und Kollegen zeigt sich der größte Nutzen des Weimarer Jugendmedizinkongress.

Kup

sollen Schulabschlüsse nachholen, wenn ihr „Hirnumbau“ abgeschlossen ist. Denn fehlende Bildung beeinträchtigt auch alle Bereiche der Gesundheit. Die direkten gesellschaftlichen Folgekosten mangelnder Bildung von Jugendlichen betragen 2–3 Milliarden Euro jährlich. Volkswirtschaftlich schlage der Schaden in den nächsten 50 Jahren mit 2,8 Billionen Euro zu Buche. Trost-Brinkhues möchte, dass wir Ernst machen mit Bildung für alle. Denn „Bildungsferne wächst sich nicht aus, sie wird schlimmer“.



Die Organisation erhielt Bestnoten

Lebenskompetenz steht nicht in Broschüren

Das ärztliche Gespräch ist wichtiger und wirksamer als andere Präventionsmaßnahmen. Fernsehspots und Flyer gehen an den Zielgruppen vorbei, erklärte der Psychologe **Thomas Altgeld**, Hannover. Die Autoren denken nicht in den Welten der Zielgruppen, sondern in ihren eigenen. Kein Wunder, dass nur zwei von 208 Projekten zur Prävention des Alkoholmissbrauchs bei Jugend-



lichen die Betroffenen erreicht. Dies sei Ergebnis einer DIMDI-Recherche. Insofern erwartet sich Altgeld vom neuen „Präventionsstärkungsgesetz“ wenig Fortschritte. Es setze auf mehr Flyer und Broschüren. Das sei „mehr desselben“. Wie wenn die Betroffenen die Informationen für eine Kampagne zur Alphabetisierung auf einem Plakat lesen müssten. Viel wichtiger als Einzelkampagnen gegen Alkohol, Rauchen etc. sei es, die Lebens- und Sozialkompetenz der Jugendlichen zu fördern.

Christoph Kupferschmid
Ch.Kupferschmid@t-online.de

**Viele Wege
führen zum
Ziel**

Fotos:
Helmut Hoffmann,
Berlin

Projekte zum Mitmachen:

- „**Recall 2000**“. Ein Projekt zur Evaluation digitaler Recall-Systeme. Betreuung Dr. Burkhard Rupprecht, Berlin. Teilnehmer melden sich per E-Mail an info@imoev.de.
- **Facebook-Projekt**: Jugendliche fragen ihren Jugendarzt. Interessierte melden sich bei Michael Achenbach, Plettenberg, E-Mail: m.achenbach@uminf.de
- **Projekt BLIKK – Studie zum Umgang mit Medien**. Das Projekt möchte nachweisen, dass primäre Prävention Sinn macht und geht jetzt in die zweite Phase. Benötigt werden 100 Datensätze aus 100 Praxen. Teilnehmer melden sich bitte bei Dr. Uwe Büsching, E-Mail ubbs@gmx.de

Kup

Ausschreibung „Preis Jugendmedizin“

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. vergibt in Zusammenarbeit mit der Firma Galderma Laboratorium GmbH für hervorragende Leistungen auf dem Gebiet der Betreuung von Jugendlichen den „Preis Jugendmedizin“ für das Jahr 2014. Er ist mit 5.000,- € dotiert und wird an Gruppen, Institutionen und Persönlichkeiten verliehen.

Der Preis soll Personen, Arbeitsgruppen oder nicht staatlichen Institutionen, Initiativen oder Vereinen zuerkannt werden, die sich um die Betreuung Jugendlicher verdient gemacht haben. Da – dem ganzheitlichen Ansatz des BVKJ e.V. entsprechend – eine Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendärzte mit anderen, sich um die Belange der Jugendlichen bemühenden Instanzen, nicht nur sinnvoll, sondern unbedingt notwendig ist, sollte der Preis möglichst an nicht medizinische Institutionen und Initiativen vergeben werden. Dies soll das große Interesse an einer solchen Zusammenarbeit dokumentieren.

Vorschläge für diesen Preis sind **bis zum 10.09.2013** zu richten an den:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.
– Kennwort „Preis Jugendmedizin“ –
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Das Leser-Forum



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

Kliniken können mehr für Frühgeborene tun



von Regine Hauch,
KiJuA (2013)
Heft 2, S. 11

Vielen Dank für diesen sehr wichtigen Artikel in Ihrer Zeitschrift. Gerade die kleinsten und kränksten unserer Patienten sollten eine gute emotionale und entwicklungsfördernde Betreuung bekommen. Das St. Joseph-Krankenhaus in Berlin-Tempelhof hat aus diesem Grunde schon lange das Zertifikat als Babyfreundliche Kinderklinik und kümmert sich insbesondere um **BEST**-Kriterien, nämlich Bindung, Entwicklung und Stillen. Genau wie das Eltern-Baby-Zentrum in Salzburg haben wir seit 2009 Rooming-in-Zimmer auf unserer Neonatologischen Intensivstation.

Bei geplanten Um- oder Neubauten laden wir gerne zur Besichtigung ein.

Dr. B. Schmidt
Chefärztin Kinderklinik
St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Tempelhof
Red.: ReH



Hausbesuch bei Daniel Bahr

von Regine Hauch, KiJuA (2013) Heft 2,
S. 41 ff.

Mit großem Interesse habe ich das Interview mit Bundesgesundheits-

minister Daniel Bahr in unserer Zeitschrift gelesen. Erfreulich: das Bekenntnis des Ministers zu den Vorsorgeuntersuchungen. Es lässt darauf hoffen, dass nun auch Taten folgen. Unser Berufsverband hat ein vollkommen neues Vorsorgeheft entworfen. Dieses sollte nun als Grundlage für das geplante neue Präventionsgesetz dienen.

Was fordern wir als BVKJ im Einzelnen?

– Das Gesetz muss so gestaltet werden, dass alle Kinder und Jugendlichen von 0 bis 18 Jahren einen **Anspruch auf regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen** haben. Der bisherige Gesetzesentwurf sieht dies nicht vor. In dem Interview kündigt der Minister an, die Vorsorgelücke im Grundschulalter zu schließen. Einer weiteren Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche erteilt er eine (vorläufige) Absage. Dies halte ich für falsch. Eine einzige Früherkennungsuntersuchung ab dem zehnten Lebensjahr ist zu wenig. Gerade für Jugendliche besteht noch die Chance, eine Krankheit zu vermeiden oder Krankheitsfolgen zu mindern.

– Die **primäre Prävention** sollte neben der physischen und psychischen Gesundheit auch die geistige, emotionale und psychosoziale Entwicklung berücksichtigen.

– Eine **vorausschauende Beratung** muss Bestandteil des Gesetzes werden. Dabei sollen altersbezogen gesundheitliche Verhaltensweisen angesprochen, aber auch die gesundheitliche Eigenkompetenz, die Eigenverantwortung und die Ressourcen

der Familie gefördert sowie über typische Gefahren und Risiken informiert werden.

– **Boni für die Teilnahme an U-Untersuchungen** sollten nicht bezahlt werden, da diese bereits kostenlos sind. Es ist vielmehr ein verpflichtendes Einladungssystem zu den Vorsorgeuntersuchungen notwendig. Nur damit lassen sich auch Kinder aus bildungsfernen Schichten oder mit Migrationshintergrund erreichen. Dieses Vorgehen hat sich bereits in vielen Bundesländern bewährt und zu einer deutlichen Steigerung der Teilnehmerate geführt.

– Die **Durchführung und Abrechnung der Vorsorgeuntersuchungen** sollten an eine abgeschlossene Weiterbildung im Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin gebunden sein.

– In dem geplanten Beratungsgremium der Ständigen Präventionskonferenz des BMG sollten mindestens **zwei VertreterInnen des BVKJ** eingebunden sein. Immerhin führen dessen Mitglieder 90 Prozent aller Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen durch.

Und last but not least: Der BVKJ muss endlich – mit Hilfe des Ministeriums – in die Lage versetzt werden, die in den Vorsorgeuntersuchungen erhobenen Daten elektronisch auszuwerten.

Wie man an dieser Aufzählung sieht: es gibt noch viel zu tun, bevor das neue Präventionsgesetz in Kraft treten und Nutzen entfalten kann.

Dr. Hermann Josef Kahl
Sprecher des Ausschusses Prävention und Frühtherapie des BVKJ, Düsseldorf

Red.: ReH

Terminhinweis

29.11.–30.11.2013 in Frankfurt: **PRAXISABGABESEMINAR** und

30.11.–01.12.2013 in Frankfurt: **2. Orientierungskongress des BVKJ und der DGKJ**

Auskunft / Anmeldung: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-15, E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

Theaterstück „Trau dich!“ zur Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs

Kinderrechte, körperliche Selbstbestimmung und sexueller Kindesmissbrauch sind die Themen des Theaterstücks „Trau dich!“, das am 1. März in Berlin uraufgeführt wurde. Das interaktive Stück der deutsch-schweizerischen Künstlergruppe Kompanie Kopfstand ist ein wichtiges Element der gleichnamigen bundesweiten Initiative zur Prävention des sexuellen Kindesmissbrauchs, die im November 2012 gestartet ist und bis Ende 2014 läuft. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat die Initiative gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) konzipiert. Kinder zwischen acht und zwölf Jahren sollen gestärkt werden und Informationen erhalten, wo sie im Falle eines Übergriffs Hilfe finden. Prominent unterstützt wird die Initiative von der ARD-Moderatorin Caren Miosga.

„Mit dem Theaterstück werden die Kinder direkt erreicht: Ihnen wird klar gemacht, dass sie nicht allein sind, dass sie über alles sprechen dürfen, dass sie ernst genommen werden und dass ihnen geholfen werden kann“, sagte Bundesfamilienministerin, **Dr. Kristina Schröder**, bei der Premiere in Berlin.

Prof. Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der BZgA, erklärte: „Trau Dich!“ führt die jungen Zuschauerinnen und Zuschauer al-



tersgerecht und sensibel an das Thema Kinderrechte und Missbrauch heran. Präventionsmaßnahmen müssen sich aber auch an die Erwachsenen richten, denn sie sind für den Schutz der Kinder verantwortlich. Deswegen werden vor den Auführungen die Eltern informiert und die schulischen Fachkräfte fortgebildet, um sie für die Thematik zu sensibilisieren und das Gelernte der Kinder bekräftigen und begleiten zu können.“

Die bundesweite Initiative zur Prävention des sexuellen Kindesmissbrauchs bietet neben dem Theaterstück Eltern, Lehrern und pädagogischen Fachkräften Informationen, Veranstaltungen und Fortbildungen an. Über das Online-Portal werden Kinder mit altersgerechten Materialien angesprochen. Für den niedrigschwelligen Kontakt unterstützt und kooperiert die Initiative mit der kostenlosen, bundesweiten „Nummer gegen Kummer“ (0800 / 111 0 333), einem Beratungstelefon für Kinder und Erwachsene. Das Theaterstück „Trau dich!“ reist bis Ende 2014 durch Deutschland. Nächste Stationen sind Zwickau (9./10.4.), Kassel (23./24.4.), Koblenz (25./26.4.), Kiel (22.5.) und Rostock (23.5.).

Die bundesweite Initiative zur Prävention des sexuellen Kindesmissbrauchs beruht auf Erkenntnissen des Runden Tisches Sexueller Kindesmissbrauch. Aktuelle Zahlen bestätigen den Bedarf an Aufklärung und Prävention. Die Polizeiliche Kriminalstatistik von 2011 zeigt einen Anstieg auf mehr als 12.000 gemeldete Fälle sexuellen Missbrauchs. Experten gehen davon aus, dass die Dunkelziffer weitaus höher liegt.

Mehr Infos unter <http://www.trau-dich.de>

Red: ReH

Hermann-Emminghaus-Preis 2013 verliehen

Nach Nachwuchswissenschaftler des Universitätsklinikums Aachen erhält Auszeichnung für seine wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema „Neurobiologische Aspekte dissozialer Störungen“

In Anerkennung seiner wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema „Neurobiologische Aspekte dissozialer Störungen“ wurde der Hermann-Emminghaus-Preis 2013 an PD Dr. med. Timo Vloet vom Universitätsklinikum Aachen verliehen. Der Kinder- und Jugendpsychiater nahm die Auszeichnung im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung des XXXIII. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) am 6. März 2013 in Rostock entgegen. Der von Lilly Deutschland GmbH unterstützte und mit 5.500 Euro dotierte Hermann-Emminghaus-Preis zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wurde bereits zum vierzehnten Mal verliehen.

„Die Arbeiten von Dr. Vloet zeichnen sich durch eine Methodenvielfalt aus. Die Untersuchungsergebnisse sind innovativ und von zukunftsweisender Bedeutung für die Aufklärung neurobiologischer Faktoren bei der Entwicklung dissozialer Störungen bei Kindern und Jugendlichen“,

Preisträger und Laudator



begründete der Kuratoriumsvorsitzende Prof. Dr. Dr. Martin Schmidt die Wahl des Preisträgers.

Der Preisträger PD Dr. Vloet hatte insgesamt zehn Arbeiten eingereicht. In einer der prämierten Arbeiten des Preisträgers PD Dr. Vloet sprechen die Untersuchungsergebnisse der neuropsychologischen Daten zum einen für eine kognitive Beeinträchtigung im Bereich der Impulskontrolle bei Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens. Diese könnten zu einem ungünstigen Verlauf der Symptomatik beitragen. Zum anderen konnte anhand einer neuropsychologischen Untersuchung zum Belohnungssystem aufgezeigt werden, dass nicht nur monetäre, sondern auch soziale Belohnungen bei Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens verhaltenswirksam sind.

Red: ReH

Neue Servicebroschüre der KBV: „Barrieren abbauen – Ideen und Vorschläge für Ihre Praxis“

Behinderten Menschen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der auch Ärzten eine wichtige Rolle zukommt. Mit der Broschüre „Barrieren abbauen – Ideen und Vorschläge für Ihre Praxis“ unterstützt die KBV Praxen dabei, sich noch

stärker auf die speziellen Bedürfnisse von Behinderten einzustellen. Dabei geht es nicht allein um den räumlichen Zugang und bauliche Veränderungen, um bessere Beleuchtung oder variable Sitzmöglichkeiten, sondern auch um die richtige Ansprache und Kommunikation.

Die KBV stellt das Serviceheft kostenfrei zur Verfügung. Exemplare können bestellt werden unter: versand@kbv.de. Die Broschüre steht zudem im Internet als PDF und als barrierefreie Textversion bereit: www.kbv.de/barrieren-abbauen.html.

Red: ReH

● Wenn Schackeline zur U6 kommt

Unsere Lieblingsnamen im April

Berenike-Constanze-Marie-Alexandrine, Brooklyn, Chelsea, Lula Rosylea, Lumen, Mailo, Matiu, Ramaya-Lisa, Roar, Tabitha, Wolf-Frederik-Joachim-Arthur, Ymea.

Red: ReH



© Philipus - Fotolia.com

● Zahl des Monats

Nach Schätzung der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) müssen weltweit etwa **215 Millionen** Kinder und Jugendliche zwischen fünf und 17 Jahren arbeiten, **115 Millionen** davon unter ausbeuterischen und oft gesundheitsschädlichen Bedingungen.

Red: ReH

Weltweit größtes Down-Sportlerfestival in Frankfurt

Das weltweit größte Sportfest für Menschen mit Down-Syndrom geht am 4. Mai 2013 in Frankfurt in die 11. Runde

Neueste Erkenntnisse zeigen: Menschen mit Down-Syndrom können durch Sport und Bewegung ihr körperliches Wohlbefinden enorm steigern. Das Deutsche Down-Sportlerfestival motiviert seit elf Jahren dazu und bietet Jahr für Jahr mehr Sportarten zum Kennenlernen und Ausprobieren an.

Mehr als 2.500 Gäste und 600 Sportler mit Down-Syndrom – das war die Rekordbilanz 2012. Damit ist das Deutsche Down-Sportlerfestival weltweit die größte und wichtigste Sportveranstaltung für Menschen mit Down-Syndrom. Die Vorfreude auf diesen Tag ist bei den Teilnehmern so groß, dass sie bereits Monate vorher trainieren. Bundesweit haben sich sogar Gruppen gegründet, die sich gemeinsam auf das Festival vorbereiten.

Außerdem vermittelt der Veranstalter, Hexal, seit Neuem Sport-Paten, welche die Teilnehmer das ganze Jahr über beim Training unterstützen – mit positivem Nebeneffekt. „Durch regelmäßigen Sport gewinnen Menschen mit Down-Syndrom an Selbstvertrauen und verlieren überschüssiges Körpergewicht. Auch ihre allgemeine Leistungsfähigkeit, ihre Willenskraft und Ausdauer nehmen zu. Nach einigen Jahren sehen sie genauso athletisch aus wie Sportler ohne Down-Syndrom“, sagt Prof. Dr. med. Holm Schneider, Leiter des Pädiatrischen Forschungszentrums am Universitätsklinikum Erlangen.

Damit sind die gängigen medizinischen Annahmen überholt: Bisher galten Menschen mit Down-Syndrom als wenig leistungsfähig, ihr Bindegewebe als zu locker und die typischen Körperproportionen als kaum veränderbar.



Red: ReH

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

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

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

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

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

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

Druckauflage 13.730

lt. IVW IV/2012

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 46 vom 1. Oktober 2012

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

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

© 2013. 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.



LA-MED

Feuchte Luft schwächt Grippeviren

Eine höhere Luftfeuchtigkeit schützt einer US-Studie zufolge vor Grippe, berichtet die dpa. Nach einer Reihe von Versuchen kommen amerikanische Wissenschaftler zu dem Schluss, dass eine relative Luftfeuchte ab 40 Prozent die Infektiosität von Influenzaviren drastisch senkt.

Daraus leiten die Forscher des National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) in der Fachzeitschrift „PLOS One“ praktische Tipps ab, wie sich Ärzte und Pfleger gegen die hochansteckenden Erreger wappnen können.



Zu lange im Wartezimmer gegessen?

Das Resultat bietet eine Erklärung dafür, dass gerade im Winter viele Menschen an Grippe erkranken. Zu diesem Phänomen gibt es verschiedene Theorien – etwa dass trockene Luft in geheizten Räumen die Schleimhäute reizt und Menschen so anfälliger für Infektionen macht. Oder dass viele Menschen sich eher in Gebäuden aufhalten, was die Ansteckung fördert. Andere Studien deuten darauf hin, dass die Luftfeuchtigkeit den Viren zusetzt. Die neue, aufwän-

dige Untersuchung zeigt nun, wie sehr Luftfeuchte die Viren schwächt.

Studie mit realitätsnahen Bedingungen

In der Studie legten die Wissenschaftler besonderen Wert auf realitätsnahe Bedingungen: Passend zur Winterzeit, in der besonders viele Grippe-Patienten Arztpraxen und Kliniken aufsuchen, untersuchten sie die Ansteckungsgefahr in Innenräumen. Um den Kontakt zu Patienten zu simulieren, stellten sie in einer Kammer zwei Puppen in zwei Metern Entfernung auf. Wie bei Husten stieß eine Puppe Luft mit Influenzaviren aus. Gleichzeitig atmete die andere Puppe ein. Die Infektiosität des Luft-Viren-Gemischs prüften die Forscher dann bei relativen Luftfeuchtigkeiten im Raum zwischen sieben und 73 Prozent.

Bei einer Feuchte bis 23 Prozent waren etwa drei Viertel der Viruspartikel noch nach einer Stunde ansteckend. Bei etwa 43 Prozent Feuchtigkeit schrumpfte der Anteil der infektiösen Teilchen auf nur noch etwa ein Fünftel, 14 Prozent. Am meisten setzte die Feuchtigkeit den Erregern innerhalb der ersten 15 Minuten zu. Angesichts des deutlichen Effekts raten die Wissenschaftler, in betroffenen Teilen von Krankenhäusern die Luft anzufeuchten.

Welche Keime sich nach einiger Zeit in solchen Luftbefeuchtern tummeln, beantwortet die Studie nicht.

Quelle: dpa

Red: ReH

Service-Nummer der Assekuranz AG

für Mitglieder des Berufsverbandes der
Kinder- und Jugendärzte

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

(02 21) 6 89 09 21.



Editorial ● ● ●

Themenschwerpunkt Kinderdermatologie

„Spiegel der Seele“, „Fenster des Körperinneren“ – dass die Haut mehr ist als Mantel, ist auch dem Nicht-Dermatologen bewusst. Die Dermatologie entstammt der inneren Medizin, ihre Urväter waren Internisten, die sich der vielfältigen Beziehungen zwischen inneren Erkrankungen und äußeren Erscheinungen bewusst wurden. Gerade auch in der Pädiatrie ist die Kenntnis von Erkrankungen des Hautorgans von alltäglichem Nutzen. In pädiatrischen Notfallambulanzen und in der Praxis ist man bei 15–20 Prozent der Patienten mit „Hautproblemen“ konfrontiert. Leider werden Hautkrankheiten nicht selten und gleich in mehrfacher Hinsicht unterschätzt: Hautveränderungen werden oftmals nicht richtig interpretiert, obwohl sie bei rund 35 Prozent der im Krankenhaus behandelten Kinder zur Hauptdiagnose beitragen bzw., bei richtiger Deutung, in 8 Prozent diese sogar verändern können (1). Notfälle gibt es auch in der (pädiatrischen) Dermatologie, und sie sind oft keinesfalls banal, gelegentlich sogar lebensbedrohlich und müssen daher rasch erkannt und behandelt werden (2). Unterschätzt wird schließlich auch, wie hoch der Leidensdruck bei chronisch hautkranken Kindern und ihren Familien ist. Depression und Antriebsarmut können Spätfolgen der unzureichenden Behandlung eines atopischen Ekzems im Säuglings- und Kleinkindesalter sein (3).

Vor diesem Hintergrund möchten wir in diesem Schwerpunktheft einige pädiatrisch-dermatologisch relevante Krankheitsbilder etwas ausführlicher darstellen: Bei rheumatischen Erkrankungen sind Hautveränderungen nicht selten die Vorbo-

ten, manchmal auch (wie bei verschiedenen Formen des Lupus erythematodes) lange Zeit die einzigen, auf die Erkrankung hinweisenden Symptome. Auch Mastozytosen können teils mit rein kutanen, teils mit systemischen Krankheitssymptomen einhergehen und sollten daher dem Kinder- und Jugendarzt geläufig sein. Die vielfältigen Formen der Urtikaria und ihrer Differenzialdiagnosen schließlich stellen in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht eine Herausforderung dar.

Wir hoffen, dass diese Übersichtsartikel Ihr Interesse an der Kinderdermatologie wecken bzw. erhalten werden und wünschen Ihnen eine angenehme Lektüre!

Literatur

- Baibergenova A, Shear NH. Skin conditions that bring patients to emergency departments. *Arch Dermatol* 2011; 147: 118-120
- Hubert JN, Callen JP, Kasteler JS. Prevalence of cutaneous findings in hospitalized pediatric patients. *Pediatr Dermatol* 1997; 14: 426-9
- Schmitt J et al. Infant-onset eczema in relation to mental health problems at age 10 years: Results from a prospective birth cohort study. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 125: 404-106ä

Prof. Dr. Peter H. Höger
Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg
E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de

Themenschwerpunkt Kinderdermatologie ●●●

Hauterscheinungen bei rheumatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Rheumatische Erkrankungen gehen häufig mit Hauterscheinungen einher. Diese können den rheumatischen Symptomen vorausgehen und sind insbesondere deswegen von großer differenzialdiagnostischer Bedeutung. Der Verdacht auf eine rheumatische Erkrankung wird häufig primär in der allgemein-pädiatrischen Praxis gestellt. Aufgrund des engen therapeutischen Fensters, in dem es möglich ist die Erkrankungen zu kontrollieren und Schäden zu verhindern, ist eine frühe Diagnose und Therapie entscheidend für den weiteren Verlauf.

Systemische juvenile idiopathische Arthritis (sJIA)

Im Unterschied zu den anderen Formen der JIA manifestiert sich die systemische juvenile idiopathische Arthritis häufig mit kutanen Symptomen. Sie wird am häufigsten im Kleinkindes- und Vorschulalter beobachtet [1]. Mädchen und Jungen sind etwa gleich häufig betroffen. Zu Beginn der Erkrankung kommt es zu den typischen täglich, häufig zur gleichen Tageszeit, wiederkehrenden Fieberschüben. Diese werden meist (>90%) von einem äußerst flüchtigen, makulösen nicht juckenden Exanthem begleitet (Abb. 1). Die Maculae sind typischerweise rosa- bis lachsfarben. Achselhöhle, proximale Extremitäten, Stamm und Wangen sind Prädilektionsstellen der fluktuierenden Hauterscheinungen, die differenzialdiagnostisch an ein virales Exanthem oder ein Arzneimittel-exanthem denken lassen. Auf den klinisch nicht betroffenen Hautarealen lassen sich durch Reiben innerhalb kurzer Zeit ebensolche Effloreszenzen hervorrufen (positives Köbner-Phänomen). Der Allgemeinzustand der Kinder ist während der Fieberschübe deutlich reduziert; in variabler Ausprägung finden sich Hepatosplenomegalie, Lymphadenopathie und Serositis. Es werden unterschiedliche Verläufe beobachtet: Singuläre Episoden, rezidivierende Schübe oder ein in eine destruiierende Arthritis übergehender Verlauf mit und ohne systemische Symptome. Das Makrophagenaktivierungssyndrom (MAS), das durch rasche Verschlechterung des klinischen Befundes, disseminierte intravasale Gerinnung,



Abb. 1: Exanthem bei systemischer juveniler idiopathischer Arthritis

Hämophagozytose und hohe Mortalität gekennzeichnet ist, ist Teil der Erkrankungsaktivität. Therapeutisch angestrebt wird die frühestmögliche Kontrolle der Erkrankung, um Komplikationen zu verhindern. Dazu zählen vor Einführung der Biologica beispielsweise Gelenkkontrakturen, Minderwuchs oder in Extremfällen die Amyloidose. Durch den Einsatz von IL-1- und IL-6-Antagonisten werden heute derartige Komplikationen kaum noch beobachtet. In der Therapie werden weiterhin Methylprednisolon und nichtsteroidale Rheumatika sowie in der arthritischen Phase Methotrexat verwendet. Erfreulicherweise ist mittlerweile auch Tocilizumab für die Therapie zugelassen und Canakinumab hat in einer Phase III Studie seine Effektivität in der Therapie der sJIA bewiesen [2,3,4,5,6,7,8].

Systemischer Lupus erythematoses (SLE)

Der SLE stellt eine B-Zell-vermittelte, schubweise verlaufende Autoimmunerkrankung dar, die multiple Organe betreffen kann. Der juvenile SLE hat eine Inzidenz von etwa 10–20/100.000 [9]; etwa 15–20% der Fälle treten im Kindes- und Jugendalter auf. Im Alter zwischen 6

- Schmetterlingserythem
- diskoidale Hautveränderungen
- Photosensibilität
- orale Ulzerationen
- Arthritis (peripher, nicht erosiv, mind. 2 Gelenke)
- Serositis (Perikarditis, Pleuritis, Myokarditis)
- Nierenbeteiligung (Proteinurie >5 g/Tag, patholog. Sediment)
- neurologische Veränderungen
- hämatologische Veränderungen (nicht arzneimittel-induzierte Leukopenie, Anämie, Lymphopenie, Thrombozytopenie)
- immunologische Veränderungen (Anti-dsDNA-AK, Anti-Sm-AK, Anti-Phospholipid-AK)
- Antinukleäre Antikörper

Mindestens 4 dieser Kriterien sind notwendig zur Diagnosestellung



Dr. med.
Antonia Kienast



Dr. med.
Ivan Foeldvari

Tab. 1: Diagnosekriterien des American College of Rheumatology für den systemischen Lupus Erythematoses [10]

und 18 Jahren sind fast 5x häufiger Mädchen betroffen als Jungen, aber Jungen sind im Kindesalter deutlich häufiger betroffen als im Erwachsenenalter. Die Diagnosekriterien des American College of Rheumatology (ACR) [10] sind in Tabelle 1 zusammengestellt; für die Diagnosestellung sind vier der genannten Kriterien erforderlich.

Vom SLE sind die kutanen Lupus-Formen (chronisch-diskoider [CDLE]- und subakut-kutaner Lupus [SCLE]) abzugrenzen. Nur bei der systemischen Form sind Immunglobulin- und Komplementablagerungen auch in klinisch nicht betroffenen Hautregionen nachweisbar [11]. Kutane Symptome treten bei 70–80% der Patienten mit SLE auf [12]. Etwa 50% der Patienten zeigen das klassische Schmetterlingserythem zum Zeitpunkt der Diagnosestellung. Hier zeigen sich erythematöse, schuppige Plaques im Bereich der Wangen und des Nasenrückens; die Nasolabialfalte bleibt typischerweise ausgespart. Eine eindeutige Photosensitivität zeigt sich nur in 15–30% der Fälle [13]. Diese kann den gesamten Körper betreffen und ein eher makulopapulöses Exanthembild zeigen. Weiterhin können orale und nasale Ulzerationen, Alopezie, Urtikaria-Vaskulitis, Livedo reticularis, Palmar- und Plantarerytheme und andere Hauterscheinungen auftreten. 10–20% der Patienten mit JSLE zeigen vaskulitische Hauterscheinungen mit Nagelfalz-Teleangiektasien, Hämorrhagien und Ulzerationen der Finger.

