

bvkJ.

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

Heft 04/11 · 42. (60.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Was tun bei Burnout?

Fortbildung:

Neu: Aktuelle
Fortbildung Bad Orb

Berufsfragen:

KBV-Wahlen:
Köhler und Müller
wiedergewählt

Magazin:

Der Gänsehaut Effekt –
Über die Wirkung von
Theater auf Kinder

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK



KINDER-UND JUGENDARZT

bvkJ.



Foto: Heidi Velten



Der Gänsehaut-Effekt Über die Wirkung von Theater auf Kinder

S. 251

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

Inhalt 04 | 11

Forum

- 200 Vermischtes
- 201 **Was tun bei Burnout?**
Regine Hauch
- 204 **Das Leser-Forum**
- 205 Vermischtes
- 206 **Frühgeborene: Mindestmengenregelung vorerst gekippt**
- 207 **Malaria, HIV und andere Problemfelder globaler Kindergesundheit**
Stephan Heinrich Nolte
- 210 **Salzburger Lese- und Rechtschreibtest**
Harald Tegtmeyer-Metzdorf
- 211 Vermischtes
- 212 **Lesen beeinflusst Hirnstrukturen positiv**
- 214 **Damit fing es an ...**
Regine Hauch

Fortbildung

- 217 **Neu: Regelmäßige Fortbildung mit Vorträgen des Seminarkongresses Bad Orb**
Frank Riedel, Hans-Jürgen Christen, Klaus-Michael Keller
- 217 Impressum
- 218 **Aktuelle Fortbildung Bad Orb: Organische Erkrankung oder funktionelle Störung**
Hans-Michael Straßburg
- 225 **Aktuelle Fortbildung Bad Orb: Dissoziative Störungen im Kindes- und Jugendalter**
Thomas Jans, Andreas Warnke
- 233 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Antonia K. Kienast
- 235 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 238 **Consilium Infectiorum: Impfindikation der FSME-Impfung bei Kleinkindern**
Friedrich Hofmann
- 240 **Das Leser-Forum**
- 242 **Impfforum**
Ulrich Heiningner

Berufsfragen

- 243 **Fehlende Alternativen belassen Köhler und Müller an der KBV-Spitze**
Thomas Fischbach
- 244 **Heilmitteltherapie in Tageseinrichtung ausnahmsweise möglich**
Wolfgang Gempp
- 245 **Aufklärung bei minderjährigen Patienten**
Kyrill Makoski
- 247 **Kostenübernahme für Medikamente bei „Off-Label-Use“ – am Beispiel von ADHS**
Andreas Meschke, Eva Maria Rütz
- 248 **Patientenrechtegesetz kommt noch in diesem Jahr**
Stephan Eßer
- 249 **Wahllauf Ruf Rheinland-Pfalz**
- 249 **Wahllauf Ruf Brandenburg**
- 250 **Sexuelle Gesundheit von Jugendlichen**
Elke Jäger-Roman, Gottfried Huss

Magazin

- 251 **Der Gänsehaut-Effekt – Über die Wirkung von Theater auf Kinder**
Stefan Fischer-Fels
- 253 Fortbildungstermine BVKJ
- 254 Tagungen und Seminare
- 254 Praxistafel
- 255 **Nachruf auf Sanitätsrat Dr. med. Hans Blatt**
Wolfram Hartmann
- 256 **Die Welt der Kinder im Blick der Maler**
Peter Scharfe
- 257 Personalia
- 258 **Preisverleihung**
- 259 **Nachrichten der Industrie**
- 264 Wichtige Adressen des BVKJ

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage eine CME-Beilage der Firma Novo Nordisk Pharma, Mainz, und ein Infolyer Mukoviszidose bei. Als Teilbeilage finden Sie einen Flyer des BVKJ „Das Intranet der MFA“. Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Editorial ● ● ●

Neu: Regelmäßige Fortbildung mit Vorträgen des Seminarkongresses Bad Orb

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der jährliche Seminarkongress in Bad Orb erfreut sich, wie Ihnen bekannt ist, außergewöhnlicher Beliebtheit. Viele der dort gehaltenen Vorträge haben – und das zeigen die Beurteilungen durch die Teilnehmer und Zuhörer – eine hohe Qualität. Die Redaktion des KINDER- UND JUGENDARZTES hat sich entschlossen, die Leser unserer Zeitschrift und somit die Mitglieder unseres Berufsverbandes an diesen hochrelevanten und qualitativ hervorragenden Vorträgen teilhaben zu lassen und damit auch über das Archiv einen langfristigen Bestand dieses „Schatzes“ zu si-

chern. Beginnend mit dieser Ausgabe werden wir, zum Teil auch in größeren Abständen, ein von den Referenten erstelltes Manuskript des Vortrages veröffentlichen und sind sicher, dass diese neue Sparte eine inhaltliche Bereicherung für unsere Leserschaft darstellt.

Prof. Dr. Riedel/Hamburg, Redakteur

Prof. Dr. Christen/Hannover, Redakteur

Prof. Dr. Keller/Wiesbaden, Organisator Bad Orb

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer, Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin, Tel. (030) 28047510, Fax (0221) 683204, stephan.esser@uminfo.de; Geschäftsführerin: Christel Schierbaum, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. (0221) 68909-14, Fax (0221) 6890978, christel.schierbaum@uminfo.de.

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Kinderkrankenhaus auf der Bult, Janusz-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. Pe-

ter 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. Wolfgang Gemp, Sonnenrain 4, 78464 Konstanz, Tel. (07531) 56027, E-Mail: dr.gemp@t-online.de

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

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

Druckauflage 13.400

lt. IVW IV/2010

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Max Schmidt-Römhild KG, 23547 Lübeck, Christiane Kermel, Fax (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **Redaktionsassistentz:** Christiane Daub-Gaskow, Tel. (0201) 8130-104, Fax (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Druck:** Schmidt-Römhild, 23547 Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 12mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 44 vom 1. Oktober 2010

Bezugspreis: Einzelheft € 9,90 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 99,- zzgl. Versandkosten (€ 7,70 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende. – In den Mitgliedsbeiträgen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. und des Berufsverbandes Deutscher Kinderchirurgen e.V. ist der Bezugspreis enthalten.

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

© 2011. 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.

Aktuelle Fortbildung Bad Orb ●●●

Organische Erkrankung oder funktionelle Störung?

– Zur Differenzialdiagnostik kinder- und jugendpsychiatrischer Symptome



Prof. Dr. Hans-Michael Straßburg

Viele völlig unterschiedliche somatische Ursachen können psychische Symptome wie Antriebsminderung, Verwirrtheit, Verkennungen, Angst und Aggressivität verursachen. Neben infektiösen Ursachen (Enzephalitis, z.B. durch EBV oder Mykoplasmen) können viele angeborene Veränderungen (z.B. Monosomie 22q11, Hirnanlagestörungen, Stoffwechselerkrankungen, neurokutane Syndrome), aber auch erworbene Störungen wie PVL, Hirninfarkte, Traumen, Tumore und Medikamenten-Unverträglichkeiten eine Rolle spielen. Von besonderer Bedeutung sind entzündliche Erkrankungen, z.B. ADEM/MS, LE, andere Vaskulitiden, Zöliakie, eine Enzephalopathie bei Hashimoto-Thyreoiditis und eine NMDA-Rezeptor-Enzephalopathie. Vor allem dann, wenn neben Verhaltensstörungen zusätzliche klinische Symptome, insbesondere IQ-Minderungen, festgestellt werden und durch primäre psychologisch-pädagogische Maßnahmen keine Besserung zustande kommt, müssen u.U. komplexe Untersuchungen im Sinne einer Mehrbereichsdiagnostik erfolgen, um eine adäquate Therapie einleiten zu können.

Einleitung

Die Frage, ob ein Krankheitsbild durch nachweisbare biologische Veränderungen erklärbar ist oder ob psychische oder soziale Einflussfaktoren von entscheidender Bedeutung sind, hat die Menschen seit Alters her beschäftigt. Noch vor 30 Jahren wurden Erkrankungen wie Asthma bronchiale, Ulcus duodeni oder Colitis ulcerosa von Vertretern einer psychoanalytisch orientierten psychosomatischen Medizin als funktionelle Störungen interpretiert, die vor allem durch die Biographie zu erklären sind. Heute wissen wir, dass hauptsächlich Infektionen und komplexe Entzündungsvorgänge hierfür verantwortlich sind (4, 16).

Natürlich gibt es auch nach dem heutigen Kenntnisstand eine Vielzahl psychischer Symptome, für deren Erklärung biographische Faktoren eine Rolle spielen (6, 13). Andererseits ist die Frage, ob psychische Symptome durch überwiegend hirnanorganisch-biochemische Veränderungen erklärbar sind, äußerst komplex. Bereits vor über 40 Jahren wurde von einer Gruppe von Wissenschaftlern die sog. „biologische Psychiatrie“ begründet, die seither in vielen Bereichen enorme Fortschritte bei der Erklärung verschiedener psychiatrischer Krankheitsbilder gemacht hat (11). Nachfolgend soll auf der Grundlage verschiedener Fallbeispiele versucht werden, psychiatrische Symptome im Kindes- und Jugendalter als Folge von überwiegend hirnanorganischen Erkrankungen darzustellen.

Zu diesen Symptomen gehören u.a. Antriebsstörungen und Depressionen, Angstzustände, illusionäre oder halluzinatorische Verkennungen, vermehrte Aggressivität, „spezielle Wahrnehmungsstörungen“ u.v.m. Auf die organischen Ursachen von Autismus, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Symptomen, Zwängen und Tics,

Ess-, Schlaf- und Ausscheidungsstörungen, Bewusstseinsstörungen, Schmerzverstärkungs-Syndrom, reaktiven Sprechstörungen etc. soll hier nicht eingegangen werden.

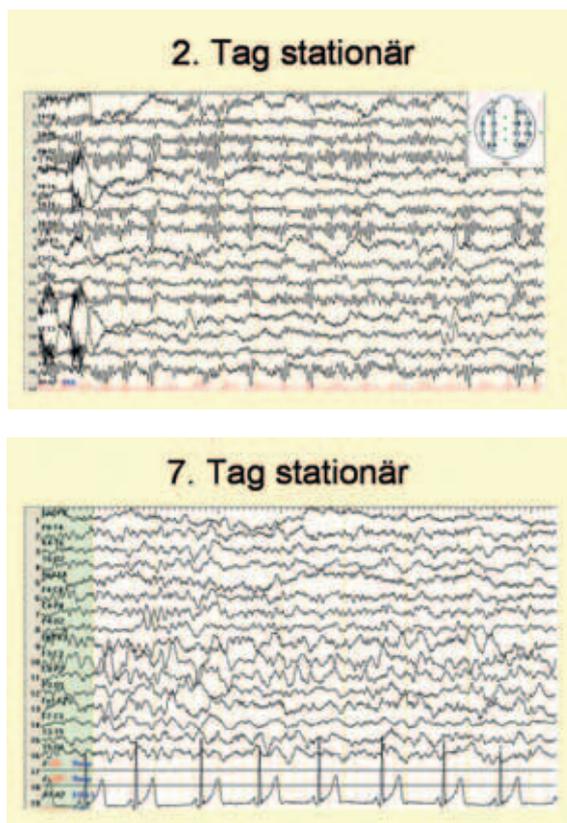
Fallbeispiel einer Meningo-Enzephalitis

Ein bisher gesundes Mädchen mit guten Schulleistungen in der 2. Klasse war seit einer Woche vermehrt lustlos und hatte Husten. Es fing an, zu Hause in inkompletten Sätzen zu sprechen, wollte nicht mehr lesen und schreiben, schlief viel und hatte kurze Abwesenheitszustände. In der Klinik kam es zu einer raschen Progredienz mit Sopor, ständigem Schreien, fehlender Nahrungsaufnahme, Einnässen und Einkoten.

Bei den ersten Untersuchungen ergaben sich keine wegweisenden Befunde, Blutbild und klinische Chemie einschließlich Laktat und Ammoniak im Serum waren normal. Die BSG betrug 35 mm/Stunde. Das Röntgen-Thoraxbild zeigte perihilar pneumonische Infiltrate. Im Liquor fanden sich 11 Leukozyten/ μ l bei normaler Eiweiß-Konzentration. Bei einer Nachpunktion nach einer Woche Nachweis von oligoklonalen Banden, nach 4 Wochen polyklonale Banden. Serologische Diagnostik auf Borrelien, Mykoplasmen, HSV, Masern, CMV, FSME im Serum negativ. Stuhl auf Adeno- und Enteroviren negativ. Lupus-Diagnostik negativ. Stoffwechseldiagnostik unauffällig (VLCFC, lysosomale Enzyme, Purine, Pyrimidine, organische Säuren).

Im EEG am zweiten Tag des stationären Aufenthaltes abgeflachte unregelmäßige Grundaktivität mit massiv vermehrter hochfrequenter Betaaktivität. Nach einer Woche unregelmäßig verlangsamter Theta-Delta-Grundrhythmus mit fraglichem Herdbefund rechts temporo-parietal (Abb. 1a und b).

Abb. 1a und b: Fallbeispiel einer Mykoplasmen-Enzephalitis. Am Tag 2 abgeflachte Grundaktivität mit stark vermehrter, nicht durch Medikamente erklärbarer Beta-Aktivität. Am 7. Tag verlangsamter Grundrhythmus über beiden Hemisphären im Sinn einer mittelschweren Allgemeinveränderung



Im zerebralen MRT keine sicheren hirnrnorganischen Veränderungen. Im PET verminderter Metabolismus im Großhirn, besonders okzipital, im Kleinhirn eher gesteigert.

Die PCR-Untersuchung auf Mykoplasmen im Liquor war positiv!

Es erfolgte eine antiinfektiöse Therapie mit Acyclovir, Cephalosporin und ab dem zweiten Tag des stationären Aufenthaltes mit Clarithromycin, zusätzlich symptomatische Sedierung. Nach 3 $\frac{1}{2}$ Wochen deutliche Besserung mit allmählicher Rückbildung der Allgemeinveränderung im EEG.

Vorübergehend traten illusionäre Verkennungen und anfallsartige Angstzustände auf, deshalb noch 4-wöchige stationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, danach völlige restitutio ad integrum. Es handelte sich also um eine durch Mykoplasma pneumoniae-

Erreger ausgelöste Enzephalitis, die zu einem psychiatrischen Krankheitsbild mit deutlicher emotional-affektiver Symptomatik führte.

Fallbeispiel einer Enzephalitis disseminata

Vorstellung einer 16-jährigen Patientin wegen diskreter Kribbelparästhesien im Bereich beider Beine und der Handinnenflächen. Bei der klinischen Untersuchung keine Auffälligkeiten, keine Störung der Pupillomotorik, primär regelrechter Visus, keine Bewegungsstörung, lebhaft-seitengleiche Eigenreflexe, keine pathologischen Reflexe.

Die häuslichen Verhältnisse waren angespannt, die Eltern lebten getrennt. In den vergangenen 6 Wochen hatte sich eine zunehmende Verschlechterung der Schulleistungen gezeigt, außerdem bestanden eine Adipositas und eine depressive Verstimmung.

Während der stationären Beobachtung fielen eine diskrete, aber eindeutige Gang- und Zeigeataxie sowie eine Visusverschlechterung innerhalb weniger Tage auf. Im zerebralen Kernspintomogramm ließen sich multiple Demyelinisierungsherde unterschiedlichen Alters mit partieller Kontrastmittelanreicherung nachweisen (Abb. 2). Im Liquor 11 Zellen/ μ l, oligoklonale Banden positiv; die visuell evozierten Potentiale hatten verlängerte Latenzen, sodass die Diagnosekriterien einer Multiplen Sklerose erfüllt waren. Es erfolgte eine primäre Methylprednisolon-Stoßbehandlung. Mittlerweile erhält die Patientin eine prophylaktische Behandlung mit Beta-Interferon.

Weitere organische Ursachen für längerdauernde Antriebsstörungen und Depression können abgelaufene EBV-Infektionen sein; bei Patienten aus tropischen Regionen können Protozoenerkrankungen vorliegen, ggf. sollte auch an Borrelien, Enteroviren und andere Erreger gedacht werden. Viele weitere entzündliche Erkrankungen wie ADEM, multiple Sklerose, Lupus erythematoses, Vasculitis einschließlich Schönlein-Henoch-Syndrom, Neuromyelitis optica Devic etc. kommen als Ursache für unterschiedliche psychische Symptome in Frage.

Weitere entzündliche Ursachen sind in Tab. 2 aufgeführt (1,7).

Fallbeispiel einer pränatalen Hirnschädigung

Vorstellung eines knapp 9-jährigen Knaben wegen produktiver psychiatrischer Symptomatik im Sinne einer juvenilen Schizophrenie. Er höre seit über einem Jahr Stimmen, die ihm befahlen, andere Kinder zu schlagen und laut zu schreien. Er müsse plötzlich aufstehen und heftig schimpfen, nachts würde er lange mit einem Telefon hantieren und unverständlich reden. Seit dem 5. Lebensjahr Therapie mit Methylphenidat ohne Effekt, später Behandlung mit Dipiperon. Wegen zunehmender Verhaltensstörung Suspendierung vom Schulbesuch, stationäre Aufnahme in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik und Behandlung mit Clozapin (Lepone[®]) und Olanzapin (Zyprexa[®]).

Zur Vorgeschichte wird angegeben, dass zu Beginn des 3. Trimenons vorzeitige Wehen bestanden. Die Geburt

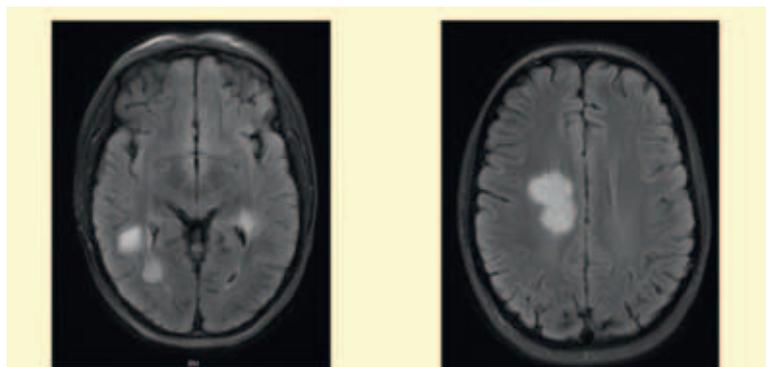


Abb. 2: Fallbeispiel einer Multiplen Sklerose. Darstellung von Entzündungsherden unterschiedlichen Alters im Marklager

Primäre Hirnanlagestörung Balkenagenesie Septo-optische Dysplasie Kleinhirnanomalien (Dandy-Walker-Syndrom und Dandy-Walker-Varianten, Joubert-Syndrom u.a.) Schizenzephalie andere kortikale Dysplasien
Stoffwechselerkrankungen PKU und Hyperphenylalaninämie Porphyrie Morbus Wilson Lesh-Nyhan-Syndrom u.v.m.
Genetische Veranlagungen Monsomie 22q11.2 heterozygotes Fra-X-Syndrom u.v.m.
Neurodegenerative Erkrankungen Zeroidlipofuszinose adulter Morbus Krabbe Adrenoleukodystrophie
Neurokutane Syndrome Neurofibromatose Typ I Tuberöse Sklerose
Intrauterine Entwicklungsstörungen embryofetales Alkoholsyndrom periventrikuläre Leukomalazie
Intrauterine Infektionen CMV Röteln Lues HIV
Perinatale Hypoxien Extreme Frühgeburtlichkeit u.v.m.

Tab. 1: Angeborene Ursachen für psychische Auffälligkeiten

erfolgte in der 37. SSW bei silentem CTG mit Nabelschnurumschlingung, APGAR 5/7, Nabelschnurarterien-pH 6,9, Geburtsgewicht 3400 g, Kopfumfang 32,6 cm. Wegen primärer Atemprobleme Verlegung in eine Kinderklinik, dort auffällige Thrombopenie mit 83.000/ μ l und Transaminasenerhöhung auf 244 U/l. Im Röntgen-Thorax Kardiomegalie. Im EEG in den ersten Lebenswochen multifokale hypersynchrone Aktivität, wiederholte zerebrale Anfälle.

Im weiteren Verlauf verzögerte psychomotorische Entwicklung, mit 2 Monaten noch generalisierte klonische Anfälle bei multifokalen epilepsietypischen Potentialen im EEG. Sono Schädel regelrecht. Mit 14 Monaten freies Gehen mit Balanceproblemen. Kopfumfang 1,4 cm < 3. Perzentile. Mit 3 Jahren wird eine „altersentsprechende motorische Entwicklung“ beschrieben. Auf Drängen der Eltern mit 7 Jahren Einschulung in die Regelschule.

Bei der stationären Aufnahme im Alter von knapp 9 Jahren äußerlich keine Auffälligkeiten, wirkt verlangsamt, spricht z.T. undeutlich, Hypersalivation. Eigenreflexe schlecht auslösbar, keine Pyramidenzeichen, nur

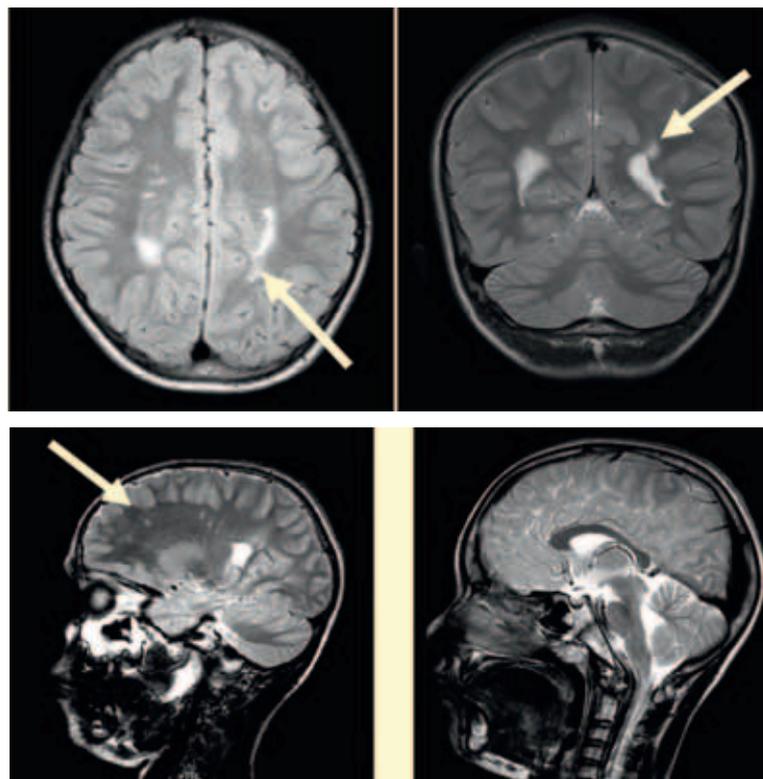


Abb. 3: Fallbeispiel einer periventrikulären Leukomalazie. Periventrikulär um beide Hinterhörner erkennt man irreguläre Signalanhebung. Nebenbefundlich lassen sich im frontalen Marklager erweiterte Virchow-Robin'sche Räume darstellen.

kurzes Einbeinhüpfen möglich, kein „Hampelmannsprung“, keine Parese, keine Ataxie, nicht altersentsprechende Diadochokinese. Kopfumfang 4 mm unter der 3. Perzentile. In der klinischen Chemie, in der Stoffwechselfeldiagnostik einschließlich Liquordiagnostik und im augenärztlichen Konsil keine Auffälligkeiten. Im EEG paroxysmale Dysrhythmie mit hochamplitudigen langsamen Theta- und Deltawellen und einzelnen sharp waves fronto-präzentral, rechts mehr als links, unabhängig davon Gruppen mit 3/sec Deltawellen parieto-occipital bds.

Im zerebralen Kernspintomogramm Nachweis multipler hochparietal und okzipital gelegener Marklager-schäden im Sinne einer periventrikulären Leukomalazie, schmächtiger Balken. Im frontalen Marklager Virchow-Robin'sche Räume ohne pathologische Bedeutung (Abb. 3).

In der neuropsychologischen Diagnostik knapp durchschnittliche fluide Intelligenz als Ausdruck einer guten primären Förderung mit weit unterdurchschnittlicher kristalliner Intelligenz, deutlichen visuomotorischen Integrationsstörungen und Hinweisen auf eine Überforderung bei den schulischen Anforderungen (12).

Es wurden alle Psychopharmaka abgesetzt, ein Schulwechsel eingeleitet, und es erfolgten ausführliche Gespräche mit der Familie über die intellektuellen Einschränkungen des Patienten sowie die Einleitung einer psychotherapeutischen Begleitung.

In diesem Fall muss die Ursache der Marklagererschädigung in die Zeit um die 30. SSW gelegt werden. Die Symptomatik ist durchaus vergleichbar mit Befunden, die auch bei sehr und extrem unreifen Frühgeborenen gelegentlich beobachtet werden (12).

Fallbeispiel für genetische Anomalien

Vorstellung einer 16-jährigen Patientin wegen zunehmender Introvertiertheit, Eigenwilligkeiten und vermehrter Impulsivität. Seit Geburt sind eine submuköse Gaumenspalte und ein VSD bekannt. Es besteht eine unterdurchschnittliche Intelligenz, mehr im Verbal- als im Handlungsbereich.

Klinisch fallen ein mäßiger Hypertelorismus, eine eher kleine Nase, ein kleiner Mund, etwas tiefsitzende leicht nach hinten gedrehte Ohren, eine Klinodaktylie von Digitus IV und V sowie eine Sichelfußstellung, rechts mehr als links auf. Hinweise für erhöhte Infektneigung oder eine Störung des Kalzium-Phosphat-Stoffwechsels bestehen nicht. Bei der FISH-Analyse der Chromosomen lässt sich eine Mikrodeletion im Sinne einer Monsomie 22q11.2 nachweisen. Die genauere kardiologische Diagnostik ergibt zusätzlich eine milde Aortenstenose.

Diese genetische Anomalie kommt bei einem von 4.000 Lebendgeborenen meist sporadisch in Familien vor. Andere Bezeichnungen sind Di-George-Syndrom, Velo-Cardio-Fazialis-Syndrom (VCFS) oder Shprintzen-Syndrom. Die Bezeichnung Catch 22 sollte möglichst nicht mehr verwendet werden (1, 5, 12).

Tabelle 1 listet angeborene organische Ursachen für psychische Auffälligkeiten auf. So sollte auch an Hirnanlagestörungen (z.B. Balkenmangel), verschiedene Stoffwechsel-Erkrankungen (z.B. Morbus Wilson), beginnende neurodegenerative Erkrankungen, neurokutane Syndrome und andere intrauterin erworbene Hirnschädigungen (z.B. fetales Alkoholsyndrom) gedacht werden.

Fallbeispiele für Kopfschmerzen mit psychischen Komorbiditäten

Zur Aufnahme kommt ein 14-jähriger Knabe wegen introvertiertem und intermittierend impulsiv-aggressivem Verhalten. Bei der Anamneseerhebung berichtet er über wiederholte frontal betonte Kopfschmerzen. Bei der Aufforderung, sich selbst zu malen, wenn er Kopfschmerzen hat, zeichnet er ein Bild, bei dem ein Kopf von einem Hammer aufgeschlagen wird.

Eine andere Patientin mit rezidivierenden Kopfschmerzen, Schulerweigerung und Orientierungsstörungen berichtet über wiederholte Einschränkungen ihres Gesichtsfeldes, das sie auch bildlich darstellen kann, eine andere über Phasen mit Sehstörungen und Auftreten von farbigen Ringstrukturen.

Im EEG lassen sich bei diesen Patienten mit einer komplizierten Migräne z.T. Grundrhythmusveränderungen mit Allgemeinveränderung oder Frequenzlabilität nachweisen, z.T. auch halbseitige okzipital betonte Verlangsamungsherde oder stark vermehrte hochfrequente Betawellen über den vorderen Hirnregionen.



Abb. 4: Bild einer 14-jährigen Patientin mit chronischen Kopfschmerzen, Adipositas und erheblichen psychosozialen Problemen. Bei ihr wurde eine intrakranielle Drucksteigerung mit Stauungspapille (Pseudotumor cerebri) festgestellt.

Eine 14-jährige Patientin mit häufigen diffusen Kopfschmerzen und extrovertierten Verhaltensstörungen bei erheblichen psychosozialen Problemen malte ein eindrucksvolles Bild mit einem Friedhof. Sie selbst steht „hilflos und einsam“ zwischen Kreuzen, an denen sich Schlangen emporschlingeln (Abb. 4). Es bestand eine ausgeprägte Adipositas.

Ophthalmologisch ließ sich bei der Patientin eine Stauungspapille bds. und ein beginnender Visusverlust nachweisen. Die Lumbalpunktion erbrachte mit einem Liquoröffnungsdruck von 38 cm H₂O-Säule eine deutliche intrakranielle Druckerhöhung im Sinne eines Pseudotumor cerebri. Nach Einleitung einer Behandlung mit Azetazolamid und einer konsequenten Gewichtsreduktion im Rahmen eines Aufenthaltes in einer Rehabilitationsklinik verschwand die depressive Symptomatik (1).

Fallbeispiele für immunologische Enzephalopathien

Eine 16-jährige Gymnasiastin wurde nach einem akut aufgetretenen lang andauernden tonischen und tonisch-klonischen Anfall stationär aufgenommen. Bei ihr bestanden zuvor Zeichen von Verwirrtheit, Angst und Gedächtnisstörungen. Im über mehrere Tage auf der Intensivstation kontinuierlich abgeleiteten EEG fanden sich deutliche Abflachungen mit unregelmäßigen, niedrig-amplitudigen Betawellen. Die Patientin war z.T. nicht ansprechbar, reagierte immer wieder mit Schreiattacken und ausgeprägten vegetativen Symptomen. Akut kam es zum Auftreten extrem hochamplitudiger langsamer Theta- und Deltawellen mit Übergang in repetitive steile Wellen und sharp slow wave-Komplexe unter dem klinischen Bild eines primär tonischen und im weiteren Verlauf tonisch-klonischen Anfalls, der nach 10 Minuten spontan sistierte.

Aufgrund der klinischen Symptomatik wurde u.a. an das Vorliegen einer Anti-NMDA-Rezeptor-Enzephalopathie gedacht. Hierbei handelt es sich um eine überwiegend im limbischen System, vor allem dem Hippokampus, sich manifestierende Immunkomplex-Erkrankung gegen Glutamat-Rezeptoren mit dem klinischen Bild von Verhaltensstörungen bis Psychosen und z.T. ausgepräg-

Infektiöse Ursachen Ebstein-Bar-Enzephalitis Mykoplasmen-Enzephalitis HIV-Enzephalopathie Lues Prione Protozon-Infektion (Trypanosomen, Neurozystizerkose, etc.) Masern-SSPE Borrelien? Enteroviren? Borna-Viren? PANDAS?
Immunologische Ursachen ADEM Multiple Sklerose Neuromyelitis optica Devic Lupus erythematoses Antiphospholipid-AK-Syndrom Vaskulitis/Schönlein-Henoch Behcet-Syndrom NMDA-Glutamat-Rezeptor-Enzephalitis Hashimoto-Enzephalitis u.v.m.
Epilepsien Zentro-temporale sharp-wave-Epilepsie (Rolando) Landau-Kleffner ESES Frontallappen-Epilepsie andere
Chronische Kopfschmerzen Migräne mit neurologischer Begleitsymptomatik vasomotorische Kopfschmerzen symptomatische Kopfschmerzen Pseudotumor cerebri
Schädel-Hirn-Trauma Ischämische Infarkte Medikamente Anämien , z.B. Eisenmangel, Vitamin-B12-Mangel
Herzinsuffizienz
Chronische Nierenerkrankung
Arterielle Hypertonie
Endokrinopathien Schilddrüse Nebenniere Hypophyse Diabetes mellitus
Maligne Erkrankungen Hirntumor Leukämie Lymphatisches System
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen Morbus Crohn Collitis ulcerosa Zoeliakie
„Regulationsstörungen“ bei Säuglingen und Kleinkindern exzessives Schreien Schlafstörungen Interaktionsstörungen Stereotypien Säuglings-Depression?? u.v.m.

Tab. 2: Weitere Ursachen für psychische Symptome

ten, vom Temporallappen ausgehenden epileptischen Anfällen. Typischerweise tritt das Bild bei eher jungen Frauen auf und ist z.T. mit dem Vorkommen eines Ovarial-Teratoms verbunden, es gibt aber auch erste Hinweise für eine entsprechende Symptomatik im Kindergarten- und Schulalter. Im EEG finden sich Allgemeinveränderungen, im Liquor eine leichte Pleozytose und kernspintomographisch evtl. Signalsteigerungen entweder im Bereich der Nuclei caudati oder der Hippokampusregion. Untersuchungen auf das Vorliegen einer Lupus-Erkrankung sind negativ. Die Krankheit kann entweder durch den Nachweis von Antikörpern im Liquor oder im Serum gegen hippokampales Neuropil nachgewiesen werden. Therapie der Wahl ist primär eine Methylprednisolon-Pulsbehandlung, ggf. auch eine Plasmapherese oder die Behandlung mit monoklonalen Antikörpern. Bei rechtzeitiger Therapieeinleitung ist die Prognose gut, es sollte immer an ein paraneoplastisches Syndrom gedacht werden (10, 15).

Bei unserer Patientin war die AK-Bestimmung negativ, trotz intensiver Diagnostik wurde kein Hinweis für eine organische Genese festgestellt.

Eine ähnliche Symptomatik mit Antriebslosigkeit, vermehrter Unruhe, Depressivität, Schlafstörungen, Leistungsabfall, Appetitmangel, Kälte- oder Hitzegefühl, Gedächtnisstörungen und zerebralen Anfällen ist im Rahmen einer Hashimoto-Thyreoiditis mit Enzephalitis beschrieben worden (14).

Bei progredienten Leistungsverminderungen in der Schule, Veränderungen des Stimmungsbildes, Kopfschmerzen und zunehmender Verlangsamung sollte auch an verschiedene Stoffwechselstörungen oder beginnende neurodegenerative Erkrankungen gedacht werden (1, 12).

Tabelle 2 zeigt weitere organische Erkrankungen, die mit Antriebsstörung, depressiver Verstimmung und anderen psychischen Symptomen einhergehen können.

Fazit für die Praxis

Insgesamt muss man immer dann an organische Ursachen für eine psychische Symptomatik denken, wenn zusätzliche klinische Symptome auftreten wie z.B.

- akute Bewusstseinsstörung
- psychomentele Entwicklungsstörung
- regrediente Entwicklung
- andere neurologische Symptome wie Paresen, Ataxie und Seh- und Hörstörungen
- Dysplasien
- Mikrozephalie
- Kopfschmerzen
- Hautveränderungen wie Pigmentanomalien, Hämangiome
- Dystrophie
- Endokrinopathie
- chronischer Durchfall
- erhöhte Entzündungsparameter
- auffälliger Körpergeruch usw. (1, 12)

Die wichtigsten Methoden zur Erkennung organischer Erkrankungen als Ursache psychischer Probleme

sind immer noch die ausführliche Eigen- und Familienanamnese sowie die differenzierte klinische Untersuchung. Erst danach sollten gezielt weitere Untersuchungen einschließlich klinisches Labor, Endokrinologie, EEG ggf. mit Schlaf-EEG, MRT ggf. hochauflösend und mit Kontrastmittel, Liquordiagnostik, Blutserologie, Immunologie, Woodlicht-Untersuchung, Stoffwechselfdiagnostik, MR-Spektroskopie oder PET eingesetzt werden (1, 7, 12).

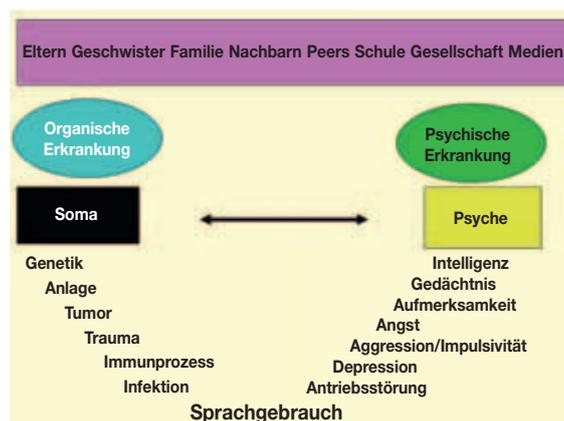
Bei der Beschreibung von psychosomatischen Krankheitsbildern besteht ein Kontinuum zwischen organischen und psychischen Aspekten, was sich u.a. auch in einem unterschiedlichen Sprachgebrauch nachweisen lässt. Hinzu kommen noch die immer bestehenden komplexen sozialen Verflechtungen. Abbildung 5 versucht dies schematisch darzustellen.