Therapeutisch kommen neben Kortikosteroiden, die möglichst sparsam angewandt werden sollten, Hydroxychloroquin und Azathioprin eine entscheidende Rolle zu. Weiterhin sind Methotrexat, Mycophenolatmofetil, Cyclophosphamid, Rituximab und Belimumab je nach betroffenen Organsystemen wichtige Therapeutika. Eine enge Zusammenarbeit in der Betreuung der Patienten zwischen Kinder- und Jugendrheumatologen, Kinderneurologen und ggf. Kinderdermatologen ist wünschenswert.

Neonataler Lupus erythematoses

Der neonatale Lupus erythematoses wird durch maternale Antikörper, die die Plazenta passieren und an fetale Keratinozyten und Kardiozyten binden, ausgelöst. Auslösende Antikörper sind in 95% Anti-Ro (SS-A); zusätzlich liegen in vielen Fällen Anti-La (SS-B) und Anti-U1-RNP-Antikörper vor. Immerhin die Hälfte der SS-A positiven Mütter ist asymptomatisch. Die Inzidenz liegt bei 1:12500 Lebendgeburten. Klinisch können sich bereits intrauterin Bradykardie oder Hydrops fetalis zeigen, sodass Schwangere mit bekannten Risikofaktoren zweiwöchentliche Sonographiekontrollen bekommen sollten und bei Auffälligkeiten eine medikamentöse Therapie eingeleitet werden kann. Zwischen der 6. und 12. Lebenswoche treten bei 50% der Kinder Hauterscheinungen auf. Es zeigen sich erythematöse, nicht indurierte, leicht schuppige Plaques oder auch anuläre Erytheme [14]. Meist sind insbesondere Kopfhaut und Gesicht und hier insbesondere der periokuläre Bereich betroffen („Eulenaugen“). Die Erstmanifestation tritt in der Regel nach der ersten Sonnenlichtexposition auf. Die Hautveränderun-



Abb. 2: Heliotropes Exanthem bei juveniler Dermatomyositis

gen sind nicht vernarbend und klingen um den 6. Lebensmonat ab. Entscheidend für den Verlauf ist, dass bei 10% der Kinder auch bereits intrauterin Reizleitungsstörungen auftreten, die zum vollständigen AV-Block führen können. Dieser ist im Gegensatz zu den Hautveränderungen in der Regel irreversibel und kann lebensgefährlich sein. Eine Schrittmacher-Implantation ist ggf. bei schweren Bradykardien indiziert, weiterhin kann es im Verlauf zu Entwicklungsverzögerungen kommen [15]. Bei Hautmanifestation sollte ein konsequenter Lichtschutz betrieben werden.

Juvenile Dermatomyositis

Es handelt sich um eine seltene (Inzidenz 1:500.000), entzündliche Vaskulopathie, die mit einer symmetrischen Muskelschwäche einhergeht und von Hauterscheinungen begleitet wird. Diagnosekriterien sind charakteristische Hautveränderungen, symmetrische proximale Muskelschwäche, Erhöhung der Muskelenzyme, die charakteristische Histologie einer entzündlichen Myopathie, passender MRT-Befund und Ausschluss anderer rheumatischer Erkrankungen. Eine Muskelbiopsie ist heute zur Diagnosestellung nicht mehr routinemäßig erforderlich, da die Diagnose meist aufgrund des klinischen Bildes und des typischen NMR Befundes gestellt werden kann. Die Hautveränderungen können primär oder sekundär auftreten, in 10–20% der Fälle treten sie ohne weitere Symptome auf (amyopathische Dermatomyositis) [14]. Es zeigt sich ein erythematös-violettes (heliotropes) Erythem der Augenlider (Abb. 2), der Wangen und des Nasenrückens sowie die sogenannten Gottron-Papeln (Abb. 3) über Fingern und Knien. Hierbei handelt es sich um schuppige erythematöse Papeln und Plaques, die symmetrisch die Streckseiten von Gelenken betreffen. Kapillaroskopisch zeigen sich bereits früh eine erniedrigte Kapillardichte und auffällige Riesenkapilla-



Abb. 3: Gottron Papeln bei juveniler Dermatomyositis

Kutane Symptome beim SLE sind häufig und vielgestaltig

Schwangere mit bekannten Risikofaktoren sollten 2-wöchentlich sonographisch überwacht werden

ren. Etwa 30% der Patienten entwickeln während des ersten Erkrankungsjahres kutane Ulzerationen in Bereichen, die erhöhtem Druck ausgesetzt sind wie Ellenbogen, Flanken oder Axillae [16]. Im Verlauf kommt es in 50–60% zu einer häufig schmerzhaften Calcinosis cutis, die zu sekundären Infektionen und einer Lipodystrophie neigt. Während der Erkrankungsschübe fallen lokalisierte und generalisierte Ödeme auf. Den Verlauf der Erkrankung bestimmen die Muskelschwäche, Arthritis, gastrointestinale Manifestation mit Reflux und Schluckbeschwerden aufgrund erniedrigter Ösophagusmotilität sowie mesenteriale Vaskulitis, kardiopulmonale Beteiligung und ZNS-Vaskulitis. Die Therapie besteht aus Methylprednisolon-Pulstherapie und Methotrexat als steroidsparendem Medikament. In schweren Fällen kommen Rituximab [17] und evtl. anti-TNF in Frage [18,19,20,21]. Bei kutanen Symptomen kann man die Gabe von Thalidomid erwägen. Sprechen die kutanen Symptome nicht auf die systemische Therapie an oder sollte diese gar nicht erforderlich sein, so kann lokal mit Steroiden (über 3–4 Wochen) und langfristig mit topischen Calcineurininhibitoren behandelt werden [14]. Eine frühe und aggressive Therapie der Erkrankung führen zu einer verbesserten Prognose.

Lokalisierte Sklerodermie (Morphea)

Die Morphea stellt eine Erkrankung des Bindegewebes unklarer Ätiologie dar, die gekennzeichnet ist durch eine chronisch entzündliche Fibrosierung der Haut und des subkutanen Gewebes, häufig auch der darunter liegenden Muskeln und Knochenstrukturen [22,23]. Die Morphea ist von der systemischen Sklerodermie, welche eine Multiorganerkrankung darstellt, abzugrenzen. In der Regel manifestiert sich die Erkrankung im Grundschulalter und zeigt eine weibliche Prädominanz von 2–3:1 [22]. In der Ätiologie werden eine genetische Grundlage, autoimmune Reaktionen sowie Triggerfaktoren wie Traumata, Arzneimittel und Infektionen diskutiert [23]. Klinisch wird die Morphea in eine zirkumskripte Morphea (oberflächlicher oder tiefer Plaque-Typ) (Abb. 4), eine lineare (vorwiegend der Extremitäten oder des Gesichtes) (Abb. 5), generalisierte, pansklerotische und gemischte Form unterschieden [23,24]. Zu Beginn der Erkrankung zeigt sich eine entzündliche Hautveränderung in Form eines erythematösen Patches. Im weiteren Verlauf kommt es zu der typischen Fibrose der Haut, einem gelblich-weißen, leicht erhabenen oder auch eingesunkenen Plaque, umgeben von einer bläulich-erythematösen Randzone (lilac-Ring). Nach dem Abklingen der entzündlichen Phase zeigen sich Hyper- oder Hypopigmentierung, Atrophie der Haut und ggf. der darunter liegenden Strukturen in Verbindung mit Haarverlust und

Abb. 4: Lokalisierte Sklerodermie im Gesicht mit Hemiatrophie

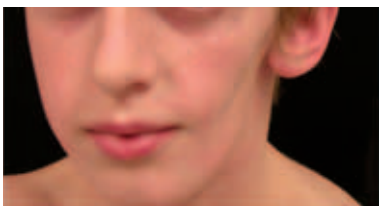


Abb. 5: lokalisierte Sklerodermie (Morphea) vom Plaquetyp

Schweißdrüsenaplasie. Im Gesicht kann es auch zu einer enoralen Beteiligung mit Atrophie des Zahnhalteapparats und der Zunge kommen. Im Bereich der Gelenke können eine Arthritis und evtl. schwere Kontrakturen auftreten und insbesondere im Gesicht fällt die kosmetische Beeinträchtigung mit Asymmetrie der Gesichtszüge häufig stark ins Gewicht. Die oberflächliche Morphea vom Plaque-Typ zeigt im Gegensatz zur linearen Variante häufig einen weniger rasch progredienten und selbst-limitierenden Verlauf. Der lineare Typ ist mit 65% die häufigste Variante im Kindesalter [22]. In der Regel ist eine Extremität betroffen, häufiger die Beine als die Arme. Die lineare Morphea zeigt einen Blaschko-linearen Verlauf [25]. Sie schreitet häufig schnell voran, betrifft meist auch Muskeln und Knochen und führt zu einem deutlichen Substanzverlust der tiefliegenden Gewebe. Es kann daher zu einer ausgeprägten Wachstumsretardierung der betroffenen Extremität (Beinlängen-, Armlängendifferenz, Skoliose etc. führen) sowie zu Kontrakturen kommen (Abb. 6). Die indurierten länglichen Läsionen adhären fest an dem darunter liegenden Gewebe. Im Gesichtsbereich wird die lineare Sklerodermie aufgrund der klinischen Ähnlichkeiten zu Mensuren als „en coup de sabre“ Morphea bezeichnet. Meist zeigt sich eine hemifaziale frontoparietale Ausbreitung. Im Verlauf kommt es zu einer Hyperpigmentierung, Alopezie des betroffenen Areals, ggf. auch zu charakteristischem Ausfall der Augenbrauen und Wimpern, sowie einer durch die Atrophie bedingten Gesichtsasymmetrie (Abb. 4). Etwa 8–13% dieser Patienten zeigen eine ZNS-Beteiligung mit Krampfanfällen, meningokortikalen Auffälligkeiten, intracerebralen Verkalkungen etc. [22,26]. Weiterhin sollte eine „weisse Uveitis“ und bei Gesichtsbeteiligung eine Kiefergelenksbeteiligung ausgeschlossen werden. Die generalisierte Form ist selten und durch eine generalisierte (> 3 Plaques in unterschiedlichen anatomischen Regionen) kutane Sklerosierung ohne systemische Beteiligung

Im Bereich von Gelenken kommt es häufig zu Kontrakturen

Der lineare Typ ist die häufigste Form im Kindesalter

Bei Gesichtsbeteiligung sollte eine ZNS-, Augen- und Kiefergelenksbeteiligung ausgeschlossen werden



Abb. 6: Kontrakturen bei Linearer Sklerodermie

gekennzeichnet. Zu Beginn zeigen sich meist Plaques im Bereich des Rumpfes, welche sich langsam ausbreiten. Die pansklerotische Morphea beginnt als lineare Form, die schnell voranschreitet, große Körperareale betrifft, ein polymorphes Erscheinungsbild zeigt und Haut, Sehnen, Muskeln und Knochen befällt. Die Folge sind eine panzerartige Sklerose, Arthralgien, Kontrakturen der Hände und Extremitäten sowie Ulzerationen. Systemische Beteiligung mit Lungenfibrose und Ösophagus-Beteiligung sind möglich. Die extrakutane Beteiligung scheint mit positivem Rheumafaktor, positiven ANAs, CrP-Erhöhung und einer beschleunigten BSG assoziiert zu sein. Spezifische Labordiagnostik existiert für die Morphea nicht, ist aber aus differenzialdiagnostischen Erwägungen sinnvoll.

Zur Diagnostik, Erfassung der Aktivität und Therapie eignen sich die Empfehlungen der Sklerodermie-Arbeitsgruppe der Pediatric Rheumatology European Society. Für die Erfassung der klinischen Aktivität in der täglichen Praxis ist der IoSCAT geeignet [28,29]. Die klinische Aktivität der Läsionen hält im Durchschnitt sieben Jahre an, es kann aber auch nach längerer Zeit noch zu neuen Läsionen kommen. Die lineare und die tiefen Formen hinterlassen oft entstellende Narben. Die Therapie der Erkrankung sollte zum Ziel haben, möglichst frühzeitig funktionelle und kosmetische Komplikationen zu verhindern. Die lokalisierte oberflächliche Plaque-Typ Morphea kann lokal mit Steroiden, Tacrolimus, Vitamin D3-Analoga oder einer UV-A1-Phototherapie behandelt werden [29]. Symptomatisch können trockene, juckende Hautareale mehrfach täglich mit pflegenden Externa behandelt werden. Alle anderen Formen, die kosmetische Veränderungen, Gelenkkontrakturen oder Wachstumsstörungen verursachen könnten, sollten als potentiell gefährlich eingestuft werden und systemisch behandelt werden. Hier kommen primär Glukokortikoide und als Überbrückungstherapie mit gleichzeitigem Beginn Methotrexat in Frage [30,31,32]. Mit dieser Therapie kommt es in bis zu 60% der Fälle zu einer Remission, allerdings sollte die Therapie mindestens bis zum Erreichen von 24 Monaten Remission durchgeführt werden, da es nach dem Absetzen in bis zu 50% zu erneuter Aktivität der Erkrankung kommt. Weiterhin kommen Mycophenolatmofetil in Kombination mit Methotrexat oder Tocilizumab oder Rituximab bei Therapieresistenz in Betracht [33]. Die Effektivität dieser Biologica auf die Hautbeteiligung wurde in einer retrospektiven Beobachtung in der EUSTAR Kohorte bei Erwachsenen mit systemischer Sklerodermie gezeigt. Übergänge einer lokalisierten in die systemische Form sind jedoch nicht bekannt.

Eine gemeinsame Betreuung von Kinder- und Jugendrheumatologen und Kinder- und Jugenddermatologen ist sinnvoll. Eine physiotherapeutische oder ergotherapeutische Behandlung bei Gelenkkontrakturen oder Muskelschwäche sind geboten. Bei Beinlängendifferenz bietet sich eine orthopädische und bei großen Läsionen im Gesicht eine plastisch-chirurgische Mitbetreuung an.

Systemische Sklerodermie

Die systemische Sklerodermie ist deutlich seltener als die lokalisierte Form. Es handelt sich um eine potentiell letal verlaufende, langsam progrediente, entzündliche Multisystemerkrankung. Weniger als 10% aller Sklerodermie Fälle betreffen das Kindesalter, die Inzidenz im Kindesalter liegt bei etwa 1:1 Million [34], das mittlere Manifestationsalter bei acht Jahren [35]. Pädiatrische Diagnosekriterien unterscheiden sich in Haupt- und Nebenkriterien; zwei Hauptkriterien und mindestens ein Nebenkriterium sind für die Diagnosenstellung notwendig. Hauptkriterien stellen die Haut-Sklerodermie und das Raynaud-Phänomen dar, Nebenkriterien sind kapillarmikroskopische Veränderungen, Gefäßveränderungen, gastrointestinale, renale, kardiale, pulmonale- und Muskel-Beteiligung, Gelenkveränderungen und serologische Auffälligkeiten. In der Regel kommt es bei systemischer Manifestation auch zu Abgeschlagenheit. Der prädiagnostische Marker für die Entwicklung einer Sklerodermie sind kapillarmikroskopische Veränderungen der Nagelfalz in Verbindung mit krankheitsspezifischen Antikörpermustern. Negative Befunde schließen die Erkrankung jedoch nicht aus. Man unterscheidet die limitierte systemische Sklerodermie mit Sklerodaktylie, Raynaud-Phänomen und einer limitierten Hautbeteiligung distal des Handgelenks von der häufigeren diffusen systemischen Sklerodermie, die durch eine progressive generalisierte Sklerose der Haut, proximal des Handgelenks, häufig in Verbindung mit einer Organbeteiligung gekennzeichnet ist. Besonderheiten der kindlichen Sklerodermie liegen darin, dass bis zu 90% der Patienten eine diffuse Hautbeteiligung zeigen [36] und dass es einen höheren Anteil an Patienten mit „Overlap-Symptomatik“ im Vergleich zu anderen Kollagenosen gibt [37]. Die Hautdicke wird mittels des „modified Rodnan skin scores“ (mRSS) bestimmt. Der Grad der Hautbeteiligung korreliert mit dem der Organbeteiligung [38]. Es werden frühe, klassische und späte Haut-Symptome unterschieden. In der frühen Phase fallen oft nur ödematöse Veränderungen der Hände und Füße auf, die für Gelenkschwellungen gehalten werden können. In der Folge kommt es zur oft raschen Entwicklung einer klassischen Sklerose mit verhärteter, trockener Haut, atropher Epidermis, abnehmender Behaarung und verminderter Schwitzfähigkeit. Weitere Zeichen sind Teleangiektasien, Ulzerationen und Nekrosen der Akren sowie eine Kalzinosis cutis. Die Hautsklerose, besonders der Finger, führt zu Beuge-Kontrakturen, die in der Regel progressiv sind, aber mit intensiven medikamentösen und physiotherapeutischen Maßnahmen gut zu kontrollieren sind. Nach etwa fünf Jahren Krankheitsverlauf, wird die Haut tendentiell weicher und die Extremitäten können beweglicher werden. Serologisch finden sich relativ häufig positive Antinukleäre Antikörper und positive ENAs sowie seltener Antikörper gegen Topoisomerase I (Anti-Scl70) oder Anti-RNA-Polymerase-Antikörper [36]. Eine Besonderheit der kindlichen Sklerodermie ist die niedrige Prävalenz des Vorkommens von Anticentromer-Antikörpern. Krankengymnastische Maßnahmen sind essentiell in der symptomatischen Behandlung der Patienten.

In der Therapie kommt es darauf an, möglichst frühzeitig und konsequent funktionelle und kosmetische Komplikationen zu verhindern!

Therapeutisch gilt es, Progredienz und Organschäden zu verhindern und die Lebensqualität zu verbessern. Nebenwirkungen der Therapie sind kritisch gegen die Erkrankungsfolgen abzuwägen. Medikamentös kommen Methotrexat, Mycophenolatmofetil, Cyclophosphamid, Rituximab und Tocilizumab in Frage [39]. Methylprednisolon ist vorsichtig zu dosieren, da es einen Risikofaktor für die Verschlechterung der Nierenfunktion darstellt. Das Raynaud-Phänomen sollte präventiv mit warmer Bekleidung für die Akren, ggf. Calciumkanalblockern, ACE-Hemmern und oralen Vasodilatoren bzw. Prostazyklin-Analoga, Bosentan und evtl. Phosphodiesterase Hemmern behandelt werden. Eine autologe Stammzelltransplantation scheint im Erwachsenenalter eine effektive Therapieoption für sehr schwere Fälle zu sein, wenn sie früh im Verlauf eingesetzt wird; kontrollierte pädiatrische Studien liegen nicht vor.

Autoinflammatorische Erkrankungen

Die periodischen Fiebersyndrome stellen eine Gruppe von Autoimmunerkrankungen dar, die durch Mutationen verschiedener Gene verursacht werden und durch episodische Fieber- und Entzündungsschübe mit Gelenk-, Bauchschmerzen und anderen Organbeteiligungen sowie verschiedenen Hauterscheinungen gekennzeichnet sind. Sie spielen in der differenzialdiagnostischen Abgrenzung rekurrierender Infektionen eine wichtige Rolle.

Familiäres Mittelmeerfieber (FMF)

Das FMF wird autosomal rezessiv vererbt. Hauptsächlich betroffen ist die indigene Bevölkerung der Mittelmeeranrainerstaaten (Italien, Griechenland u.a.) und der früheren Seidenstraße (Araber, sephardische Juden, Türken, Armenier, Afghanen). Es handelt sich um einen Defekt des Pyrin-Gens auf dem kurzen Arm von Chromosom 16p. Die Fieberperioden sind üblicherweise von kurzer Dauer (12–72 h alle 4–12 Wochen); sie treten oft in Verbindung mit Bauchschmerzen und einer Arthritis auf [40], können sich aber auch nur in Form einer Arthritis präsentieren. Das klinische Bild der Erkrankung scheint in Deutschland milder als in der Türkei zu sein. An der Haut kann sich ein erysipelartiges Erythem im Bereich der unteren Extremität zeigen, seltener sind urtikarielle Veränderungen. Während der Fieberepisoden treten eine Leukozytose sowie ein erhöhtes CrP und Serum Amyloid A auf. Die Therapie kann einerseits die Erkrankungsschübe, die die Lebensqualität deutlich einschränken, andererseits eine sekundäre Amyloidose verhindern. Sie besteht in erster Linie aus Colchicin p.o. und in therapieresistenten Fällen aus einem Interleukin-1 Blocker.

Hyper IgD Syndrom

Das Hyper IgD Syndrom ist eine seltene Erkrankung, die sich meistens während des ersten Lebensjahres manifestiert. Es handelt sich um einen Defekt im MVK Gen, das für die Mevalonat Kinase kodiert, die eine wichtige Rolle bei der Cholesterin- und Isoprenoid-Synthese

spielt. Erhöhte IgD-Serumspiegel können manchmal erst nach dem dritten Lebensjahr nachgewiesen werden, weiterhin gibt es Verläufe, bei denen nie eine IgD Erhöhung auftritt. In den Fieberphasen finden sich im Urin erhöhte Mevalonat-Spiegel. Das Fieber dauert typischerweise 3–6 Tage an und tritt alle 4–6 Wochen in Verbindung mit einem charakteristischen generalisierten makulopapulösen Exanthem und häufig auch Halsschmerzen sowie oralen Ulzerationen auf. Die Therapie mit NSAR und Kortikosteroiden ist häufig unbefriedigend, Therapieversuche mit TNF-Blockern oder IL-1-Antikörpern können erfolgreich sein. Besonders häufig sind Niederländer und Franzosen betroffen.

Tumor Nekrose Faktor assoziierte periodische Fiebersyndrome (TRAPS)

Es handelt sich um eine autosomal dominant vererbte Erkrankung, der eine Mutation des TNFRSF1A Gens, das für den TNF-Rezeptor kodiert, zu Grunde liegt. Die Fieberschübe dauern 5–6 Tage an und treten unregelmäßig alle 1–2 Wochen auf und gehen mit periorbitalen Ödemen, oralen Ulzerationen, Bauchschmerzen, und einem Exanthem, das meist über der Muskulatur der Extremitäten auftritt, einher. Es ähnelt klinisch dem Erythema marginatum. Die Therapie mit Steroiden oder TNF-Blockern zeigt nicht bei allen Patienten Erfolg. Bei nicht Ansprechen können IL1-Antikörper angewendet werden.

Cryopirin assoziierte Fiebersyndrome

Zu diesen autosomal-dominant vererbten, sich im ersten Lebenshalbjahr manifestierenden, mit einem rezidivierenden urtikariellen Exanthem einhergehenden Erkrankungen zählen die familiäre Kälteurtikaria (FCAS), das Muckle-Wells-Syndrom (MWS), das NOMID- bzw. CINCA-Syndrom. Das FCAS ist durch Arthralgien, Fieber, Leukozytose und Konjunktivitis bei Kälte gekennzeichnet, das MWS durch Polyarthralgien, Amyloidose und progressive Innenohrschwerhörigkeit, das NOMID-Syndrom (oder CINCA-Syndrom genannt) durch eine destruktive Arthropathie, progressive ZNS-Manifestation mit Hörverlust, chronische Meningitis und Optikusneuritis [41]. Therapeutisch ist der IL-1-Rezeptor-Antikörper Canakinumab zugelassen [42], und zeigt eine hohe Wirksamkeit, manche Patienten benötigen jedoch höhere Dosen als in der Zulassungsstudie angewandt wurden.

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. med. Antonia Kienast, Dr. med. Ivan Foeldvari
Hamburger Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie
Kompetenz-Zentrum für Uveitis und Sklerodermie
im Kindes- und Jugendalter
Schön Klinik Hamburg Eilbek
Dehnhaid 120
22081 Hamburg
E-Mail: antoniakienast@hotmail.com

Red.: Höger

Themenschwerpunkt Kinderdermatologie ●●●

Urtikaria

Als plötzlich auftretende, flüchtige und oberflächliche Ödeme der Dermis gehen Quaddeln (Urticae) häufig mit Juckreiz und einem Umgebungserthem einher. Sie stellen das Kardinalsymptom der Urtikaria dar und können mit zusätzlichen Schwellungen der tieferen Dermis oder Subkutis (Angioödemen) assoziiert sein. Die Urtikaria wird unter pathophysiologischen und klinischen Gesichtspunkten in spontane und induzierbare Formen sowie deren Subtypen unterteilt (Tab. 1). Traditionell werden bei den spontanen Urtikariaformen Krankheitsverläufe < 6 Wochen als akute Urtikaria eingestuft, während eine Erkrankungsdauer > 6 Wochen als chronische Urtikaria klassifiziert wird [1,2].

In der Allgemeinbevölkerung erkranken 8% bis 22% aller Menschen mindestens einmal an einer Form der Urtikaria. Zusätzlich sind im Erwachsenenalter Frauen deutlich häufiger von einer Urtikaria betroffen. Ein Häufigkeitsgipfel findet sich bei beiden Geschlechtern im vierten Lebensjahrzehnt. Ergebnisse systematischer Studien zur Epidemiologie der Urtikaria in der pädiatrischen Bevölkerung liegen bisher nicht vor [3].



Priv.-Doz. Dr. med.
Hagen Ott

Ätiologie und Pathogenese

Der Urtikaria liegt in erster Linie eine Aktivierung dermalen Mastzellen zugrunde, die durch ein breites Spektrum immunologischer und nicht-immunologischer Faktoren ausgelöst bzw. begünstigt werden kann. Bei bis zu 50% aller Urtikaria-Patienten ist die chronische spontane Urtikaria mit Autoimmunreaktionen assoziiert, die durch zirkulierende, Mastzell-aktivierende Faktoren vermittelt werden. Häufig handelt es sich bei diesen Faktoren um IgG-Autoantikörper, die gegen den hochaffinen IgE-Rezeptor (FcεR1α) oder gegen Rezep-

tor-gebundenes IgE auf der Mastzelloberfläche gerichtet sind [4].

Auch wenn Eltern und Patienten die Urtikaria sehr häufig als eine allergische Reaktion interpretieren, wird sie bei der Mehrzahl betroffener Kinder durch nicht-allergene Triggerfaktoren hervorgerufen. So können die Auslöser der akuten spontanen Urtikaria häufig anamnestisch und klinisch identifiziert werden. Infektionserkrankungen, die mit rund 50% aller Urtikaria-Episoden assoziiert sind, stellen den häufigsten Triggerfaktor dar [5].

Urtikariaform	Unterformen	Assoziierte Grunderkrankung ¹ , Auslöser
Nicht-induzierbar		
Spontane Urtikaria	Akute spontane Urtikaria	Infektion, Allergie
	Chronische spontane Urtikaria	Autoimmunität, Infektion, Pseudoallergie
Induzierbar		
Physikalische Urtikaria	Kälteurtikaria	Kalte Gegenstände, Luft, Flüssigkeit
	Wärmeurtikaria	Lokalisierte Wärme
	Verzögerte Druckurtikaria	Statischer Druck
	Urticaria factitia, dermatographische Urtikaria	Scherkräfte
	Vibratorische Urtikaria	Vibrationen
	Lichturtikaria	UV-Licht, sichtbares Licht
Weitere Urtikariatypen	Aquagene Urtikaria	Wasser
	Cholinergische Urtikaria	Erhöhung der Körperkerntemperatur
	Kontakturtikaria	Kontakt mit urtikariogenen Substanzen
	Anstrengungsinduzierte Urtikaria	Körperliche Anstrengung

¹ Assoziierte Grunderkrankung im Kindesalter bei akuter Urtikaria häufig, bei chronischer Urtikaria nur selten vorhanden bzw. klinisch relevant (s. Text)

Tab. 1: Klassifikation der Urtikaria [mod. n. 11]

Abb. 1: Quaddeln (Urticae): oberflächliche, scharf begrenzte, kutane Ödeme mit Umgebungerythem am Unterschenkel eines Kleinkindes mit akuter Urtikaria



Anders als bei der akuten Urtikaria gelingt die Identifikation eines Auslösers bei pädiatrischen Patienten mit chronischer Urtikaria nur selten. Vor allem der Einfluss von Infektionen bleibt in dieser Altersgruppe weiterhin unklar. Zwar werden immer wieder bakterielle (z. B. *Helicobacter pylori*, *Mycoplasma pneumoniae*) und virale Infektionen (z. B. Parvovirus B 19, Epstein Barr-Virus) sowie parasitäre Infestationen als Triggerfaktoren einer chronischen Urtikaria diskutiert. Ausreichend umfangreiche und kontrollierte Studien zu dieser Fragestellung stehen jedoch aus.

Abb. 2: Urtikarieller Dermographismus bei einem Kleinkind mit akuter Urtikaria: konfluente, erythematöse Plaques im Bereich mechanischer Beanspruchung („Windelbündchen“)



Score ¹	Quaddeln pro 24h	Juckreiz
0	Keine	Kein
1	< 20	Leicht: nicht störend
2	20–50	Mittel: störend, aber kein wesentlicher Einfluss auf Alltagsaktivitäten oder Schlaf
3	> 50 (oder große, konfluierende Flächen)	Stark: schwerer Juckreiz, wesentlicher Einfluss auf Alltagsaktivitäten oder Schlaf

¹ Summe der Scores: 0–6 pro Tag, d. h. 0–42 pro Woche (= UAS7)

Tab. 2: Urtikaria Aktivitäts-Score (UAS) [mod. n. Zuberbier T 2011]

Nahrungsmittel werden ebenfalls häufig als Trigger einer chronischen Urtikaria vermutet. Ob sich aber, wie bei ca. einem Drittel erwachsener Patienten, durch eine Pseudoallergen-arme Diät eine Beschwerdebesserung erreichen lässt, ist für das Kindesalter nicht eindeutig geklärt. IgE-vermittelte Nahrungsmittelallergien spielen hingegen bei Kindern mit chronischer Urtikaria sicher keine entscheidende pathogenetische Rolle [6].