Nicht selten erfolgt die Diagnosestellung einer organischen Erkrankung gerade bei überwiegend psychischen Symptomen relativ spät. Gründe hierfür können voreilige Interpretationen im Rahmen der Anamneseerhebung und eine unzureichende körperliche Untersuchung sowie eine apparative „Gießkannendiagnostik“ sein, bei der entscheidende Untersuchungen nicht oder nicht vollständig durchgeführt werden. Nicht selten kommt es gerade bei diesen Erkrankungen zu Fehlinterpretationen von Laborbefunden und Bildgebungen sowie zu einer Überinterpretation scheinbar objektiver Methoden, wie z.B. auffällige EEG-Registrierungen oder erniedrigte VEP-Amplituden bei psychogenen Anfällen und Sehstörungen.

Patienten mit unklarer psychischer Symptomatik müssen auch im Verlauf immer wieder auf das Vorhandensein organischer Ursachen untersucht werden, wobei neue Erkenntnisse in der Diagnostik berücksichtigt werden sollten (1, 10, 12). Dies bedeutet, dass gerade bei diesen Patienten eine konsequente Mehrbereichsdiagnostik im Sinne einer bio-psycho-sozialen Vorgehensweise unabdingbar ist. In der Sozialpädiatrie wird hierunter die Abklärung in folgenden Bereichen verstanden (3):

- E** Entwicklung/Intelligenz
- K** Körperlich-somatische Befunde
- P** Psychische Befunde
- S** (Psycho)Soziale Situation
- A** Ätiologie
- T** Teilhabe/Partizipation

Abb. 5: Die Dualität von Soma und Psyche



Der führende psychiatrische Neurobiologe Eric Kandel hat den provozierenden Satz „Freud ist tot“ geprägt, mit dem er ausdrücken wollte, dass eine rein psychoanalytische Betrachtungsweise bei psychischen Phänomenen nicht mehr zeitgemäß ist (9). Die Diagnose einer „funktionellen Störung“ ist gerade im Kindes- und Jugendalter sehr vom aktuellen medizinischen Wissensstand abhängig. Auch wenn wir in vielen Fällen funktionelle Störungen nicht durch organische Veränderungen erklären können, sollten wir doch postulieren, dass **jede** klinische Symptomatik eine neurophysiologisch-biochemische Ursache hat (2, 8).

Wir müssen uns gerade bei Patienten mit psychischen Auffälligkeiten Zeit lassen und deren Situation re-evaluieren, die Symptomatik und deren Erklärungen gut dokumentieren und uns vom Primat der sinnvollen Therapierbarkeit leiten lassen. Die wichtigste Grundvoraussetzung hierfür ist die Interdisziplinarität (3, 12, 13).

Der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt ist in der Regel der erste Ansprechpartner; bei ausgeprägter, vor allem progredienter klinischer Symptomatik sind aber spezielle Untersuchungen und eine Beobachtung des Spontanverhaltens unabdingbar, die am besten stationär in Kliniken der Kinder- und Jugendmedizin erfolgen. Hierbei können auch die Sozialpädiatrischen Zentren mit ihrer Kompetenz im Bereich des kinder- und jugendmedizinischen Fachwissens, der psychologischen Diagnostik und der Psychotherapie wichtige Aufgaben übernehmen (3). Bei längerdauernden und schwerwiegenden Symptomen sind aber die Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik für eine Langzeitbetreuung bzw. für eine Behandlung nach Ausschöpfung organischer Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten die geeigneten Einrichtungen.

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass praktisch jedes klinische Symptom sowohl organische als auch psychische Komponenten hat. Angeblich rein psychogene Erkrankungen müssen ständig auf organische Ursachen hin überprüft werden. Sicher müssen aber auch bei vielen somatischen Erkrankungen die psychischen Faktoren mehr berücksichtigt werden. Das Postulat einer „nicht organisch orientierten, nur auf die Psychogenese bezogenen Psychosomatik“ muss heute abgelehnt werden. Die Aussage: „das Kind wurde ja auch von einem Kinderarzt untersucht“ darf nicht ausreichen, um organische Ursachen auszuschließen.

Es geht also nur gemeinsam mit einer intensiven und konstruktiven Zusammenarbeit zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hier kann in der Zukunft noch Vieles verbessert werden.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor ist Präsident der Dt. Ges. für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. Sonst bestehen keine Interessenkonflikte oder Abhängigkeiten im Sinne der Richtlinien des Int. Committee of Medical Journal Editors.

Prof. Dr. Hans-Michael Straßburg
Univ.-Kinderklinik, Ärtzl. Leiter des SPZ „Frühdiagnosezentrum“
Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg, Tel. 0931/201 27709
E-Mail: strassburg@mail.uni-wuerzburg.de

Red.: Christen

Aktuelle Fortbildung Bad Orb ●●●

Dissoziative Störungen im Kindes- und Jugendalter

Dissoziative Störungen sind gekennzeichnet durch eine Störung der Funktion und Integration zentraler Bereiche des Verhaltens und Erlebens. Primär körperbezogene Bereiche der Motorik und Sensorik können in Form von Lähmungen, Anfällen oder gestörten Sinnesempfindungen betroffen sein. Störungen primär psychischer Funktionen äußern sich etwa in Amnesien oder veränderter Bewusstseinslage. Diagnostisch entscheidend sind das Fehlen von somatischen Befunden, die die Symptomatik hinreichend erklären, sowie das Vorhandensein eines Zusammenhangs zwischen der Symptomentwicklung und individuellen Belastungsmomenten. Dissoziative Störungsbilder werden im ambulanten und stationären Behandlungsrahmen nicht selten gesehen, wobei repräsentative epidemiologische Daten zur Inzidenz im Kindes- und Jugendalter allerdings fehlen. Die Behandlung beinhaltet die Erarbeitung eines zielführenden psychosomatischen Krankheitsverständnisses mit Kind und Bezugspersonen, übende Verfahren zum Wiedererlangen von Kontrolle über den betroffenen Funktionsbereich sowie eine Entlastung von symptomverursachenden Überforderungs- und Belastungsmomenten bzw. das Erlernen von Strategien, diese zu bewältigen. Bei positiver Kurzzeitprognose gestaltet sich der Langzeitverlauf dissoziativer Störungen insgesamt weniger günstig. Dies verweist auf die Notwendigkeit längerfristig angelegter stützender und therapeutischer Maßnahmen.

Die Symptomatik ist für Angehörige, Bezugspersonen und nicht zuletzt auch Arzt und Pflegekräfte alarmierend und Besorgnis erregend: das Kind „krampft“, ist „gelähmt“, „erblindet“, „taub geworden“, es ist „bewegungsunfähig“, „bewusstseinsgestört“. Der Patient trägt sein Leid mit relativem Gleichmut. Oft reiht sich Untersuchung an Untersuchung. So stellt sich meist die Situation dar, bevor das Psychiatrische der Störung erkannt ist, früher als „Hysterie“ bezeichnet, heute klassifiziert als „dissoziative Störung“ oder „Konversionsstörung“.

Definition

Dissoziative Störungen sind Verhaltenssyndrome, deren Hauptmerkmal ein teilweiser oder völliger Verlust der normalen Integration im Hinblick auf Erinnerungen, Identitätsbewusstsein, Empfindungen sowie die Kontrolle von Körperbewegungen ist. Zur Diagnosestellung wird ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Störungsbeginn und Belastungen, Problemen oder Bedürfnissen gefordert. Die Symptomatik darf nicht die einer körperlichen Erkrankung sein.

Symptomatik

Dissoziative Störungen nach ICD-10 sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

In der ICD-10 wird „dissoziativ“ als Oberbegriff verwendet, der Störungen vom körpersymptomatischen Typ („Konversionsstörungen“) und Störungen vom Bewusstseinstyp beinhaltet. Zu beachten ist, dass in Tabelle 1 das Depersonalisations- und Derealisationssyndrom mit aufgeführt ist, obwohl es in der ICD-10 nicht unter den dissoziativen Störungen subsumiert ist. Es stellt je-

doch ein Kernsyndrom dissoziativer Bewusstseinsstörungen dar und ist auch im amerikanischen Klassifikationssystem DSM-IV den dissoziativen Störungen zugeordnet.

Im Kindes- und Jugendalter stehen körpersymptomatische Störungen deutlich im Vordergrund: psychogene Krampfanfälle, Bewegungsstörungen (vor allem Gangstörungen und Lähmungen) sowie Sehstörungen. Störungen vom Bewusstseinstypus treten überwiegend in Form von dissoziativen Dämmerzuständen auf. Andere Formen sind selten. Umschriebene dissoziative Symptome ohne deutlich beeinträchtigenden Charakter sind häufiger anzutreffen. Zu beachten ist, dass dissoziationsnahe Erlebens- und Verhaltensweisen auch im Rahmen der normalen Entwicklung auftreten können (starke Phantasietätigkeit und ein „Sich-Verlieren“ im Spiel, Phantasiegefährten, Tagträumen, Depersonalisations- und Derealisationserleben im Rahmen der Pubertät, passagere Symptome bei Übermüdung und Überlastung).

Epidemiologie

Vor dem Alter von fünf Jahren treten dissoziative Störungen kaum auf. Im Kindesalter sind im Gegensatz zum Jugend- und Erwachsenenalter Jungen und Mädchen ähnlich häufig betroffen. Prävalenz und Inzidenz steigen bei beiden Geschlechtern zum Jugend- und Erwachsenenalter hin an, beim weiblichen Geschlecht stärker. In einer deutschen epidemiologischen Stichprobe adoleszenter und junger Erwachsener (14 bis 24 Jahre) lag die Lebenszeitprävalenz für die Konversionsstörung bei 0.4% und für nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen bei 0.8%. In kinder- und jugendpsychiatrischen



Dr. Thomas Jans
Prof. Dr. Andreas
Warnke

Störungen vom Bewusstseinstypus:	
F44.0 Dissoziative Amnesie	plötzlich auftretender, meist unvollständiger Erinnerungsverlust (personen-, ereignis- oder zeitbezogen); retrograd; oft bzgl. traumatischer Erlebnisse und Ereignisse; eigenständig oder im Rahmen anderer dissoziativer Störungen auftretend (Fugue, multiple Persönlichkeit)
F44.1 Dissoziative Fugue	zielgerichtetes Verlassen der gewohnten Umgebung; dabei geordnetes Verhalten; globale Amnesie für die Zeit der Fugue, während der Fugue auch oft für die eigene Biographie
F44.2 Dissoziativer Stupor	bewegungs- und reaktionsloser Zustand; liegend oder auch sitzend; mutistisch; keine Bewusstseinsstörung (dies wird oft deutlich im erhaltenden Muskeltonus, Haltung und Atmung, gelegentlichem Öffnen der Augen und koordinierten Augenbewegungen).
F44.3 Dissoziative Trance- und Besessenheitszustände	zeitweiliger Verlust von vollständiger Wahrnehmung und persönlicher Identität; Bewusstseinsengung; stereotypes und oft repetitives Verhalten; kulturell inadäquates Erscheinungsbild des von einer anderen Kraft, Persönlichkeit oder Gottheit Beherrschteins
F44.80 Ganser-Syndrom	pseudopsychotischer / pseudodementieller Verwirrheitszustand; Hauptsymptom: Vorbeantworten; begleitet oft von Pseudohalluzinationen oder anderen dissoziativen Symptomen
F44.81 Multiple Persönlichkeit	gemeinsames, jedoch nicht gleichzeitiges Vorkommen mehrerer Persönlichkeiten in einem Individuum; Persönlichkeiten können sich unterscheiden in Namen, Alter, Geschlecht, kognitivem Niveau, Ausdrucksverhalten, emotionaler und sozialer Reagibilität und Interessensbildung.
F48.1 Depersonalisations- und Derealisationssyndrom	in der ICD-10 im Gegensatz zum DSM-IV nicht innerhalb der dissoziativen Störungen aufgeführt, stellt jedoch eine Kernsymptomatik dissoziativer Symptomatologie dar; eigene psychische Vorgänge, der eigene Körper oder Körperteile oder die Umwelt werden als seltsam verfremdet, unwirklich, künstlich und automatisiert erfahren; erhaltener Realitätsbezug
Störungen vom körpersymptomatischen Typus (Konversionsstörungen):	
F44.4 Dissoziative Bewegungsstörungen	teilweiser oder vollständigen Verlust der Bewegungsfähigkeit; meist obere oder untere Extremitäten; tendenziell häufiger nicht dominante Seite; oft auch Ataxie, Tremor, Astasie oder Abasie; bei Stürzen oft Fallen in Richtung des Begleiters, Verletzungen sind dabei selten; oft unökonomische und auch groteske Bewegungsabläufe; psychogene Sprechstörungen (Dysarthrie, Aphonie) können auftreten; faziale Lähmungserscheinungen sind selten; bei Lähmungen sind sekundär Muskelatrophie oder Kontrakturen möglich
F44.5 Dissoziative Krampfanfälle	epilepsieähnliche Anfallsereignisse teils begleitet von stupor- oder tranceähnlichem Zustand; Kornealreflexe und Schmerzreaktionen sind vorhanden; Einnässen, Verletzungen beim Sturz oder Zungenbiss treten meist nicht auf; keine Erhöhung des postiktalen Serum-Prolaktins
F44.6 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen	Störungen der Sinneswahrnehmungen; meist partiell; alle Sinnesmodalitäten können betroffen sein; An-, Hypo-, Hyper- und Parästhesien können auftreten; meist in funktionellen Einheiten und nicht auf anatomisch-pathologischer Grundlage (z.B. handschuh- oder strumpfförmige Erscheinungen, streng mediane Begrenzungen); Hörschwäche ist häufiger als Taubheit, Sehschwäche (Tunnelsehen, Verschwommensehen) häufiger als Blindheit; Mikro- und Makropsie können auftreten
Restkategorien	
F44.7 Dissoziative Störungen, gemischt	Kombination der Störungen F44.0 bis F44.7
F44.8 Sonstige dissoziative Störungen	F44.82: vorübergehende dissoziative Störungen in Kindheit und Jugend: meist mit Konversionssymptomen einhergehende, kurzfristig im Rahmen akuter Konflikte auftretende Symptomatik mit Tendenz zur spontanen Rückbildung

Tab. 1: Klassifikation der dissoziativen Störungen in der ICD-10

Inanspruchnahmestichproben variiert die berichtete relative Häufigkeit insgesamt beträchtlich (0.5% bis 17%). Im Vergleich hierzu wurde für Australien bei unter 16-Jährigen eine extrem niedrige Inzidenz der Konversionsstörung von etwa 4/100 000 ermittelt. Neben unterschiedlichen Falldefinitionen und Zuweisungspraktiken scheinen kulturelle Unterschiede für die uneinheitlichen Prävalenzraten von Bedeutung zu sein. Insgesamt liegen repräsentative epidemiologische Daten nicht in zufriedenstellender Güte vor.

Komorbidität

Komorbidität ist häufig. So treten dissoziative Syndrome häufiger kombiniert auf (gemischte dissoziative Störung) als für sich allein. Was begleitende Störungen betrifft, so weisen Patienten mit dissoziativen Störungen

vom körpersymptomatischen Typ vermehrt Angststörungen, depressive Störungen und somatoforme Störungen auf. Dissoziative Bewusstseinsstörungen sind zusätzlich häufiger mit posttraumatischen Störungen und emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen assoziiert. Akute Belastungsreaktionen sind durch eine dissoziative Kernsymptomatik vom Bewusstseinstyp gekennzeichnet. Sie sind durch ihre unmittelbare Kopplung an eine Extremlastung und ihren passageren Charakter von dissoziativen Störungen abgrenzbar.

Ätiologie

Es gibt eine **familiäre Häufung** dissoziativer Störungen. Hierbei bleibt die Bedeutung genetischer Faktoren allerdings ungeklärt, weil formal- und molekulargenetische Studien weitgehend fehlen. Dem Symptombild äh-

nelnde nicht-dissoziative Erkrankungen sind bei nahen Familienangehörigen betroffener Kinder- oder Jugendlicher überzufällig häufig vorhanden. Dies verweist auf die Bedeutung von **Modellernen**. Bahnend können auch **Verletzungen oder Erkrankungen in der Vorgeschichte** sein, sodass sich die dissoziative Symptomatik in einer Körperregion oder körperlichen Funktion manifestiert, die lebensgeschichtlich mit primär organischen Beschwerden oder Funktionsstörungen verbunden ist. Deutlich wird dieser Zusammenhang etwa in der überzufälligen Koinzidenz von epileptischen und dissoziativen Krampfanfällen. Eine **disponierende Persönlichkeitsstruktur** scheint ebenfalls von Bedeutung zu sein (mangelnde Introspektionsfähigkeit im Hinblick auf emotionale und körperliche Zustände, geringe diesbezügliche Verbalisierungsfähigkeit). Beziehungen zu histrionischen und emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen sind vorhanden. Eine Verbindung von dissoziativen Störungen und „hysterischem Charakter“ im Sinne von Mittelpunktstreben, Koketterie und dramatisierend-oberflächlicher Emotionalität besteht, ist jedoch nicht spezifisch. Regelhaft liegt eine aktuelle oder aktualisierte **Konflikt- oder Überforderungssituation** in Verbindung mit unzureichenden individuellen Bewältigungsmöglichkeiten oder auch familiären Ressourcen vor. Die Belastungsmomente sind dabei unspezifisch (z.B. schwierige sozioökonomische Verhältnisse, psychiatrische Störungen und Ehekonflikte der Eltern, inadäquate intrafamiliäre Kommunikation, Trennungserlebnisse, schulische Überforderungen, Stigmata). Die Bedeutung von Belastungen für die Entwicklung dissoziativer Störungen wird durch die Assoziation zwischen akuten und posttraumatischen Belastungsstörungen und dissoziativen Symptomen deutlich. Traumata in Form sexuellen Missbrauchs, Misshandlung und emotionaler Vernachlässigung stellen wichtige, aber unspezifische Prädiktoren für die Entwicklung einer dissoziativen Störung bei Jugendlichen und Erwachsenen dar.