Bei bis zu 50% der Kinder mit chronisch-rezidivierenden, urtikariellen Beschwerden lassen sich eine physikalische Urtikaria oder weitere, induzierbare Urtikaria-Formen diagnostizieren.

Klinik

Als Kardinalsymptom der Urtikaria entspricht die Quaddel einem flüchtigen, millimeter- bis zentimetergroßen, oberflächlichen Ödem mit Umgebungerythem (Abb. 1). Quaddeln treten plötzlich auf, gehen mit Pruritus einher und konfluieren nicht selten zu anulären oder flächig-erythematösen Plaques. Bei zahlreichen Patienten lässt sich durch tangentialen Druck ein urtikarieller Dermographismus auslösen, der auch im Rahmen anderer Urtikariaformen auftreten kann (Abb. 2). In bis zu 15% entwickeln betroffene Patienten zusätzlich Angioödeme, die sich häufig fazial, mukosal, akral und/oder genital manifestieren. Urtikarielle Einzelläsionen wechseln innerhalb von 24 Stunden ihre Lokalisation, wohingegen Angioödeme erst nach 24 bis 72 Stunden abklingen können. Unter Berücksichtigung der Quaddel-Anzahl innerhalb von 24 Stunden und der Pruritus-Intensität kann die Krankheitsaktivität bei Patienten mit spontaner Urtikaria semiquantitativ mit Hilfe des Urtikaria-Aktivitäts-Scores erfasst werden (Tab. 2).

Da es sich bei Quaddeln und Angioödemem um unspezifische Symptome handelt, ist bei Auftreten urtikarieller Läsionen und/oder Angioödemem ein breites differenzialdiagnostisches Spektrum zu berücksichtigen (Tab. 3) [7,8].

Diagnostik

Kinder und Jugendliche mit Urtikaria bedürfen einer ausführlichen Anamnese und klinischen Untersuchung, nicht aber polypragmatischer Laboruntersuchungen

Erkrankung	Anamnestische und klinische Unterscheidungsmerkmale	Weiterführende Diagnostik
Vorwiegend kutane Manifestation: Urtikaria ± Angioödem		
Arzneimittlexanthem	Häufig zusätzliche Effloreszenzen (Maculae, Papeln), Besserung nach Absetzen des Auslösers	Hauttestungen, orale Provokationstestung
Urtikariavaskulitis	Quaddeln persistieren > 24h <i>in loco</i>	Hautbiopsie, ANA
Kutane Mastozytose (Urticaria pigmentosa)	Multiple, hyperpigmentierte Papeln oder Maculae, positives Darier-Zeichen	Serum-Tryptase, Hautbiopsie
Insektenstichreaktion (papuläre Urtikaria)	Initial lokalisierte Quaddeln, im Verlauf Umwandlung in Papeln oder Papulovesikel, Persistenz <i>in loco</i>	Meist nicht erforderlich (ggf. Hautbiopsie)
Vorwiegend kutane Manifestation: isoliertes Angioödem		
Hereditäres Angioödem	Kein Juckreiz, Larynxödem, schwere Dyspnoe, krampfartige Bauchschmerzen	C1-Inhibitor-Konz. / -Aktivität, C4-Konzentration
Allergisches Kontaktekzem (Akutphase)	Auslöser häufig eruiert, im Verlauf epidermale Beteiligung, Abklingen unter Allergenkarrenz	Epikutantestungen
Cheilitis granulomatosa	Initial rezidivierende, dann persistierende Lippenschwellungen, fakultativ assoziierte Symptome: Fazialisparese, Lingua plicata	Hautbiopsie
Vorwiegend extrakutane Manifestation		
Juvenile idiopathische Arthritis	Arthralgien, Schonhaltung, zusätzlich Fieber und Polyserositis bei systemischer Verlaufsform (M. Still)	Klinische Diagnose durch Kinderreumatologen
Systemischer Lupus erythematoses	Schmetterlingserythem, Photosensibilität, Arthritis, Serositis, orale Ulzera, diskoide Hautläsionen	ANA, Anti-DNS-AK, Differenzialblutbild
Dermatomyositis	Fliederfarbene Gesichtserythema, Gottron-Papeln, Nagelfalz-Teleangiektasien, Muskelschwäche	CK, ANA, Anti-Jo1-AK
Polyarteriitis nodosa	Reduzierter Allgemeinzustand, Livedo racemosa, Purpura, Ulzerationen, Hämaturie, Hämatochezie	Hautbiopsie, Labor: (Blutbild, Kreatinin etc.)

Tab. 3: Auswahl klinisch relevanter Differenzialdiagnosen bei Urtikaria und/oder Angioödem im Kindes- und Jugendalter

oder einer ungezielten bildgebenden Diagnostik. Bereits eine sorgfältige Anamnese erlaubt bei den meisten Patienten eine Klassifikation der Urtikaria. So sollten Urtikaria-Dauer (</> 6 Wochen), Beschwerdefrequenz (kontinuierlich, täglich, wöchentlich etc.), Quaddel-Anzahl, Schwere des Juckreizes und extrakutane Symptome gezielt erfragt werden. Auch die Erfassung spezifischer Auslöser (Allergene, Kratzen, Druck, Kälte, Wärme, Wasser, Sonnenlicht etc.) sowie der bisher erfolgten Diagnostik (Labor, Hauttestungen, Bildgebung etc.) und Therapie (v. a. H₁-Antihistaminika, Glukokortikoide) ist erforderlich.

Der autologe Serumtest (engl.: autologous serum skin test, ASST) soll der Detektion Mastzell-aktivierender Faktoren dienen und kann im klinischen Alltag vergleichsweise einfach und kostengünstig durchgeführt werden. Hierbei wird nach peripher-venöser Blutentnahme und Zentrifugation das autologe Patientenserum (0,05 ml) an der Volarseite des Unterarmes intradermal appliziert. Bei negativem Testergebnis ist das Vorliegen einer autoreaktiven Urtikaria jedoch unwahrscheinlich, während diese bei einem positiven ASST-Befund nicht als gesichert gelten kann. Zirkulierende, Mastzell-aktivierende Faktoren lassen sich außer mit dem ASST auch *ex vivo* mit dem Basophilen-Histaminfreisetzungstest nachweisen, der in klinischen Studien als diagnostischer Goldstandard gilt. Allerdings wird der Nutzen dieser Un-

tersuchung im Praxisalltag dadurch eingeschränkt, dass ihre Durchführung und Auswertung bislang nicht international standardisiert sind [9].

Ergibt sich der Verdacht auf eine physikalische Urtikaria oder andere induzierbare Urtikariaformen, stehen kostengünstige und im klinischen Alltag bewährte Testungen zur Identifikation des jeweiligen Auslösers zur Verfügung (Tab. 4) [10]. Nur bei anamnestischen Hinweisen auf konkrete infektiöse, allergene oder andere Auslöser einer chronischen Urtikaria ist eine zielgerichtete *in vitro*-Diagnostik zum Ausschluss v. a. solcher Triggerfaktoren angezeigt, die sich prophylaktisch oder therapeutisch beeinflussen lassen.

Therapie

Die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Urtikaria erfordert insbesondere bei chronischen Krankheitsverläufen ein individuelles Vorgehen. Zunächst ist jedoch in jedem Fall eine ausführliche, den Vorkenntnissen des Patienten und seiner Eltern angepasste Erläuterung von Pathogenese, möglichen klinischen Verlaufsformen und Therapieoptionen angezeigt [11].

Die Behandlung zugrundeliegender Erkrankungen, insbesondere von Infektionen, ist auch bei Kindern mit Urtikaria sinnvoll; allerdings ist auch nach einer entsprechenden antimikrobiellen Therapie nicht immer eine Verbesserung der urtikariellen Beschwerden wahrnehm-

Urtikariaform	Testareal	Testdurchführung
Urticaria factitia	Volarer Unterarm, proximaler Rücken	Moderates Reiben mit dem Holzspatel (5–10 Sekunden)
Kältekontakturtikaria	Volarer Unterarm, Abdomen	Schmelzender Eiswürfel in dünner Plastiktüte (5 Minuten)
Verzögerte Druckurtikaria	Schulter, Oberschenkel, proximaler Rücken, volarer Unterarm	<ul style="list-style-type: none"> • Schulter: 7 kg Gewicht, 3 cm breiter Tragegurt • Restl. Lokalisationen: 2,5 kg Gewicht, 6,5 cm Durchmesser • Applikation jeweils 15 Minuten
Wärmeurtikaria	Volarer Unterarm	Kontakt mit Wärmequelle (45°C), z. B. warmes Wasser (5 Minuten)
Lichturtikaria	Glutaealregion	UVA 6 J/cm ² , UVB 60 mJ/cm ² , sichtbares Licht
Vibratorische Urtikaria	Volarer Unterarm	Vortex-Schüttler 1000 Umdrehungen/min (10 Minuten)
Cholinergische Urtikaria	–	Körperliche Belastung (Ergometer, Laufband, Treppensteigen)

Tab. 4: Diagnostik bei physikalischer und cholinergischer Urtikaria [mod. n. 10]

bar. Eine probatorische Antibiotikatherapie aufgrund grenzwertiger Laborbefunde bei ansonsten beschwerdefreien Patienten ist nicht indiziert.

Bei jedem Kind mit Urtikaria ist jedoch eine möglichst weitgehende Expositionsprophylaxe gegenüber sicher identifizierten Triggerfaktoren anzustreben (z. B. Allergen-, Pseudoallergen-Karenz). Zusätzlich können bei Patienten mit induzierbarer Urtikaria bereits einfache Maßnahmen zu einer deutlichen Beschwerdebesserung führen (z. B. Thermo-Unterwäsche, Handwärmer bei Kälteurtikaria). Bei Kindern mit Urticaria factitia ist auf zu eng anliegende Kleidung, enge Gürtel oder andere, scheuernde Textilien zu achten. Patienten mit verzögerter Druckurtikaria sollten versuchen, kleinflächige Druckeinwirkungen an Prädilektionsstellen nach Möglichkeit zu vermeiden (z. B. durch Schaumstoff-/Silikon-Einlegesohlen, breite Rucksack-/Kindersitzgurte).

Die pharmakologische Behandlung der chronischen Urtikaria erfolgt sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern in erster Linie mit H₁-Antihistaminika (H₁-AH) der zweiten Generation. Als Vertreter dieser Substanzgruppe sind in Deutschland für das frühe Kindesalter lediglich Desloratadin (≥ 1 Lebensjahr) bzw. Cetirizin und Levocetirizin (jeweils ≥ 2 Lebensjahre) zugelassen. Sie stehen in kindgerechter Applikationsform (Saft, Tropfen) zur Verfügung. Ab dem vollendeten 12. Lebensjahr können dann auch Fexofenadin, Rupatadin und Mizolastin zulassungsgemäß zur Behandlung der Urtikaria eingesetzt werden.

Im Rahmen einer international konsentierten Stufen-therapie erhalten betroffene Kinder und Jugendliche über zwei Wochen die übliche H₁-AH-Tagesdosis (Therapie-Level 1) [11]. Bei Beschwerdepersistenz kann diese Dosierung innerhalb von einer bis vier Wochen auf das

Vierfache gesteigert werden (Level 2). Im Kindesalter werden relevante Nebenwirkungen unter diesem Therapieregime nur selten beobachtet [12]. Allerdings sollten die Eltern darauf hingewiesen werden, dass die antihistaminerge Therapie in hoher Dosierung off-label durchgeführt wird.

Stellt sich auf Therapiestufe 2 innerhalb von 4 Wochen keine Symptomregredienz ein, kann dieser Behandlungszyklus ein- oder mehrfach mit jeweils einem anderen H₁-AH wiederholt werden (Level 3). Alternativ zu diesem Wechsel des H₁-AH-Präparates kann bei persistierender Symptomatik zusätzlich mit einem Leukotrienantagonisten therapiert werden. Hierzu steht in Deutschland der Rezeptorantagonist Montelukast in altersadaptierter Dosierung und Applikationsform zur Verfügung.

Ist innerhalb von 1–4 Wochen keine Beschwerdebesserung zu erreichen, kann der kurzzeitige Einsatz systemischer Glukokortikoide oder die Behandlung mit einem Medikament der Therapiestufe 4 erwogen werden. Allerdings sollte die Therapie mit systemischen Glukokortikoiden aufgrund der bekannten, potenziell schwerwiegenden Nebenwirkungen nur kurzzeitig erfolgen (z. B. Methylprednisolon 1 mg/kg Körpergewicht für 3–5 Tage, dann rasches Ausschleichen über maximal 7 Tage).

Non-Responder wurden bisher zusätzlich mit Substanzen anderer Wirkstoffgruppen behandelt (z. B. Ciclosporin A, Omalizumab, H₂-Antihistaminika, Hydroxychloroquin, Dapson). Im Kindesalter ist die Einsetzbarkeit dieser Arzneimittel jedoch aufgrund nicht unerheblicher Nebenwirkungsrisiken und in jedem Lebensalter teils durch fehlende Evidenz aus kontrollierten Studien, und teils durch sehr hohe Therapiekosten limitiert. Lediglich Ciclosporin A (CsA) wird regelmäßig zur Behandlung der schweren chronischen Urtikaria bei Kindern verwendet, wenn zuvor durch hochdosierte H₁-AH in Kombination mit Montelukast innerhalb von 4 Wochen keine Beschwerdebesserung erzielt worden ist [13]. Der humanisierte, monoklonale Anti-IgE-Antikörper Omalizumab wurde in ersten kontrollierten Untersuchungen bei Erwachsenen und Jugendlichen (> 12 Lebensjahre) zur Behandlung der chronischen spontanen Urtikaria mit Erfolg verwendet. Allerdings bleiben entscheidende Fragen zu dieser Therapie unbeantwortet (z. B. exakter Wirkmechanismus, optimale Dosierung, Therapiedauer, Kosten-/Nutzenverhältnis), sodass die Anwendung von Omalizumab bei Kindern mit chronischer Urtikaria aktuell nicht empfohlen werden kann.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Priv.-Doz. Dr. med. Hagen Ott
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg
E-Mail: h.ott@khh-wilhelmstift.de

Red.: Höger

Themenschwerpunkt Kinderdermatologie ●●●

Mastozytosen im Kindesalter

Mastozytosen stellen eine heterogene Gruppe von Erkrankungen dar, die durch die Akkumulation von Mastzellen in Haut, Knochenmark, lymphatischen Organen und anderen Organsystemen gekennzeichnet sein können [1]. Etwa 65% der Mastozytosepatienten sind Kinder. In der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation wird die auf das Hautorgan beschränkte, kutane Mastozytose von systemischen und zwei extrakutanen Verlaufsformen (Mastzell Sarkom, extrakutanes Mastozytom) abgegrenzt (Tab. 1). Im Gegensatz zu Erwachsenen kommen bei Kindern fast ausschließlich kutane Formen der Mastozytose vor; die Mastzellinfiltration des Knochenmarks stellt in dieser Altersgruppe eine Rarität dar [2].

Epidemiologie

Die Mastozytose ist eine seltene Erkrankung. Genaue epidemiologische Daten stehen aktuell jedoch nicht zur Verfügung, da prospektive, durch Untersuchungen großer Patientenkohorten über einen ausreichend langen Zeitraum gewonnene Daten fehlen. Die Inzidenz jährlicher Neuerkrankungen wird in der Gesamtbevölkerung auf 5–10 pro 1.000.000 Einwohner geschätzt. Circa 2/3 aller Mastozytosen manifestieren sich im Kindesalter, ca. 15% treten bereits kongenital auf [3,4]. In der Folge findet jede 200. bis 500. Erstvorstellung in pädiatrisch-dermatologischen Ambulanzen aufgrund einer Mastozytose statt [5,6].

Pathogenese

Mastzellen (MZ) entstehen aus pluripotenten, hämatopoetischen Stammzellen, die erst im Zielgewebe unter dem Einfluss verschiedener Mediatoren zu MZ heranreifen. Eine wichtige Rolle bei diesem Prozess spielt neben multiplen Zytokinen der *stem cell factor* (SCF), der als Mastzellwachstumsfaktor nach Bindung an die Rezeptor-Tyrosinkinase KIT (CD117) auf der Zelloberfläche zu MZ-Proliferation und -differenzierung führt. Vor al-

lem bei erwachsenen Patienten mit einer systemischen Verlaufsform lassen sich aktivierende Mutationen in Exon 17 (D816V) des für den KIT-Rezeptor kodierenden Protoonkogens (c-KIT) nachweisen. Daraus resultiert eine klonale MZ-Expansion, die auch bei der Mehrzahl betroffener Kinder nachgewiesen werden kann [7]. Allerdings ist weiterhin nicht abschließend geklärt, warum bei einigen Mastozytose-Patienten keine aktivierenden Mutationen nachgewiesen werden können und warum zahlreiche pädiatrische Patienten trotz nachgewiesener, aktivierender c-KIT-Mutation im weiteren Krankheitsverlauf eine Spontanregression zeigen [8,9].

Klinik

Verlauf und Systematik der Mastozytose sind individuell unterschiedlich ausgeprägt. Mastzellen sind wichtige Effektorzellen des Immunsystems und produzieren neben Histamin und Tryptase weitere Mediatoren (z. B. Heparin, Prostaglandin D2, Leukotriene) [10]. Die mechanische Irritation kutaner Läsionen führt daher häufig zu einem fokalen Ödem mit Umgebungserthem (positives *Darier-Zeichen*), das für alle Formen der kutanen Mastozytose charakteristisch ist (Abb. 1). Eine Be-

Kutane Mastozytosen
Solitäres Mastozytom
Makulopapulöse Mastozytose
Diffuse kutane Mastozytose
Systemische (SM) und andere extrakutane Mastozytosen
Indolente SM
SM mit assoziierter, klonaler, hämatologischer, Non-Mastzelllinien-Erkrankung
Aggressive SM
Mastzell-Leukämie
Mastzell-Sarkom
Extrakutanes Mastozytom

Tab. 1: Modifizierte WHO-Klassifikation der Mastozytose [1]



Abb. 1: Positives Darier-Zeichen: Ausbildung eines urtikariellen Ödems mit Umgebungserthem nach mechanischer Irritation eines solitären Mastozytoms



Dr. med.
Meike Hengst
Priv.-Doz. Dr. med.
Hagen Ott

sonderheit im frühen Kindesalter ist die oft ausgeprägte Blasenbildung nach mechanischer Reizung sowie eine generalisierte Flush-Reaktion. Sehr selten entwickeln einige Patienten dieser Altersgruppe zusätzliche Beschwerden, die auf eine systemische Wirkung von MZ-Mediatoren zurückzuführen sind (z. B. Bauchschmerzen, Durchfall, arterieller Hypertonus) [11].

Kutane Mastozytose

Im Gegensatz zu adulten Patienten, bei denen die kutane Mastozytose oft das erste Zeichen einer systemischen Mastozytose darstellt, präsentiert sich die Mastozytose im Kindesalter klinisch fast ausschließlich als kutane Form. Drei Hauptformen werden unterschieden:

1. Solitäres Mastozytom

Solitäre Mastozytome machen ca. 20-50% aller kindlichen Mastozytosen aus und entwickeln sich bei der Mehrzahl der Patienten in den ersten 6 bis 12 Lebensmonaten. Sie imponieren klinisch als rötlich-braune Hautläsionen (Maculae, Papeln, Knoten, Plaques). Um das solitäre Mastozytom von der makulopapulösen kutanen Mastozytose (Urticaria pigmentosa, s. u.) abgrenzen zu können, wurde eine Anzahl von maximal fünf Läsionen für das solitäre Mastozytom festgelegt. Klinisch weisen diese insbesondere im Säuglingsalter gehäuft Blasenbildung auf. Generalisierte kutane oder extrakutane Symptome (z. B. Flush, Diarrhoe) sind selten zu beobachten. Allerdings wurden anaphylaktoide Reaktionen bei Säuglingen nach mechanischer Irritation großer SM berichtet [12]. In der Regel tritt eine vollständige Spontanregression solitärer Mastozytome im Verlauf des Schulkindesalters ein.

2. Makulopapulöse kutane Mastozytose (Urticaria pigmentosa)

Die makulopapulöse kutane Mastozytose, die traditionell als Urticaria pigmentosa bezeichnet wird, zeichnet sich durch multiple (> 5) rötlich-braune Maculae, Papeln und/oder Plaques aus. Sie stellt mit einem Anteil von 50% bis 80% die häufigste Verlaufsform im Kindesalter dar und manifestiert sich typischerweise im ersten Lebensjahr. Abhängig von der vorherrschenden klinischen Morphe kann darüber hinaus die eigentliche makulopapulöse Variante von einer Plaque-Form mit flachen- bis leicht erhabenen, größerflächigen Läsionen unterschieden werden (Abb. 2, 3). Bei Erstmanifestation der Urticaria pigmentosa nach dem 5. Lebensjahr besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer systemischen Mastozytose [13].

3. Diffuse kutane Mastozytose

Die diffuse kutane Mastozytose stellt die schwerste Verlaufsform der kutanen Mastozytose dar. Sie geht mit diffusen Infiltraten bis zur Erythrodermie, ausgedehnter Blasen- und Quaddelbildung und quälendem Juckreiz einher. Die Erkrankung ist meist bereits bei Geburt oder in den ersten Lebenstagen manifest. Aufgrund der extrem hohen Mastzelllast leiden Neugeborene und Säuglinge meist an ausgeprägten systemischen Beschwerden,



Abb. 2: Urticaria pigmentosa (makulopapulöser Typ): multiple, kleinflächige, braune Maculae und Papeln

die neben der Haut (Flush, Pruritus) auch den Gastrointestinaltrakt (Diarrhoe, Bauchschmerzen), das Bronchialsystem (Dyspnoe) und das Herz-Kreislaufsystem (Schwindel, arterielle Hypotension) betreffen können. Säuglinge, bei denen klinisch Bullae überwiegen, weisen ein höheres Risiko auf, anaphylaktoide Reaktion zu entwickeln. Zwar sind bei extensivem Hautbefall sowie bei

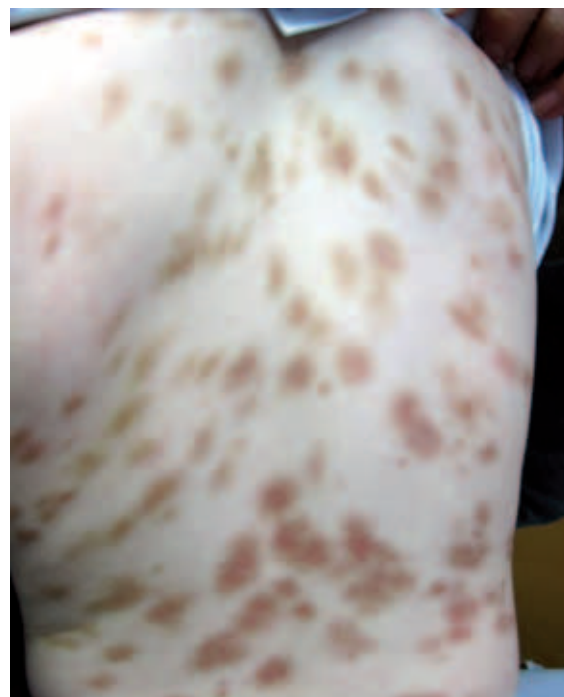


Abb. 3: Urticaria pigmentosa (Plaque-Typ): multiple, großflächige, teils konfluente Maculae und Plaques

schwerer systemischer Beteiligung letale Verläufe beschrieben worden, die Mehrzahl betroffener Patienten entwickelt jedoch eine weitgehende Spontanregredienz bis zur Pubertät, auch wenn Übergänge in eine systemische Mastozytose möglich sind [5].

Systemische Mastozytose

Eine systemische Mastozytose und assoziierte hämatologische Erkrankungen wurden bei Kindern bisher lediglich in Einzelfällen beschrieben [14]. Sie liegt vor, wenn extrakutane MZ-Infiltrate in mindestens einem weiteren Organ (zumeist Knochenmark) nachgewiesen werden und/oder histologische bzw. laborchemische Minorakriterien erfüllt sind [1]. Trotz ihrer Seltenheit sollte die systemische Mastozytose auch bei pädiatrischen Patienten ausgeschlossen werden, wenn verdächtige Symptome beobachtet werden (z. B. Dystrophie, gastrointestinale Beschwerden, anaphylaktoide Reaktionen, Knochenschmerzen, neuropsychiatrische Auffälligkeiten, Blutungen).

Diagnostik

Anders als bei Erwachsenen sind bei pädiatrischen Patienten mit Mastozytose neben Anamnese und klinischer Untersuchung in der Regel keine weiterführenden Untersuchungen erforderlich. Da jedoch der klinische Verlauf nicht vorhersehbar ist, sind Visiten in 6- bis 12-monatigen Abständen empfehlenswert.

Anamnese

Die ausführliche Anamnese wird mit dem Ziel erhoben, kutane und systemische Symptome zu erfassen, Triggerfaktoren zu identifizieren sowie das weitere diagnostische und therapeutische Procedere festzulegen. Insbesondere sollten die folgenden Aspekte gezielt erfragt werden:

- Familienanamnese (Verwandte ersten Grades mit Mastozytose)
- bekannte allergische Soforttypreaktionen
- Alter bei Symptombeginn und bisheriger Krankheitsverlauf
- Art der Symptome inklusive Schweregrad, Häufigkeit und Auslöser
- Vordiagnostik (Tryptase, Hautbiopsie),
- bisherige Therapie (Dauermedikation)
- Psychosoziale Belastung des Patienten und seiner Familie

Klinische Untersuchung

Die körperliche Untersuchung besteht zunächst aus einer eingehenden Inspektion des gesamten Integuments. Das für alle Formen der kutanen Mastozytose charakteristische Darier-Zeichen lässt sich in der Mehrzahl betroffener Patienten induzieren. Hierzu wird für ca. 10 Sekunden mit einem Holzspatel kräftig über eine Läsion gerieben, worauf sich innerhalb von 5 Minuten ein urtikarielles Ödem mit Umgebungerythem ausbildet. Hepatosplenomegalie und Lymphadenopathie können auf eine systemische Beteiligung hindeuten.

Labordiagnostik

Bei Patienten mit Urticaria pigmentosa, diffuser kutaner Mastozytose und/oder extrakutanen Symptomen ist – abhängig vom klinischen Zustand – eine einmal jährliche Blutentnahme zur Bestimmung der Serum-Tryptase indiziert. Als Serinprotease wird die Tryptase hauptsächlich von Mastzellen synthetisiert, in deren Granula sie in verschiedenen Isoformen gespeichert wird. In der klinischen Routinediagnostik steht aktuell nur ein kommerzieller Fluoreszenz-Enzymimmunoassay zur Verfügung, der eine serologische Messung der Gesamt-Tryptasekonzentration erlaubt.

Auch wenn umfangreiche Untersuchungen bisher fehlen und der Serum-Tryptasespiegel altersabhängigen Schwankungen unterliegt, kann eine Gesamt-Tryptasekonzentration > 10 ng/ml als Hinweis auf eine erhöhte Mastzelllast des Patienten gelten. Bei Werten > 30 ng/ml (bei Erwachsenen: >20 ng/ml) muss eine systemische Mastozytose erwogen werden [12,15,16].

Nur bei nicht eindeutig positivem Darier-Zeichen und/oder klinisch atypischer Morphologie ist bei Kindern und Jugendlichen eine Hautbiopsie zur Diagnosesicherung erforderlich. Bei Auftreten von systemischen Symptomen und/oder einer Gesamt-Tryptasekonzentration > 100 ng/ml i. S. ist zusätzlich eine Knochenmark-Untersuchung indiziert [3].

Therapie

Eine kurative Therapie, abgesehen von der Exzision eines solitären Mastozytoms, ist aktuell für die Mastozytose im Kindes- und Jugendalter nicht verfügbar. Allerdings tritt bis zum Erwachsenenalter bei der überwiegenden Mehrzahl betroffener Kinder eine Spontanremission ein. Im Mittelpunkt der Betreuung steht somit eine

Tab. 2: Triggerfaktoren Mediator-assoziiertes Symptome bei Kindern mit Mastozytose (Auswahl)

Auslöser	Bemerkung
Physikalische Stimuli	
Starke Temperaturschwankungen	Sprung in kaltes Wasser, Einstieg in stark erwärmtes Auto etc.
Mechanische Irritation	Reiben, Kratzen, Abtrocknen, irritative Kleidung etc.
Sonstige	Körperliche Anstrengung, UV-Exposition, Vibrationen etc.
Arzneimittel	
Codein	Enthalten in verschiedenen Hustensäften
Muskelrelaxantien	z. B. Pancuronium, Dexamethonium
Nicht-steroidale Antiphlogistika	Paracetamol wird i.d. Regel komplikationslos toleriert
Sonstige	Dextran, Jod-haltige Röntgenkontrastmittel, Amphotericin B etc.
Nahrungsmittel	
Stark gewürzte und/oder heiße Speisen ¹	Cave: Restaurantbesuch, Klassenfahrten etc.
Nahrungsmittel-zusatzstoffe ¹	Konservierungsmittel, synthetische Farbstoffe etc.
¹ Meidung nicht bei allen Patienten, sondern nur im Einzelfall bei eindeutiger Anamnese bzw. nach positiver Provokationstestung sinnvoll	

ausführliche und adäquate Aufklärung der Patienten und ihrer Eltern, die den Krankheitsverlauf, mögliche Triggerfaktoren (Tab. 2), und die symptomatische Therapie beinhalten sollte. Eine adäquate psychosoziale Betreuung schwer betroffener Kinder und ihrer Familien ist erforderlich. Es sollte frühzeitig eine Kontaktaufnahme mit dem Mastozytose-Selbsthilfverein (www.mastozytose.de) angeboten werden [8].

Meidung von Triggerfaktoren

Eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Triggerfaktoren kann zur MZ-Degranulation führen. Im Kindesalter induzieren insbesondere physikalische Stimuli (Kälte, Wärme, mechanische Irritation) die oben genannten Symptome. Andere Auslöser sind Arzneimittel-, Nahrungsmittel- und Insektengiftallergene. Eine entsprechende „Histaminliberatoren-Liste“ sollte den Eltern ausführlich erläutert und mitgegeben werden (Tab. 2).

Mastozytose-Patienten leiden nicht überdurchschnittlich häufig an Allergien. Allerdings können allergische Kinder mit Urticaria pigmentosa oder systemischer Mastozytose aufgrund ihres Mastzell-„Reichtums“ z.B. im Falle eines Insektenstiches (und insbesondere bei bestehender Insektengift-Sensibilisierung) besonders schwere Reaktionen entwickeln, sodass bei anamnestischem Verdacht eine allergologische Diagnostik und ggf. eine strikte Allergenkenz erfolgen sollten.

Symptomatische Therapie

Lokaltherapie

Bei Blasenbildung und Superinfektion sollte eine Lokaltherapie nach den allgemeinen Prinzipien der Wundversorgung erfolgen. Solitäre Mastozytome, die rezidivierend zu Komplikationen führen, können zunächst mit einem topischen Glukokortikoid unter Okklusion behandelt werden. Bei rezidivierenden Beschwerden ist die Exzision zu erwägen.

Die im Erwachsenenalter häufig eingesetzte UVA-Lichttherapie, ggf. in Kombination mit Photosensibilisatoren (PUVA), sollte aufgrund ihrer potenziellen Photokarzinogenität bei Kindern nicht durchgeführt werden.

Systemische Therapie

Die symptomatische, systemische Therapie Mediator-assoziiierter Symptome kann mit nicht-sedierenden H1-Antihistaminika erfolgen (z. B. Cetirizin, Desloratadin, Levocetirizin). Um eine ausreichende Symptomkontrolle zu gewährleisten, ist nicht selten eine Dosissteigerung bis zum Vierfachen der üblichen Einmaldosis erforderlich (in Anlehnung an die Therapie der chronischen Urtikaria). Bei ausgeprägten gastrointestinalen Beschwerden ist der zusätzliche Einsatz von Cromoglicinsäure in einer Dosierung von 20 bis 40 mg/kg Körpergewicht und ggf. oraler H2-Antihistaminika sinnvoll. Der Leukotrienantagonist Montelukast kann bei Kindern mit persistierenden Symptomen zwar außerhalb der Zulassung, aber ebenfalls ohne Risiko relevanter Nebenwirkungen gegeben werden. Die Behandlung der im Kindes- und Jugendalter sehr seltenen systemischen Mastozytose sollte je nach Subtyp interdisziplinär und in Kooperation mit einem pädiatrisch-onkologischen Zentrum erfolgen.

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. med. Meike Hengst
Katholisches Kinderkrankenhaus
Wilhelmstift
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg
E-Mail: m.hengst@khh-wilhelmstift.de

Priv.-Doz. Dr. med. Hagen Ott
Abt. Päd. Dermatologie und Allergologie
Katholisches Kinderkrankenhaus
Wilhelmstift
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg
E-Mail: h.ott@khh-wilhelmstift.de

Red.: Höger

Nephrotoxisches Potential von Amalgam

CONSILIUM INFECTIONUM

Prof. Dr. med.
Klaus Mörike

Frage:

Bei einer jetzt fast 14-jährigen Patientin wurde im Alter von zwei Jahren aufgrund einer Hydronephrose die funktionslose linke Niere entfernt. Die verbliebene rechte Niere stellt sich sonographisch unauffällig dar und es gibt keine Hinweise auf eine Beeinträchtigung ihrer Funktion.

Die Eltern sorgen sich, dass durch die zukünftige Verwendung von Amalgam im Rahmen von zahnärztlichen Behandlungen die Niere geschädigt werden könnte. Bisher hat die Patientin keine Amalgamfüllungen.

- Welche Erkenntnisse über das nephrotoxische Potential von Amalgam gibt es?
- Muss man in dieser Situation von der Verwendung des Amalgams abraten?

Antwort:

Die Frage bezieht sich auf die Sicherheit von Amalgam-Zahnfüllungen, speziell bei einer 14-jährigen Patientin mit Z. n. Entfernung einer Niere im Hinblick auf die Funktion der verbleibenden Niere.

Zu Amalgam und etwaigen gesundheitsschädlichen Wirkungen gibt es eine große Menge von Publikationen. Zusammenfassungen des gegenwärtigen Kenntnisstandes enthalten die Mitteilung der RKI-Kommission [1] einschließlich Sondervotum [2] und Entgegnung darauf [3] sowie eine Übersichtsarbeit [4].

Renale Effekte wurden in einer randomisierten Studie untersucht, in der Amalgam- mit quecksilberfreien Zahnfüllungen bei 6-10-jährigen Kindern mit 5 Jahre Nachbeobachtungszeit verglichen wurden. Es fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede [5].

Zu ähnlichen Schlussfolgerungen gelangte eine andere Studie [6]. Dort wurde zwar in der Amalgam-Gruppe eine höhere Mikroalbuminurie-Prävalenz als in der Vergleichsgruppe gefunden. Jedoch kann dies ein Zufallsbefund, z. B. mitbedingt durch Mehrfachtestung, gewesen sein [6].

Für die Gesundheitsschädlichkeit, einschließlich Nierenschädigung, von Amalgam-Zahnfüllungen existiert letztendlich kein schlüssiger Beweis. Aber „absence of evidence is not evidence of absence“ (Altman & Bland 1995). Und das Fehlen einer Gesundheitsschädlichkeit von

Amalgam-Zahnfüllungen ist nicht hinreichend sicher nachgewiesen. Ein solcher Nachweis wäre aber Voraussetzung, um die völlige Unbedenklichkeit – insbesondere in speziellen Situationen wie der vorliegenden – annehmen zu können. Das Fehlen einer (schädlichen) Wirkung nachzuweisen ist methodisch sehr viel schwieriger als der Nachweis einer bestimmten Wirkung. (Das betrifft die Umwelt- und Gewerbetoxikologie allgemein, nicht nur Amalgam im speziellen.) Daher ist zu befürchten, dass es einen solchen Nachweis der völligen Unbedenklichkeit auch in Zukunft nicht geben wird.

Fazit und Kommentar:

Vor diesem Hintergrund sowie angesichts der Verfügbarkeit von Alternativen (z. B. Kunststofffüllungen) halte ich die Empfehlung, auf Amalgam in der vorliegenden Situation vorsichtshalber zu verzichten, für vernünftig.

Literaturverzeichnis

- [1] Kommission „Methoden und Qualitätssicherung in der Umweltmedizin“ des Robert-Koch-Instituts: Amalgam: Stellungnahme aus umweltmedizinischer Sicht. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2007; 50: 1304-1307
- [2] Daschner F, Mutter J: Sondervotum zu „Amalgam: Stellungnahme aus umweltmedizinischer Sicht“, Mitteilung der Kommission „Methoden und Qualitätssicherung in der Umweltmedizin“ des Robert Koch-Instituts, Berlin. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2007; 50: 1432-1433
- [3] Mitglieder der Kommission „Methoden und Qualitätssicherung in der Umweltmedizin“ des Robert Koch-Instituts (Diskordantes Votum von W. Stück): Entgegnung der RKI-Kommission „Methoden und Qualitätssicherung in der Umweltmedizin“ zum vorstehenden Sondervotum von Prof. Dr. Daschner und Dr. Mutter. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2007; 50: 1434-1435
- [4] Göhring TN, Schicht OO, Imfeld T: Ist Amalgam eine Gefahr für die Gesundheit? *Therapeutische Umschau* 2008; 65: 103-110
- [5] Bellinger DC, Trachtenberg F, Barregard L, Tavares M, Cernichiari E, Daniel D, McKinlay S: Neuropsychological and renal effects of dental amalgam in children: a randomized clinical trial. *JAMA* 2006 Apr 19; 295(15): 1775-83
- [6] Barregard L, Trachtenberg F, McKinlay S: Renal effects of dental amalgam in children: The New England Children's Amalgam Trial. *Environ Health Perspect* 2008; 116: 394-399

Prof. Dr. med. Klaus Mörike
Eberhard-Karls-Universität – Klinische Pharmakologie
72076 Tübingen, Otfried-Müller-Str. 45

Das „CONSILIUM INFECTIONUM“ ist ein Service im „KINDER- UND JUGENDARZT“, unterstützt von INFECTOPHARM. Kinder- und Jugendärzte sind eingeladen, Fragen aus allen Gebieten der Infektiologie an die Firma InfectoPharm, z. Hd. Frau Dr. Kristin Brendel-Walter, Von-Humboldt-Str. 1, 64646 Heppenheim, zu richten. Alle Anfragen werden von namhaften Experten beantwortet. Für die Auswahl von Fragen zur Publikation sind die Schriftleiter Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, und Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, redaktionell verantwortlich. Alle Fragen, auch die hier nicht veröffentlichten, werden umgehend per Post beantwortet. Die Anonymität des Fragers bleibt gegenüber dem zugezogenen Experten und bei einer Veröffentlichung gewahrt.



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Sind Fluoride ein Risikofaktor für die kindliche Hirnentwicklung?

Developmental Fluoride Neurotoxicity: a Systematic Review and Meta-Analysis

Choi, A.L., et al., *Environ Health Perspect*, 120: p. 1362-8, Oktober 2012

Die medizinische und ökonomische Bedeutung der Fluoridprophylaxe für die Zahngesundheit ist bis heute unbestritten geblieben. Säuglinge, Früh- und Reifgeborene, erhalten in der Bundesrepublik Fluor in Kombination mit Vitamin D als tägliches Supplement. Mit der Einführung der Fluorprophylaxe ist die Zahnkaries bei Kindern zurückgegangen [1]. Die orale Aufnahme von Fluor wird allgemein als sicher betrachtet, wenn die entsprechenden Dosisempfehlungen der pädiatrischen und zahnärztlichen Fachgesellschaften eingehalten werden.

Im Rahmen der erfolgreichen Kariesprävention wurde das mögliche Risiko einer Fluortoxizität im Niedrig-Dosisbereich zu wenig wahrgenommen [2,3]. Die Ergebnisse mehrerer epidemiologischer Studien haben gezeigt, dass eine erhöhte Fluorbelastung im Trinkwasser nicht nur zu einem Anstieg der Zahnfluorose, sondern auch zu einer Verminderung der intellektuellen Fähigkeiten im Kindesalter führt [4,5].

Fluor ist ein hoch reaktives Element, das in hoher Konzentration nicht mit der Funktion biologischer Systeme vereinbar ist [2]. Fluoride schädigen im Laborversuch in höheren Dosierungen das Gehirn von Tieren und beeinflussen ihre Lernfähigkeit [6]. In einer Studie an Ratten, die über drei Generationen zwischen 100 und 200 ppm (100 mg/L und 200 mg/L) mit Fluorid angereichertes Trinkwasser erhielten, konnte mit jeder weiteren Generation eine zunehmende Veränderung an Hirnenzymen und im Wachstum nachgewiesen werden [7].

Choi et al. haben in einer Meta-Analyse nach der Evidenz für eine mögliche Beeinträchtigung der kindlichen Intelligenz- und Verhaltensentwicklung unter unterschiedlichen Fluoridbelastungen gesucht [8].

Die Autoren durchsuchten Medline, Embase, „Water Resources Abstracts“ und Toxnet nach relevanten Studien. Sie suchten ergänzend in der „China National Infrastructure Knowledge (CNIK) Database“, da viele Studien über die Neurotoxizität von Fluor nur in chinesischen Zeitschriften veröffentlicht wurden. Insgesamt konnten 27 geeignete epidemiologische Studien mit einer hohen und einer niedrigen Fluoridbelastung (Kontrollgruppe), die über 22 Jahre publiziert worden waren, identifiziert werden. Alle Studien waren voneinander unabhängig. Als Endpunkte der Studien galten der ermittelte IQ-Wert oder andere Tests zur Messung der kognitiven Fähigkeiten. Die Autoren errechneten über alle 27 Studien die Differenz in den Endpunkten zwischen der hohen und der niedrigen Referenzbelastung mit Hilfe eines „Random Effects Models“. Die durchgeführten Sensitivitätsanalysen wurden auf Studien begrenzt, in denen die Studienendpunkte gleich waren und auch gleich erfasst worden waren und in denen nur Fluor im Wasser als einzige Exposition untersucht wurde. Die weitere Prüfung der Studien mit unterschiedlichen Verfahren ergab keinen Anhalt für ein „Publication Bias“.

Die gewichtete standardisierte Differenz im IQ zwischen der exponierten Bevölkerungsgruppe und der Kontrollgruppe betrug im „Random Effects Model“ -0,45 (95% KI -0,56–0,35). Kinder in Gegenden mit hoher Fluoridbelastung wiesen somit einen signifikant niedrigeren IQ auf als Kinder in Gegenden mit niedriger Fluoridbelastung. Untergruppen- und Sensitivitätsanalysen ergaben ebenfalls eine inverse Beziehung zwischen Fluoridbelastung und IQ.

Die Ergebnisse stützen die Hypothese, dass eine erhöhte Fluoridbelastung sich negativ auf die neurologische Entwicklung und damit auf die kindliche Intelligenz auswirkt.

Fluor ist ein Spurenelement, das überall in der Umwelt in unterschiedlichen Konzentrationen im Trinkwasser und in den Nahrungsmitteln vorkommt. In Deutschland wird als einziges Lebensmittel Speisesalz mit Fluor angereichert. In manchen Ländern, wie z.B. Indien und China, nehmen die Menschen über das Trinkwasser große Mengen an Fluorverbindungen auf. Trinkwasser in Deutschland besitzt nur einen geringen Gehalt an Fluoriden. Etwa 90% des Trinkwassers besitzt < 0,25 mg Fluorid pro Liter (BFR, Bundesinstitut für Risikobewertung, Information Nr. 037/2005, 12. Juli). Zusammen mit Lebensmitteln werden etwa 0,4–1,5 mg pro Tag aufgenommen, zu wenig für die Prävention von Karies. Deshalb wird die systemische Gabe von Fluor entweder als Supplement oder lokal über mit Fluor angereicherte Zahnpasta empfohlen.

Während die deutschen Zahnärzte die Zahnpflege mit fluoridierter Zahnpasta mit dem Zahndurchbruch ab etwa dem 6. Lebensmonat und fluoridiertes Speisesalz als Ergänzung empfehlen, spricht sich die DAKJ (Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin) für die Gabe von 0,25 mg Fluorid in Kombination mit 500 IE Vitamin D3 bereits nach der ersten Lebenswoche aus [1,9]. Die Empfehlung für die tägliche Gesamtaufuhr von Fluor sieht vor, dass unter Standardbedingungen (Gehalt des Trinkwassers < 0,25 mg Fluorid pro Liter) die Menge im Alter unter 4 Monaten 0,25 mg Fluorid/Tag, zwischen 4–24 Monaten 0,5 mg Fluorid/Tag, zwischen 2–4 Jahren 0,7 mg Fluorid/Tag, zwischen 4–6 Jahren 1,0 mg Fluorid/Tag, zwischen 6–10 Jahren 1,1 mg Fluorid/Tag, zwischen 10–13 Jahren 2,0 mg Fluorid/Tag und zwischen 13–19 Jahren für Jungen 3,2 mg Fluorid/Tag und für Mädchen 2,9 mg Fluorid/Tag beträgt [1].

In einer cross-sectionalen epidemiologischen Studie haben Ding et al. untersucht, ob bereits eine niedrige Fluoridbelastung von $<3,0$ mg/L die kindliche Intelligenzentwicklung beeinflussen kann [10]. Hierzu wurden 331 Kinder aus 4 Grundschulen im Alter zwischen 7–14 Jahren in Hulunbir, nord-östliche Mongolei, rekrutiert. Die mittlere Fluorid-Exposition über das Trinkwasser betrug $1,31 \pm 1,05$ mg/L (Spannbreite zwischen $0,24 - 2,84$ mg/L). Die Autoren konnten in einem multiplen linearen Regressionsmodell zeigen, dass die Fluoridausscheidung im Urin mit dem kindlichen Intelligenzquotienten (IQ) invers korrelierte. Ein Anstieg von 1 mg Fluorid im Urin war mit einem IQ-Abfall um 0,59 Punkte ($P < 0,0226$) verbunden. Zwischen dem Urin-Fluorid und der dentalen Fluorose bestand eine Dosis-Wirkungs-Beziehung. Die Autoren schließen aus ihren Ergebnissen, dass auch niedrige Fluorid-Dosen die kindliche Intelligenz beeinflussen können.

In einer Studie von Lu et al. wurde der IQ von 118 Kindern im Alter zwischen 10–12 Jahren, die in zwei Dörfern in China mit unterschiedlich hoher Fluoridbelastung (hohe Trinkwasserbelastung $3,15 \pm 0,61$ mg/L; niedrige Trinkwasserbelastung $0,37 \pm 0,04$ mg/L), aber vergleichbaren Lebensumständen wohnten, verglichen [11]. Der IQ von 60 Kindern mit einer hohen Fluoridbelastung war signifikant niedriger (IQ $92,27 \pm 20,45$) als der IQ von 58 Kindern mit einer geringen Fluoridbelastung (IQ $103,05 \pm 13,86$). Auch in dieser Studie war die Fluorid-Ausscheidung im Urin negativ mit der kindlichen Intelligenz korreliert. Mehr Kinder in dem hoch belasteten Dorf waren geistig- oder lernbehindert (21,6%) als in dem Dorf mit niedriger Belastung (3,4%). Eine Zunahme der Ausscheidung von 1 mg Fluorid pro Liter im Urin führte zu einer Abnahme des IQs von 0,59 Punkten. Der Einfluss von Fluoriden auf die Intelligenzentwicklung wird von Li et al. in einer weiteren Studie mit 907 Kindern im Alter zwischen 8–13 Jahren bestätigt [12].

Alle Ergebnisse werden durch die aktuelle Meta-Analyse von Choi et al. gestützt [13].

Die Abnahme des IQ unter erhöhter Fluor-Belastung ist in der Meta-Analyse von Choi et al. scheinbar gering und liegt noch im Schwankungsbereich der Messfehler der IQ-Testsysteme. Die Frage nach der Relevanz dieser IQ-Veränderungen mag daher berechtigt sein. Die Messung des IQ ist aber nur ein grober Surrogat-Marker für die neurologische Entwicklung und das kindliche Verhalten. Die Forschung zu neurotoxischen Substanzen hat gezeigt, dass schon kleine Verschiebungen in der IQ-Verteilung erhebliche Auswirkungen haben können, vor allem für die, die sich am oberen oder unteren Ende der Verteilungskurve befinden [14].

Im Rattenexperiment konnten Mullenix et al. Verhaltensänderungen der Filialgeneration nach Belastung schwangerer Tiere mit Fluor nachweisen [15]. Das Ausmaß der Verhaltensstörungen hing von der gesamten Fluoridbelastung, dem Zeitpunkt, dem Geschlecht und von der Fluorid-Konzentration in spezifischen Hirnarealen ab. Die in dieser Studie verwandten Fluorid-Dosen entsprachen mit $0,059$ bis $0,640$ ppm in etwa der Exposition, der Menschen ausgesetzt sind.

Fluoride erhöhen im Tierexperiment die Lipidperoxidation, den oxidativen Abbau von Fetten der Zellmembranen, und vermindern die antioxidativen Enzyme im ZNS [7]. Ob auch beim Menschen, wie im Tierversuch an der Ratte über mehrere Generationen nachgewiesen, unter Fluoriddosierungen zwischen 100 ppm bis 200 ppm die anti-oxidativen Enzyme (Superoxiddismutase, Glutathionperoxidase, Katalase, Glutathion-S-Transfe-

rase) und der Glutathion-Spiegel im ZNS vermindert werden, kann aufgrund fehlender Daten nur vermutet werden.

Die bisherigen Erkenntnisse zur Toxizität von Fluor beruhen überwiegend auf chinesischen epidemiologischen Untersuchungen mit Vergleichen zwischen hoch und niedrig belasteten Gebieten und tierexperimentellen Studien. Im Unterschied zu diesen neueren Studien konnten Morgan et al. von der Harvard School of Dental Medicine in einer 1995 publizierten Studie bei Kindern zwischen 0 und 3 Jahren keine Verhaltensunterschiede in Abhängigkeit von der Fluoridbelastung nachweisen [19].

Molekularbiologische Untersuchungen in den letzten Jahren haben gezeigt, dass Fluor einen oxidativen Stress induziert und in die Homöostase der Redox-Systeme eingreift [3]. Eine erhöhte Fluorbelastung belastet auch die Spermatogenese und vermindert die Spermienzahl, wie klinische Untersuchungen und Tierexperimente zeigen [16–18]. Fluor moduliert Gene, die mit der Stressantwort, den Enzymsystemen, dem Zellzyklus und der Signalübertragung verbunden sind [3].

Eine zunehmende Evidenz weist auf ein Konfliktpotenzial zwischen den Auswirkungen von Fluoriden auf biologische Systeme und ihre Anwendung in der Kariesprävention beim Menschen hin [2]. Sichere Fluorid-Spiegel konnten deshalb noch nicht definiert werden. Eine mögliche Schädigung durch eine hohe Fluoridbelastung ist heute unbestritten. Was aber ist mit der niedrigen Fluorid-Belastung von $0,25$ mg pro Tag über Fluorid-Supplemente im frühen Säuglingsalter? Gibt es ein Schädigungskontinuum bis in den niedrigen Dosisbereich? Die vorhandenen experimentellen, klinischen und epidemiologischen Studienergebnisse sollten zumindest unsere Aufmerksamkeit auf das Problem einer möglichen subklinischen Fluortoxizität lenken und Anlass zu weiteren Untersuchungen sein. Die bisherige Datenlage erlaubt nicht, die Frage zu beantworten, ob die bisher empfohlenen systemischen Gaben von Fluorsupplementen in einer Dosierung von $0,25$ mg einen negativen Einfluss auf das sich in der frühen Entwicklung befindliche, hochgradig unreife kindliche Gehirn und vielleicht auch langfristig auf die Intelligenz- und Verhaltensentwicklung ausüben können.

Prof. Dr. Koletzko, von Haunersches Kinderspital München, sieht in einer persönlichen Mitteilung bisher keine ableitbare, belastbare Evidenz für nachteilige Wirkungen der bei uns für die Kariesprävention praktizierten Fluoridzufuhr, und „wir sollten die wirksame Kariesprävention nicht durch solche Befunde in Frage stellen!“ Wirklich nicht? Es muss aber im Interesse der Gesellschaft und vor allem der heranwachsenden Generation geprüft und sichergestellt werden, dass die Wahrheit von heute nicht der Irrtum von morgen ist!

Literatur:

1. DAKJ, Empfehlungen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, DAKJ, Editor. 2007.
2. Prystupa, J., Fluorine – a current literature review. An NRC and ATSDR based review of safety standards for exposure to fluorine and fluorides. *Toxicol Mech Methods*, 2011. 21(2): p. 103-70.
3. Barbier, O., L. Arreola-Mendoza, and L.M. Del Razo, Molecular mechanisms of fluoride toxicity. *Chem Biol Interact*, 2010. 188(2): p. 319-33.
4. Liu, M. and C. Qian, [Effect of endemic fluorosis on children's intelligence development: a Meta analysis]. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*, 2008. 10(6): p. 723-5.
5. Tang, Q.Q., et al., Fluoride and children's intelligence: a meta-analysis. *Biol Trace Elem Res*, 2008. 126(1-3): p. 115-20.

6. Chioca, L.R., et al., Subchronic fluoride intake induces impairment in habituation and active avoidance tasks in rats. *Eur J Pharmacol*, 2008. 579(1-3): p. 196-201.
7. Basha, P.M., P. Rai, and S. Begum, Evaluation of fluoride-induced oxidative stress in rat brain: a multigeneration study. *Biol Trace Elem Res*, 2010. 142(3): p. 623-37.
8. Choi, A.L., et al., Developmental fluoride neurotoxicity: a systematic review and meta-analysis. *Environ Health Perspect*, 2012. 120(10): p. 1362-8.
9. Gülzow, H.e.a., Leitlinie Fluoridierungsmaßnahmen. 2006, Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung im Institut der Deutschen Zahnärzte.
10. Ding, Y., et al., The relationships between low levels of urine fluoride on children's intelligence, dental fluorosis in endemic fluorosis areas in Hulunbuir, Inner Mongolia, China. *J Hazard Mater*, 2011. 186(2-3): p. 1942-6.
11. Lu, Y.e.a., Effect of High-Fluoride Water on Intelligence in Children. *Fluoride*, 2000. 33(5): p. 74-78.
12. Li, X.S., Effect of Fluoride Exposure on Intelligence in Children. *Fluoride*, 1995. 28(4): p. 189-192.
13. Choi, A.L., et al., Developmental Fluoride Neurotoxicity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Environ Health Perspect*, 2012. 120(10): p. 1362-8.
14. Bellinger, D.C., Interpretation of small effect sizes in occupational and environmental neurotoxicology: individual versus population risk. *Neurotoxicology*, 2007. 28(2): p. 245-51.
15. Mullenix, P.J., et al., Neurotoxicity of sodium fluoride in rats. *Neurotoxicol Teratol*, 1995. 17(2): p. 169-77.
16. Pushpalatha, T., M. Srinivas, and P. Sreenivasula Reddy, Exposure to high fluoride concentration in drinking water will affect spermatogenesis and steroidogenesis in male albino rats. *Biometals*, 2005. 18(3): p. 207-12.
17. Ortiz-Perez, D., et al., Fluoride-induced disruption of reproductive hormones in men. *Environ Res*, 2003. 93(1): p. 20-30.
18. Gupta, R.S., et al., The toxic effects of sodium fluoride on the reproductive system of male rats. *Toxicol Ind Health*, 2007. 23(9): p. 507-13.
19. Morgan, L., et al., Investigation of the possible associations between fluorosis, fluoride exposure, and childhood behavior problems. *Pediatr Dent*, 1998. 20(4): p. 244-52.

E-Mail: juergen.hower@googlemail.com

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

Niedrige Vitamin D-Serumspiegel und schwere Zahnkaries im Kleinkindalter

The Relationship Between Vitamin D and Severe Early Childhood Caries: a Pilot Study

Schroth, R.J., Jeal, N.S., Kliewer, E., Sellers, E.A.; *Int J Vitam Nutr Res*. 82, p. 53-62, Januar 2012

Fluoridierung und eine gute zahnmedizinische Prophylaxe und Therapie haben zu einem Rückgang der Zahnkaries (Zahnfäule) geführt. Trotzdem sind immer noch viele Kinder und Jugendliche von Zahnkaries betroffen. Dabei scheint sich in der Bundesrepublik die Karieshäufigkeit zunehmend auf sozial benachteiligte Gruppen zu konzentrieren [1]. Kleinkinder mit einer schweren Zahnkaries (SK) bedürfen meist einer chirurgischen Sanierung. In einer Pilotstudie haben die Autoren Schroth et al. untersucht, ob bei Kleinkindern mit oder ohne SK ein Unterschied in den 25(OH)D-Serumspiegeln nachgewiesen werden kann [2].

Methode: Am Institut für Kindergesundheit der Universität von Manitoba wurde zwischen Juli 2008 und September 2008 der 25(OH)D-Serumspiegel und der Parathormonspiegel bei Kleinkindern (<72 Monaten) mit SK und bei kariesfreien Kontrollkindern bestimmt.

Ergebnisse: Achtunddreißig Kleinkinder nahmen an der Studie teil (50% mit SK). Zwischen den Probanden und der Kontrollgruppe bestand kein signifikanter Altersunterschied. Die Mehrheit aller Kinder (84,2%) wies unzureichende Vitamin D-Spiegel von <75 nmol/L (29,7 ng/ml) auf. Kleinkinder mit SK wiesen niedrigere 25(OH)D-Serumspiegel auf als Kinder ohne SK ($52,9 \pm 15,1$ nmol/L versus $64,4 \pm 21,3$ nmol/L, $p=0,032$). Bei Kleinkindern mit SK konnten auch signifikant höhere Parathormonspiegel nachgewiesen werden.

Schlussfolgerungen: Kleinkinder mit SK haben einen niedrigeren 25(OH)D-Serumspiegel und einen höheren Parathormonspiegel als kariesfreie Kleinkinder.