Zu beachten sind auch psychisch überfordernde körperliche Leiden. Für die Ausformung und Aufrechterhaltung der Symptomatik spielen letztlich **Lernmechanismen** in Form positiver oder negativer Verstärkung eine wichtige Rolle („sekundärer Krankheitsgewinn“). Symptomverstärkende Aufmerksamkeit und Zuwendung von Seiten des sozialen Umfelds für die Symptomatik sind aufgrund des häufig alarmierenden und dramatischen Charakters der Beschwerden nahezu regelhaft vorhanden. Bei emotional vernachlässigendem familiärem Umfeld oder fehlenden befriedigenden Sozialbeziehungen ist deren verstärkende Wirkung besonders ausgeprägt. Iatrogene Einflüsse in Form wiederholter Untersuchungen und verstärkender Zuwendung gegenüber der Symptomatik in Psychotherapien können ebenfalls aufrechterhaltende Funktion haben. Im Sinne negativer Verstärkung können das Vermeiden von Alltagsanforderungen (z.B. eine Herausnahme aus überforderndem schulischem Unterricht) oder auch die Aussetzung der offenen Austragung von Elternkonflikten wegen der Erkrankung des Kindes wirken. Ein Krankheitsgewinn der einen oder

anderen Art wurde zusammenfassend für die Mehrzahl der Betroffenen beschrieben.

Neurobiologische Mechanismen sind vorwiegend untersucht zum Zusammenhang von traumatischen Erfahrungen, begleitender Stressreaktion und der Entwicklung dissoziativer Bewusstseinsstörungen (z.B. Amnesie: glutamaterge Neurotoxizität, potenzierende Glucocorticoideinflüsse und darauf zurückgeführte hippocampale Atrophien nach Extrembelastungen). Depersonalisationserleben wurde mit einer funktionellen Abnormität sensorischer kortikaler Areale und anderer Strukturen in Zusammenhang gebracht, die für das Erleben eines integrierten Körperschemas von Bedeutung sind. Pseudoparalysen standen mit Minderaktivierungen kontralateraler Strukturen des Thalamus und der Basalganglien und mit Minderaktivierungen präfrontaler Strukturen, die für Entscheidungen über Handlungsalternativen verantwortlich sind, in Zusammenhang.

Diagnose

Die **diagnostischen und therapeutischen Leitlinien** der Fachgesellschaften sind online abrufbar (<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/028-009.htm>). Wichtig ist eine **multiaxiale Diagnostik**, die sich auf dissoziative und komorbide Störungen sowie wichtige Differenzialdiagnosen richtet (1. Achse), die umschriebene Entwicklungsstörungen, d.h. Besonderheiten in der Entwicklung des Sprechens und der Sprache, der motorischen Funktionen oder der Fertigkeiten des Lesens, Rechtschreibens und Rechnens, als mögliche Belastungsquellen feststellt (2. Achse), und die vor diesem Hintergrund auch das Intelligenzniveau erfasst (3. Achse), damit gegebenenfalls eine spezifische Förderung oder notwendige Entlastung eingeleitet werden kann. Über die körperlich-neurologische medizinische Diagnostik (4. Achse) muss die körperliche Begründung der Symptomatik ausgeschlossen werden. Die Diagnostik muss sich aber auch auf mögliche organische Erkrankungen richten, die die Entwicklung der dissoziativen Symptomatik begünstigten. Psychosoziale Umstände (5. Achse) als Quelle möglicher Belastungen – aber auch zur Erfassung familiärer Ressourcen – sind zu eruieren. Mögliche Belastungsmomente müssen im Behandlungsplan angemessen berücksichtigt werden. Letztlich bildet eine Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (6. Achse) die Grundlage für die Einschätzung des Schweregrads der Störung, die Indikation zu ambulanter oder stationärer Therapie und den Eingliederungsbedarf.

Die **Untersuchungsstrategie** beinhaltet neben der Untersuchung des Patienten das Einbeziehen von Eltern und Bezugspersonen wie Erziehern oder Lehrern. Körperlich-neurologische Untersuchung, Exploration und Anamneseerhebung, diagnostische Interviews, Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren, Verhaltensbeobachtung sowie Leistungstests sind hier von Bedeutung. Einen Überblick über inhaltliche Schwerpunkte der Exploration von Patient und Eltern gibt Tabelle 2.

Die **medizinische Ausschlussdiagnostik** hat umfassend zu erfolgen und schließt in der Regel konsiliarische fachärztliche Untersuchungen mit ein. Die Wichtigkeit einer gründlichen medizinischen Differenzialdiagnostik wird gestützt durch Verlaufsstudien. **Die relative Häufigkeit falsch positiver Diagnosen** im Sinne der fälschlichen Einordnung einer Symptomatik als dissoziativ und Übersehen ihrer organischen Genese **liegt bei Kindern und Jugendlichen bei bis zu 17%**. Trotz der Wichtigkeit einer genauen Differenzialdiagnostik sind Untersuchungen oder deren Wiederholung ohne eindeutige Indikation zu vermeiden, um ein häufig vorhandenes rein körperliches Konzept der Symptomen-genese bei Patient und Eltern nicht weiter zu stützen. Die Diagnose einer dissoziativen Störung erschöpft sich jedoch nicht in reiner Ausschlussdiagnostik, sondern berücksichtigt **positive Diagnosekriterien** (siehe Tabelle 3), was die Validität der Diagnose substanziiell erhöht.

Wichtig ist es, bei den Untersuchungen eine **Grundhaltung** einzunehmen, die Kränkungen auf Seiten des Betroffenen und seiner Eltern möglichst vermeidet. Der Verweis auf eine fehlende körperliche Begründung der Beschwerden oder eine psychische Verursachung kann auf Unverständnis stoßen, Kränkungen auslösen oder als Vorwurf interpretiert werden. Die Kompetenz des Arztes wird in Frage gestellt. Symptomverschlechterung oder Behandlungsabbruch können die Folge sein. **Hilfreich ist es, sich die Situation des an einer dissoziativen Störung Erkrankten zu vergegenwärtigen, wie sie schon von Paget im 19. Jahrhundert beschrieben wurde: die Betroffenen sprechen von „Nicht-Können“, was wie ein „Nicht-Wollen“ wirkt, aber ein „Ich-kann-nicht-wollen“ ist.** Der Betroffene hat aktuell keine Verhaltensalternative zum Rückzug in die Symptomatik.

Bewährt hat sich in der **Mitteilung der körperlichen Untersuchungsergebnisse** folgendes Vorgehen:

1. die Funktionseinschränkung zusammenfassend zu beschreiben (und damit auch ernst zu nehmen),
2. Ausschlussdiagnosen zu begründen,
3. die mögliche Genese im Rahmen von Belastungen als „Stressreaktion“ zu formulieren und
4. die Sicherheit einer Behandelbarkeit der Störung, die meist mit einem Funktionstraining beginnt, zu vermitteln.

Wichtige Differenzialdiagnosen

Diese beziehen sich grundsätzlich auf den Ausschluss einer organischen Verursachung körper- und bewusstseinsbezogener Symptome, wobei neurologische und internistische Erkrankungen im Vordergrund stehen.

Bewusstseinsbezogene dissoziative Symptome sind abzugrenzen von ähnlichen Symptomen im Rahmen **anderer psychischer Störungen**, z.B.:

- Derealisations- und Depersonalisationserleben bei Schizophrenie und emotional instabiler Persönlichkeitsstörung,
- Depressiver und katatoner Stupor,
- Wahnhafte Identitätsdiffusion bei Schizophrenien,

- Bisherige Diagnostik und Therapie
- Störungsmodell von Patient und Eltern (subjektive Sichtweise der Ursache und Behandelbarkeit der Symptome)
- Bisheriger Umgang mit den Symptomen und anderen gesundheitsbezogenen Sorgen in der engeren Familie
- Verhaltensbeobachtung: elterliches Misstrauen und/oder Ängstlichkeit; Misstrauen vor allem des Betroffenen bzgl. Unterstellung psychischer Probleme; auffallende Indifferenz bzgl. der Symptome
- Dauer, Ausprägung, Variabilität der Symptomatik, Wandlung in zeitlichem Zusammenhang mit Interventionen oder Belastungsmomenten
- Modell für die Symptomatik im sozialen Umfeld; modellierend wirkende Symptome einer vorliegenden organischen Grunderkrankung.
- Überforderungen und Belastungsfaktoren (Familie, Peers, Schule, Erkrankungen oder Behinderungen) sowie bisherige Bewältigungsstrategien
- positiv und negativ symptomverstärkende Bedingungen (Krankheitsgewinn)
- Komorbidität (v.a. Angst, Depression, somatische Beschwerden)
- Generell: Eigenanamnese, Familienanamnese, schulische und soziale Integration

Tab. 2: Schwerpunkte der Exploration

- Wahrnehmungsstörungen, Verwirrheitszustände, Gedächtnisstörungen und andere kognitive Störungen bei endogenen und exogenen Psychosen,
- Floride, wechselnde Psychopathologie bei bipolaren Störungen (v.a. bei rapid cycling),
- dissoziative Zustände bei akuten Belastungsreaktionen, posttraumatischen Belastungsstörungen und emotional instabiler Persönlichkeitsstörung,
- Wahrnehmungsstörungen, Verwirrtheit, Desorientierung und andere kognitive Symptome bei substanzbezogenen Störungen (v.a. Intoxikation und Entzug).

Abzugrenzen sind zudem somatoforme Störungen, Simulation und artifizielle Störungen:

Somatoforme Störungen (psychophysiologische Störungen) werden über das autonome Nervensystem

Symptomatik:

- belle indifférence (auffallend unbeschwerte Symptomschilderung) durch den Patienten; demgegenüber Angehörige in großer Besorgnis
- Symptomänderungen im Rahmen der medizinischen Untersuchung
- Symbol- und Ausdrucksgehalt der Symptomatik

Begleitproblematik:

- Frühe Somatisierungsneigung
- Organische Erkrankungen koinzident mit dem Beginn der Symptomatik
- Persönlichkeitsakzentuierungen (v.a. emotional instabiler Typ)

Krankheitsverhalten:

- Starke Beschwerdefocussierung bei früheren organischen Erkrankungen
- Doctor-Shopping

Bedingungsmomente:

- Modell für die Symptomatik
- Deutliche Belastungsfaktoren (traumatisch, Überforderungen verschiedenster Art)
- Vermehrt psychiatrische und / oder psychosomatische Erkrankungen in der Familie
- Krankheitsgewinn

Tab. 3: Positive Kriterien für das Vorliegen einer dissoziativen Symptomatik (in Anlehnung an Brunner und Resch, 2008)

vermittelt und betreffen daher innere Organe (somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und kardiovaskuläres System, Ösophagus und Magen, unteren Gastrointestinaltrakt, respiratorisches oder urogenitales System) oder gehen mit multiplen und teils wechselnden Beschwerden einher (Somatisierungsstörung, somatoforme Schmerzstörung). Demgegenüber betreffen dissoziative Störungen die quergestreifte Muskulatur, die Sinnesorgane oder rein psychopathologische Manifestationen.

Simulation ist die zweckgerichtete, bewusste und kontrollierte Vortäuschung von Symptomen. Die Symptomatik sistiert typischerweise bei Erreichen des Ziels oder wird aufgegeben, wenn ein Erreichen des Ziels nicht mehr in Aussicht steht. Simulation ist sozial deviant, aber nicht psychopathologisch.

Die **artifizielle Störung** („**Münchhausen-Syndrom**“) beinhaltet das manipulative Hervorrufen von Symptomen durch Selbstverletzungen oder Substanz-einnahme mit dem Ziel, weiterführende ärztliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu erwirken. Die Symptomatik hat psychopathologischen Charakter.

Verlauf

Studien zum Behandlungsverlauf dissoziativer Störungen im Kindes- und Jugendalter sprechen für **gute therapeutische Erfolge bei den meisten Patienten innerhalb weniger Wochen**. Der Anteil der bei Behandlungsende gebesserten Patienten liegt in verschiedenen Studien zusammenfassend bei über 75% bis knapp 100%. **Die Langzeitprognose erscheint jedoch weniger günstig. Zwischen etwa 15% und 50% der Patienten weisen im längerfristigen Verlauf bei Nachuntersuchungen weiterhin dissoziative Symptome auf.** In einer eigenen Langzeitkatamnese von durchschnittlich 12 Jahren wurde bei 26% ehemaliger kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten im Erwachsenenalter eine dissoziative Störung diagnostiziert. Die Entwicklung anderer psychischer Störungen ist im Langzeitverlauf häufig, wobei Angststörungen, somatoforme und depressive Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen im Vordergrund stehen. Prognostisch eher günstig scheinen eine kurze Krankheitsdauer bis zur Diagnosestellung und Behandlung, ein akuter Symptombeginn mit umschriebener Symptomatik sowie identifizierbare Auslösebedingungen zu sein. Fehlende Behandlungsbereitschaft, Behandlungsabbrüche und eine Anamnese mit wiederholten medizinischen Eingriffen scheinen prognostisch ungünstig zu sein. Bei Kindern und Jugendlichen ist eine dissoziative Symptomatik öfters vorübergehender Natur als bei Erwachsenen. Es gibt Hinweise auf eine tendenziell ungünstigere Prognose dissoziativer Krampfanfälle und chronifizierter Sehstörungen im Vergleich zu anderen dissoziativen Störungen. Insgesamt stützen sich die vorliegenden Erkenntnisse zum Langzeitverlauf auf methodisch auch angreifbare Studien und sind deswegen ergänzungsbedürftig.

Behandlung

Eine Überforderungsbedingung, die der Betroffene nicht angemessen bewältigen kann, liegt regelhaft vor. Ein Schwerpunkt der Behandlung besteht deswegen darin, den Betroffenen von aktuell nicht zu bewältigenden Anforderungen zu entlasten, während er gleichzeitig mit Anforderungen konfrontiert wird, die er schrittweise bewältigen kann. Notwendige Entlastung darf nie umfassende Schonung sein, sondern muss immer mit einer gestuften Rückführung an Alltagsbelastungen einhergehen. Wichtig ist es daran zu denken, dass die Lösung auch eine situative im Sinne der Veränderung von Umgebungsbedingungen sein kann.

Je nach zugrunde liegenden auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen sind die hier zum Tragen kommenden Interventionen sehr unterschiedlich und sind nicht spezifisch für dissoziative Störungen (z.B. Psychotherapie; spezifische verhaltenstherapeutische Verfahren wie Stressbewältigungstraining oder Training sozialer Kompetenzen; familientherapeutische Verfahren; die Therapie komorbider Störungen; Interventionen bei schulischen Überforderungen: Therapie von Teilleistungsstörungen, Lehrerberatung, Umschulung; Hilfen für Eltern: Therapie bei eigenen psychischen Störungen, sozialrechtliche Beratung; Jugendhilfemaßnahmen).

Ein weiterer Schwerpunkt liegt darin, dem Patienten zu helfen, seine dissoziativen Symptome „ohne Gesichtsverlust aufzugeben“. Dem Training der beeinträchtigten motorisch-sensorischen oder bewusstseinsbezogenen Funktionen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu (z.B. Physiotherapie bei dissoziativen Bewegungsstörungen, Sehtraining bei Sehstörungen oder kognitives Training bei dissoziativen Beeinträchtigungen mentaler Fähigkeiten). Zusätzlich haben sich passive Maßnahmen bewährt und können einen positiven suggestiven Effekt haben (z.B. Massagen, Wärmebehandlungen, Reizstimulation).

Aufzeigen funktionaler Zusammenhänge, Interpretationen und einsichtsorientierte Strategien müssen vorsichtig eingeführt werden. Betroffene und deren Familien lehnen initial häufig ein psychologisches Erklärungsmodell ab. Auch ist ein Therapieplan, der zum Ziel hat, die dissoziativen Symptome zu verringern, anfangs für den Patienten oft angstbesetzt, da die dissoziative Symptomatik aktuell zu einer Entlastung führt und seine Bewältigungsstrategie darstellt. Alternativen sind ihm zu Beginn der Therapie noch nicht vorstellbar.

Am Anfang der Therapie stehen übende und symptomorientierte Maßnahmen im Vordergrund. Einsichtsorientierte und problemaktualisierende Maßnahmen werden später eingeführt.

Die Interventionen vollziehen sich in folgenden Schritten:

1. Aufklärung des Patienten und seiner Bezugspersonen über die Störung, deren Therapierbarkeit und Strategien zum Umgang mit dem Patienten („Du hast diese Beschwerden, aber Du kannst lernen, die Beschwerden und Symptome weg zu bekommen“),

2. Entlastung des Patienten von überfordernden Anforderungen,
3. Funktionstraining und passive Therapiemaßnahmen einhergehend mit der Steigerung von Alltagsanforderungen,
4. Situative Maßnahmen und psychotherapeutische Interventionen mit zunehmend konflikt- und einsichtsorientiertem Charakter.
Dabei ist begleitend intensive Elternarbeit unerlässlich.

Eine stationäre Behandlung ist indiziert bei

- Erfolglosigkeit ambulanter Therapie,
- Vorliegen schwer ausgeprägter komorbider Störungen,
- Vorliegen einer Symptomatik, die die Umgebung stark ängstigt und deutlich überfordert,
- chronifizierter Symptomatik,
- nicht mehr zu bewältigendem Lebensalltag (z.B. Schulbesuch) oder nur mit symptomfixierenden Hilfen zu bewältigendem Lebensalltag (z.B. ständige Begleitung, Rollstuhlnotwendigkeit),

- ambulant nicht modifizierbarer symptomverstärkender familiärer Interaktion,
- Verdacht auf akuten Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung.

Bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung sind juristische Schritte und Jugendhilfemaßnahmen zu bedenken. Eine stationäre Behandlung geht häufig mit einer Entlastung der aktuellen Konfliktsituationen und veränderten kontingenten Reaktionen auf die Symptome des Patienten durch ein professionelles therapeutisches Team einher. Es kann nicht erwartet werden, dass die in diesem Setting erzielten therapeutischen Erfolge nach Entlassung ohne weiteres stabil sind. Eine rein symptomorientierte Behandlung kann eine anhaltende Besserung nicht garantieren. Im stationären Behandlungsplan sind demnach die Rückführung in den Lebensalltag und die dort vorhandenen Stressoren, auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen sowie die Planung der ambulanten Nachsorge zu berücksichtigen.