Kommentar

Die Zahnkaries (Zahnfäule) gehört zu den häufigsten Erkrankungen des Menschen und ist die wichtigste Ursache für einen Zahnverlust [3]. Karies bleibt im Kindes- und Jugendalter trotz aller Bemühungen und aller nachweisbaren Erfolge der Fluoridierung immer noch ein Gesundheitsproblem. Wenig bekannt ist, dass neben der Fluoridierung auch UV-B-Exposition und Vitamin D die Kariesinzidenz verringern können. In einigen älteren Studien aus den 20er und 30er Jahren des vorigen Jahrhunderts wurde bereits über die positive Rolle der UV-B und des Vitamin D auf die Karieshäufigkeit berichtet. In einer Querschnittstudie von Mills aus dem Jahr 1938 zeigte sich eine Assoziation der Kariesprävalenz mit der geographischen Breite des Wohnortes [4]. Melanby und Mitarbeiter führten 1928 in Sheffield Studien zum Einfluss von Vitamin D auf die Karieshäufigkeit durch und konnten bei Kindern einen positiven Einfluss von Vitamin D auf den Rückgang der Karieshäufigkeit nachweisen [5]. McBeath und Zucker wiesen 1928 einen Zusammenhang zwischen Sonnenlicht und Karieshäufigkeit nach. Sie fanden bei New Yorker Schulkindern im Sommer eine geringere Kariesinzidenz als im Winter. Der Sommer-Winter-Unterschied in der Karieshäufigkeit nahm mit zunehmender Vitamin D-Anreicherung der täglichen Milchmenge (1/2 Gallone pro Tag) ab und verschwand bei einer Anreicherung mit 800 IE Vitamin D völlig [6].

Der in der westlichen Bevölkerung und auch in Deutschland dokumentierte, weit verbreitete Vitamin D-Mangel hat jetzt auch zu einem erneuten Interesse an Vitamin D und seinem Einfluss auf die Karieshäufigkeit geführt. Diese Verbindung zwischen SK und Vitamin D konnte jetzt erneut von Schroth et al. in der aktuellen kanadischen Pilotstudie bestätigt werden [2]. Brown et al. wiesen ebenfalls in einer aktuellen Studie nach, dass bei einem großen Teil der Kinder, die unter Karies leiden, ein Vitamin D-Mangel besteht [7]. Bei 102 britischen Kindern, die wegen einer Zahnkaries behandelt wurden, konnte bei 66% der Kinder ein Vitamin D-Mangel (<50 nmol/L), bei 27% ein unzureichender Vitamin D-Serumspiegel (51-75 nmol/L) und nur bei 7% ein optimaler Vitamin D-Status (>76 nmol/L) nachgewiesen werden.

Interessant ist die Antwort auf die Frage, wie es möglich war, dass die seit Jahrzehnten bekannten positiven Wirkungen des Vitamin D auf die Zahngesundheit im Vergleich zur Fluoridierung in den Hintergrund geraten konnten, während das potentielle Risiko einer Fluortoxizität für das sich entwickelnde Gehirn im Überschwang der erfolgreichen Kariesprävention kaum wahrgenommen wurde [8-10]. Auf die möglichen Auswirkungen einer erhöhten systemischen Fluorbelastung auf die kindliche Intelligenzentwicklung haben zuletzt Choi et al. in einer Meta-Analyse hingewiesen [10].

Die aktuellen Studien von Schroth et al. und Brown et al. haben jedenfalls das Interesse an den positiven Einflüssen von Vitamin D auf die Zahngesundheit neu belebt [2-7]. Mit der Kindermilch(KIMI)-Interventionsstudie konnte erneut gezeigt werden, dass eine mit Vitamin D angereicherte Milch eine physiologische und sichere Möglichkeit bietet, den endemischen Vitamin D-Mangel auszugleichen [11].

Die physiologische Vitamin D-Supplementierung über eine angereicherte Kindermilch (die Vitamin D-Anreicherung der Milch ist in einigen Ländern obligatorisch) oder die Verabreichung von Vitamin D-Tabletten/Ölen dürften die bisherigen Erfolge in der Kariesprophylaxe im Kindesalter weiter verbessern und zur allgemeinen kindlichen Gesundheit beitragen. Ein wiederentdeckter, weiterer Nutzen des Sonnenscheinvitamins.

Literaturzitate über den Autor: juergen.hower@googlemail.com

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

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.



Welche Diagnose wird gestellt?

Anamnese

Ein dreizehn Monate altes männliches Kleinkind wird vorgestellt wegen einer auffällig dehnbaren Haut. Der Tonus des Kindes ist reduziert. Er sitzt ohne Hilfe seit dem 9 Monat. Die weitere Eigen- und Familienanamnese sind unauffällig.

Untersuchungsbefund

13 Monate altes männliches Kleinkind in gutem AZ, aber mit deutlich reduziertem Muskeltonus, Hypomimie, kyphotischer Wirbelsäule. Greift gezielt, gute Blickfolge, spricht einzelne Worte; psychomentele Entwicklung altersgerecht. Okulomotorik regelrecht. Cor, Pulmo und Abdomen unauffällig. Im Stammbereich fällt eine deutlich überdehnbare Haut auf (Abb. 1). Hämatome bestehen nicht. Die Gelenke sind nicht überdehnbar. Die Haut der Wangen „hängt“ ähnlich wie bei alten Menschen.



Welche Diagnose wird gestellt?

Abb. 1: Schmerzfrei überdehnbare Haut im Bereich des Rückens

DGAAP

Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie

Die Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP e.V.) ist die wissenschaftliche Gesellschaft der ambulanten, allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin.

Ziel der Gesellschaft ist es, der ambulanten allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin als eigenständigem Fach in Forschung, Lehre und Praxis die ihr zukommende Bedeutung zu verschaffen.

Machen Sie mit!
Werden Sie Mitglied!
Informationen und
Mitgliedsanträge
auch unter
www.dgaap.de

Diagnose: Cutis laxa (Syn.: Dermatochalasis)

Mit dem Begriff „Cutis laxa“ werden verschiedene, genetisch und klinisch heterogene Erkrankungen des elastischen Bindegewebes bezeichnet, denen die deutliche Überdehnbarkeit der Haut gemeinsam ist. Die Haut wirkt dadurch faltig und „überschüssig“, so dass der Eindruck der Voralterung entsteht.

Man unterscheidet angeborene und erworbene Formen der Cutis laxa. Die angeborenen Formen sind in der Tabelle zusammengefasst; mit Ausnahme der ADCL-Form werden alle Erkrankungen autosomal-rezessiv vererbt.

Wichtige Differenzialdiagnosen sind

- das **Ehlers-Danlos-Syndrom** (EDS): 90% der 6 Haupttypen des EDS zeigen neben der hyperelastischen Haut auch eine Überdehnbarkeit der Gelenke. Eine molekulargenetische Untersuchung erlaubt die sichere Abgrenzung
- **Pseudoxanthoma elasticum** (PXE): Auch das PXE ist durch abnorme elastische Fasern gekennzeichnet. Die Manifestation durch umschriebene Xanthom-ähnliche Plaques im Bereich von Hals und Hautfalten erfolgt im 2. Dezennium und ist oftmals das erste Symptom dieser Erkrankung, die durch Blutungsneigung, Netzhautveränderungen („Angioid streaks“) und frühzeitige Arteriosklerose gekennzeichnet ist und auf einer Mutation des *ABCC6*-Gens beruht.

Erworbene Formen der Cutis laxa beruhen in der Mehrzahl auf entzündlichen Dermatosen, die in der Dermis zu Schädigungen der elastischen Fasern (Elastolysis) führen.

Bei dem hier beschriebenen Kind liegt eine Neumutation des *ELN*-Gens auf Chromosom 7q11.2 vor. Eine kausale Behandlung ist nicht möglich. Kosmetischen Beeinträchtigungen durch exzessive Faltenbildung kann durch serielle Exzisionen der redundanten Haut begegnet werden. Regelmäßige kardiologische (Echokardiographie) Untersuchungen und Lungenfunktionstests dienen dem Nachweis bzw. Ausschluss einer pulmonalen oder kardialen Komplikation. Die Lebenserwartung dieser Form der Cutis laxa ist in den meisten Fällen normal.

Literaturangaben

Berk RB, Bentley DD, Bayliss SJ et al. Cutis laxa: A review. *J Am Acad Dermatol* 2012; 66: 842-851

Prof. Dr. Peter H. Höger
Abt. Pädiatrie und Pädiatrische Dermatologie/Allergologie
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg

Erkrankung	Gen	Alter bei Manifestation	Hautsymptome	Extrakutane Symptome
ADCL	ELN	Geburt-Adoleszenz	Vorzeitige Alterung, langes Philtrum, lange Ohrläppchen, hohe Stirn	Gelegentlich gastrointestinale Divertikel und Hernien, selten Pulmonalstenosen, Aortenaneurysmen, Bronchiektasen, Emphysem
ARCL Typ I	Typ IA: <i>FDBLN5</i> Typ IB: <i>FBLN4</i>	Geburt	Auffällige Facies, vorzeitige Hautalterung	Frühzeitig und ausgeprägt: Emphysem, Zwerchfeldefekte, Aneurysmen. Typ IA: Supra-valvuläre Aortenstenose
ARCL Typ II	Typ IIA: <i>ATP6VOA2</i> Typ IIB: <i>PYCR1</i>	Geburt	Wie Typ I; vordere Fontanelle bleibt „offen“	Häufige motorische Störungen, verschiedene kardiovaskuläre Erkrankungen
ARCL Typ III (De-Barsy-Syndrom)	<i>ALDH18A1</i>	Geburt	Progeroide Facies, subkutanes Fett reduziert	Bilaterale Katarakt, Athetoide Bewegungsstörung, mentale Retardierung
Urban-Rifkin-Davis-Syndrom	<i>LTBP4</i>	Geburt	Redundante Haut	Schwere, oftmals letale pulmonale Beteiligung. Fehlbildungen in GIT (Divertikulose, Stenosen, Gefäßektasien) und UGT (Hydronephrose, Divertikulose)
MACS-Syndrom	<i>RIN2</i>	Geburt	Redundante Haut	Makrozephalie, Lidfissuren, Gingivahypertrophy, Zahnanomalien, Alopezie, hohe Stimme
Arterial Tortuosity Syndrome	<i>SLC2A10</i>	Geburt	Redundante Haut	Elongation und auffällige Windung der großen Gefäße, Aneurysmen, Stenosen. Hohe Letalität.

GIT=Gastrointestinaltrakt, UGT=Urogenitaltrakt

Tab.: Genetisch bedingte Formen der Cutis laxa

Steckbrief zu: Zauberpilze, magische Pilze

Chemische Bezeichnung: Inhaltsstoffe sind die halluzinogenen Indole Psilocybin, Psilocin u.a.; das zentralnervös wirksame Psilocin bindet an serotoninerge Rezeptoren und löst Halluzinationen aus

Straßennamen(n): Magic mushrooms, Psilos

Dosierung(en): mehrere kleine Pilze, selbstgezogen (growbox) oder über Internethandel; normal 12–20 mg Psilocybin, aber schwierige Dosierung wegen stark schwankendem Wirkstoffgehalt der Pilze

Einnahmeform: kleine, unscheinbare Pilze (186 Arten), die meist getrocknet aufbewahrt und gegessen werden, häufigste einheimische Art ist der spitzkegelige Kahlkopf oder *Psilocybe semilanceata*;

Interaktionen: Wirkverstärkung bei Kombination mit Cannabis oder ecstasy (3,4 MDMA), aber auch mit Antidepressiva vom Typ MAO-Hemmer

Straßenpreis(e): 10 Gramm Trockenpilz für 8–15 Euro, eine Zuchtbox mit bis zu 3 nachfolgenden Ernten kann 400–600 Gramm Pilze züchten und kostet 40–70 Euro

Psilocybe fällt unter das BTM, Verkauf und Handel sind illegal

Erwünschte Wirkung(en): optische und akustische Halluzinationen; Gefühl „wie Watte in den Beinen“; Synäthesien, Ich-Entgrenzung; Wirkdauer bis zu 6 Stunden

Unerwünschte Wirkung(en): 15 Minuten bis 3 Stunden nach Ingestion neben den erwünschten Wirkungen auch Benommenheit bis zur Bewusstlosigkeit, muskuläre Hypotonie und Ataxie, selten Bradykardie und Blutdruckabfall; Spontane Besserung binnen 12 Stunden

Symptome bei Überdosierung: Verstärkung der unerwünschten Symptome; Angstzustände bei Kleinkindern (> 2 Pilze)



Suchtforum

Nachweismethoden: in üblichen Blut- und Urintests nicht enthalten; Nachweis pharmakologisch aus dem Pflanzenmaterial

Therapieoptionen akut: in der Regel Intervention nur nötig bei Angstzuständen (versehentliche Einnahme durch Kleinkinder im Haushalt), dann Sedierung mit Benzodiazepin;

Sonst symptomorientiert und abwartend, da spontane Besserung binnen 12 Stunden

Langzeitfolgen: keine körperliche Abhängigkeit, aber Unfallgefahr wegen der Halluzinationen in der Rauschphase; vereinzelt Gefahr des „Flashbacks“ mit angstbesetzten Halluzinationen ohne Konsum Wochen oder Monate danach.

Dr. Matthias Brockstedt
Ärztlicher Leiter KJGD-Mitte
Reinickendorfer Straße 60b
13347 Berlin
Tel. 030 9018 46132,
Fax 030 9018 45266
matthias.brockstedt@
ba-mitte.berlin.de

Red.: Christen

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

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine
Vertretung

einen
Weiterbildungsassistenten

einen
Nachfolger

einen
Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

dann wenden Sie sich bitte an die

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



Influenza – eine Zwischenbilanz der Epidemie und ihre Implikation für die Impfprävention

Wenn Sie dies lesen wird die Influenzaepidemie des Winters 2012/2013 wahrscheinlich als die ausgeprägteste seit vielen Jahren abgeklungen, aber nachhaltig in Erinnerung sein. Sie hat in Europa in vielen Ländern die pädiatrischen (und andere) Kliniken an den Rand der Kapazitäten gebracht und auch im ambulanten Sektor zu ungezählten Konsultationen geführt. Von den Absenzen von Kindern und Jugendlichen in Schulen und Tageseinrichtungen und den Folgen für die Familie ganz zu schweigen. Auch unsere eigenen Familien haben wahrscheinlich unsere Mehrarbeit zu spüren bekommen, aber dies sei nur eine Randbemerkung. Wir sollten uns meines Erachtens die Frage stellen, wie lange wir dem noch tatenlos zusehen möchten, sind doch effiziente und sichere Influenza-Impfstoffe ab dem Alter von 6 Monaten verfügbar. Es sei darauf hingewiesen, dass der von der Cochrane Collaboration, namentlich Tom Jefferson, beklagte Mangel an Impfstoff-Wirksamkeitsdaten bei Kindern (vor allem im Alter <2 Jahre, Lancet 2005;365:773–80) nicht mehr besteht und vielmehr entsprechende Wirksamkeitsstudien erbracht wurden. „More studies are needed“ ist zwar ein immer gültiges Statement, aber man kann dies auch endlos einfordern und so den Status quo zementieren. Auch wenn die Schutzraten der derzeitigen Influenza-Impfstoffe nicht perfekt sind – je nach Impfstofftyp, Saison, Alter der Geimpften, und klinischem Endpunkt betragen sie bei Kindern zwischen ca. 40 und 80% – etwas Besseres als die Impfung haben wir zur Prophylaxe der Influenza nicht. Auch an der Sicherheit der verfügbaren Impfstoffe gibt es keine ernstesten Zweifel. Die Nachanalysen der 2009 verwendeten *pandemischen*, monovalenten A/H1N1, adjuvantierten Impfstoffe ergaben zwar ein gehäuftes Auftreten von Narkolepsie bei geimpften Kindern und Jugendlichen in Skandinavien und neuerdings wohl auch im Vereinigten Königreich (<http://www.bmj.com/>

content/346/bmj.f794), aber dies ist weder häufig (das zuschreibbare Risiko beträgt ca. 1 auf 50'000 Geimpfte) noch ist das Phänomen in seiner Pathophysiologie geklärt (dass es das Adjuvanz sei ist eine unbewiesene Hypothese). Die *saisonalen* Influenza-Impfstoffe sind jedenfalls nicht betroffen und um die geht es Jahr für Jahr, die *pandemischen* Impfstoffe sind passé. In Anbetracht der Krankheitslast der Influenza bei Kindern, insbesondere im Säuglingsalter, und deren Bedeutung für die epidemiologische Ausbreitung darf es nicht verwundern, dass nach den USA nun auch immer mehr europäische Länder dazu übergehen, die Influenzaimpfung primär gesunden Kindern in verschiedenen Alterskategorien zu empfehlen: z.B. Österreich, Finnland und ab nächstem Jahr auch das Vereinigte Königreich. In Deutschland haben wir die „Man kann und darf-Empfehlung“ der STIKO: „Neben den von der STIKO empfohlenen Impfungen sind auf der Basis der existierenden Impfstoff-Zulassungen weitere „Impfindikationen“ möglich, die für den Einzelnen seiner individuellen (gesundheitlichen) Situation entsprechend sinnvoll sein können. Es liegt in der Verantwortung des Arztes, seine Patienten auf diese weiteren Schutzmöglichkeiten hinzuweisen. Insofern hindert auch eine fehlende STIKO-Empfehlung den Arzt nicht an einer begründeten Impfung.“ Diese sollten wir nutzen, die Kosten allerdings müssen in der Regel vom Patienten getragen werden.

Thiomersal

Werden Sie auch von Zeit zu Zeit von kritischen Eltern nach Ihrer Meinung zu „giftigen Begleitsubstanzen“ in Impfstoffen gefragt? Auf Nachfrage beziehen sich diese Kritiker häufig auf „Quecksilber“ und gemeint ist Thiomersal, eine Ethyl-Quecksilberverbindung, welche früher Bestandteil fast aller inaktivierter Impfstoffe war. Die Sorge dieser Eltern ist aus verschiedenen Gründen unberechtigt. Zum einen enthalten unsere heutigen



Impfforum

Impfstoffe für die Durchführung des Standardimpfprogramms kein Quecksilber mehr, zum anderen ist Ethyl-Quecksilber in den in Impfstoffen verwendeten Mengen nicht „toxisch“ gewesen. Neurotoxische Effekte wären von Methyl-Quecksilber zu erwarten gewesen, eine chemische Verbindung, welche nicht in Impfstoffen verwendet wurde. In manchen Regionen der Welt werden allerdings für Impfprogramme heute noch Multidosen-Impfstoffe mit Thiomersal verwendet und dies aus guten Gründen (Vermeidung von Kontamination und Kosteneffizienz). Die WHO hat 2008 die Unbedenklichkeit dieser Impfstoffe attestiert und ein aktueller, lesenswerter Kommentar von Orenstein et al. in Pediatrics (2013;131:149-151) unterstützt und begründet dieses Vorgehen.

Varizellen-Impfprogramm in Deutschland – eine Zwischenbilanz

Seit 9 Jahren empfiehlt die STIKO die Standardimpfung gegen Varizellen für alle Kinder ab dem Alter von 11 Monaten (Epidem. Bull 30 und 31, 2004, www.rki.de). Ab 2009 erfolgte die erweiterte Empfehlung, grundsätzlich 2 (statt 1) Impfdosen zu verabreichen und die STIKO gab sich die Aufgabe, die Auswirkungen dieser Empfehlung nach spätestens 3 Jahren zu überprüfen. Offene Fragen in den letzten Jahren waren insbesondere, inwieweit durch die intensive Varizellen-Impfung im frühen Kindesalter eine Ver-

schiebung von Krankheitsfällen in höhere, komplikationsträchtigere Altersstufen induziert würde, wie lange der Impfschutz anhalten wird, und ob mittel- oder langfristig eine Zunahme der Herpes Zoster-Inzidenz in der Allgemeinbevölkerung (mangels ausreichender Gelegenheit zur Boosterung der Basisimmunität durch wiederholte Exposition mit VZV vom Wildtyp) zu verzeichnen wäre. Die Bestandsaufnahme ist nun erfolgt (Epidem. Bull 1, 2013). Während es zur abschließenden Beurteilung der Schutzdauer nach zweimaliger Varizellenimpfung noch zu früh ist, kann bezüglich der anderen hypothetischen Bedenken derzeit entwarnt werden. Unser Impfprogramm ist sehr erfolgreich, indem sich in den vorhandenen Surveillancesystemen (u.a. Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Varizellen am RKI, Meldepflicht in einigen östlichen Bundesländern und Krankenhaus-Diagnosestatistik) ein Rückgang der Varizellen in *allen Altersgruppen* einschließlich Erwachsener zeigt. Dieser Rückgang ist eindrucklich und auf direkten Impfschutz (Rückgang der Fälle um 92% bei den 1-4 Jahre alten Kindern), anhaltenden Impfschutz (Rückgang um 77% bei den 5-9 Jahre alten Kindern), und indirekten Impfschutz (Herdenprotektion: Rückgang um 80% bei den Säuglingen) zurückzuführen. Dafür darf der impfenden Ärzteschaft, allen voran den Pädiatern, ein Kranz gewunden werden.

Red.: Christen

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

Osteopathie – Marketinginstrument der Krankenkassen



Dr. Wolfram
Hartmann

Viele Krankenkassen haben die „Osteopathie“ unkritisch als Satzungsleistung in ihr Leistungsangebot mit der Begründung aufgenommen, dass die Versicherten diese Leistung – natürlich aufgrund exzessiver Marketingmaßnahmen der Anbieter – massiv nachfragen. In Deutschland wenden neben Ärzten auch Heilpraktiker und Physiotherapeuten mit entsprechender Ausbildung osteopathische Techniken an. Die Ausbildung ist unterschiedlich umfangreich und intensiv. Es gibt seit ca. dreizehn Jahren eine steigende Zahl von Schulen, die Angehörige verschiedener medizinischer Fachberufe (vornehmlich Physiotherapeuten und Heilpraktiker, aber auch Ärzte) in einer berufsbegleitenden Ausbildung zum „Osteopathen“ ausbilden. Auch in unserer Fachgruppe gibt es Kolleginnen und Kollegen mit einer entsprechenden Ausbildung.

Keine ausreichende Evidenz bei Kindern

Im Deutschen Ärzteblatt vom 13. November 2009 nimmt der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer zur Osteopathie Stellung:

... Grundsätzlich ist festzustellen, dass einigermassen zuverlässige Aussagen zur Wirksamkeit/Effektivität osteopathischer Behandlungen nur bei wenigen Erkrankungsbildern vorliegen (im Wesentlichen bei chronischen Schmerzsyndromen der Wirbelsäule), einzelne RCTs (randomisierte kontrollierte Untersuchungen Red.) aber auch auf positive Effekte außerhalb des Bereichs muskuloskelettaler Störungen, vor allem im viszeralen Bereich hindeuten.

Es handelt sich dabei typischerweise um Störungen, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass keine primär irreversiblen Strukturveränderungen vorliegen wie

etwa die eingeschränkte Funktionsfähigkeit älterer Menschen (33), Fibromyalgie (34), rezidivierende Otitis media (35), jugendliches Asthma (36) oder Dreimonatskoliken (37).

... Unter Berücksichtigung der Schwierigkeit der Differenzierung der drei osteopathierelevanten Bereiche parietal, viszeral und kraniosakral wird klar, dass für den Bereich der viszeralen „Osteopathie“ deutlich weniger wissenschaftliche Grundlagen vorhanden sind und diese für den Bereich der kraniosakralen „Osteopathie“ fast vollständig fehlen.

... Die Risiken, welche sich aufgrund der befunderhebenden und therapeutischen Maßnahmen für nicht geschädigte Strukturen ergeben, können in Abhängigkeit der eingesetzten Techniken den Risiken der Manuellen Medizin und insbesondere der sogenannten Manipulation mit Impuls (thrust) vergleichbar sein, wenngleich letztere Techniken in der „Osteopathie“ einen vergleichsweise niedrigeren Stellenwert einnehmen. So ist bekannt, dass die Mobilisation oder Manipulation mit Impuls der HWS mit der Gefahr der Dissektion der Arteria vertebralis und damit einer zerebralen Durchblutungsstörung assoziiert ist. Wie bei jeder befunderhebenden und therapeutischen ärztlichen

Maßnahme muss deshalb für diese Interventionen eine sorgfältige Abwägung des Nutzens und der Risiken erfolgen. Die Risiken, welche sich aufgrund von befunderhebenden und therapeutischen Maßnahmen einer geschädigten Struktur ergeben, sind breit gefächert; es sind immer Strukturläsionen im Rahmen der ärztlichen Differenzialdiagnostik zu erfassen und zu bewerten.

Entscheidende Voraussetzung, um insbesondere Komplikationen durch befunderhebende und therapeutische Maßnahmen einer vorgeschädigten Struktur zu vermeiden, ist eine **umfassende ärztliche Untersuchung und Differenzialdiagnose**. Im Rahmen einer solchen Untersuchung gilt es insbesondere, krankheitsbedingte Struktur-schädigungen auszuschließen, welche im Rahmen der in der „Osteopathie“ üblichen befunderhebenden und therapeutischen Maßnahmen Komplikationen verursachen können.

... Deshalb ist es wiederum anzustreben, dass Ärzte, die osteopathische Behandlungen verordnen, Grundkenntnisse des struktur- und funktionsorientierten Vorgehens der „Osteopathie“ haben und bei der Verordnung von ausgewählten osteopathischen befunderhebenden und therapeutischen Leistungen nicht nur Krankheitsdiagnosen, sondern insbesondere auch relevante Informationen zu geschädigten Strukturen kommunizieren. (Zitat Ende)



Untersuchung und Bescheinigung sind keine Kassenleistung

Die Krankenkassen verlangen zur Kostenübernahme eine ärztliche Bescheinigung. Die Leistung selbst und alle damit verbundenen Bescheinigungen und Untersuchungen sind nicht Bestandteil der Gesamtvergütung und des Kollektivvertrags. Deswegen gibt es in den Praxen ständig konfliktträchtige Situationen, wenn Eltern, insbesondere auf Empfehlung von Hebammen und Osteopathen selbst, eine ärztliche Bescheinigung verlangen. Diese Bescheinigung kann jedoch die große Mehrheit unserer Mitglieder aufgrund der obengenannten Ausführungen des wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer nicht ausstellen, weil sie selbst keine osteopathische Ausbildung haben.

Nutzen-Risiko-Abwägung nötig

Der Vorstand des BVKJ hat sich am 1. März mit der Thematik befasst und beschlossen, dass wir eine Arbeitsgruppe einrichten, die das Thema wissenschaftlich bearbeiten, Indikationen und Kontraindikationen sowie Gefahren der osteopathischen Therapie herausarbeiten und diese Stellungnahme als Stellungnahme des BVKJ dann

veröffentlichen soll. Das geht natürlich nicht von heute auf morgen. Wir hoffen, dass Sie sich bereit erklären, in dieser Arbeitsgruppe zusammen mitzuarbeiten. Melden Sie sich bitte in unserer Geschäftsstelle in Köln, wenn Sie zur Mitarbeit bereit sind.

Ebenso hat der Vorstand beschlossen, zum jetzigen Zeitpunkt keine Pressekampagne zu dieser Thematik zu starten und auch kein öffentliches Schwarzbuch über Fehldiagnosen von Osteopathen zu führen. Allerdings werden wir intern weiterhin alle Fälle sammeln, in denen aufgrund der Tätigkeit von Osteopathen gefährliche Situationen für Kinder entstanden sind.

An Medizinischen Dienst verweisen

Wir empfehlen allen Kolleginnen und Kollegen, die dem Drängen von Eltern wegen der Bescheinigung nicht nachgeben wollen, diese an den Medizinischen Dienst ihrer Krankenkasse zu verweisen. Der sollte in der Lage sein, die medizinische Notwendigkeit dieser Satzungsleistung der Kasse zu beurteilen und zu bescheinigen.

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident

Red.: Kup

Vorstandswahlen der DGAAP

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeine Ambulante Pädiatrie hat am 3. März 2013 in Weimar einen neuen Vorstand gewählt. Erste Vorsitzende wurde Dr. Ulrike Gitmans, Rhauferdehn, zweiter Vorsitzender Dr. Folkert Fehr, Sinsheim. Dr. Tilman Kaethner, Nordenham, und Dr. Wolfgang Gemp, Konstanz, wurden in ihren Ämtern als Kassenwart und Schriftführer bestätigt.

Was die Aufmerksamkeit und Wahrnehmung in der pädiatrischen Öffentlichkeit betrifft, so die scheidende Vorsitzende Dr. Jäger-Roman, sei die DGAAP ihrem Ziel, die ambulante allgemeine Pädiatrie als Kern- und Herzstück der Pädiatrie zu begreifen, ein gutes Stück näher gekommen. Die grundlegende Arbeit einer Fachdefinition der ambulanten Pädiatrie sowie der damit verbundenen Weiterbildungsinhalte sei kurz vor der Fertigstellung. Die DGAAP ist an mehreren Projekten der Versorgungsforschung beteiligt. Durch die Mitarbeit von Mitgliedern der DGAAP konnten Aspekte der ambulanten Pädiatrie in die Weiterbildungskommission der



(von links nach rechts): Dr. Tilman Kaethner, Dr. Ulrike Gitmans, Dr. Folkert Fehr, Dr. Elke Jäger-Roman, Dr. Wolfgang Gemp

DAKJ bei der Erstellung eines Logbuches Berücksichtigung finden.