Allgemeine Regeln für den Umgang mit Patienten mit dissoziativen Störungen (insbesondere im stationären Setting) sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Erfahrungen und Verhalten der Patienten in der Vergangenheit	Sich daraus ergebende Haltung der Helfer
Ablehnung und Ungeduld der Angehörigen, große Besorgnis der Angehörigen	▶ ruhig, sicher und vertrauensvoll gegenüber treten, nicht übel nehmen
Unsicherheit und Hilflosigkeit der Umgebung	▶ mitteilen, dass es hier und jetzt zu einer Veränderung der schweren Störung kommen wird; ein Lernen ist möglich, womit sich die Beschwerden überwinden lassen
Aktivierung weiterer Hilfen und damit einhergehend ein Rückzug bisheriger Helfer	▶ Sicherheit vermitteln, dass man gemeinsam mit dem Patienten die Behandlung bis zum Schluss durchstehen wird
Verschiedenste pädagogische Versuche von Bestrafung bis übermäßigem Lob waren schon erfolglos; Lob kann als Kritik empfunden werden („na siehst du, es geht doch“)	▶ Vorsicht mit Lob und Belohnung
Angehörige tragen ihre Bedenken vor, die Symptomatik reduziert sich nicht rasch und befriedigend genug	▶ sich nicht von Probleminhalten erdrücken lassen, ▶ nie Tür- und Angelgespräche führen ▶ feste Gesprächstermine vereinbaren ▶ Bedenken der Angehörigen aufgreifen und Vorgehen erläutern und offenlegen
Gefühle und Wünsche vor allem im zwischenmenschlichen Bereich wurden bisher stark nur über die Symptomatik kommuniziert	▶ jede Dramatik vor der Gruppe vermeiden ▶ jede Möglichkeit des Neulernens, Neuerfahrens und Umlernens nutzen ▶ in den stationären Alltag einbinden (Spiele, Essen, Ausflüge...)
Selten wurden die Leistungen des Patienten in Vergangenheit entsprechend gewürdigt	▶ sachlich, durchaus auch erstaunt und vorsichtig lobend mitteilen, dass dem Patienten Neues möglich geworden ist
Kranksein ist Lebensinhalt des Betroffenen geworden	▶ entsprechend den Ansprüchen und Interessen des Kindes Alltagsaktivitäten anbieten
Veränderungen machen Angst	▶ Bei raschen Fortschritten in der Symptombewältigung eher Bremsen als Forcieren
Über das Symptomverhalten wird „geschmunzelt“; im Team keine einheitliche Konsequenz	▶ die Symptomatik als solche „ernst nehmen“ ▶ sehr klare Therapieabsprache im Team ▶ Der Patient soll die therapeutische Haltung wahrnehmen: „Du hast mir immer Hoffnung gegeben“ „Du hast nie schlecht über mich oder meine Familie gesprochen“

Tab. 4: Regeln für den Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit dissoziativen Störungen in stationärer Behandlung (in Anlehnung an Friese, 1986)

Fazit für die Praxis

Eine möglichst frühzeitige und sichere Einordnung der Symptomatik als dissoziativ sowie die Einleitung einer fachgerechten Behandlung sind entscheidend. Differenzialdiagnostische Untersuchungen sind unverzichtbar, wobei wiederholte Untersuchungen, die dazu dienen, Patienten und Eltern kurzfristig zu beruhigen, vermieden werden müssen. Dem Kinder- und Jugendarzt kommt oft die wesentliche Rolle zu, Patient und Eltern ein nicht primär somatisches Störungs- und Behandlungsmodell so zu vermitteln, dass eine Überweisung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht als Kränkung erlebt wird. Voraussetzung hierfür ist es, die Symptomatik des Patienten und seine aktuell fehlende Alternative zur adäquaten Belastungsbewältigung ernst zu nehmen. Deutungsversuche oder auch das Benennen offensichtlicher Überforderungsmomente sind in diesem Stadium meist nicht angezeigt, da sie häufig Widerstand hervorrufen. Hilfreich kann es sein, die Symptome als individuelle Reaktion auf „Stress“ zu bewerten und die

Überweisung als Möglichkeit zu beschreiben, Wege zur Stressreduktion und damit auch zur Besserung zu finden. Die Behandlung konzentriert sich auf die Erarbeitung von Strategien zur Bewältigung der dissoziativen Symptome und der zu Grunde liegenden Belastungsmomente. Zur Aufrechterhaltung von Therapieerfolgen sind längerfristig angelegte stützende Maßnahmen zu empfehlen.

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. Thomas Jans
Prof. Dr. Andreas Warnke
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Würzburg
Füchsleinstr. 15
97080 Würzburg
jans@kjp.uni-wuerzburg.de
warnke@kjp.uni-wuerzburg.de

Red.: Christen

Welche Diagnose wird gestellt?

Antonia K. Kienast

Anamnese

Fünf Jahre altes Mädchen mit seit sechs Wochen bestehender Rötung perioral im Sinne eines Leckekzems. Behandlung mit Jellin®-Neomycin-Salbe (Fluocinolonacetonid-haltig) über die letzten vier Wochen. Darunter zunächst Besserung, dann jedoch neu auftretende Papeln im behandelten Bereich und darüberhinaus. Aufgrund der Verschlechterung des Befundes Intensivierung der Lokalthherapie (Steroide, Fettcremes), darunter weitere Progredienz.

Untersuchungsbefund

Perioral sowie perinasal Erythem, erythematöse Papeln, Vesikel und Papulopusteln.



Wie lautet die Diagnose?

➔ Wir suchen Autoren zu pädiatrierelevanten Themen.

Unser Verlagshaus ist seit vielen Jahrzehnten mit diversen Zeitschriften im Bereich Pädiatrie vertreten und möchte sein Buchprogramm in diesem Segment erneuern und erweitern.

Wir freuen uns auf Ihren Themenvorschlag.



**HANSISCHES
VERLAGSKONTOR
LÜBECK** GmbH

Mengstr. 16 · 23552 Lübeck
Tel.: 0451/7031-233 · Fax: 0451/7031-231
Mail: info@hansisches-verlagskontor.de
Homepage: www.schmidt-roemhild.de

Diagnose: Steroidinduzierte periorale Dermatitis

Die periorale Dermatitis wird auch als Rosazea-artige Dermatitis bezeichnet. Sie kann sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen auftreten (1). Der Begriff wurde erstmals 1964 durch Mihan und Ayres verwendet, allerdings wurden vorher bereits Fälle gleicher Symptomatik publiziert. Die genaue Ätiologie der Erkrankung ist unklar, es handelt sich um eine entzündliche Reaktion auf verschiedene exogene Faktoren. Der häufigste äußere, auslösende Faktor ist eine Vorbehandlung mit topischen Steroiden im Gesicht (2,3). Auch Fälle nach Inhalation von Kortikosteroiden sind beschrieben (4). Häufig ist anamnestisch nur eine intensive pflegende, meist (zu) fettreiche lokale Vorbehandlung zu eruieren. Einige Autoren sehen das Erkrankungsbild als eine Form der Rosazea an, jedoch fehlen in der Regel die dafür typischen Teleangiektasien und flächigen Rötungen.

Klinisch zeigt sich eine Irritation der Haut mit zunächst flüchtigen perioralen, häufig auch perinasalen und periokulären Erythemen sowie im Verlauf auch Papeln und in schweren Fällen Vesikeln und Papulopusteln. Der direkt an die Lippen angrenzende Bereich ist häufig, aber nicht immer ausgespart. Werden die Hautveränderungen dann zusätzlich gepflegt und gefettet, kommt es zu einer Zunahme des Befundes mit Quellung der Gesichtshaut. Insbesondere eine im Verlauf häufig einsetzende glukokortikoidhaltige Lokaltherapie führt zu einer weiteren Verschlechterung und Chronifizierung (5).

Die granulomatöse Form der perioralen Dermatitis geht mit diskreten, kleinen,

eher hautfarbenen Papeln ohne Erythem einher und tritt häufiger bei dunkel pigmentierten Kindern auf.

Differenzialdiagnosen

Im Falle unserer Patientin kommt differenzialdiagnostisch ein Kontaktekzem gegenüber Neomycin, welches ein häufiges Kontaktallergen darstellt, in Frage. Allerdings spricht die Anamnese und typische Klinik einer perioralen Dermatitis (= kein Ekzem) sowie der fehlende Juckreiz dagegen.

Die seborrhoische Dermatitis tritt in ähnlicher Lokalisation auf, hat jedoch einen mehr flächigen, schuppigen Charakter. Eine Rosazea betrifft in der Regel eher Wangen und Stirn und zeigt weniger papulöse Effloreszenzen. Die Abgrenzung von der Acne vulgaris ist klinisch manchmal schwierig; Die Läsionen der rosazeartigen Dermatitis sind zentrofazial konzentriert, seltener im Bereich der Stirn, auch Rücken und Decolleté sind meist ausgespart. Im vorliegenden Fall spricht auch das Manifestationsalter gegen diese Diagnose.

Diagnostik

Die Diagnose wird anhand des klinischen Bildes in Verbindung mit der typischen Anamnese eines längerfristigen Gebrauchs eines glukokortikoidhaltigen Externums oder einer intensiven fetthaltigen Pflege in dem betroffenen Areal, gestellt. Histologisch zeigt sich ein entzündliches Infiltrat perifollikulär sowie in der oberen Dermis.

Therapie und Prognose

Die Therapie besteht in dem sofortigen Absetzen des lokalen Steroids und dem gänzlichen Verzicht auf jedwede fetthaltigen Externa. Allenfalls wasserreiche Cremes wie z.B. Unguentum emulsificans aquosum oder Hydro lotiones dürfen angewendet werden. Die Maxime der Therapie lautet, für 4–6 Wochen möglichst keinerlei Externa in dem betroffenen Areal anzuwenden. Daher ist die Beratung der Patienten(elter) die wichtigste Maßnahme, zumal es nach dem Absetzen des Steroids meist zu einer (vorübergehenden) Verschlechterung des Befundes kommt. Persistiert der Befund trotz dieser Maßnahmen, kommt eine Behandlung mit Metronidazol-Gel in Frage.

Literatur

1. Manders SM, Lucky AW. Perioral Dermatitis in childhood. J Am Acad Dermatol 1992; 27: 688-92.
2. Mihan R, Ayres S. Perioral Dermatitis. Arch Dermatol 1964; 89:803-5.
3. Jansen T, Melnik BC, Schadendorf D. Steroid-induced periorificial dermatitis in children- clinical features and response to azelaic acid. Pediatr Dermatol 2010; 27: 137-42.
4. Dubus J-C, Marguet C, Dhikdre A et al.. Local side effects of inhaled corticosteroids in asthmatic children: influence of drug, dose, age, and device. Allergy 2001; 56: 944-8.
5. Green B, Morrell DS. Persistent facial dermatitis: pediatric perioral dermatitis. Pediatr Ann 2007; 36: 796-8.

Dr. Antonia K. Kienast
Abteilung für Dermatologie – Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg-Boberg
Bergedorfer Str. 10
21033 Hamburg
Red.: Höger

Eine andere Art, die Welt zu sehen

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

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

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

SCHMIDT ROEMHILD DEUTSCHLANDS ÄLTESTES VERLAGS- UND DRUCKHAUS SEIT 1579 Mengstraße 16 Tel. 04 51/70 31-2 67 vertrieb@schmidt-roemhild.com 23552 Lübeck Fax 04 51/70 31-2 81 www.schmidt-roemhild.de

Eine praktische Lebenshilfe für aufmerksamkeitsgestörte Kinder und Jugendliche

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

€ 12,50

Erhältlich in Ihrer Buchhandlung oder direkt beim Verlag.



Fragebogen bzgl. Depression bei Jugendlichen

Evaluation of the Patient Health Questionnaire-9 Item for Detecting Major Depression Among Adolescents

Richardson LP et al., *Pediatrics* 126, 1117-1123, Dezember 2010

Der „Patient Health Questionnaire-9 Items“ (PHQ-9) ist ein kurzer Fragebogen zur Erfassung depressiver Befindlichkeit. Er hat sich für die Anwendung im Erwachsenenalter seit längerem bewährt und wird als Screeninginstrument für den Einsatz in Allgemeinarztpraxen, insbesondere auch für chronisch-körperlich erkrankte Patienten mit vermehrter depressiver Belastung, empfohlen. Entsprechend unaufwändig einzusetzende Fragebögen für Jugendliche waren bisher nicht verfügbar. Laura Richardson und Kollegen vom Seattle Children's Hospital Research Institute, Washington, haben den PHQ-9 erstmals in einer randomisierten Studie an einer pädiatrischen Inanspruchnahmepopulation von Jugendlichen im Alter von 13 bis 17 Jahren validiert.

2291 von 4000 Probanden (60%) machten zunächst umfangreiche Angaben zu ihrem allgemeinen gesundheitlichen Befinden, wobei sie auch nach der Häufigkeit von depressiver Stimmung und dem Verlust von Interesse und Freude an Alltagsaktivitäten (zwei der Hauptsymptome depressiver Störungen) in den vergangenen 14 Tagen gefragt wurden. 12% (n=281) der Jugendlichen erschienen mit diesem Screening als depressionsverdächtig. Von diesen konnten 271 in ausführlichen Telefoninterviews mit 228 alters- und geschlechtsgleichen Probanden verglichen werden, die keine depressive Symptomatik angegeben hatten. Hierbei kamen der PHQ-9, ein Angstfragebogen sowie ein Fragebogen zur funktionellen Beeinträchtigung im Alltag (Probanden- und Elternurteil) zum Einsatz. Ein strukturiertes klinisches Interview (DISC-IV nach DSM-IV) diente als Referenz-Standard zur Erfassung einer depressiven Erkrankung. Die Jugendlichen waren im Mittel 15,3 Jahre alt und kamen zu 78% aus vollständigen Familien.

Ein PHQ-9 Score von ≥ 11 erbrachte die optimale Sensitivität von 89,5% und eine Spezifität von 77,5% zur Identifikation einer klinisch relevanten depressiven Episode bei Jugendlichen, diagnostiziert mit klinischem Interview nach DSM-IV. Je höher der PHQ-9 Score, desto gravierender die funktionelle Beeinträchtigung der Patienten im Alltag.

95 Probanden erreichten einen Score von ≥ 11 , wurden jedoch im Interview nicht als manifest depressiv diagnostiziert. Bei diesen falsch-positiv identifizierten fand sich zu 82,2% eine depressive Episode in der Vorgeschichte, aktuell eine Störung des Sozialverhaltens oder eine Angststörung. Solche Einschränkungen in der Spezifität des PHQ-9 erklären die Autoren mit einer hohen Rate von fluktuierenden bzw. unterschwellig ausgeprägten depressiven Befindlichkeitsstörungen bei Jugendlichen sowie mit signifikanten Überschneidungen der Symptome unterschiedlicher psychischer Erkrankungen in dieser Altersgruppe.

Kommentar

Die routinemäßige Früherkennung depressiver Erkrankungen im Jugendalter wird seit 2009 von der „US Preventive Services Task Force“ empfohlen. Unsere Erkenntnisse im KIGGS von 2007



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

zur „neuen Morbidität“ im Kindes- und Jugendalter, d.h. zur Verschiebung von den akuten zu den chronischen und von den somatischen zu den psychischen Erkrankungen, legen nahe, dass auch in der kinderärztlichen Praxis ein Fokus auf die Erfassung psychischer Störungen gelegt werden sollte. Die Prävalenz einer Depression bei deutschen Kindern- und Jugendlichen beträgt 5,4%. Zumindest bei entsprechenden Hinweisen sollte ab einem Alter von 13 Jahren zur Erhärtung des Verdachts und zur Einleitung des Gesprächs mit Patienten und Eltern ein Screening durchgeführt werden. Der PHQ-9 ist als „Gesundheitsfragebogen für Patienten“ auch in deutsch frei erhältlich (<http://www.phqscreeners.com>), einfach in Anwendung und Auswertung und erbringt ein Ergebnis in maximal 5 Minuten.

(Carola Bindt, Hamburg)

Thrombose-Risiko bei Kindern und Jugendlichen

Impact of Inherited Thrombophilia on Venous Thromboembolism in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies

Young G., Kurnik K., Nowak-Göttl U. et al., *Circulation*;118: 1373-1382, September 2010

Venöse Thrombosen im Kindesalter sind in den meisten Fällen auf exogene Ursachen zurückzuführen. Sie treten vor allem im Neugeborenenalter und während der Pubertät auf. Im Erwachsenenalter ist das erhöhte Risiko für venöse Thrombosen bei gleichzeitiger Präsenz von thrombophilen Risikofaktoren (insb. erblicher Antithrombin-, Protein C-, und Protein S Mangel sowie häufige Varianten der Gerinnungsfaktoren V (G1691A; sog. Faktor V Leiden) and Faktor II (G20210A; Prothrombinmutation) oder erhöhter Lipoprotein(a)-Spiegel) gut belegt. Kenet G, Nowak-Göttl U et al. (*The Lancet Neurology*, 2007, 595-603) bewiesen kürzlich die Bedeutung eines häufigen thrombophilen Faktors, der Prothrombin Mutation, für venöse Thrombosen im Kindesalter: Sie zeigten, dass die Gefahr, eine venöse Thrombose nach einer stattgehabten zentralvenösen (meist Sinusvenen-) Thrombose zu erleiden, um den Faktor 4,3 erhöht ist, wenn das Kind heterozygot

für die Mutation G20210A im Faktor II-Gen ist; dieser thrombophile Faktor ist auch unabhängig von anderen Risikofaktoren wie Dauer der Antikoagulantien-Prophylaxe oder fehlende Wiedereröffnung der Sinusvene unter Antikoagulantientherapie.

In ihrer Metaanalyse (50 Kohorten/Fall-Kontroll-Studien aus 16 Ländern) errechnen Young et al. die sog. relativen Risikofaktoren (Odds ratio) für einzelne oder kombinierte thrombophile Faktoren im Kindesalter. Dabei belegt die Angabe z.B. einer Odds ratio von 9 für den Antithrombin Mangel, dass diese Kinder mit erniedrigtem Antithrombin 3 Spiegel ein neunfach höheres Risiko gegenüber Kindern mit normalem Serum AT 3 Spiegel haben, eine Thromboembolie zu erleiden. Der Kinderarzt darf jedoch nicht übersehen, dass angesichts der Seltenheit von thromboembolischen Ereignissen im Kindesalter auch bei einem Kind mit einem 9-fach erhöhten Risiko die Wahrscheinlichkeit einer manifesten Thrombose für den einzelnen Patienten sehr gering ist. Exogene Faktoren führen gehäuft zu der thrombotischen Komplikation, wenn zusätzliche erbliche thrombophile Faktoren vorhanden sind. Im Neugeborenen/Kleinkindalter stellen Sepsis, Exsikkose, angeborener Herzfehler, ZVK die wichtigsten Auslöser der Thrombose dar. Ältere Kinder sind vor allem durch Krebs und Chemotherapie, postoperative Immobilisierung oder bei Gips-Behandlung, Adipositas, rheumatische Erkrankungen, örtliche Entzündung und die Anwendung oraler Kontrazeptiva (bei adolescenten Mädchen) gefährdet. Das relative Risiko ist für die einzelnen thrombophilen Faktoren unterschiedlich: am häufigsten bei Antithrombinmangel (s.o.) und am niedrigsten für die Prothrombin-Mutation (Odds Ratio von 2,6). Die Kombination verschiedener thrombophiler Faktoren lässt das Thromboserisiko weiter ansteigen. Die Gefahr einer zweiten Thrombose bei nicht idiopathischer Thrombose (unabhängig ob rein exogener Ursache oder infolge erblicher thrombophiler Faktoren) ist bedeutend und liegt bei 11,4 % der Patienten. Nach sog. erster idiopathischer Thrombose steigt die Rate auf 21 % an.