Zukünftig soll vermehrt Versorgungsforschung durchgeführt werden, zum Beispiel durch gezielte Befragungen pädiatrischer Praxen. Damit soll die Arbeit und die

Probleme der an der Basis Arbeitenden erkannt und verbessert werden.

Dr. Wolfgang Gemp
78464 Konstanz
dr.gemp@t-online.de

Red.: Kup

Ein Netz aus Helfern

BVKJ-Mitglieder haben zahlreiche Helfer, die ihren Praxen mit Rat und Tat zur Seite stehen und damit dazu beitragen, dass sich Kinder- und Jugendärzte auf ihr Kerngeschäft, das Heilen, konzentrieren können.

In loser Reihenfolge stellen wir Ihnen die wichtigsten Helfer vor.

PädInform®, Praxisfieber und Umweltmedizin

Das Team der Kinderumwelt gGmbH in Osnabrück



Die Mitarbeiter der gemeinnützigen Kinderumwelt GmbH, der Kinderärztlichen Beratungsstelle für Umweltmedizin betreiben in enger Zusammenarbeit mit dem BVKJ das kinder- und jugendärztliche Intranet PädInform® und das MFA-Intranet „Praxisfieber“. Geschäftsführer und ärztlicher Leiter der Kinderumwelt ist der Kinder- und Jugendarzt und Umweltmediziner Prof. Dr. Karl Ernst von Mühlendahl, er hatte 1991 diese Einrichtung unter der damaligen Bezeichnung DISU/DISA ins Leben gerufen. Stellvertretender Geschäftsführer ist Dr. rer. nat. Matthias Otto.

Was tun Sie für den BVKJ und seine Mitglieder?

Wir kümmern uns um die Einrichtung und Freischaltung der persönlichen Zugänge zu PädInform® bzw. zu Praxisfieber. Bei Fragen zum Zugang (über die jeweilige Homepage oder über die Einwählsoftware FirstClass®) helfen wir gern weiter.

Daneben betreuen wir beide Kommunikationssysteme in technischer und konzeptioneller Hinsicht. Gemeinsam mit den PädInform®-Moderatoren haben wir kürzlich ein Leitsystem entwickelt, das die Navigation in PädInform® wesentlich erleichtern wird. Wir beantworten auch Ihre



© Felix Pergande - Fotolia.com

Fragen zur Kostenbeteiligung an PädInform® (Praxisfieber ist kostenfrei).

Schließlich sind wir Ansprechpartner bei Fragen zu „Allergie, Umwelt und Gesundheit“ (cf. www.allum.de).

Dr. Otto ist seit wenigen Monaten Datenschutzbeauftragter des BVKJ.

Wie können BVKJ-Mitglieder Sie erreichen?

Telefonisch: 0541-9778-900 (8–16 Uhr, freitags bis 14 Uhr)

Fax: 0541-9778905

E-Mail: info@uminfo.de

Red: ReH

ADHS in der Öffentlichkeit und in der wissenschaftlichen Fortbildung

In den letzten Wochen stand ADHS ständig in den Schlagzeilen – wieder einmal. Auch wenn kaum Tendenzen zu einer ausgewogenen Berichterstattung zu erkennen sind, so soll uns Kinder- und Jugendärzte das nicht entmutigen. Im Gegenteil, wir müssen weiterhin unsere Kompetenz zeigen und unseren Einsatz für Kinder- und Jugendliche mit ADHS und deren Familien demonstrieren. Und wir sind bereit, uns mit den Vorwürfen auseinanderzusetzen und uns fortzubilden.

Von Dichtung und Wahrheit – der Barmer GEK Arztreport 2013

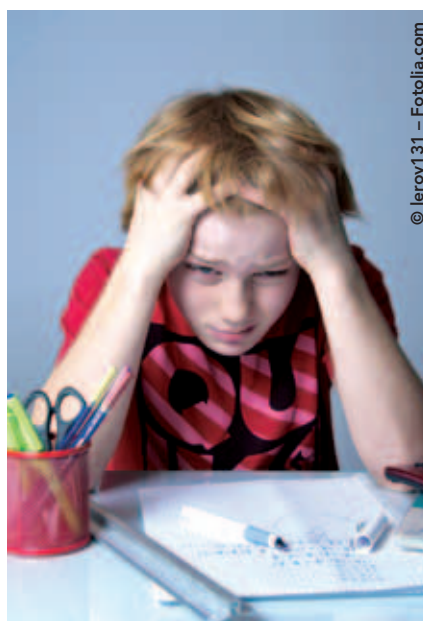
Wie eine Welle schwappte es Ende Januar 2013 über uns hinweg. Vorurteile, die wir schon längst überwunden glaubten, tauchten wieder auf. Der stellvertretende Vorsitzende der Barmer GEK, Dr. Rolf-Ulrich Schlenker äußerte sich in der Presse: **Der Anstieg der ADHS-Diagnostik und Therapie sei inflationär. Man müsse aufpassen, dass die ADHS-Diagnostik nicht aus dem Ruder laufe und man eine ADHS-Generation fabriziere. Pillen gegen Erziehungsprobleme seien der falsche Weg.** „Es sind die überforderten alleinerziehenden jungen Mütter mit wenig Erziehungskompetenz, deren Kinder überdurchschnittlich häufig die Diagnose ADHS erhalten. 20 Prozent der Jungen des Jahrgangs 2000 erhalten die Diagnose ADHS. Die (Über-)Diagnose ADHS korreliert mit der Arztdichte. Würzburg ist die ADHS-Hauptstadt, in keiner Stadt wird so häufig die Diagnose ADHS gestellt“ – zitierte die Publikumspresse aus der Presseerklärung der Barmer GEK. Dies noch vor der offiziellen Veröffentlichung des diesjährigen Arztreports. Bevor wir die Möglichkeit hatten, uns zur Quelle – dem Barmer GEK Arztreport 2013 (ISBN 978-3-943-74483-5) zu geben, wurden wir bestürmt von besorgten Eltern.

Für ihren Report hat die Barmer GEK in aufwändiger Kleinarbeit Krankenscheindaten und Kassenrezepte ausgewertet und dabei einen relativen Anstieg der ADHS-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen 0–19 J um 42 Prozent von 2006 auf 2011 beobachtet (S.145), die größte relative Zunahme von 204 Prozent fand man bei den 20–24-jährigen. Auffällig sind signifikante regionale Unterschiede (S. 160): Bayern und Rheinland-Pfalz liegen mit 1,1 Prozent gesicherten F90.0 Diagnosen an der Spitze, Bremen und Mecklenburg-Vor-

pommern bilden mit 0,67 Prozent das Schlusslicht. Die Verordnungshäufigkeiten mit MPH liegen laut Report zwischen 0,24 Prozent (Mecklenburg-Vorpommern) und 5,45 Prozent (Rheinland-Pfalz).

Schon die Methodik der Barmer-GEK wirft Fragen auf:

- Ist es statistisch korrekt, Daten aus 2006 der GEK, bei der nur 2 Prozent der Gesamtbevölkerung versichert waren, mit dem deutlich größeren Datenpool der Barmer GEK 2011 zu vergleichen?
- 0,5 Prozent der 3–19-jährigen in Deutschland sind bei der Barmer-GEK versichert – genügt dies, um soziale Charakteristika der Betroffenen valide auszuwerten?
- Wie wurden die Diagnosen ermittelt? Wurden sie per Krankenschein auf den einzelnen Patienten herunter gebrochen – oder wurden alle Krankenscheine mit der Diagnose ADHS ad-



ADHS: Übertherapiert oder untertherapiert?

diert, was zu erheblichen Mehrfachzählungen führen müsste (z. B. wenn Patient A von Arzt X, Y, Z jeweils einen Überweisungsschein mit der Diagnose ADHS erhalten hat).

Auch die Interpretation der Daten bleibt rätselhaft:

- Wo kommen die in der Presse nach Dr. Schlenker zitierten 20 Prozent (FAZ) und 25 Prozent (Hannoversche Allgemeine) ADHS-Diagnosen bei Jungen des Jahrgangs 2000 her? Diese Prävalenzen finden sich nicht in den Daten des Barmer GEK Reportes.
- Spekulative Berechnungen von Lebenszeitprävalenzen bzw. kumulativer Diagnoseraten führen zu der Behauptung, dass ein Viertel aller Männer und ein Zehntel aller Frauen im Laufe ihrer Kindheit und Jugend mit der Diagnose Hyperkinetische Störungen konfrontiert werden (S. 179). Die Berechnungen dazu erinnern an Kaffeesatzleserei.
- Eine Überdiagnostik in einzelnen Regionen wie Bayern und Rheinland-Pfalz ergeben die Daten keinesfalls, wenn man die Diagnoseraten mit den internationalen Daten vergleicht. Wohl aber eine deutliche Unterdiagnostik überwiegend in den östlichen Bundesländern – das wird aber nicht erwähnt.
- Von einer medizinischen Übertherapie kann ebenfalls nicht gesprochen werden: es werden maximal 50 Prozent der Patienten mit einer ADHS auch medikamentös behandelt. Fraglich ist darüberhinaus, ob jedes über Methylphenidat ausgestellte Kassenrezept auch eine medikamentöse Behandlung bedeutet. Aus den KIGGS-Daten, die auf den einzelnen Patienten bezogen wurden, und nur das ist aussagekräftig, wissen wir, dass bei vielen Patienten nur ein einziges Rezept ausgestellt wurde.

- Die Daten der Barmer GEK weisen darauf hin, dass es ab 2010 zum Stillstand der medikamentösen Verordnungszunahme und dann sogar zu einem Rückgang gekommen ist. Diese Beobachtung wird aber in den Pressemitteilungen lieber gar nicht erwähnt, denn sie würde ja dem Mythos der „Ritalingeneration“ widersprechen.
- Statistisch wird signifikant häufiger die Diagnose ADHS bei Kindern allein erziehender Mütter und /oder sozial unterprivilegierten Schichten gestellt. Die Interpretation, dies weise auf ein Erziehungsproblem hin, erscheint einseitig. Auf Grund der genetischen Komponente der ADHS könnten diese Befunde auch durch eine ADHS der Eltern erklärt werden.

Unabhängige Jury soll Daten auswerten

Wir schlagen zur Vermeidung von weiteren Willkürinterpretationen vor, dass die Arztreport 2013-Daten von einer unabhängigen Instanz ausgewertet werden – z.B. einem universitären statistischen Institut. Die Barmer GEK sollte daran Interesse haben. Denn es wäre fatal, wenn der Verdacht aufkommen würde, dass die bisherigen Interpretationen des Kassenvorstandes dazu dienen sollen, die ADHS als Gesellschaftsphänomen und nicht als neurobiologische Störung darzustellen. Ersteres würde natürlich den Kassen erheblich Geld sparen.

Die Barmer GEK hat mit ihrem Arztreport 2013 ihr großes Interesse an der ADHS demonstriert. Es sollte im Sinne der Barmer GEK sein, gemeinsam mit den Ärzten und Therapeuten an dem KBV-ADHS Vertrag teilzunehmen, der Qualität der multidisziplinären Diagnostik und Therapie garantiert mit adäquater Honorierung. Eine Evaluierung über vier Jahre (Pressemitteilung der KBV 4.3.2013) ergab eine deutliche Verbesserung der Symptome der Betroffenen im Verlauf der Therapie.

Kinder- und Jugendärzte engagieren sich für ADHS-Patienten

Wir Kinder- und Jugendärzte wollen uns nicht nur mit den Krankenkassen und den Medien auseinandersetzen, sondern Stärke zeigen, unser Wissen erweitern, auf dem neuesten Stand bleiben und neue Themenbereiche bearbeiten.

Daher steht die diesjährige Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft ADHS der

Kinder- und Jugendärzte e. V. unter dem Motto

„Ihr kriegt uns nicht klein – wir werden größer!“

Sie findet statt vom 12.4. – 14.4.2013 im SPZ des Klinikum Kassel.

In diesem Jahr wird – wie alle zwei Jahre – die Tagung ganz aus Mitgliedsbeiträgen finanziert – ohne jedes Pharmasponsoring – und außerdem, um unsere Nähe und das gemeinsame Interesse zu zeigen, mit ADHS Deutschland e.V., der größten deutschen ADHS-Selbsthilfeorganisation, durchgeführt. Die Tagung leiten Miriam Menter, Vorsitzende von ADHS Deutschland e.V. und Klaus Skrodzki, stellvertretender Vorsitzender der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. gemeinsam.

Dass ADHS nicht nur ein medizinisches Thema ist, hat man in den letzten Wochen (s. GEK Barmer Arztreport 2013) wieder einmal erfahren können. Deshalb haben wir auch Christopher Lauer von der Piratenpartei eingeladen, der sich öffentlich als Politiker mit ADHS geoutet hat. Damit hat er den Umgang der Öffentlichkeit mit diesem Reizthema maßgeblich beeinflusst und wir sind gespannt, was er über „Politik mit ADHS“ berichtet.

Ein vernachlässigter Bereich ist der Umgang mit Behinderten. Warum sollte es unter Blinden, Hörbehinderten oder geistig Behinderten weniger ADHS geben als in einer sonst gesunden Bevölkerungsgruppe? Erklärt die Hauptbehinderung alle Verhaltensprobleme der Betroffenen? Seit Jahren versuchen wir dieses Problem anzugehen, um eine bessere Betreuung der Betroffenen zu erreichen. PD Dr. Bernd Wilken (Neuropädiater, Kinderklinik und SPZ Kassel) wird gemeinsam mit Dr. Matthias Gelb (Kinder- und Jugendarzt, Bretten) das Thema „ADHS und Behinderung“ aus Klinik und Praxis beleuchten und Hinweise für den Umgang geben.

Wer ADHS behandelt, weiß wie emotional labil die Patienten oft sind, wie ihr Affekt schwankt in sehr kurzen Zeitspannen, wie gute Laune bei geringsten Anlässen plötzlich in Ärger, Wut und verbale oder körperliche Aggressivität umschlägt. „Affektive Dysregulation – noch ADHS oder eine neue Diagnose?“ – Prof. Dr. Dr. med. habil. Martin Holtmann, Ärztlicher Direktor, LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum, wird darüber berichten und helfen, klarer zu sehen.

Ein brennendes Thema in allen Sparten der Kinder- und Jugendmedizin, wo es um chronische Erkrankungen geht, ist die Transition ins Erwachsenenalter. Seit Jahrzehnten mahnen wir an, dass ADHS keine „Kinderkrankheit“ ist, sondern auch im Erwachsenenalter weiter Probleme verursacht. Aus Studien weiß man, dass ADHS-Patienten häufiger arbeitslos sind als andere Menschen. Ihre Scheidungsquote ist höher. Sie brechen ihre Ausbildung oft ab und im Beruf verdienen sie weniger als gleich Ausgebildete. Zum Glück haben sich in den letzten Jahren auch die Erwachsenenpsychiater diesem Störungsbild zugewandt – auch wenn viele unserer Patienten nach dem 18. Geburtstag noch länger suchen müssen, um einen weiterbetreuenden Arzt zu finden. Prof. Dr. Martin Ohlmeier (Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie, Neurologe am Klinikum Kassel Ludwig-Noll-Krankenhaus) – seit langem auch mit ADHS Deutschland aktiv – wird den aktuellen Stand von „ADHS und Transition“ darstellen.

Bei unserer diesjährigen Tagung haben wir bewusst die Kooperation mit der Selbsthilfe – hier ADHS Deutschland – ganz in den Vordergrund gestellt. In der Podiumsdiskussion geht es daher um „Zukunftsvision oder Illusion: Kommunikation Patient – Familie – Ärzte – Therapeuten“ – was ist möglich zur Verbesserung, aber wo sind auch Grenzen und Gefahren zu sehen!

Am Samstagnachmittag finden die Mitgliederversammlungen von „ADHS Deutschland e.V.“ und „AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V.“ statt.

Am Sonntag wird Prof. Dr. Dieter Braus (Direktor der Klinik für Psychiatrie an den Dr. Horst Schmidt Kliniken in Wiesbaden), die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen „ADHS, Stress und Hirnentwicklung“ klarmachen. Und selbst die erfahrensten ADHS-Behandler werden voller Erstaunen sehen, wie rasant die Forschung in diesem Bereich fortschreitet und wieviele Belege für handfeste Andersartigkeit und Veränderung in den zentralen Strukturen und Funktionen es bei ADHS gibt.

Im Anschluss besteht die Möglichkeit in den Seminaren für Ärzte praktisch orientiertes Wissen über ADHS zu erwerben oder zu vertiefen.

Dr. med. Kirsten Stollhoff / Dr. med. Klaus Skrodzki
Vorstand der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte
Red: ReH

Gesundheitsreform: Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung fordert Umdenken

Im Rahmen einer Fachtagung in Berlin forderte die gesundheitspolitische Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung, dem „think tank“ von Bündnis 90/Die Grünen, die „Neuausrichtung vorhandener Ressourcen in Richtung Qualitätssicherung und Patientennutzen“. Das deutsche Gesundheitswesen orientiere sich zu sehr an Anbieterinteressen, die Interessen der Versicherten und Patienten kämen dabei zu kurz. Die Kommission räumt zwar ein, dass das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich „derzeit noch gut dastehe“, sieht aber dennoch erheblichen Reformbedarf, um eine qualitativ gute und bezahlbare Gesundheitsversorgung für alle zu sichern. Ein Kernproblem sei die Fehlsteuerung: Das heutige System belohne nicht den klugen Ressourceneinsatz, sondern sei durch falsche Anreize geprägt, die zu Fehlsteuerung von Ressourcen und Angeboten führten.

Vergütungen am Patientennutzen ausrichten

Aus der Sicht der Kommission stürzt unser Gesundheitssystem die Gesundheitsberufe und Einrichtungsträger in ein ethisches Dilemma. „Allzu oft müssen sie sich zwischen dem eigenen wirtschaftlichen Interesse und ihrem Berufsethos, das von ihnen verlangt, die Gesundheit ihrer Patienten bestmöglich zu fördern, entscheiden.“ Dieses Dilemma gelte es im Interesse sowohl der Gesundheitsberufe als auch der Patienten aufzulösen. Die Anreiz- und Vergütungsstrukturen müssten so gesetzt werden, dass sie sich an der Versorgungsqualität und dem Gesundheitsnutzen einer Behandlung für den Patienten orientieren.

Handlungsempfehlungen der Kommission

Um diesen Zielen näher zu kommen, hat die Kommission einen Strauß von Handlungsempfehlungen erarbeitet, insbesondere die folgenden:

- Weiterentwicklung der Vergütungssysteme. Für gute Qualität soll es mehr Geld geben als für schlechte. Außerdem sollen die Vergütungsregeln für den ambulanten Bereich und die Krankenhäuser so angeglichen werden, dass die Zusammenarbeit zwischen ihnen nicht weiter behindert wird.

- Versicherte sollen einen gesetzlichen Informationsanspruch erhalten, welches Krankenhaus, welcher Arzt und welche Krankenkasse ihnen die qualitativ beste Versorgung mit den besten Gesundheitser-

gebnissen bietet. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) soll für die Erstellung dieser Informationen verantwortlich sein, unterstützt durch ein unabhängiges Institut.

- In regionalen Gesundheitsnetzen sollen Anbieter von Gesundheitsleistungen eng zusammenarbeiten und gemeinsam die Versorgung der Bevölkerung verbessern.

Die Kommission sieht die starke Arztzentrierung des deutschen Gesundheitswesens als Auslaufmodell. Gesundheitsversorgung müsse künftig stärker im Team erfolgen, die unterschiedlichen Gesundheitsberufe sollen auf Augenhöhe miteinander kooperieren. Dazu seien Veränderungen u.a. in den Ausbildungsgängen und dem Berufsrecht erforderlich.

Mehr Mitsprache durch Sozialwahlen?

Versicherte und Patienten sollen mehr Mitsprachemöglichkeiten im Gesundheitswesen erhalten. Dies glaubt die Kommission dadurch erreichen zu können, dass Patientenverbände und Selbsthilfeszusammenschlüsse mit eigenen Listen zu den Sozialwahlen antreten können. Dies soll die inzwischen fast grundsätzlich praktizierten „Friedenswahlen“ ersetzen. Angesichts des Desinteresses eines Großteils der Versicherten an den Sozialwahlen wird dieser Vorschlag allerdings kaum umzusetzen sein. Nur ein Bruchteil der Versicherten ist bereit, in einem Patientenverband mitzuwirken, aufgrund der Erfahrungen im Gemeinsamen Bundesausschuss kann auch nicht erwartet werden, dass Selbsthil-

fegruppen die Interessen aller Patienten vertreten und die Belange ihrer eigenen Gruppe zurückstellen werden.

Kein Zurück zum alten § 73 b

Die Hoffnungen des „Deutschen Hausärzterverbandes“, bei einem etwaigen Regierungswechsel für Krankenkassen wieder den Zwang zum Abschluss von Verträgen der „Hausarztzentrierten Versorgung“ einführen zu können, werden sich wohl nicht erfüllen. Zumindest die Kommission hält eine solche Gesetzesänderung nicht für angebracht, auch die Begeisterung der SPD-Gesundheitsexperten für dieses Instrument ist nach den Erfahrungen der letzten Jahre deutlich abgeflaut.

Auf dem Weg zur Bürgerversicherung

Die Kommission unterstützt einhellig das Ziel von Bündnis 90/Die Grünen, die bisherige Koexistenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung durch eine Krankenversicherung für alle Bürger – ergänzt durch individuelle Zusatzversicherungen – zu ersetzen. Professor Heiner Lauterbach, Mitglied der SPD-Bundestagsfraktion, ließ keine Zweifel aufkommen, dass seine Partei das gleiche Ziel verfolgt. Damit dürfte klar sein, in welche Richtung sich das deutsche Gesundheitswesen nach einem etwaigen Machtwechsel im Herbst 2013 bewegen wird.

Stephan Eßer

Red: ReH

Aus der Sprechstunde ●●●

Wer kriegt die Privaten?

Patientenorganisation in Notfallpraxen

Einmal im Monat haben BVKJ-Mitglieder Gelegenheit, sich in juristischen Fragen von dem Düsseldorfer Fachanwalt für Medizinrecht, Gerrit Tigges, beraten zu lassen. Der Jurist gehört zur Anwaltskanzlei Möller und Partner. Möller und Partner arbeiten als Justitiare des BVKJ.

Wir veröffentlichen in loser Folge die interessantesten Fragen und Antworten aus der Telefonsprechstunde.



Gerrit Tigges

Frage:

In unserer zentralen kinder- und jugendärztlichen Notfallpraxis arbeiten zeitweise zwei Kollegen parallel. Die Patienten sollen in der Reihenfolge der Anmeldung an der Rezeption behandelt werden. Schwerwiegend erkrankte Patienten werden vorrangig behandelt. Es gibt Kolleginnen und Kollegen, die aus der Menge der anwesenden Patienten diejenigen für sich selektieren, die weniger aufwendig und/oder „lukrativer“ sind, insbesondere Privatpatienten. In einer stark frequentierten Notfallpraxis ist es nur schwer möglich, die Verteilung der Patienten fortlaufend zu kontrollieren. Gibt es rechtliche Möglichkeiten, gegen Kolleginnen und Kollegen vorzugehen, die sich so vorsätzlich einen Vorteil gegenüber dem parallel arbeitenden Kollegen verschaffen?

Antwort:

Grundsätzlich bestehen rechtliche Möglichkeiten, gegen das Verhalten derartiger „schwarzer Schafe“ vorzugehen. Maßgeblich ist dabei die konkrete organisatorische und rechtliche Ausgestaltung der zentralen Notfallpraxis. Die Tätigkeit in einer zentralen Notfallpraxis charakterisiert sich in der Regel dadurch, dass die dortigen Ressourcen dem Arzt durch einen Dritten zur Verfügung gestellt werden. Dritter kann im Verhältnis zum jeweiligen Arzt eine Notfalldienstgemeinschaft – regelmäßig als Vereine geführt – sein, deren Mitglieder auf Grundlage der jeweiligen Bereitschafts- bzw. Notfalldienstordnung ihren Dienst einheitlich organisieren und zentral er-

bringen. Zunehmend gehen die Kassenärztlichen Vereinigungen nun dazu über, den Notfalldienst in eigenen Notfalldienstpraxen zu organisieren und von den Ärzten durchführen zu lassen. So sieht etwa die Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe die Erbringung des Notdienstes in zentralen Notfallpraxen (vornehmlich an Krankenhäusern) vor.

Für die eingebundenen Kinder- und Jugendärzte untereinander stellt sich die Tätigkeit in zentralen Notfallpraxen in den dargestellten Konstellationen ähnlich der Tätigkeit in einer Praxisgemeinschaft dar. Wie in einer Praxisgemeinschaft nutzen die Kinder- und Jugendärzte Praxisressourcen, welche ihnen zur Verfügung stehen und durch andere Kinder- und Jugendärzte – auch parallel – genutzt werden. Ungeachtet der gemeinsamen Ressourcennutzung erbringt jeder Pädiater seine Leistungen in der zentralen Notfalldienstpraxis im eigenen Namen und rechnet diese eigenständig ab.

Die eigenständige und selbstverantwortliche Leistungserbringung ist letztlich der eigentliche Auslöser dafür, dass die gemeinsame Tätigkeit in zentralen Notfalldienstpraxen im Einzelfall als (konfrontative) Wettbewerbssituation fehlinterpretiert wird. Dieses Phänomen ist nicht selten auch in Praxisgemeinschaften zu beobachten. In dem Bestreben, von dem zu verteilenden „Kuchen“ möglichst viel abzubekommen, wird versucht, die Zahl insbesondere der behandelten Privatpatienten zu erhöhen und umgekehrt die schweren

bzw. unlukrativen Behandlungsfälle den anderen Kollegen zu überlassen. Erfahrungsgemäß wird dazu das gemeinsame Personal – vornehmlich im Empfangsbereich – instrumentalisiert. Streit ist in derartigen Konstellationen stets vorprogrammiert und es ist nur eine Frage der Zeit, wann die Sache eskaliert.

Einheitliche „Spielregeln“ festlegen

Daher sind auch und gerade für die Abläufe in einer zentralen Notfalldienstpraxis, ebenso wie für die Tätigkeit in einer Praxisgemeinschaft oder auch in einer Berufsausübungsgemeinschaft, einheitliche „Spielregeln“ in organisatorischer Hinsicht festzulegen und zu beachten. Dies gilt insbesondere für das Verhältnis der beteiligten Ärzte un-



tereinander. Dieses regelt sich bei Notfalldienstgemeinschaften in Satzungen sowie bei KV-eigenen Notfalldienstpraxen durch die Bereitschafts- bzw. Notfalldienstordnung selbst. In reinen Praxisgemeinschaften sollten sich Vorgaben im Gesellschaftsvertrag finden. Sind explizit keine Vorgaben zum kollegialen Miteinander, insbesondere zur Patientenaufteilung, vorgesehen, muss auf die allgemeinen berufsrechtlichen Regelungen zurückgegriffen werden.

Strafen als letztes Mittel

Sanktion in einer Notfalldienstgemeinschaft kann der Ausschluss aus der Gemeinschaft sein mit der Folge, dass der betroffene Arzt aufgrund der fortbestehenden persönlichen Notfalldienstverpflichtung am allgemeinen Notdienst – außerhalb des zentral organisierten Notdien-

tes – teilzunehmen hätte. Im Falle der Organisation des Notdienstes durch KV-eigene Notfalldienstpraxen sehen die Bereitschafts- bzw. Notfalldienstordnungen regelmäßig allgemein die Ahndung von Verstößen nach den berufsrechtlichen und vertragsarztrechtlichen Vorschriften vor. Im Einzelfall kommen also insbesondere disziplinarische Maßnahmen in Betracht.

Berufsrechtliche Sanktionen durch die einzelne Ärztekammer können im Übrigen stets auch dann erfolgen, wenn in einer Organisationsstruktur kein Verhaltenskodex besteht. Allgemein geben die Berufsordnungen vor, dass Ärztinnen und Ärzte sich untereinander kollegial zu verhalten haben. Darüber hinaus ist es berufswidrig, eine Kollegin oder einen Kollegen aus ihrer oder seiner Behandlungstätigkeit oder aus dem Wettbewerb um eine berufliche Tä-

tigkeit durch unlautere Handlungen zu verdrängen (vgl. § 29 Abs. 1 u. 2 (Muster-)Berufsordnung – MBO).

Fazit für die Praxis

Im Fall der Fälle sollte trotz bestehender Sanktionsmöglichkeiten stets zunächst das Gespräch mit der Kollegin bzw. dem Kollegen gesucht werden, um sie bzw. ihn auf das unkollegiale Verhalten aufmerksam zu machen. Erst wenn dies keine Wirkung zeigt, bleibt erfahrungsgemäß keine andere Wahl, als weitere rechtliche Schritte – durch die Notfalldienstgemeinschaft, die Kassenärztliche Vereinigung oder die Ärztekammer – zu veranlassen bzw. selbst – zivilrechtlich – vorzunehmen.

Gerrit Tigges

Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht

Der Autor arbeitet als Justitiar des BVKJ

Red: ReH

Inhaltsangabe Heft 04/13

Kind im Krankenhaus
Mit den Klinikclowns auf Krankenbesuch

Portrait
Lilian Wald öffnet Armen das Tor zur Gesundheit

Kind und Gesellschaft
Jedes Kind ist einmalig

Intensivpflege
Nierenersatztherapie

Ernährung
Brainfood

Kind und Gesellschaft
Zeitschenker

Berufs- und Rechtsfragen
Männer in der Kinderkrankenpflege



Ferner: Leserbrief, Berufsverband, Berufs- und Rechtsfragen, Ernährung, Aus Wissenschaft und Forschung, Kinderhospize, Kind und Gesellschaft, Interview, Korrektur, Hinweise, Bücherhinweise, Terminkalender und Stellenmarkt

VORSCHAU

Für das Mai-Heft 2013 sind u.a. vorgesehen:

Klinische Fortbildung
Stammzelltherapie

Portrait
Margaret Sanger – Verfechterin der Geburtenkontrolle

Aus Wissenschaft und Forschung
Infektionen in der Pädiatrie

Intensivpflege
Pflege von Herzpatienten mit temporärem Schrittmacher

Ernährung
Mythos gesunde Vitamine

„kinderkrankenschwester“ ist das Organ des Fachausschusses Kinderkrankenpflege der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. und kann zum Jahresabonnementspreis von € 29,50 oder zum Einzelpreis von € 2,95 (inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten Inland € 4,50), Schülerabonnement € 29,00 inkl. MwSt. und Versandkosten beim Verlag Schmidt-Römhild, Mengstraße 16, 23552 Lübeck, bestellt werden.

Orientierung auf dem Weg in die Pädiatrie

Das Düsseldorfer Mentorenprogramm



Seit dem Wintersemester 2012/2013 unterstützt ein studienbegleitendes Mentoring-Programm Studierende der Medizin und Zahnmedizin an der Düsseldorfer Heinrich-Heine-Universität bei der Entwicklung beruflicher Pläne. Prof. Dr. med. Birgit C. Donner, Leiterin des Bereichs Kinderkardiologie an der Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie kümmert sich im Rahmen des Mentoring-Programms um den ärztlichen Nachwuchs.

? Wer Medizin studiert, weiß in der Regel, wie der Arztberuf aussieht. **•** Wozu dann zusätzlich ein Mentoring-Programm?

Der Arztberuf ist sehr vielfältig und Studierende kennen meist längst nicht alle seine Facetten und sie unterschätzen manchmal auch die Ansprüche, die der Beruf mit sich bringt. Daher ist das Mentoring-Programm sehr sinnvoll. Ich selbst habe von dem Selma-Meyer-Mentoring-Programm der Heinrich-Heine Universität sehr profitiert, einem Mentoring-Programm speziell für Frauen. Dass ich Kinder- und Jugendärztin werden wollte, wusste ich zwar spätestens seit dem ersten Semester. Das Mentoring-Programm hat mir aber an wichtigen Stellschrauben meiner Karriere Orientierung und handfeste Tipps gegeben.

? Wie sieht nun Ihre Arbeit als Mentorin aus?

Das Mentoring-Programm nennt sich A² (A Quadrat) und bringt in der Formelsprache der Mathematik zum Ausdruck, dass angehende Ärztinnen und Ärzte von erfahrenen Kolleginnen und Kollegen während des Studiums begleitet und beraten werden. Ab dem zweiten Fachsemester bietet das Programm neben Workshops, Seminaren und regelmäßigen Netzwerktreffen ein individuelles Mentoring an. In

diesem Rahmen werde ich meine beruflichen Erfahrungen an meinen Mentees weitergeben.

? Welches Ziel wird dabei angestrebt?

Der Erfahrungs- und Wissensaustausch der Studierenden untereinander und mit ihren Mentorinnen/Mentoren soll bei der eigenverantwortlichen Planung des Studiums und der Verwirklichung beruflicher Ziele helfen.

? Berufswege sind meist sehr individuell. Besteht bei dem Mentoring-Programm nicht die Gefahr, dass Studierende durch ihren Mentor eine zu enge Sichtweise auf ihren späteren Beruf bekommen?

Berufswege sind zwar oft individuell, das stimmt. Dennoch habe ich während des Studiums und während der ersten Berufsjahre viele grundsätzlichen Erfahrungen gesammelt, die ich nun gerne weitergebe. Das sind etwa Tipps zur Planung eines Auslandsaufenthaltes, einer Famulatur oder Doktorarbeit. Aber auch für Fragen zu berufsethischen Themen oder zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie bin ich offen. Das Mentoring-Programm soll keine vorzeitige Festlegung befördern, sondern den Horizont der Studierenden erweitern und ihnen möglichst viele Mög-

lichkeiten zeigen. Meine eigene Laufbahn im System Klinik soll dabei nicht unbedingt Vorbild sein. Ich arbeite eng mit niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten zusammen. Zusammen betreuen wir oft über Jahre unsere Patienten. Daher weiß ich, wie wichtig auch dieser Bereich der Pädiatrie ist.

Red.: ReH

Info-Box:

A² (Arzt für Arzt)-Mentoring Programm

Projektleitung:

Prof. Dr. Stefanie Ritz-Timme, Studien-dekanin/Prof. Dr. Matthias Schneider, stellv. Studiendekan

Projektkoordination:

Susan Schahabi, M.A., Monika Demming-Pälmer, M.A.

Studiendekanat der Medizinischen Fakultät

O.A.S.E., Gebäude 16.61
Universitätsstraße 1,
40225 Düsseldorf

Unterstützung durch die Dr. Günther- und Imme-Wille-Stiftung

Nähere Informationen:

a-quadrat@hhu.de
www.medizin.hhu.de/
a-quadrat-studierende



© bella – Fotolia.com

Familienfreundliche Arbeitswelt: Wunsch und Wirklichkeit

Serie: Wie geht es der Familie?



Stefanie Neuffer

Mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie wurde und wird in Deutschland häufig die Verbindung der Erwerbstätigkeit von Müttern mit der Betreuung ihrer Kinder assoziiert. Doch die Herausforderung, die Lebensbereiche Erwerbsarbeit und Familie parallel in Einklang zu bringen, ist vielschichtig und voraussetzungsvoll. Für alle beteiligten Akteure – Väter, Mütter und pflegende Angehörige, Unternehmen sowie die (familien)politischen Akteure – bedeutet „Vereinbarkeit von Beruf und Familie“ jeweils etwas anderes. Veränderte Lebens- und Familienformen ziehen eine Pluralisierung der mit familiären Verpflichtungen befassten Personengruppen sowie der jeweiligen Bedürfnisse nach sich. So haben Alleinerziehende spezifische Anforderungen an ihre Lebens- und Arbeitsgestaltung und in Patchwork-Familien wird Sorgearbeit außerhalb der klassischen, ehelichen Kleinfamilie geleistet.

Familienfreundliche Arbeitswelt: was heißt das?

Maßnahmen und Angebote einer familienfreundlichen Arbeitswelt richten sich geschlechtersensibel an Männer und Frauen in unterschiedlichen Familienfor-

men- und -konstellationen sowie in verschiedenen Lebens- und Familienphasen (neben Elternschaft auch private Pflege) mit oftmals sehr spezifischen familiären Aufgaben und Erfordernissen. Die Heterogenität familiärer Aufgaben und die Diversifizierung der Sorgearbeit leistenden Personen sollte mit dem Ziel der Familienfreundlichkeit im betrieblichen Kontext bewusst in den Blick genommen werden. Der Anspruch, als Unternehmen familienfreundlich zu sein, zeigt sich darin, dass Mitarbeiter/innen mit familiären Belangen im gesamten Lebensverlauf „gegenüber anderen nicht benachteiligt werden und sich gleichermaßen entfalten können“ (BMFSFJ 2005: 5).

Was zeichnet familienfreundliche Unternehmen aus?

Familienfreundliche Unternehmen zeichnen sich in den Augen der Gesamtbevölkerung in erster Linie durch eine flexible Arbeitszeitgestaltung aus. Am zweithäufigsten wird in einer Befragung die Gewährung von Sonderurlaub im Krankheitsfall der Kinder genannt, gefolgt von betrieblichen Kinderbetreuungsangeboten. Mobiles Arbeiten von zu Hause und eine Ausweitung des Angebots

an Teilzeitstellen sowie die Erleichterung des beruflichen Wiedereinstiegs nach der Elternzeit sind weitere häufig genannte Charakteristika familienfreundlicher Betriebe. Der Aussage, ein Unternehmen sei familienfreundlich, „wenn auch Väter ihre Berufstätigkeit zur Betreuung eines Kleinkindes problemlos unterbrechen können“, stimmt ein großer Teil der Gesamtbevölkerung sowie der Mütter (65 Prozent) und Väter (52 Prozent) minderjähriger Kinder zu. Außerdem sehen 57 Prozent der Gesamtbevölkerung in der Möglichkeit, dass Berufstätige ihre Familienangehörigen pflegen und versorgen können, ein Kriterium für die Familienfreundlichkeit eines Unternehmens (vgl. BMFSFJ 2012a). In diesen Befunden kommen gewandelte Geschlechterrollen und die Lebensverlaufsperspektiven von Vereinbarkeitsthemen deutlich zum Ausdruck.

Eine wissenschaftliche Untersuchung zur Frage, welche Faktoren ausschlaggebend sind, damit erwerbstätige Eltern in Deutschland ihre jeweiligen Arbeitgeber ganz konkret als familienfreundlich bewerten, kommt zu folgendem Ergebnis: Durch die Berücksichtigung familiärer Verpflichtungen bei der Arbeitszeitfestlegung, die Dauer der tatsächlichen Arbeitszeit (zwischen 20 und 29,5 Wochenstunden) sowie ein familienfreundliches Betriebsklima – gemessen an verständnisvollen Reaktionen von Kolleg/innen und Vorgesetzten auf die Abwesenheit wegen kranker Kinder – können Betriebe ihre Familienfreundlichkeit in den Augen der Beschäftigten erhöhen. „Arbeitszeit und Arbeitsorganisation entsprechend zu gestalten und ein aufgeschlossenes Klima im Betrieb gegenüber den Bedürfnissen von Erziehenden – das macht Betriebe familienfreundlich“ (Klenner/Schmidt 2007: 501).

Vereinbarkeit von Beruf und Familie – alles eine Frage des Timings?

Die Betreuung und Versorgung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen bedeutet im Tagesverlauf einen häufigen Tätigkeitswechsel und oftmals die parallele Erbringung von Aufgaben. Insgesamt ist die Zeitstruktur in Haushalt und Familie stärker geschachtelt und häufig stark verdichtet. Dabei wird die als figural bezeichnete Zeitstruktur der Fürsorgearbeit stark von den Bedürfnissen der Betreuten – und damit insbesondere bei kleinen Kindern und Pflegebedürftigen häufig von zeitlich schwer planbaren Ereignissen und Turbulenzen – bestimmt. Hingegen dominieren in der Erwerbsarbeit meist „funktional geglättete Zeitverwendung[en] nach dem Uhrzeitmodell“ (Peuckert 2008: 250) mit



... und zu Hause warten die Kinder

stark regulierten Abläufen und präzisen Terminierungen – also geradezu gegensätzliche Zeitstrukturen. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie bringt damit erhebliche organisatorische Anforderungen mit sich, um die konkurrierenden Zeitstrukturen parallel in Einklang zu bringen. Erwerbs- und Sorgearbeit analog zu vereinbaren stellt Eltern vor die Aufgabe, ihre Zeitbudgets im Sinne der Bedürfnisse beider Lebensbereiche aufeinander abzustimmen. Dies erfordert neben verlässlichen und flexiblen Betreuungsstrukturen auch eine Arbeitskultur im Betrieb, die durch Verständnis und Rücksicht gekennzeichnet ist.

Gewünschte und tatsächliche Arbeitszeiten

Aufgrund der unterschiedliche Zeitabläufe und -erfordernisse des Erwerbs- und Familienlebens stehen diese in zeitlicher Konkurrenz zueinander. Damit ist die Ressource Zeit für das Vereinbarkeitsgelingen elementar und gilt als teures Gut. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass die Arbeitszeitwünsche von Männern und Frauen viel näher beieinander liegen als die Realität. Demnach würden 30 Prozent der Frauen gerne mehr und 28 Prozent der Männer am liebsten weniger arbeiten als es jeweils tatsächlich der Fall ist – unabhängig von Elternschaft oder anderen familiären Anforderungen (vgl. Wanger 2012). Nichterwerbstätige Mütter wären überwiegend gerne berufstätig (58 Prozent) – und zwar meistens am liebsten sofort und dann vorzugsweise in langer Teilzeit (20 bis 30 Wochenstunden) (vgl. BMFSFJ 2012b).

Drei Viertel der Väter und Mütter wünschen sich unter der Woche mehr Zeit für die Familie. Etwa jeder zweite Vater mit minderjährigen Kindern sagt von sich, häufig Überstunden machen zu müssen und beruflich stark eingespannt zu sein. Daher verwundert es nicht, dass die Hälfte der Väter gerne weniger arbeiten würde. Mütter hingegen wünschen sich vor allem mehr Entlastung bei der Familien- und Hausarbeit – durch den Partner oder haushaltsnahe Dienstleistungen. Die Tatsache, dass Mütter vor allem für sich selbst gerne mehr Zeit hätten (79 Prozent), ist vermutlich Ausdruck ihrer weit verbreiteten und dauerhaften Mehrfachbelastung durch Erwerbs- und Familien-/Hausarbeit. Anders sieht es bei den Wünschen der Väter aus, denn diese würden vor allem gerne mehr Zeit für ihre Kinder (72 Prozent) und ihre Partnerin (62 Prozent) aufbringen (vgl. BMFSFJ 2012b).

Wenn die Zeit von Eltern nicht ausreicht, um allen Aufgaben- und Lebensbereichen gerecht zu werden, machen sie am häufigsten bei der „Zeit für sich selbst“ Abstriche (73 Prozent). Weiterhin werden zeitliche Einschnitte oftmals im Bereich der Hausarbeit (46 Prozent) gemacht. Aber auch soziale Beziehungen (Freunde: 38 Prozent, Partner: 19 Prozent und Kinder: 11 Prozent) leiden der Befragung zufolge unter der Zeitnot – mit Abstand am seltensten wirken sich mangelnde Zeitressourcen jedoch auf die Arbeit und den Beruf (3 Prozent) aus. Auffällig ist weiterhin, dass Väter deutlich häufiger Abstriche im Bereich Partnerschaft und Kinder machen als Mütter dies tun (vgl. BMFSFJ 2012b).

Familienfreundliche Maßnahmen im Betrieb immer häufiger auf der to-do-Liste

Eine Umfrage von Personalverantwortlichen im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aus dem Jahr 2012 ergibt, dass drei Viertel der Unternehmen ihr Angebot an familienfreundlichen Maßnahmen nach eigener Aussage in den vergangenen fünf Jahren ausgeweitet haben. Ein vergleichbar großer Anteil der Personalverantwortlichen vertritt wei-

terhin den Standpunkt, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ein Thema der Zukunft ist und der Ausbau entsprechender betrieblicher Maßnahmen deshalb geplant sei (vgl. BFSFJ 2012b). Allerdings ist nach Einschätzung der Personalverantwortlichen bei fast jedem fünften Unternehmen die Arbeitszeit nicht im Sinne der Mitarbeiter/innen mit Familienaufgaben gelöst. Daher sehen Unternehmen zukünftig verstärkt Handlungsbedarf im Bereich Arbeitszeitgestaltung und Arbeitsorganisation. So wollen viele Unternehmen flexible Arbeitszeiten auch für Führungskräfte ermöglichen und insgesamt häufiger individuelle, passgenaue Arbeitszeitmodelle umsetzen. Die Präsenzverpflichtungen der Arbeitnehmer/innen sollten verstärkt familienbewusst gestaltet und die Möglichkeiten des mobilen Arbeitens vorangetrieben werden. Jede/r zweite Personalverantwortliche sagt zudem, dass es ein unternehmerisches Ziel sei, sich stärker von der Präsenz- in Richtung einer Ergebniskultur zu entwickeln. Hierbei können allerdings – insbesondere in Kombination mit mobiler Arbeit oder Vertrauensarbeitszeit – durchaus auch Risiken der Entgrenzung der Arbeitszeit und der Überlastung der Mitarbeiter/innen liegen. In diesem Zusammenhang geben viele Personalverantwortliche an, dass sie zukünftig auch Zeiten, in denen Beschäftigte für berufliche Anliegen nicht ansprechbar sind, verstärkt anstreben wollen (vgl. BMFSFJ 2012b).

Es gehen nicht nur die Einschätzungen von Beschäftigten und Unternehmensvertreter/innen hinsichtlich der familienfreundlichen Angebote und insbesondere der Arbeitszeitgestaltung auseinander. Auch die Gegenüberstellung der Einschätzung der Unternehmensvertreter/innen zur Relevanz unterschiedlicher familienfreundlicher Indikatoren im Betrieb und deren tatsächliches Vorliegen nach eigener Aussage klaffen auseinander. Insbesondere bei den Themen mobiles Arbeiten sowie flexible Arbeits(zeit)gestaltung von Mitarbeiter/innen mit Führungsaufgaben steht die tatsächliche Umsetzung der Angebote der Relevanzeinschätzung weit nach: Während 92 Prozent der Personalverantwortlichen flexible Arbeits(zeit)modelle für Führungskräfte für wichtig oder sehr wichtig halten, sind diese nach eigener Angabe nur in 52 Prozent der einbezogenen Unternehmen (vollständig oder teilweise)

umgesetzt. Die Möglichkeit zum mobilen Arbeiten ist bei 51 Prozent der befragten Unternehmen gegeben, die Wichtigkeit wird jedoch von 87 Prozent der Personalverantwortlichen gesehen – Anspruch und Wirklichkeit sind hier also keinesfalls deckungsgleich (vgl. BMFSFJ 2012b).

Familienfreundliche Arbeitswelt: eine Frage der Kultur

Fast 60 Prozent der berufstätigen Eltern berichten, dass im Betrieb keine oder kaum Rücksicht auf die zeitlichen Bedürfnisse von Eltern genommen wird. Besonders häufig wird dies von vollzeiterwerbstätigen Müttern (65 Prozent), aber ebenfalls vielfach von erwerbstätigen Vätern (56 Prozent) angegeben. Doch selbst jede zweite teilzeitbeschäftigte Mutter sagt, dass es an der zeitlichen Rücksichtnahme im Arbeitsleben mangle. Diese Befunde verdeutlichen: Das Vorhandensein unterschiedlicher Maßnahmen und Angebote allein macht ein Unternehmen keinesfalls automatisch familienfreundlich und erleichtert die Vereinbarkeit von Arbeits- und Familienleben nicht zwangsläufig. Angebote müssen dazu passgenau und bedarfsorientiert konzipiert sein und in einem verständnisvollen und familienfreundlichen Arbeitsklima transparent kommuniziert werden. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass familienbewusste Angebote auch in Anspruch genommen werden (können). Familienfreundlichkeit im Betrieb ist daher mehr als das Vorhandensein einzelner Maßnahmen. Erforderlich ist eine authentische Führungskultur, in der Führungskräfte als Promotoren von familienbewusster Arbeitsorganisation ins Boot geholt werden und in ihrer Schnittstellenposition zwischen Leitung und Belegschaft selbst die Chance auf eine gelungene Vereinbarkeit und Work-Life-Balance haben und vorleben (können).

Literatur bei der Verfasserin

Dipl. Soz.-Wiss. Stefanie Neuffer

Die Autorin arbeitet als Sozialwissenschaftlerin im Kompetenzzentrum Beruf & Familie der Familienforschung Baden-Württemberg, Stuttgart
E-Mail: stefanie.neuffer@stala.bwl.de

Red: ReH

Praxistafel

Kinderärztliche Praxis Stadtrand Hannover zum 1.1.2014 abzugeben.
Zuschriften unter Chiffre 565 KJA 4/13 an den Verlag erbeten.

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

KINDER-UND JUGENDARZT

im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter

www.kinder-undjugendarzt.de

Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Verleihung des Preises Jugendmedizin an den Verein „Straßenkinder e.V.“ Leipzig

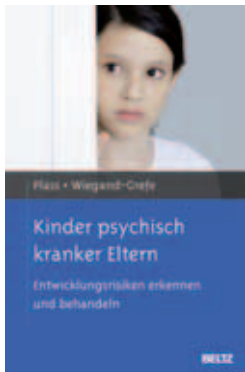
Der Verein „Straßenkinder e.V.“ unterstützt seit zehn Jahren Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die in Obdachlosigkeit leben bzw. von Obdachlosigkeit bedroht sind. Gemeinsam wird zusammen mit ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern ein Weg aus der momentanen Perspektivlosigkeit gesucht und neue Hoffnung gegeben. „Straßenkinder e.V.“ arbeitet motivierend und ergreift Partei für die Betroffenen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeigen Konsequenzen des Handelns auf und motivieren, die derzeitige und die angestrebte Lebenssituation zu hinterfragen und eigene Initiativen zu entwickeln.

Frau Gabi Edler ist die Initiatorin, Gründungsmitglied und Leiterin der Anlaufstelle „Haus Tante E.“ des Vereins „Straßenkinder e.V.“. Sie ist die Leitfigur und nahm den Preis, der in Kooperation mit der Galderma Laboratorium GmbH vergeben wird, entgegen. Kup



Buchtipps

Angela Plass / Silke Wiegand-Grefe
Kinder psychisch kranker Eltern
Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln



Beltz-Verlag, 2012, 217 Seiten, geb., € 34,95, ISBN 978-3-621-27914-7

Etwa drei Millionen Kinder in Deutschland wachsen mit psychisch kranken Eltern auf. Sie haben ein deutlich erhöhtes Risiko ebenfalls an psychischen Störungen zu erkranken. Je nach Alter des Beginns der psychischen Erkrankung der Eltern differieren die klinische Symptomatik und auch die Störungsrelevanz. Wichtige psychische Entwicklungsaufgaben können gefährdet sein. Etwa zwei Drittel der Kinder von psychisch erkrankten Eltern entwickeln selbst eine psychische Störung.

Die Autoren, Expertinnen auf dem Gebiet der Forschung über kindliche psychische Störungen bei psychisch erkrankten Eltern, stellen im zweiten Teil ausführlich die empirischen Grundlagen vor: Welche subjektiven Belastungen kommen auf Kindern psychisch kranker Eltern zu? Welche

zusätzlichen Risikofaktoren bei Kind und Eltern spielen eine Rolle? Genetische und psychosoziale Risikofaktoren werden erfasst. Die Autorinnen differenzieren zwischen einzelnen psychischen Störungen der Eltern, sie gehen auf Alters- und Geschlechtsspezifische Aspekte ein. Resilienz-faktoren werden diskutiert.

Im dritten Teil werden die diagnostischen Möglichkeiten vorgestellt.

Der vierte Teil ist der therapeutischen Intervention gewidmet. Der Bogen wird von der Prävention über familientherapeutische Maßnahmen Möglichkeiten des öffentlichen Versorgungssystem bis hin zur individuellen Therapie des Kindes gespannt.

Kommentar

Leider wachsen viele Kinder in „nicht optimaler psychosozialer Umgebung“ auf. Neben einer Zunahme von somatischen Störungen sollten bei diesen die psychischen Belastungen mit Entwicklung von erheblichen Persönlichkeitsstörungen nicht übersehen werden und wenn möglich bereits präventiv Maßnahmen ergriffen werden. Das Buch hilft, den Leser für die Bedürfnislage der betroffenen Kinder zu sensibilisieren. Es ist mit Hilfe von Fallbeispielen und in Grau unterleg-

ten Zusammenfassungen gut lesbar und auch für den eiligen Leser hilfreich. Auch wenn bereits viel Forschung auf diesem Gebiet stattgefunden hat, so fehlt doch noch die umfassendere Differenzierung psychischer Störungen abhängig von der Erkrankung der Mutter versus der Erkrankung des Vaters. Genetische Faktoren wie z.B. ein ADHS, können sowohl über die Genetik als über ungünstige psychosoziale Umstände und auch über die Komorbiditäten psychischer Störungen der Eltern (Depressionen, Angststörungen, Suchtproblematik) das aufwachsende Kind in seiner psychosozialen Entwicklung negativ beeinflussen. Diese Faktoren werden kaum berücksichtigt.

Dennoch ist das Buch für jeden Kinder- und Jugendarzt sehr zu empfehlen. Er sitzt an der Schaltstelle, frühzeitig eine Störung zu erkennen und entsprechende diagnostische und therapeutische Maßnahmen einzuleiten. Ihm ist es möglich präventiv zu agieren und stützende therapeutische Schritte für das Kind und die Familie einzuleiten. Die Lektüre des vorliegenden Buches wird ihm dazu noch mehr Kompetenz verleihen.

Dr. Kirsten Stollhoff, Hamburg
 stollhoff@kvhh.net

Red.: Kup

Fortbildungstermine



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

April 2013

20. April 2013

26. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Rheinland-Pfalz und Saarland, in Worms

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

25.–28. April 2013

10. Assistentenkongress

des bvkj e.V., in Potsdam

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 ②

26.–27. April 2013

11. Pädiatrie à la carte des LV Westfalen-Lippe

des bvkj e.V., in Münster-Hiltrup

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

Mai 2013

24.–25. Mai 2013

23. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Thüringen, in Erfurt

Auskunft: Dr. med. Annette Kriechling, In der Trift 2, 99099 Erfurt, Tel. 0361/5626303, Fax 0361/4233827 ①

Juni 2013

7.–9. Juni 2013

43. Kinder- und Jugendärztetag 2013

Jahrestagung des bvkj e.V., in Berlin

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

8.–9. Juni 2013

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

des bvkj e.V., in Berlin

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

Juli 2013

6. Juli 2013

„Pädiatrie am Bächle“

der Landesverbände Baden-Württemberg, in Freiburg

Auskunft: Dr. med. Barbara Lütticke, Elsa-Brandström-Str. 4, 79111 Freiburg, Tel. 0761/43771, Fax: 0761/472154 ①

27. Juli 2013

Patientenorientierte ärztliche Selbsterfahrung

des bvkj e.V. in Stuttgart

(für Teilnehmer des Grundkurses „Psychosomatische Grundversorgung“)

Auskunft: Dr. med. Gudrun Jacobi, Tel. 0711/290350, E-Mail: info@dr.gudrun-jacobi.de

August 2013

31. August 2013

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkj e.V., in Dresden

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

31. August – 1. September 2013

Pädiatrie zum Anfassen

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

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

September 2013

7. September 2013

16. Seminartagung des LV Hessen

des bvkj e.V., in Bad Nauheim

Auskunft: Dr. Ralf Moebus, Bad Homburg, Tel. 06172/26021, Fax 06172/21778 ①

25. September 2013

Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern

des bvkj e.V., in Rostock

Auskunft: Frau Dr. Susanne Schober / Frau Dr. Heike Harder-Walter, Tel. 03836/200898, Fax 03836/2377138 ①

Oktober 2013

12.–16. Oktober 2013

41. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkj e.V., in Bad Orb

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

November 2013

2. November 2013

Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvkj e.V., in Verden

Auskunft: Dr. med. Tilmann Kaethner und Dr. med. Ulrike Gitmans, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminf.de) ③

16.–17. November 2013

11. Pädiatrie zum Anfassen

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

Auskunft: Dr. Martin Lang, Tag.-Leiter: Prof. Dr. C. P. Bauer, Bahnhofstr. 4, 86150 Augsburg, Tel. 0821/3433583, Fax: 0821/38399 ③

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

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

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

④ Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-9297-850, Fax 09321-9297-851, info@interface-congress.de



Geburtstage im Mai 2013

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Maria *Philipps*, Duisburg, am 04.05.

Herrn Dr. rer. nat. Thomas *Meinhard*, Köln, am 05.05.

Herrn Dr. med. Thomas *Ortkemper*, Ennigerloh, am 06.05.

Frau Dr. med. Almut *Bausch-Kammenschneider*, Bad Soden-Salmünster, am 07.05.

Herrn Dr. med. Johannes *Orth*, Neunkirchen-Seelscheid, am 08.05.

Herrn Dr. med. Rolf *Mertens*, Simmerath, am 10.05.

Herrn Dr. med. Christian *Ribbentrop*, Bremen, am 13.05.

Herrn Dr. med. Waldemar K. *Ertelt*, Fellbach, am 16.05.

Herrn Dr. med. Wolfgang *Kirschke*, Lilienthal, am 17.05.

Herrn Dr. med. Horst *Wilcken*, Hildesheim, am 20.05.

Herrn Dr. med. Gernot von *Pelchrzim*, Wangen, am 21.05.

Herrn Dietrich *Wittenhagen*, Aachen, am 22.05.

Herrn Dr. med. Rüdiger *Abel*, Löningen, am 26.05.

Frau Dr. med. Walentina *Stecher*, Gera, am 26.05.

Frau Dr. med. Anne *Knapp*, Schwieberdingen, am 29.05.

Frau Dr. med. Renate *Weihmann*, Bretten, am 31.05.

70. Geburtstag

Herrn Dr. med. Jürgen *Lauenstein*, Lebach, am 01.05.

Herrn Dr. med. Peter *Schröter*, Ellwangen, am 02.05.

Frau Dr. med. Brigitte *Kodsi*, Bremerhaven, am 05.05.