Kommentar

Erbliche thrombophile Faktoren können auch im Kindesalter das Risiko einer Thrombose erhöhen. Auslöser einer manifesten Thrombose sind meist exogene Faktoren. Als Kinderärzte brau-

chen wir prognostische Faktoren, um Patienten mit besonderem Risiko für eine Thrombose zu erkennen und in Risikosituationen (siehe obige exogene Faktoren) beraten und evtl. vorbeugend versorgen zu können. Diese Betreuung setzt eine grosse Erfahrung mit Gerinnungspatienten voraus und sollte daher gemeinsam mit einem Kinderarzt mit Zusatz Hämostaseologie erfolgen. Das absolute Risiko für eine Thrombose ist wichtiger als das relative Risiko. Jeder Patient hat aufgrund der Familienanamnese, seiner akuten Erkrankung, seiner Vorerkrankungen sowie seines Alters ein individuelles Risiko für eine Thrombose. In der Praxis ist die Vorhersage eines Thromboserisikos jedoch allein aufgrund der o.g. anamnestischen Angabe nicht möglich, sodass die gleichzeitige Präsenz von thrombophilen Faktoren (die das relative Risiko für eine Thrombose erhöhen) in o.g. Risikosituationen besondere Aufmerksamkeit verdient. Die vorliegende Arbeit trägt wesentlich zu der Entscheidung bei, wann ein Screening auf Thrombophilie bei symptomlosen Angehörigen im Alter < 18 Jahren gerechtfertigt ist.

Aufgrund der derzeitigen Datenlage empfehle ich ein selektives Screening:

- Früh bei Thrombose und Nachweis von Antithrombin-, Protein C- und Protein S-Mangel in der Kernfamilie unter 18 Jahren
- Bei thromboembolischem Ereignis der Eltern vor der Pubertät
- Für Mädchen, deren Mutter eine Thromboembolie in der Schwangerschaft/Wochenbett oder unter hormoneller Antikonzeption erlitt
- Immer, wenn es das individuelle Vorgehen beeinflusst. Adoleszente Mädchen sollten spätestens vor Beginn der hormonellen Antikonzeption untersucht und beraten werden. Je nach Nachweis eines oder mehrerer thrombophiler Faktoren darf evtl. nur eine reine Gestagen-„Pille“ verschrieben werden.
- Hingegen kann auf ein Screening < 18 J. bei tiefer Unterschenkelvenenthrombose einer Verwandten infolge eines adäquaten Traumas oder einer Immobilisierung sowie gleichzeitigem Nachweis von heterozygotem Faktor V-Leiden verzichtet werden, sofern die Familienanamnese keine weiteren Thromboserisiken ergibt. (Stefan Eber, München)

Impfindikation der FSME-Impfung bei Kleinkindern

Frage:

Entsprechend der aktuellen Impfpflichtung der Ständigen Impfkommission (STIKO) sollte vor einer FSME-Impfung von Kindern unter 3 Jahren aufgrund einer erhöhten Inzidenz von Fieberreaktionen $> 38^\circ\text{C}$ mit den Eltern eine besonders sorgfältige Indikationsstellung besprochen werden.

- Gilt diese Empfehlung generell, d. h. auch für Kinder, die in FSME-Risikogebieten leben?
- Sollte für diese Patienten die Indikation großzügiger gestellt werden?
- Gibt es belastbare Angaben über die Häufigkeit schwer verlaufender FSME-Erkrankungen bei Kindern unter 5 Jahren?
- Wieso empfiehlt die STIKO nicht grundsätzlich in Risikogebieten die FSME-Impfung ab 3 Jahren?

Antwort:

Die drei gestellten Fragen zur Problematik der FSME-Impfung von Kindern unter drei Jahren können vor dem Hintergrund der nicht sehr zahlreichen Publikationen zwar beantwortet werden, jedoch muss darauf hingewiesen werden, dass die FSME in dieser Altersgruppe so selten ist, dass nicht einmal Prozentangaben gemacht werden können (s. u.).

FSME-Impfung – Indikationen

Die FSME-Impfung ist bei allen Personen indiziert, die in Risikogebieten gegenüber Zecken exponiert sind. Darüber hinaus sind in der medizinischen Weltliteratur auch mehrere Hundert alimentär erworbene FSME-Fälle (viruskontaminierte Milch und Milcherzeugnisse wie z.B. Yoghurt) bekannt geworden.

Dass die STIKO nicht eine generelle Empfehlung bezüglich des Lebensalters ausspricht, liegt an der Gefährdungsbeurteilung (siehe STIKO-Präambel), die in jedem Fall vorgenommen werden muss. Und die ist gerade bei FSME entscheidend: Ein Kind, das zwei Jahre alt ist und auf einem Bauernhof im Schwarzwald lebt, ist anders zu sehen als ein vierjähriges Stadtkind aus Freiburg, das in einem Hochhaus lebt und nur selten einmal ins Grüne kommt. Hier die Impfindikation zu stellen, ist originäre Aufgabe des behandelnden Arztes und nicht die der STIKO.

FSME bei Kindern

Was die FSME bei Kindern angeht, so ist das Datenmaterial relativ lückenhaft. Von der Klinik her ergeben sich häufiger (knapp 80 % der Fälle) Meningitiden und damit mildere Fälle (1-5) sowie weniger häufig neurologische Residuen als bei Erwachsenen (bei denen insgesamt die schwereren Verläufe, d. h. Meningoenzephalitiden und Meningoenzephalomyelitiden, bekannt geworden sind). Der Anfang der 1990er Jahre beschriebene FSME-Fall bei einem drei Monate alten Kind sollte in diesem Kontext als absolute Rarität betrachtet werden (6).

Epidemiologie

Im Fünfjahreszeitraum von 2001 bis 2005 wurden dem Robert Koch-Institut > 1.000 FSME-Fälle gemeldet, worunter in lediglich 21 Fällen Kinder < 5 Jahre betroffen waren und in weiteren 68 Fällen 6–9-Jährige. Wenn man berücksichtigt, dass zumindest im ersten (und weitestgehend auch im zweiten) Lebensjahr Zeckenkontakte so gut wie unmöglich sind (und alimentäre Kontakte über viruskontaminierte Getränke und Speisen zuverlässig verhindert werden können), ergeben sich in der Altersgruppe der < 3 -Jährigen (im Gegensatz zur Gruppe der Schulkinder) kaum Impfindikationen.

Literatur

1. Cicman M., Rakar R., Zakotnik B., Pokorn M., Arne M.: Severe forms of tick-borne encephalitis in children. Wien Klin Wochenschr. 111/12, 484-7 (1999)
2. Kaiser R., Vollmer H., Schmidke K., Rauer S., Berger W., Gores D.: Verlauf und Prognose der FSME. Nervenarzt 68, 324-330 (1997)
3. Kaiser R.: The clinical and epidemiological profile of tick-borne encephalitis in southern Germany 1994-1998. A prospective study of 656 patients. Brain 122, 2067-2078 (1999)
4. Kaiser R.: Tick-borne encephalitis (TBE) in Germany and clinical course of the disease, Int.J.Med.Microbiol. 291 (Suppl 33) 58-61 (2002)
5. Rieger, M.: Frühsommermeningoenzephalitis (FSME), in: Hofmann, F.: Handbuch der Infektionskrankheiten, VIII-6.14, 20. Ergänzungslieferung (2007)
6. Grubbauer HM., Dornbusch HJ., Spork D., Zobel G., Trop M., Wenz W.: Tick-borne encephalitis in a 3-month-old child. Eur J Pediatr 151, 743-744 (1992)

Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Friedrich Hofmann
Bergische Universität Wuppertal – Abt. Sicherheitstechnik
Gaußstr. 20, 42097 Wuppertal

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

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).



Stellungnahme zum Artikel: „Fallstricke bei der Diagnostik einer Glykogenose Typ I“ von Ulf Schulze-Sturm et al., KiJuA (2011) Heft 1, Seite 21-28

Der Autor stellt eine interessante Kasuistik dar, in der es um die Differenzialdiagnose seltener Stoffwechselerkrankungen geht. Die Publikation erfolgt in einer Zeitschrift, die sich in erster Linie an Pädiater wendet, die in der Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen tätig sind. Auch wer nicht in einer Spezialambulanz für Stoffwechselerkrankungen arbeitet, muss doch täglich klinisch-anamnestische Daten (Ernährungsanamnese, Gewichtsverlauf, Appetit, Erbrechen, Durchfall, Hautturgor, Verteilung des subkutanen Fettgewebes, tastbare Lebergröße etc.) und Laborbefunde (Blutgasanalyse (Kapillarblut), Blutzucker (Teststreifen), Ketonkörper im Harn (Teststreifen), um nur die Parameter zu nennen, die jederzeit ohne großen Aufwand und innerhalb weniger Minuten zu bekommen sind) bewerten, welche direkt oder indirekt mit der aktuellen Stoffwechselsituation eines Patienten zusammenhängen.

Es ist legitim, in einer kasuistischen Darstellung nicht sämtliche erhobenen klinisch-anamnestischen Angaben und nicht alle gemessenen Laborwerte zu referieren, sondern eine Auswahl zu treffen, damit der Leser die „Botschaft“ der Publikation nachvollziehen kann. Meines Erachtens nennt der Autor zu wenige der

oben genannten Basisdaten: War die Blutgasanalyse ausgeglichen? Bestand eine Ketonurie? War die Leber vergrößert tastbar?

Bei dem Säugling (Zustand nach Frühgeburt) wurde im Rahmen einer präoperativen Diagnostik zufällig ein lipämisches Serum entdeckt. Dabei handelt es sich um ein Phänomen, das auf das Vorhandensein von Chylomikronen hinweist. Eine Chylomikronämie ist nicht per se pathologisch. In der postprandialen Phase ist sie ein physiologisches Phänomen. Deshalb gibt es in der Lipiddiagnostik strenge Vorschriften für die Gewinnung von Nüchternserum. Dies ist für den Stoffwechselexperten sicher selbstverständlich, wird aber im Alltag in der ersten Aufregung über den „ungewöhnlichen Befund“ oft vernachlässigt. Bei einem Säugling, der in relativ kurzen Abständen eine relativ nährstoffreiche Nahrung zu sich nimmt, kann es schwierig sein, ein echtes Nüchternserum zu gewinnen. Leider fehlt dieser Hinweis in der Legende der Abbildung 1, in der sehr eindrucksvoll das milchige Serum demonstriert wird (Fettgehalt > 5 %; handelsübliche Vollmilch: Fettgehalt 3,5 %). Die Abbildung 1 ist nur dann wirklich informativ, wenn es sich um Nüchternserum handelt.

In der Labordiagnostik hat die Identifikation von Fettstoffwechselerkrankungen heute ein Niveau erreicht, welches die Ätiologie dieser Erkrankung bis hin zur molekulargenetischen Ebene klären kann. Natürlich ist dies eine wichtige Information für alle, die in der Primärversorgung tätig sind. – Aber bei welchem Patienten soll welche Spezialdiagnostik veranlasst werden?

Der Autor warnt zu Recht vor einer voreiligen Festlegung auf eine Diagnose, die zudem im Verlauf nicht

(selbst-)kritisch genug hinterfragt wird. Leider wird die entscheidende Frage, die nach Feststellung eines lipämischen Nüchternserums gestellt werden sollte, in der Publikation nicht explizit genannt: Es besteht eine „Fettstoffwechselstörung“ – ist sie **primär** oder **sekundär**? Dazu können (ohne molekulargenetische Befunde) einige Überlegungen angestellt werden. Anhand des makroskopischen Aspekts des Nüchternserums sowie anhand der in Tabelle 1 angegebenen Cholesterin- und Triglyceridwerte kann der so genannte **Phänotyp** (nach Frederickson und Lees) bestimmt werden und unter Berücksichtigung der klinisch-anamnestischen und weiteren Laboraten analysiert werden, ob wahrscheinlich eher eine **primäre** Hyperlipoproteinämie oder eine **sekundäre** Form (als Folgeerscheinung einer anderen Grunderkrankung, z. B. Diabetes mellitus, Hypothyreose, nephrotisches Syndrom, „Hepatopathie“, Medikamentennebenwirkungen) vorliegt.

In dem beschriebenen Fall liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Phänotyp I vor. Die Phänotypen IIa, IIb, III und IV sind auszuschließen. Ein Phänotyp V ist nicht vollkommen auszuschließen. Leider enthält die Tabelle 1 m.E. Ungenauigkeiten und einen Druckfehler. Anstelle von „HDL“, „LDL“, „VLDL“, sollte es in den Zeilen 4-6 der Tabelle „HDL-Cholesterin“, „LDL-Cholesterin“, „VLDL-Cholesterin“ heißen. Die Konstellation HDL-Cholesterin 250 mg/dl bei einem LDL-Cholesterin von 30 mg/dl halte ich für nicht möglich. Meiner Ansicht nach wurden die Zahlenwerte vertauscht, sodass tatsächlich ein HDL-Cholesterin von 30 mg/dl und ein LDL-Cholesterin von 250 mg/dl vorlag.

Patienten mit Phänotyp I (HLP) können eine Hepato- (und Spleno-) megalie aufweisen. Die stark erhöhten Leberenzyme des Patienten passen jedoch nicht zur HLP Typ I. Dieser ist auch nicht mit einer Hyperurikämie assoziiert. Meines Erachtens ist der erhöhte Harnsäurewert des Patienten ein Hinweis auf eine Azidose mit Hemmung der Harnsäureexkretion in der Niere. Ich vermag auch keinen Zusammenhang zwischen der gefundenen Hyperkalzämie und dem Phänotyp I HLP zu erkennen. Die Hyperkalzämie könnte ein Hinweis auf ein erhöhtes Gesamteiweiß sein (hohe Eiweißbindung des Kalziums). Falls tatsächlich eine Hyperproteinämie vorlag, wäre diese im Zusammenhang mit der beschriebenen veränderten Leberinnenstruktur ein Hinweis auf eine gesteigerte Syntheseleistung der Leber.

Dies wäre bei einer Hyperlipoproteinämie Typ I nicht zu erwarten, denn die extrem vermehrten Chylomikronen entstehen nicht in der Leber, sondern im Dünndarm.

Auf der Basis dieser Überlegungen wäre bereits im Rahmen der Erstdiagnostik folgende Arbeitshypothese möglich gewesen: Unklare Lebererkrankung (Hepatomegalie, veränderte Binnenstruktur, erhöhte Leberenzyme) mit zahlreichen Folgeerscheinungen: (1) Hyperlipoproteinämie Phänotyp I, (2) gestörte Syntheseleistung der Leber (evtl. Auswirkungen auf Gerinnungsparameter), (3) Hyperkalzämie bei vermuteter Hyperproteinämie, (4) gesteigerte Lipolyse (freie Fettsäuren),

(5) Störung des Glucosestoffwechsels (Hypoglykämie), (6) vermutete Azidose mit gestörter Harnsäureexkretion. Anhand dieser Arbeitshypothese wäre der Weg zur tatsächlich vorliegenden Grundkrankheit Glykogenose Typ I wahrscheinlich schneller bewältigt worden.

Kasuistiken wie die hier besprochene halte ich für sehr wichtig, bin aber der Meinung, dass in einem Fortbildungsbeitrag die wesentlichen differenzialdiagnostischen Gedankengänge auch explizit dargestellt werden sollten, um dem Leser, der mit der Materie nicht so vertraut ist, den Weg vom Phänomen zum Symptom und weiter zur Diagnose zu erleichtern. Die Abschnitte „Differenzialdiagnosen“ und „Diagnosestellung“ des Artikels von Schulze-Sturm sind diesem didaktischen Ziel wenig dienlich. Es wird lediglich gesagt, dass „der Patient nochmals klinisch untersucht“ wurde und „nun in Verbindung mit den Laborparametern“ die Verdachtsdiagnose „Glykogenose Typ 1“ gestellt wurde. Die eigentliche intellektuelle Leistung des analysierenden und integrierenden ärztlichen Denkens bleibt aber hinter diesen vordergründigen Formulierungen verborgen.

Abschließend möchte ich erwähnen, dass im Modellstudiengang Medizin der Universität Witten/Herdecke die Studierenden ab dem 1. Semester das Formulieren und Überprüfen von Arbeitshypothesen im Rahmen des Problemorientierten Lernens (POL) üben. Damit wird

auch die „Gesprächskultur“ gefördert, die für die „kollegiale Diskussion und Hilfestellung im Rahmen von Fallkonferenzen“ erforderlich ist, für welche sich Herr Schulze-Sturm zu Recht einsetzt.

Prof. Dr. Bernhart Schlüter
Vestische Kinder- und
Jugendklinik Datteln
Universität Witten/Herdecke
Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5
45711 Datteln

Red.: Christen

Stellungnahme / Abschlusskommentar zu den Anmerkungen von Prof. Schlüter zu o.g. Artikel

Es freut die Autoren, dass der Artikel die Aufmerksamkeit fand, die erhofft wurde.

Zuerst sind wir sehr dankbar, den Hinweis auf den redaktionellen Fehler in Tabelle 1 erhalten zu haben.

Es freut uns außerdem, dass das Plädoyer des Herrn Schlüter unser Anliegen noch einmal unterstreicht:

Kasuistiken zu publizieren und auch solche, bei denen durch nicht optimale Abläufe Fehlwege verursacht wurden.

Der Kommentar ergänzt lehrreich unsere Kasuistik.

Dr. med. Wolfgang Marg
Leitender Oberarzt
Pädiatrische Endokrinologie
und Diabetologie
Ernährungsmedizin
Stoffwechselerkrankungen
Prof. Hess Kinderklinik
Klinikum Bremen Mitte

WER HILFT WEITER?

Bundesweite Wegweiser für Eltern und Ärzte



Schwer heilbare Krankheiten!

Band 1:
Ein bundesweiter
Wegweiser über Eltern-
Selbsthilfegruppen.
4. überarb. Aufl. 2009/2010,
614 Seiten,
ISBN 978-3-7950-1912-9,
€ 24,80



Band 2: Rehabilitation!
Einrichtungen der
Vorsorge und Reha-
bilitation für Kinder
und Jugendliche
(Kinder-Rehaführer).
Ein bundesweiter
Wegweiser.

Behinderungen!
228 Seiten,
ISBN 978-3-7950-1911-2,
€ 19,80



Band 3:
(Sexuelle) Gewalt
gegen Kinder und
Jugendliche.
Ein bundesweiter
Wegweiser.

480 Seiten,
ISBN 978-3-7950-1908-2,
€ 19,80

**(Sexuelle) Gewalt
gegen Kinder!**

Erhältlich in Ihrer Buchhandlung oder direkt beim Verlag.

Verlag Schmidt-Römhild, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. 04 51/70 31-267, Fax 04 51/70 31-281
Internet: www.schmidt-roemhild.de, E-Mail: info@schmidt-roemhild.de



Impfforum

Made in Japan

Nur wenige Tage vor dem verheerenden Erdbeben am 11. März verbreitete sich global die Nachricht aus Japan, dass von den dortigen Gesundheitsbehörden die Zulassung von Prevnar® (7 Serotypen) und eines monovalenten Hib-Konjugatimpfstoffs (ActHib®) ausgesetzt wurde. Vorausgegangen waren binnen weniger Wochen Meldungen von 5 plötzlichen Todesfällen bei Kindern im Alter von 3–29 Monaten, die am Tag ihres Todes oder kurz zuvor den einen und/oder anderen der Impfstoffe erhalten hatten. Nach Angaben des Paul-Ehrlich-Instituts (www.pei.de) waren bei zwei Kindern kardiale Vorerkrankungen bekannt, ein weiteres Kind litt unter einem akuten Infekt der oberen Atemwege. Erste Ergebnisse einer Autopsie haben keine Todesursache ergeben, weitere Untersuchungen werden durchgeführt. Nach Ausschluss anderer Todesursachen wird man wohl von „plötzlichem Kindstod“ ausgehen müssen (Jorch et al., *Vaccine* 2007; 25:5707-16). Wenn auch ein Expertengremium des japanischen Gesundheitsministeriums am 8. März mitteilte, dass kein eindeutiger Kausalzusammenhang zwischen den Impfungen und dem Tod der Kinder festgestellt werden konnte, so bleibt doch der Makel an den Impfstoffen in der öffentlichen Wahrnehmung haften. Das Aussetzen der Verwendung der beiden Impfstoffe hat noch einen anderen Aspekt: Kinder, für die diese Impfungen

vorgesehen sind, bleiben (vorübergehend) ungeschützt und werden den jeweiligen Krankheitsrisiken ausgesetzt. Und dies, obwohl die beiden Impfstoffe weltweit seit Jahren bzw. Jahrzehnten x-millionenfach angewendet wurden und keine vergleichbaren Sicherheitsbedenken aufkamen. Entsprechend streng ging der US-amerikanische Vakzinologe und Pädiater Paul Offit (vielen bekannt durch seine Artikelserie in *Pediatrics* 2002 und 2003 zur Unbedenklichkeit von Antigenen und Begleitsubstanzen in Impfstoffen) mit den japanischen Behörden ins Gericht: Die Entscheidung, die Impfstoffe auch nur vorübergehend auszusetzen sei „a really poor assessment of where the risks lie.“ (M. Herper, *Forbes*, 7. März 2011).

Japans Reaktion betreffend „unerwünschter Ereignisse“ (so der Fachbegriff, so lange ein kausaler Zusammenhang zwischen Impfung und vermuteter Nebenwirkung nicht bewiesen ist) hat Tradition: 1974 wurden kurz hintereinander 2 Fälle von plötzlichem Kindstod (SIDS) in zeitlichem Zusammenhang mit Diphtherie-Pertussis (Ganzkeim)-Tetanus-Impfung gemeldet. Der Pertussisanteil der Kombinationsimpfung wurde für den Tod der beiden Kinder verantwortlich gemacht und die Pertussisimpfung deshalb in Japan für 2 Jahre ausgesetzt (man erinnert sich: auch in West-Deutschland sprach man damals von „Pertussis-Impfenzephalopathie“ und anderen „Neben-

wirkungen“). Eine massive Keuchhustenerpidemie war die unmittelbare Folge (Noble et al, *JAMA* 1987; 257:1351-6), sodass man die Pertussisimpfung mit dem Ganzkeimimpfstoff schon bald wieder in den Impfplan Japans aufnahm; um der Koinzidenz mit SIDS aus dem Weg zu gehen jedoch nur für Kinder ab dem Alter von 2 Jahren. 1981 wurde der Ganzkeimimpfstoff dann durch japanische azelluläre Pertussisvakzinen abgelöst, aber erst seit 1988 werden auch Säuglinge in Japan wieder gegen Pertussis geimpft. Hoffentlich wird die Pneumokokken-Konjugatimpfung in Japan schneller rehabilitiert.

Rotavirus Impfschutz dringend benötigt

Von Japan nach Afrika und wieder zurück nach Asien. Zwei umfangreiche Konsortien klinischer Forscher haben den pentavalenten oralen Rotavirus-Impfstoff (RV) in Entwicklungsländern in Phase-III-Studien auf seine Wirksamkeit geprüft (*Lancet* 2010; 376:606-14 und 615-23). In Ghana, Mali und Kenia erhielten 5468 HIV-negative Säuglinge im Alter von 6, 10 und 14 Wochen 3 Dosen RV oder Placebo. In der Nachbeobachtungszeit bis zum Alter von 21 Monaten wurden „schwere Gastroenteritiden“ (d.h. Vesikari Score ≥ 11 ; siehe *Scand J Infect Dis* 1990; 22:259-67) bei vollständig geimpften Säuglingen (ab 2 Wochen nach der 3. Dosis) mit einer Effektivität von 39,3% (95% VB: 19,1-54,7) verhindert. In Bangladesch und Vietnam wurden 2036 Säuglinge (HIV-Status unbekannt) unter den gleichen Studienbedingungen bezüglich Impfstoff, Alter, Anzahl Dosen, und klinischem Endpunkt rekrutiert. Hier betrug die Wirksamkeit des RV 48,3% (95% VB: 22,3-66,1), also statistisch nicht signifikant anders als in Afrika. Zur Erinnerung: In der westlichen Welt weist der gleiche Impfstoff eine Wirksamkeit von weit über 90% auf (Vesikari et al; *NEJM* 2006; 354:23-33). Enttäuschend? Ja und nein. Einerseits vielleicht ja, denn natürlich wünscht man sich möglichst hohe Schutzraten von jedem

Impfstoff. Wenn man aber die Voraussetzungen der Säuglinge in Entwicklungsländern bedenkt (Mangelernährung, Trinkwasserhygiene usw.) und die außerordentliche Morbidität und Mortalität von Rotavirus-Gastroenteritiden berücksichtigt, so ist selbst eine Reduktion der Krankheitslast von „nur“ 40–50% ein großer Schritt nach vorne – dort, wo der Impfschutz dringend benötigt wird. Deshalb empfiehlt (und unterstützt) die WHO die Rotavirus-Impfung für *alle* Säuglinge weltweit – insbesondere in Ländern, in denen mindestens 10% der Todesfälle bei Kindern unter 5 Jahren auf Durchfälle zurückzuführen sind (WHO; *MMWR* 2009;84:220-36).

Auch die STIKO verschließt vor RV nicht ihre Augen, wenn auch bislang ohne Empfehlung (*Epidem Bull* 2010;33:335).

Blaue, marmorierte Beine

Fall aus der Impfpraxis: Ein 2 Monate alter Säugling erhält seine ersten Impfungen (DTPa-IPV-HBV/Hib + Pneumokokken-Konjugat) in die beiden Oberschenkel. Am nächsten Morgen bemerkt die Mutter zahlreiche wenige mm große „blaue Flecken“, teils konfluierend, an beiden Oberschenkeln von den Leisten bis zu den Knien. Keine Rötung, Schwellung oder Bewegungseinschränkungen. Ansonsten ist das Kind klinisch gesund. Laborparameter wie Blutbild und Gerinnung sind im Normbereich. Binnen weniger Stunden (selten Tage) verschwinden die Makulae ohne Residuen. Kennen Sie dieses Phänomen? Dabei handelt es sich um das „Discolored Leg Syndrome“ (Kemmeren et al., *Eur J Pediatr* 2009; 168:43-50). Es tritt innerhalb von wenigen Stunden, vor allem nach der 1. und 2. Impfung im Säuglingsalter, auf und ist vermutlich eine vasomotorische Reaktion, allem Anschein nach von harmloser Natur und selbst limitierend. Man (er)kennt, was man weiß, und kann die verständlicherweise verunsicherten Eltern beruhigen.

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



Fehlende Alternativen belassen Köhler und Müller an der KBV-Spitze – Protestierer müssen Fakten zur Kenntnis nehmen!

Der Pulverdampf der KBV-Wahlen vom 11.03.2011 hat sich noch nicht vollständig verzogen, die Analyse, was da an diesem Freitag, den manche als „Schwarzen Freitag“ bezeichnen, hat begonnen. Alter gleich neuer Vorstand? Ganz so einfach sollte man es sich nicht machen und die Simplifizierung greift zu kurz. Gleichwohl Dr. Andreas Köhler und Dr. Carl-Heinz Müller wurden wieder gewählt und viele fragen sich warum, sind wütend, enttäuscht und machen ihren Ärger in unterschiedlichster Art und Weise Luft.

So wurde die KBV-Vertreterversammlung als undemokratisch beschimpft, Mitglieder, die für Köhler und Müller gestimmt haben, werden als Kollegoide, Verräter oder gar Bücklinge denunziert. Der Stil in manchen Foren wie Facharzt.de lässt zu wünschen übrig und ich vermisse oft den berufspolitischen Sachverstand hinter so mancher Äußerung.

Was also ist tatsächlich geschehen?

Zunächst einmal gab es für die Vertreter in der KBV-VV außer Köhler und Müller lange Zeit keine alternativen Kandidaten. Das verwundert, da die Neuwahl des KBV-Vorstands ja nicht unbekannt war. Als es dann Kandidaten gab, wurde zumindest für mich als Delegierter in der VV der KBV die Entscheidung nicht leichter. Inoffiziell warf zunächst Walter Plassmann, Vorstand der KV Hamburg, seinen Hut in den Ring. Jener Plassmann, der sich im Mai 2010 auf der KBV-Vertreterversammlung in Dresden so vehement gegen eine asymmetrische Verteilung des Honorarzuwachses 2011 zugunsten der bei der Honorarreform 2009 abgestraften KVen wie Nordrhein, Westfalen-Lippe, SH und RLP ausgesprochen hatte und der den Status quo, bei dem seine Region Hamburg gut weggekommen war, um jeden Preis erhalten wollte. Somit war Plassmann für viele, auch für mich, nicht wählbar und wurde bereits im Vorfeld zurückgenommen. Dann trat Dr. Werner Baumgärtner auf den Plan, jener machtbewusste Vorsitzende des MEDI-Verbunds Deutschland, der bereits zuvor nahezu jedes Amt innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung innegehabt hatte, bevor er schmollend bei MEDI ein neues Betätigungsfeld fand, das ihm die Durchsetzung partikularer Ärzteinteressen außerhalb des Kollektivvertragssystems ermöglichte. Dass Baumgärtner für Partikularinteressen steht und kein Freund der Kinder- und Jugendärzte ist, bewies und beweist er in seinem Stammland Baden-Württemberg, wo er gemeinsam mit dem Hausärzteverband einen hausarztzentrierten Versorgungsvertrag ohne Berücksichtigung der Pädiatrie gnadenlos durchsetzte, unter dem unsere dortigen Kollegen heute zu leiden haben und der das kollegiale Miteinander in BW stark beeinträchtigt. Dass ein solcher Mann als Vorstand der KBV die Ärzteschaft einen Würde, konnte und kann ich nicht glauben. Seinen als fachärztliches Pendant auftretenden

HNO-Präsidenten und Vorsitzenden des NAV-Virchowbundes Dr. Dirk Heinrich, ebenfalls Hamburg, hätte ich mir gut in einem dreiköpfigen Vorstand vorstellen können. Hier warf er jedoch seinen Hut nicht früh genug in den Ring. Was aber wesentlich schwerer wog, war seine offensichtliche Nähe zu Baumgärtner.

Also hatten wir keine reale Alternative!

Man mag sich nun fragen, warum das so ist. Vielleicht deshalb, weil die Ärzteschaft dazu neigt, ihre Führung beständig öffentlich zu desavouieren, ihr die Schuld an all dem zuzuschieben, was uns Ulla Schmidt und ihr Adlatus Franz Knieps durch geschickte Reformen des SGB V hinterlassen haben. Die vielzitierte Basis neigt dazu, „Kreuzige ihn“ zu rufen, weil die Zusammenhänge hochkompliziert sind und Leute wie Martin Grauduszus und seine Freie Ärzteschaft dies nutzen und im Trüben fischen. Warum wollte kaum jemand an die angeblich so hoch dotierte Spitze der KBV? Der Job scheint doch nicht so erstrebenswert zu sein, im Gegensatz zum GKV-Spitzenverband, der stets mit einer Stimme spricht. Aber dafür sind Köhler et al. ja angeblich in allen möglichen Vorständen von Asklepios bis zur Stadtsparkasse Köln. Schon merkwürdig das alles. Köhler hat es bestritten, aber semper aliquid haeret. Und welche Alternative bietet uns Ärzten Martin Grauduszus, der Präsident der „Freien Ärzteschaft“? Wer ihn bisher in Ärztekammer und KV Nordrhein erleben musste, weiß, dass er gerne viel Wind macht, vor dem man jedoch nur schlecht segeln kann. Nein, liebe Kolleginnen und Kollegen. Selbsternannte Retter mit Sendungsbewusstsein neigen stets zur Absolutierung ihrer Meinung. Die Ärzteschaft braucht nicht ideologisch verblendete Retter, sondern Arbeiter im Weinstock ihres Herrn.

Die Mehrheit der Kolleginnen und Kollegen in der KBV-VV will sich der Herausforderung stellen; sie mit bedrohenden Mails zu traktieren, zeugt von unterentwickeltem Demokratiebewusstsein und fehlender Reife.

Ein Neubeginn sieht anders aus!

Dr. Thomas Fischbach,
Solingen

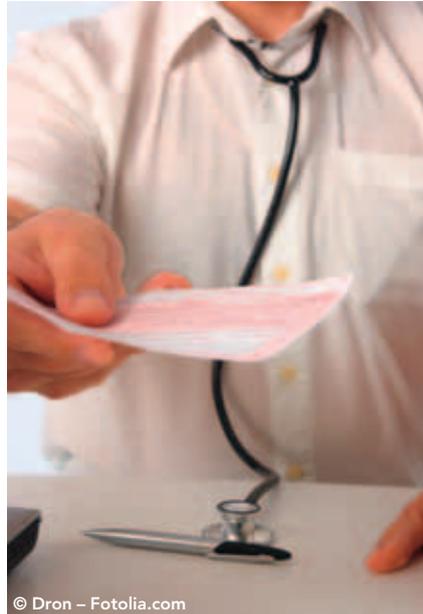
Red.: ge

Heilmitteltherapie in Tageseinrichtung ausnahmsweise möglich

Die vom G-BA am 20. 1. 2011 neu gefasste Heilmittelrichtlinie erlaubt – vorbehaltlich einer positiven Prüfung durch das BGM – nun auch die Durchführung einer Heilmitteltherapie bei Kindern und Jugendlichen außerhalb der Praxis des Heilmittelerbringers. Möglich ist dies jetzt bei Kindern Jugendlichen, die unter **dauerhaft behandlungsbedürftigen Schädigungen** leiden, und zwar **in einer auf Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung**. Dies gilt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres oder bis zum Abschluss einer schulischen Ausbildung. Einem weitergehenden Antrag der Patientenvertretungsorganisationen auf Streichung der Altersgrenze konnte der G-BA nicht zustimmen. Der Paragraph 11.2 der Heilmittelverordnung wurde dahingehend verändert:

§ 11,2 Die Verordnung der Heilmittel-erbringung außerhalb der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten ist nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist.

Die Behandlung in einer Einrichtung (z. B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs.



Ohne Verordnung eines Hausbesuchs ist die Behandlung außerhalb der Praxis des Therapeuten oder der Therapeutin ausnahmsweise für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung möglich, die ganztägig in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung untergebracht sind, soweit § 6 Abs. 2 (siehe unten) dem nicht entgegensteht.

Voraussetzung ist, dass sich aus der ärztlichen Begründung eine **besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen** sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt und **die Tageseinrichtung auf die Förderung dieses Personenkreises ausgerichtet ist** und die Behandlung in diesen Einrichtungen durchgeführt wird.

Weiterhin gilt aber unverändert § 6,2

Heilmittel dürfen bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich störungsbildspezifische pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung von Schädigungen geboten sind (insbesondere Leistungen nach dem Kapitel 7 des SGB IX). Sind solche Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Heilmittel nicht an deren Stelle verordnet werden. **Neben pädagogischen, heilpädagogischen oder sonderpädagogischen Maßnahmen dürfen Heilmittel nur bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser Maßnahmen verordnet werden.**

Heilmittel dürfen nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach §§ 30, 32 Nr. 1 SGB IX in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung vom 24. Juni 2003 als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.

Wolfgang Gempff

Verordnung von alkoholhaltigen Arzneimitteln bei Kindern erschwert

In seinem Beschluss vom 11. November 2010 verpflichtet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Arzneimittelhersteller in einem Warnhinweis auf die besondere Gefährdung durch alkoholhal-

tige Arzneimittel zur oralen Einnahme bei Kindern hinzuweisen.