Frau Dr. med. Karin *Rossmann*, Kamenz, am 05.05.

Frau Heidrun *Schweidler*, Gräfenberg, am 05.05.

Frau Dr. med. Annelie *Kroneberger*, Greiz, am 08.05.

Herrn Dr. med. Jochen *Drubig*, Meißen, am 13.05.

Frau Dr. med. Heidemarie *Ullrich*, Halle, am 19.05.

Herrn Dr. med. Peter *Werth*, Bedburg, am 19.05.

Herrn Dr. med. Norbert *Mölter*, Dreieich, am 21.05.

Frau Dr. med. Rosemarie *Dierschke*, Oppenheim, am 22.05.

Herrn Dr. med. Siegfried *Altenmüller*, Mannheim, am 24.05.

Frau Dr. med. Gisela *Brehmer*, Hamburg, am 24.05.

Herrn Dr. med. Ulrich *Dieterle*, Konstanz, am 24.05.

Herrn Prof. Dr. med. Jürgen *Mücke*, Leipzig, am 24.05.

Herrn Dr. med. Jürgen *List*, Nürnberg, am 30.05.

Herrn Dr. med. Peter-Martin *Kühn*, Esslingen, am 31.05.

75. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hans-Hubertus *Brenken*, Westerburg, am 05.05.

Herrn Dr. med. Siegfried *Gräber*, Neustadt, am 10.05.

Frau Dr. med. Karin *Schulz*, Leipzig, am 17.05.

Herrn Dr. med. Hans *Sieprath*, Bad Neuenahr-Ahrweiler, am 22.05.

Frau Dr. med. Sigrid *Böhm-Schneider*, Seeheim-Jugenheim, am 24.05.

Frau Dr. med. Ingeborg *Kretschmann*, Bremen, am 26.05.

80. Geburtstag

Herrn MR Dr. med. Udo *Lohnke*, Hoyerswerda, am 06.05.

Herrn Prof. Dr. med. Hermann *Manzke*, Hohwacht, am 13.05.

81. Geburtstag

Frau Dr. med. Charlotte *Spindler*, Pähnitz, am 07.05.

Herrn Dr. med. Hans-Joachim *Bosch*, Berlin, am 13.05.

Herrn Dr. med. Sirus *Keschawarzi*, Hagen, am 31.05.

82. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. med. Horst *Köditz*, Magdeburg, am 06.05.

Herrn Prof. Dr. med. Burkhard *Schneeweiß*, Berlin, am 16.05.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Ruth *Geiger*, Uhldingen-Mühlhofen, am 01.05.

Herrn Dr. med. Herbert *Sütterle*, Freiburg, am 01.05.

Herrn Prof. Dr. med. Hans *Helge*, Berlin, am 10.05.

Frau SR Dr. med. Renate *Jehring*, Dresden, am 16.05.

Frau Dr. med. Elisabeth *Clauss*, Schwäbisch Hall, am 27.05.

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

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Lotte *Waltz*, Hagen, am 02.05.

Herrn OMR Dr. med. Klaus *Schröter*, Chemnitz, am 16.05.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Grete *Lüssem*, Düsseldorf, am 01.05.

Herrn Dr. med. Werner *Schmidt*, Regensburg, am 28.05.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Rita *Rozen-Simenauer*, Mannheim, am 08.05.

Herrn Dr. med. Franz *Hack*, Andernach, am 12.05.

87. Geburtstag

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

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Galandiuk*, Hannover, am 07.05.

Frau Dr. med. Erika *Kramer*, Andernach, am 28.05.

91. Geburtstag

Frau Dr. med. Gertrud *Piel*, Memmingen, am 11.05.

Frau Dr. med. Marianne *Waniek*, Ratingen, am 24.05.

Herrn Dr. med. Klaus *Hedrich*, Fürth, am 30.05.

92. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *von Laer*, Bielefeld, am 11.05.

Frau Dr. med. Inghild *Westermann*, Porta Westfalica, am 18.05.

Frau Dr. med. Marianne *Groll*, Frankfurt, am 29.05.

93. Geburtstag

Herrn Dr. med. Rolf-Joachim *Candler*, Wildeshausen, am 06.05.

Frau Dr. med. Gisela *Kleeberg*, Neunkirchen, am 14.05.

Herrn Dr. med. Heinrich *Wiggermann sen.*, Dortmund, am 28.05.

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Wolfgang *Emrich*, Kirkel

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

Als neue Mitglieder begrüßen wir



**Landesverband
Baden-Württemberg**
Frau Isabel Willigmann



Landesverband Bayern
Frau Kerstin Böttger
Herrn Dr. med. Christian Breuer

Frau Dr. med. Fabienne Lara Faber
Herrn Dr. med. Christian Habelt
Herrn Dr. med. Stephan Hiedl
Frau Dr. med. Stefanie Rosam
Frau Sarah-Elisabeth Schön
Frau Dr. med. univ. Sophie Zötler



**Landesverband
Berlin**
Frau Dr. med. Katja Beier

Frau Dr. med. Nicole Stella Dannenberg
Frau Dr. med. Anne-Lena Feller
Frau Dr. med. Juliane Intek
Frau Marianne Keblmann
Frau Cornelia Rinke
Frau Tetyana Smetanyuk



Landesverband Brandenburg
Frau Dr. med. Nicole Josiger
Herrn Stefan Ruhland



**Landesverband
Bremen**
Herrn Dr. med. Holger Balke



Landesverband Hamburg
Frau Nina Augustin
Frau Isabelle von Glasenapp

Frau Dr. med. Cecilia Loeck
Frau Katjana Nierhaus
Frau Dr. med. Julia Walter



Landesverband Hessen
Frau Dr. med. Helen Brockhaus
Frau Dr. med. Nadine Gerhold-Stieb

Frau Sonja Weichbrodt



Landesverband Niedersachsen
Frau Dr. med. Christiane Bolze
Frau Dr. med. Andrea

Fürst-Burger
Herrn Dr. med. Sebastian Haak
Frau Antje Imig
Frau Dorothee Kistenbrügge
Frau Dr. med. Ivonne Koch
Herrn Dariusz Mielczarek
Frau Dr. med. Bettina Nießing
Frau Ann Kristin Schoppe
Frau Sinje Tams



Landesverband Nordrhein
Frau Anne Batfalsky
Frau Dr. med. Sarah Braun

Frau Dr. med. Christine Firnhaber
Frau Caroline Richter
Frau Alke Rörig

Herrn Robert Michael van Hal
Frau Dr. med. Katrin Wand



**Landesverband
Saarland**
Frau Andrea Böing



Landesverband Sachsen
Frau Dr. med. Sarah Bruckmann

Frau Dipl. med. Svetlana Fuhr
Herrn Rico Höltzel
Frau Kristina Maier-Janke
Herrn Dr. med. Stephan Neumann



**Landesverband
Sachsen-Anhalt**
Frau Juliane Schulz

Frau Dr. med. Anke Sutcliffe
Frau Katja Wechsung



Landesverband Thüringen
Frau Dr. med. Barbara Günther
Frau Dr. med. Katrin Kämpel

Frau Dr. med. univ. Nermina Makic
Frau MUDr. Daniela Pachmannova
Frau Dr. med. Raluca-Nadina Paunescu



**Landesverband
Westfalen-Lippe**
Herrn Dr. med. Alexander

Humberg
Frau Inga Thiemann

● Sonstige Tagungen und Seminare

April 2013

20.–21. April 2013, Berlin
2. Workshop „Sprung in die Praxis“
Info: www.kinderarzt-dr.lueder.de/workshop

Mai 2013

13.–18. Mai 2013, Langeoog
2. Langeooger Woche der Pädiatrie
Info: www.aekn.de

Juni 2013

21.–22. Juni 2013, Passau
Pass' auf –
Passauer Forum für Kinder- und Familiengesundheit
Neugeborenenengesundheit, qua vadis?
Info: www.pass-auf.eu

September 2013

26.–28. September 2013, Jena
50. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie
e.V. (GPR) 2013
Info: www.gpr-jahrestagung.de

27.–28. September 2013, Berlin
16. interdisziplinäres Symposium z. entwicklungsfördernden
und individuellen Betreuung von Frühgeborenen und
ihren Eltern
Info: stillen.de

Sonnenschutzmittel – wichtiger Bestandteil des modernen Sonnenschutzmanagements

Wharton und Cockerell beschreiben die Problematik Mensch und Sonne am besten:

The sun: a friend and enemy (1). Sonnenstrahlen haben zahlreiche positive Effekte auf den menschlichen Organismus wie die Förderung des Wohlbefindens, die Verbesserung der Stimmungslage, der Steuerung des circadianen Rhythmus oder dem photochemischen Abbau von Bilirubin. Insbesondere die Aspekte Bereitstellung von Vitamin D durch Sonnenexposition und Vitamin D-Defizienzzustände unter strikter UV-Meidung nehmen in den letzten Jahren in der internationalen Literatur eine immer größer werdende Bedeutung ein (2,3). Auf der anderen Seite steigt die Zahl der Neuerkrankungen an Hautkrebs stärker an als die für andere Krebsarten und zusätzlich zeigt sich für das maligne Melanom in den letzten Jahren eine Verschiebung zu immer jüngeren Lebensaltern. In diesem Kontext kommt der UV-Strahlung eine bedeutende Rolle zu, da sowohl UVB als auch UVA ein „vollständiges Karzinogen“ darstellen. Insbesondere die kindliche Haut ist gegenüber UV-Strahlung besonders empfindlich, wofür ein im Vergleich zum Erwachsenen geringerer Gehalt an Melanin, ein dünneres Stratum corneum in Verbindung mit einer verminderten Stratum corneum-Hydratation verantwortlich zeichnet, was in einer geringeren Lichtstreuung resultiert (4).

Da der Zusammenhang zwischen Sonnenbränden in der Kindheit, der Anzahl von Nävuszellnävus und dem Auftreten von malignen Melanomen gut dokumentiert ist, gilt dem Schutz der kindlichen Haut vor UV-Strahlung besondere Aufmerksamkeit. Neben Expositionsvermeidung, v.a. zum Zeitpunkt hoher UV-Intensität (11–16 Uhr) und neben dem consequenten Einsatz von textilen Lichtschutz kommt auch Sonnenschutzmitteln im modernen Sonnenmanagement eine wichtige Rolle zu. Die Haut in den ersten Lebensjahren entspricht hinsichtlich ihrer Eigenschutzzeit und ihrer Reaktion auf UV-Strahlen dem hochempfindlichen Pigmentierungstyp I und ist somit sehr

anfällig für akute Erythemschäden. Somit ist gerade im ersten Lebensjahrzehnt ein konsequenter Sonnenschutz äußerst wichtig. Da die kindliche Haut besonderen Schutz vor UV-Strahlen benötigt, müssen Sonnenschutzmittel für Kinder auch besondere Anforderungen erfüllen:

Ein Lichtschutzfaktor von 30 wird für unsere Breiten empfohlen, in sonnenintensiven Ländern von 50 oder 50+. Neben einem Verzicht auf Duftstoffen bedürfen kindgerechte Sonnenschutzmittel den Zusatz von Feuchthaltesubstanzen und pflegenden Eigenschaften, die einem Austrocknen der Haut vorbeugen. Zudem müssen sie sich leicht auf der Haut verteilen lassen und keine Okklusivwirkung verursachen, wodurch insbesondere bei sebostatischem Hauttyp eine periorale Dermatitis verursacht werden kann (6). Moderne Sonnenschutzmittel entfalten ihre Schutzwirkung über den gesamten UV-Bereich. Die EU empfiehlt hierbei ein Verhältnis von UVA-Schutzfaktor (ermittelt über die P(ersistent) P(igment) D(arkening)-Methode) zu Lichtschutzfaktor (ermittelt über in-vivo-Testung) von mindestens einem Drittel und gleichzeitig eine kritische Wellenlänge von ≥ 370 nm. Sonnenschutzmittel mit hohen Lichtschutzfaktoren enthalten zumeist eine Mischung aus Mikropigmenten und UV-Filtern.

Bei der Auswahl der UV-Filter für den Einsatz bei Kindern sollten Filter, bei denen Hinweise auf eine mögliche endokrine, im speziellen östrogene Wirkung bestehen, konsequent vermieden werden. Hierzu zählen Octyl-Methoxycinnamat (7), Oxybenzon (8) und Benzophenon (9).

Es besteht Einigkeit darin, dass versucht werden sollte, Babys und Kleinkinder in den ersten 12 Monaten keiner direkten Sonneneinstrahlung auszusetzen. Jedoch gibt es immer wieder Situationen, in denen dies nicht vollständig umzusetzen ist. Hierbei ist anzumerken, dass eine kurzfristige Anwendung eines Sonnenschutzmittels für die Babyhaut ein geringeres Risiko als die Schädigung durch UV-Strahlen darstellt (10). Über Jahre wurde diskutiert, ob Sonnenschutzmittel eine Hautkrebsprotektive Wirkung haben. Für Diffey

steht es außer Zweifel, dass die Verwendung von Sonnenschutzmittel in Kombination mit anderen Sonnenschutzmaßnahmen einen wichtigen Beitrag bei zur Verringerung des Anstiegs des malignen Melanoms spielen (5).

Literatur:

1. Wharton JR, Cockerell CJ The sun: a friend and enemy. *Clin Dermatol* 1998;16:415-419
2. Reichrath J The challenge resulting from positive and negative effects of sunlight: how much solar UV exposure is appropriate to balance between risks of vitamin D deficiency and skin cancer? *Prog Biophys Mol Biol* 2006;92: 9-16
3. Reinhold U, Dirschka T, Hartgens K et al Vitamin D supply: from sun or pill? *Oncol Lett* 2012;4:1392-1396
4. Stamatas GN, Nikoloski J, Mack MC, Kollias N Infant skin physiology and development during the first years of life: a review of recent findings based on in vivo studies. *Intern J Cosmetic Sci* 2011;33:17-24
5. Diffey BL Sunscreens as a preventive measure in melanoma: an evidence-based approach or the precautionary principle? *Br J Dermatol* 2009;161 (Suppl 3):25-27
6. Abeck D, Geisenfelder B., Brandt O.: Physikalische Sonnenschutzmittel mit hohem Lichtschutzfaktor als Auslöser der perioralen Dermatitis im Kindesalter. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 7:701-703 (2009)
7. Carbone S, Szwarcfarb B, Reynoso et al In vitro effect of octyl-methoxycinnamate (OMC) on the release of Gn-RH and amino acid neurotransmitters by hypothalamus of adult rats. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2010;118:298-303
8. Coronado M, De haro H, Deng X et al Octyl-methoxycinnamate (OMC), an ultraviolet (UV) filter, alters LHRH and amino acid neurotransmitters release from hypothalamus of immature rats. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2008;116:94-98
9. Weisbrodn CJ, Kunz PY, Zenker AK, Fent K Effects of the UV filter benzophenone-2 on reproduction in fish. *Toxicol Appl Pharmacol* 2007;15:255-266
10. Kind G. Ruppert S (Hrsg) Sonnenschutz. Ein pharmakologisch-dermatologischer Leitfaden. Govi-Verlag, Eschborn, 2012

Nach Informationen der
Nestlé Deutschland AG

Informationskampagne fordert Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche mit ADHS



Das Ziel der Informationskampagne „ADHS und Zukunftsträume“ unter der Schirmherrschaft von Bundesfamilienministerin a.D. Renate Schmidt ist es, Aufmerksamkeit für die Situation von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zu schaffen. Sie lenkt den Blick auf die Stärken und das Potenzial der Betroffenen und weist auf Verbesserungsbedarf in Diagnostik und Therapie hin. Die Kampagne wurde von der Shire Deutschland GmbH in Zusammenarbeit mit dem Selbsthilfeverband ADHS Deutschland e.V., der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. und dem Bayerischen Lehrer- und Lehrerinnenverband ins Leben gerufen (www.adhs-zukunftstraume.de).

Die drei Hauptmerkmale der ADHS sind Unaufmerksamkeit, Impulsivität und ein starker, unkontrollierter Bewegungsdrang (Hyperaktivität). Um eine individuelle multimodale Behandlung zu planen, müsse jedoch zunächst eine ausführliche Diagnostik durchgeführt werden, erklärte Dr. Elisabeth Aust-Claus, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin/Neuropädiatrie auf einem Pressegespräch in Wiesbaden. „Eine ADHS liegt nur dann vor, wenn die Merkmale stark ausgeprägt sind und sie dem Kind in verschiedenen Lebensbereichen und Situationen, z. B. in der Schule und in der Familie, Probleme bereiten.“ Die Merkmale müssen bereits vor dem sechsten Lebensjahr aufgetreten sein und über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten andauern. Um sicher zu sein, dass ein Kind eine ADHS hat, müssen andere körperliche oder psychiatrische Erkrankungen, die ähnliche Anzeichen hervorrufen können, ausgeschlossen werden (1).

Aust-Claus berichtete in Wiesbaden über ihre Arbeit im 1998 gegründeten OptiMind-Institut. Das Konzept sei auf der Vernetzung von Fachwissen aufgebaut: Wissenschaftliche Erkenntnisse und therapeutisch-praktische Erfahrungen aus der Neurowissenschaft, der Medizin, Psychologie und der Pädagogik werden hier eng miteinander verbunden und den Betroffenen, Eltern, Ärzten, Therapeuten und Pädagogen zur Verfügung gestellt (www.opti-mind.de).

Auch Dr. Myriam Menter vom Selbsthilfeverband ADHS Deutschland e.V. (www.adhs-deutschland.de) forderte eine frühzeitige Diagnostik und Therapie – nur so könne der Kreislauf aus extremem Verhalten, Misserfolgen, Ablehnung und Trotz unterbrochen werden. „Erschwerend kommt hinzu, dass oft auch ein Elternteil oder ein Geschwisterkind ADHS hat, da die Störung in hohem Maße vererbt wird“.



Abb.: Für eine bessere Versorgung: Renate Schmidt, Dr. Myriam Menter, Dr. Elisabeth Aust-Claus

Verbesserung der Versorgung: 10 Ziele für 2020

Die Versorgung von ADHS-Betroffenen in Deutschland ist verbesserungsbedürftig. Was muss sich ändern, um für Kinder und Jugendliche mit ADHS Chancengleichheit herzustellen? Bundesfamilienministerin a.D. Renate Schmidt präsentierte in Wiesbaden 10 Ziele, die der wissenschaftliche Beirat der Informationskampagne „ADHS und Zukunftsträume“ bis 2020 umgesetzt wissen will:

- Eine verbesserte Diagnostik – mit deutlich weniger falsch-positiven Diagnosen und weniger Betroffenen, die übersehen werden
- Ein verbessertes Screening im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen, um auch Betroffene ohne Hyperaktivität (ADS) frühzeitig zu erkennen
- Die bundesweite Umsetzung von Verträgen zur qualitätsgesicherten Versorgung („KBV-Verträge“)
- Mehr regionale ADHS-Netze im Rahmen des zentralen adhs-netzes (zan)

- Die Einbeziehung von ADHS in die medizinische Grundausbildung an den Universitäten
- Mehr Fachpersonal an Schulen (Sozialpädagogen, Psychologen, ggf. Psychiater)
- Ein besserer Kenntnisstand und mehr Akzeptanz bei Lehrkräften durch Aus- und Weiterbildung
- Eine andere Bildungsphilosophie, die über die reine Leistungsorientierung hinausgeht
- Konkrete Maßnahmen der Bundesagentur für Arbeit für ADHS-Betroffene in Ausbildung und Beruf
- Eine differenzierte Berichterstattung in den Medien, die aufklärt, statt zu polarisieren.

Diese und weitere Stellungnahmen des Beirats unter www.adhs-zukunftstraume.de.

Gabriele Fischer von Weikersthal

Literatur

- 1) Hyperkinetische Störungen (F 90). Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage; 2007: 239-254. Leitlinie zurzeit in Überarbeitung.

Pressegespräch anlässlich des 1. ADS-Symposiums im Museum, 22.02.2013 in Wiesbaden. Nach Informationen der Shire Deutschland GmbH.

Humira von AbbVie jetzt mit dünnerer Nadel und latexfrei

Technische Innovationen verbessern Anwenderfreundlichkeit von Humira

Ab sofort ist der TNF-alpha Blocker Humira (Adalimumab) des BioPharma-Unternehmens AbbVie mit dünnerer Nadel und in latexfreier Ausführung erhältlich. Damit bietet Humira als einziges Produkt seiner Arzneimittelklasse diese Eigenschaften sowohl für die Fertigspritze als auch den Pen an. Die neuen Vorteile der HUMIRA-Fertigspritze und des HUMIRA-Pens umfassen:

- Eine neue 29-Gauge-Hohnadel, die bei gleichbleibendem Innendurchmesser um 16 % dünner ist. Dadurch soll eine angenehmere Injektion für den Patienten bei gleicher Durchflussrate ermöglicht werden, ohne die Dosierung, Formulierung oder Anwendung zu beeinflussen.
- Eine latexfreie Ausführung, die die Verträglichkeit der Anwendung bei Patienten und medizinischem Personal mit einer Latexallergie verbessert. Durch Latex hervorgerufene allergische Reaktionen können unmittelbar zu Symptomen wie einem leichten Juckreiz, Hautrötungen bis hin zu schweren anaphylaktischen Schockzuständen führen.¹ Patienten mit einer Latexunverträglichkeit können nun Humira ohne Bedenken vor allergischen Reaktionen nutzen.

„Mit diesen Verbesserungen wollen wir die Handhabung von Humira für Men-

schen, die mit einer chronisch-entzündlichen Erkrankung leben oder diejenigen, die sie behandeln, so angenehm wie möglich machen. Die dünnere Nadel soll dem Patienten die Injektion erleichtern. Außerdem kann Humira ohne Bedenken von Patienten mit Latexunverträglichkeit genutzt werden“, sagt Dr. Stefan Simianer, Medical Director AbbVie Deutschland.

Über Adalimumab (Humira)

Adalimumab ist ein biotechnologisch hergestellter, vollständig humaner monoklonaler Antikörper, der sich spezifisch gegen Tumor-Nekrose-Faktor-alpha (TNF- α) richtet. Dieser Botenstoff spielt eine zentrale Rolle bei entzündlichen Prozessen, die den Erkrankungen zugrunde liegen, bei denen Adalimumab zum Einsatz kommt. Adalimumab (Humira®) ist in Europa zugelassen zur Behandlung des mittelschweren bis schweren aktiven Morbus Crohn, der mittelschweren bis schweren aktiven Colitis ulcerosa, der mäßigen bis schweren aktiven rheumatoiden Arthritis (RA), der aktiven und progressiven Psoriasis-Arthritis (PsA), der schweren aktiven ankylosierenden Spondylitis (AS, Morbus Bechterew), der schweren axialen Spondyloarthritis (SpA) ohne Röntgen-Nachweis einer ankylosierenden Spondylitis (AS), der aktiven polyartikulären juvenilen idiopathischen Arthritis bei Kindern

ab vier Jahren, dem schweren aktiven pädiatrischen Morbus Crohn bei Kindern ab sechs Jahren sowie der mittelschweren bis schweren chronischen Plaque-Psoriasis.² Humira ist in 88 Ländern zugelassen, mehr als 600.000 Menschen weltweit werden derzeit mit dem Medikament behandelt.³ Darüber hinaus werden weitere klinische Studien zum therapeutischen Potenzial von Humira, u. a. bei Hidradenitis suppurativa (Acne inversa) und der Augenerkrankung Uveitis, durchgeführt.⁴

Humira ist in den folgenden Verpackungsformen und Dosierungen verfügbar:

- N1: 2 Fertigspritzen à 40 mg
- N3: 6 Fertigspritzen à 40 mg
- N1: 2 Pens à 40 mg
- N3: 6 Pens à 40 mg
- N1: 2 Flaschen 40 mg/0,8 ml Injektionslösung zur Anwendung bei Kindern

Quellen

- 1 J.S. Taylor und E. Erkek, „Latex allergy: diagnosis and management“, *Dermatologic Therapy* 2004, 17:289–301
- 2 HUMIRA®-Fachinformation, Stand August 2012
- 3 Abbott, data on file
- 4 <http://www.clinicaltrials.gov>

Nach Informationen von AbbVie Deutschland GmbH, Wiesbaden

Rotavirus-Erkrankungen rückläufig

- Deutschlandweiter Rückgang um 28 Prozent
- Nach Impfpflegung: Besonders positiver Trend in Sachsen

Die Zahl an Rotavirus-Erkrankungen ist im vergangenen Jahr in Deutschland deutlich gesunken: Nach mehr als 54.000 Erkrankungsfällen im Jahr 2011 wurden dem Robert Koch-Institut 2012 nur noch rund 39.000 Fälle gemeldet – das entspricht einem Rückgang von rund 28 Prozent¹. Besonders stark war der Rückgang in Sachsen, von etwa 9.700 Fällen im Jahr 2011 auf 3.350 Fälle im Jahr 2012. Hier beträgt der Rückgang also rund 65 Prozent.¹ Nach einer Empfehlung der Sächsischen Impfkommision (SIKO) hatte Sachsen als erstes Bundesland die Impfung gegen Rotaviren in sein Standardprogramm aufgenommen.²

Sinnvolle Impfung

„Sachsen hatte nach der Impfpflegung der SIKO die höchsten Durchimpfungsraten. Der überdurchschnittlich deutliche Rückgang an Rotavirus-Erkrankungen zeigt, wie sinnvoll die SIKO-Empfehlung gewesen ist“, erklärt Dr. med. Jens Vollmar, Leiter Medizinischer Fachbereich Impfstoffe, Reise- und Tropenmedizin bei GlaxoSmithKline.

Eine Infektion mit Rotaviren kann insbesondere bei ungeimpften Säuglingen und Kleinkindern einen schweren Verlauf nehmen, mit heftigen Brechdurchfällen und starker Dehydrierung.³⁻⁵ Nicht selten wird sogar eine Krankenhauseinweisung notwendig. Prävention vor einer Rotavirus-Infektion kann nur eine frühzeitige Impfung bieten. Rotavirus-Impfstoffe sind bereits für Säuglinge ab der sechsten Lebenswoche zugelassen. Je nach Impfstoff reichen zwei bzw. drei Impfdosen im Abstand von mindestens vier Wochen aus, der Impfzyklus sollte so früh wie möglich abgeschlossen sein.⁶ Die Impfung erfolgt als Schluckimpfung und ist damit einfach und schmerzfrei durchzuführen.

Expertenkommissionen empfehlen die Impfung

Die Expertenkommission der Weltgesundheitsorganisation WHO hat bereits



Schluckimpfung gegen Rotaviren – tut gar nicht weh!

2009 empfohlen, eine generelle Rotavirus-Impfung von Säuglingen in die nationalen Impfprogramme aufzunehmen. Länder, die dieser Empfehlung gefolgt sind, haben damit gute Erfahrungen gesammelt und konnten die Impfraten deutlich steigern – so etwa Österreich, Finnland, Luxemburg oder Belgien.⁷

Viele Kassen erstatten Impfkosten

In Deutschland übernimmt die Mehrzahl der gesetzlichen Krankenkassen (z.B. TK, DAK, KKH usw.) die Kosten für die Impfung. Eltern sollten deshalb bei ihrer Krankenkasse nachfragen, ob die Kosten übernommen werden. Sollte dies nicht der Fall sein, kann der Arzt diese Impfung als individuelle Gesundheitsleistung im Rahmen der Gesundheitsvorsorge anbieten.

Eine Liste der Kassen, die eine Impfung gegen Rotaviren übernehmen, finden Sie im Internet unter www.gesundes-kind.de und www.kinderaerzte-im-netz.de

Quellen:

1. Robert Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin 03/2013
2. www.slaek.de
3. Velazquez FR et al. N Engl J Med. 1996; 335: 1022-1028
4. Forster J, Guarino A et al. Hospital-based surveillance to estimate the burden of rotavirus gastroenteritis among European children aged <5 years. ESPID. Porto, Portugal, 2007
5. Glass RI, Breese JS et al. Rotavirus vaccines: targeting the developing world. The Journal of Infectious Diseases. 2005;192 (Suppl 1):S160-6
6. Fachinformation Rotarix® / Rotateq®
7. Satelliten-Symposium im Rahmen der 108. Jahrestagung der DGKJ 2012, „Meningokokken und Rotaviren: Neues zur Erkrankung und Impfung“, 15.9.2012, Hamburg

Nach Informationen von GlaxoSmithKline GmbH, München

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

E-Mail: e.weindl@KrK-aoe.de

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

E-Mail: ul.fe@t-online.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer

E-Mail: dr.roland.ulmer@kinderaerzte-lauf.de

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/6 89 09-0

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag – Donnerstag
von 8.00–18.00 Uhr,
Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-14

christel.schierbaum@uminfo.de

Büroleiterin:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Bereich Mitgliederservice/ Zentrale

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

bvkj.buero@uminfo.de

Bereich Fortbildung/ Veranstaltungen

Tel.: 0221/68909-15/16,

Tfx.: 0221/68909-78

bvkj.kongress@uminfo.de

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag – Donnerstag
von 8.00–18.00 Uhr,
Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführer: Herr Klaus LüftE-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Tfx.: 0221/6890929

Ansprechpartnerinnen:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-27

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28

E-Mail: uschi.horst@uminfo.de**Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“**

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

E-Mail: Christen@HKA.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Frank Riedel

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

Dr. med. Christoph Kupferschmid

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de**Sonstige Links**

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de