Außerdem müssen die verordnenden Ärzte prüfen (und haben damit eine erhöhte Aufklärungspflicht), ob bei dieser Personen-

gruppe, zu der auch Schwangere, Epileptiker, Hirngeschädigte und Leberkranke gehören, nicht alkoholfreie Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Quelle:
[www.g-ba.de/
informationen/
beschluesse/
1229/](http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1229/)

ge

Korrektur

In der Beilage „Eine Auswahl der häufigsten pädiatrischen Diagnosen nach ICD-10-GM, Version 2011, unter Berücksichtigung der Allgemeinen Kodierrichtlinien (AKR) 2011“ aus der Märzangabe des Kinder- und Jugendarzt hat sich ein Fehler eingeschlichen.

Auf Seite 5 **unter Impfungen** muss es heißen: **Z24.1G FSME statt Z25.8G**

Wir bitten um Berücksichtigung dieser Korrektur.

Aufklärung bei minderjährigen Patienten

Die medizinische Behandlung erfordert die Einwilligung des Patienten bzw. bei minderjährigen Patienten der Sorgeberechtigten. Eine wirksame Einwilligung setzt eine wirksame Aufklärung voraus. Bei minderjährigen Patienten gilt, dass die Sorgeberechtigten, im Regelfall also die Eltern, aufzuklären sind und einwilligen müssen. Ab einem gewissen Alter und einer gewissen Reife ist daneben auch der Patient aufzuklären, wobei die Grenze in der Regel bei 14 bis 15 Jahren liegen dürfte.



Dr. Kyrill Makoski

Problematisch ist in der Praxis oft, dass nur ein Elternteil mit dem Patienten zum Arzt kommt und nur dieser Elternteil aufgeklärt werden kann.

Bei kleineren Routineeingriffen und Untersuchungen ohne besonderes Risiko wird normalerweise davon auszugehen sein, dass der abwesende Elternteil den anwesenden Elternteil bevollmächtigt hat, die Gesundheits-sorge für beide Eltern auszuüben.

Handelt es sich hingegen um größere Eingriffe oder ist mit der Behandlung ein besonderes Risiko verbunden, dann ist die ausdrückliche Einwilligung beider Elternteile erforderlich. Diese ist aber nicht immer einfach zu erlangen.

Für die kinderärztliche Praxis bedeutet ein aktuelles Urteil des **Bundesgerichtshofs** (Urt. v. 15.6.2010 - VI ZR 204/09) eine erhebliche Erleichterung. Der Entscheidung lag folgender Sachverhalt zu Grunde: Ein Kind sollte operiert werden. Der Operateur führte das Aufklärungsgespräch mit der Mutter, während der Vater zwar anwesend war, aber nicht an dem Gespräch teilnahm. Er hatte aber ein Aufklärungsformular erhalten und dieses unterschrieben. Der Anästhesist hatte die Mutter persönlich aufgeklärt. Mit dem Vater führte er ein ca. 15 Minuten dauerndes Telefongespräch, in dem er ihn über die Risiken der Anästhesie aufklärte. Zudem bestand der Anästhesist darauf, dass beide Eltern am Morgen der Opera-

tion anwesend waren, damit sie eventuell Fragen stellen und den Aufklärungsbogen unterzeichnen konnten. Der BGH hielt die telefonische Aufklärung zumindest bei einfachen Eingriffen für ausreichend, weil der Vater auch in einem Telefongespräch Fragen stellen konnte; zudem hätte der Vater auf einem persönlichen Gespräch bestehen können. Schließlich vergewisserte sich der Anästhesist vor der Operation persönlich bei den Eltern, dass diese über die Risiken Bescheid wussten und die Operation wollten.

Daraus folgt für die Praxis: Bei einfachen Eingriffen kann es ausreichen, wenn ein Elternteil telefonisch aufgeklärt wird. Zur Sicherheit sollte aber gefordert werden, dass beide Elternteile den Patienten zur Operation begleiten. Sind beide Elternteile in der Praxis, sollte das Gespräch auch mit beiden geführt werden; eine Ausnahme sollte nur dann gemacht werden, wenn ein Elternteil einen nachvollziehbaren Grund angibt (z.B. weil er auf das Kind aufpassen muss) und er dem anderen Elternteil (meist konkludent) die alleinige Gesprächsführung überlässt.

Dr. Kyrill Makoski

Der Autor ist Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht und arbeitet als Justitiar für den BVKJ

Red.: ReH



Mehr Sicherheit für Kinder im Straßenverkehr

mobit SICHER-RATGEBER
DAS VERKEHRSMAGAZIN

„Kinder im Straßenverkehr“
Tipps zur Vermeidung von
Kinderunfällen

Dr. Rita Bourauel

2. überarb. Auflage 2003,
144 Seiten,
ISBN 978-3-7950-0791-1

NUR € 9,90

SCHMIDT RÖMHILD DEUTSCHLANDS
ÄLTESTES VERLAGS-
UND DRUCKHAUS
SEIT 1579

AUS DEM INHALT:

<p>⚠ Welcher Kindersitz für mein Kind im Pkw?</p> <p>⚠ Schwanger: Noch ans Steuer?</p> <p>⚠ Warum sind Jungen im Straßenverkehr stärker gefährdet als Mädchen?</p> <p>⚠ Vorbereitung auf den Straßenverkehr: Was müssen Eltern wissen?</p>	<p>⚠ Spielraum Straße</p> <p>⚠ Wie schicke ich mein Kind zur Schule?</p> <p>⚠ Kinderbeförderung auf dem Fahrrad</p> <p>⚠ Welches Rad für mein Kind?</p> <p>⚠ Mehr als 100 Tipps zur Verkehrssicherheit</p>
--	---

Max Schmidt-Römhild KG · Mengstr. 16 · 23552 Lübeck · Tel. 04 51/70 31-267
Fax 70 31-281 · www.schmidt-roemhild.de · vertrieb@schmidt-roemhild.com

Neu! +++ Neu! +++ Neu! +++ Neu! +++ Neu!

Eltern-Selbsthilfegruppen Wer hilft weiter? 2009/2010 Ein bundesweiter Wegweiser

Was kommt nach einer Diagnose? An wen können sich Eltern wenden, wenn Ärzte bei ihrem Kind eine schwere Erkrankung, eine Behinderung, eine Entwicklungsauffälligkeit oder eine Verhaltensstörung feststellen? Und wo gibt es Zentren oder Forschungsschwerpunkte für Krankheiten im Kindes- und Jugendalter?

Antworten darauf bietet der neue **Kindernetzwerk-Wegweiser** über Eltern-Selbsthilfegruppen in Deutschland, der jetzt im Lübecker Verlag Schmidt-Römhild für die Jahre 2009 und 2010 neu herausgegeben worden ist. Das Standardwerk – mittlerweile in der 4. Auflage – listet einige tausend Adressen und Daten zu rund 200 Erkrankungen, Behinderungen und Problembereichen in der Pädiatrie auf. Das gerade auf die Bedürfnisse von Ärzten zugeschnittene über 600 Seiten starke Nachschlagewerk bietet interessante Daten von ADHS und Allergien bis hin zur Zöliakie und Zystennieren. Weiterführendes Wissen gibt es insbesondere auch zu vielen seltenen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter.

Für alle Ärzte stellt der Wegweiser eine wahre **Fundgrube** dar. Besonders profitieren von den darin enthaltenen Daten Kinder- und Jugendärzte, Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger sowie Pädiater und medizinisches Fachpersonal in Kinderkliniken, Sozialpädiatrischen Zentren oder Gesundheitsämtern. Adressaten des Buches sind aber auch Psychologen, Sozialarbeiter, Erzieher sowie Entscheidungsträger in Ministerien und Krankenkassen, die sich beruflich mit Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter beschäftigen.



Eltern-Selbsthilfegruppen 2009/2010
Ein bundesweiter Wegweiser
Band I der Kindernetzwerk-Reihe
WER HILFT WEITER?
4. überarbeitete Auflage
614 Seiten, kartoniert, DIN A5
ISBN 978-3-7950-1912-9, € 24,80

Ausserdem sind in der Reihe folgende bundesweite Wegweiser erschienen:
Bd. II: Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche,
ISBN 978-3-7950-1911-2, € 19,80
Bd. III: (Sexuelle) Gewalt gegen Kinder und Jugendliche,
ISBN 978-3-7950-1908-2, € 19,80

Erhältlich in Ihrer Buchhandlung oder direkt beim Verlag.
SCHMIDT RÖMHILD
Verlag Schmidt-Römhild, Mengstr. 16,
23552 Lübeck, Tel. 0451/70 31 267,
Fax 0451/70 31 281,
e-mail: vertrieb@schmidt-roemhild.com
Intenet: www.schmidt-roemhild.de

Kostenübernahme für Medikamente bei „Off-Label-Use“ – am Beispiel von ADHS

Kinder- und Jugendärzte stehen oft vor dem Problem, dass eine bestimmte Medikation arzneimittelrechtlich nur für die Anwendung bei Erwachsenen, nicht jedoch bei Kindern zugelassen ist. Dies ist ein häufiges Anwendungsgebiet für den so genannten *Off-Label-Use* (OLU). Dieser kann aber auch in der umgekehrten Konstellation auftreten, nämlich bei einem Medikament, das grundsätzlich nur für Kinder und Jugendliche zugelassen ist, nun aber bei (jungen) Erwachsenen angewendet werden soll; ein methylphenidathaltiges Medikament für die ADHS-Behandlung hat insoweit unlängst die Gerichte beschäftigt. In beiden Fällen sollten Kinder- und Jugendärzte die Grundsätze des OLU kennen, um Arzneimittelregresse zu vermeiden.

Grundsätze des „Off-Label-Use“

Grundsätzlich besteht eine Parallelität von arzneimittelrechtlicher Zulassung und dem Leistungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dies bedeutet, dass grundsätzlich eine Erstattungspflicht der Gesetzlichen Krankenkasse nur dann besteht, wenn das Arzneimittel auch im Rahmen seiner Zulassung angewendet werden darf. Soll ein Medikament hingegen außerhalb seiner Zulassung verordnet werden, also OLU stattfinden, so besteht eine Erstattungspflicht der Gesetzlichen Krankenkassen nur unter besonderen Voraussetzungen. In der so genannten *Sandoglobulin*-Entscheidung hat das **Bundessozialgericht** (BSG) (Urteil vom 19. März 2002 – B 1 KR 37/00 R) die Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Krankenkassen im Falle eines OLU festgeschrieben. Es sind dies:

- die Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung,
- keine andere Therapie darf verfügbar sein und
- die Aussicht auf einen Behandlungserfolg muss bestehen.

Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, so ist die Verordnung des Medikaments unwirtschaftlich im Sinne des SGB V und kann der verordnende Arzt einem Arzneimittelregress ausgesetzt sein.

Entwicklung der Rechtsprechung

Mittlerweile sind weitere Urteile ergangen, die die vorgenannten Voraussetzungen konkretisiert haben.

So ging es im Urteil des BSG vom 30. Juni 2009 – B 1 KR 5/09 um einen 20-jährigen Patienten, der seit seiner Kindheit an ADHS litt und seit seinem 19. Lebensjahr mit einem methylphenidathaltigen Arzneimittel therapiert wurde. Er begehrte von seiner Krankenkasse die Kostenübernahme für die Verordnung des Arzneimittels, obwohl dieses nur für die Anwendung bei U-18-Patienten zugelassen war. Zwar hat das Gericht in diesem Fall im Ergebnis eine Kostenübernahme abgelehnt, denn es

fehlte an der notwendigen Erfolgsaussicht der Behandlung mangels entsprechender Forschungsergebnisse. Aber das Gericht erkannte eine Erweiterung des OLU beim Einsatz von methylphenidathaltigen Medikamenten bei jungen Erwachsenen dem Grunde nach an. Dies sei möglich, sofern ein **identisches Nutzen- und Gefahrenpotential** oder aber sogar ein **geringeres Schutzbedürfnis** vorliege. Eine Anpassung komme insbesondere dann in Betracht, wenn der Versicherte in der Zeit unmittelbar vor der Vollendung des 18. Lebensjahres mit einem nur für Kinder oder Jugendliche zugelassenen Arzneimittel indikationsbezogen versorgt wurde und er nach Erreichen des 18. Lebensjahres an der selben Krankheit leide, die auch nach einem solchen „Stichtag“ auf andere Weise nicht angemessen behandelt werden könne. Sollte das Nutzen- und Gefahrenpotential beim Fortgebrauch auch bei Überschreiten der Schwelle zur Volljährigkeit im Wesentlichen gleich geblieben sein, bedürfe es jedenfalls einer besonderen Rechtfertigung, die nahtlose Weiterversorgung des Betroffenen mit dem begehrten Mittel abzulehnen.

Fazit

Besteht bereits vor Erreichen der Volljährigkeit ein diagnostiziertes ADHS, welches bisher erfolgreich mit methylphenidathaltigen Medikamenten therapiert wurde, so ergibt sich ab diesem Stichtag regelmäßig kein höheres Gefahrenpotential durch die Weiterverordnung des Medikaments. Dies hat das BSG erkannt und für diese Fälle die Voraussetzungen des OLU modifiziert. Dem folgend haben die ersten sozialgerichtlichen Entscheidungen konsequent auch eine Erstattungspflicht der Gesetzlichen Krankenkassen bei Verordnung dieser Medikamente bejaht.

Das Risiko eines Regresses im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung ist vor diesem Hintergrund deutlich reduziert. Zum vollständigen Ausschluss dieses Risikos für den verordnenden Arzt ist diesem zu empfehlen, vor der Verordnung bei der jeweiligen Krankenkasse eine Information über die Kostenübernahme unter Verweis auf die oben genannten Entscheidungen einzuholen.

Die Einholung einer solchen Erkundigung ist ebenso ratsam bei einer Verordnung eines nur für Erwachsene zugelassenen Medikaments an Kinder.

Die Auskunft der Krankenkasse bezieht sich jedoch lediglich auf die Kostenübernahme; die Frage einer etwaigen arzneimittelrechtlichen Haftung ist dadurch nicht beantwortet.

Dr. Andreas Meschke (Fachanwalt für Medizinrecht)

Dr. Eva Maria Rütz, LL.M. (Medizinrecht)

Die Autoren arbeiten als Justitiare für den BVKJ

Red.: ReH



Dr. Andreas
Meschke

Dr. Eva Maria
Rütz

Patientenrechtegesetz kommt noch in diesem Jahr

Auf einer Veranstaltung im Bundesgesundheitsministerium am 15.3.2011 in Berlin mit dem Titel „Der souveräne Patient“ bekräftigte Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler den Willen der Bundesregierung, noch in diesem Jahr ein „Patientenrechtegesetz“ durch den Bundestag zu bringen. Die Eckpunkte des Gesetzes sollen bis Ende März auf dem Tisch liegen, damit die betroffenen Akteure im Gesundheitswesen genügend Zeit finden, Einwände und Vorschläge in den Gesetzgebungsprozess einzubringen. Das Patientenrechtegesetz soll laut Rösler nicht nur bereits bestehende Regelungen bündeln, sondern auch eine Stärkung der rechtlichen Position von Patienten nach sich ziehen. Beispielhaft für die Wichtigkeit der Gesetzesinitiative nannte er die Probleme von Müttern, ihren Anspruch auf Mutter-Kind-Kuren bei den Kostenträgern geltend zu machen, was unter anderem auf unzureichende Information über ihre Rechte zurückzuführen sei.

Gerd Billen, Vorstand von Verbraucherzentrale Bundesverband, befürwortete die Einführung des Patientenrechtegesetzes und belegte seinen Standpunkt mit Erfahrungen im Beratungsgeschäft seiner Organisation: So fühlten sich Allgemeinärztpatienten in Bayern von ihren Ärzten zum Kassenwechsel in die AOK genötigt, damit der Arzt sie dann in den Hausarztvertrag mit dem „Deutschen Hausärzterverband“ einschreiben könnte. Hier mutierten Ärzte zu Versicherungsvertretern, so Billen.

Haustürgeschäft IGEL-Leistung?

Sehr kritisch äußerte sich Billen auch zum Anwachsen des Geschäftes mit „Individuellen Gesundheitsleistungen“. Diese Leistungen entspräche häufig nicht den entsprechenden Vorschriften, so erhielten die Patienten oft weder einen Behandlungsvertrag noch eine Rechnung, das Geschäftsgebahren mancher Ärzte unterschiede sich hier kaum noch von Haustürgeschäften, sodass das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten zwangsläufig Schaden nehme.

Defizite sieht Billen auch weiterhin im Umgang mit ärztlichen Fehlern. Ulrich Weigelt, Präsident des Deutschen Hausärzterverbandes, entgegnete, dass gerade in diesem Bereich in den letzten Jahren große Verbesserungen eingetreten seien: So existieren mittlerweile bei praktisch allen Ärztekammern Schlichtungsstellen für Arzthaftpflichtfragen, an die sich Patienten beim Verdacht auf Behandlungsfehler wenden könnten. Besondere Bedeutung komme außerdem dem Projekt „www.jeder-fehler-zählt.de“, das die Besonderheit biete, dass Ärzte sich hier im gegenseitigen Interesse auch über Fehler austauschten, die nicht zu einer Schädigung von Patienten führten, aber potentiell dazu geeignet seien (der Ausschuss Qualitätsmanagement des BVKJ hat mit „CIRS Pädiatrie“ ein ähnliches Internetforum für Kinder- und Jugendärzte geschaffen).

Der Bundestagsabgeordnete Wolfgang Zöllner, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, berichtete, über große Probleme mit den Rabattverträgen der Krankenkassen mit der pharmazeutischen Industrie, die dazu führten, dass den Bürgern gewohnte



© Christine Ball

Arzneimittel nicht mehr ohne Weiteres zur Verfügung stehen. Auch die im Rahmen der letzten Gesundheitsreform eingeführten Zusatzbeiträge stießen auf großen Unmut.

Warum wechseln Versicherte die Krankenkasse?

Laut Hermann-Josef Tenhagen von Stiftung Warentest wählen viele Versicherte sehr wohl ihre Krankenkasse aufgrund besonderer Leistungen (z. B. Zusatzleistungen für junge Familien oder Reiseimpfungen) ihre gesetzliche Krankenkasse aus. Dem widersprach der Vorstand des AOK-Bundesverbandes Jürgen Graalman energisch. Da es keinen echten Leistungswettbewerb zwischen den Kassen gebe, sei es eindeutig der Zusatzbeitrag, der heute über den Verbleib in einer Krankenkasse oder den Wechsel zum „Wettbewerber“ entscheide. Dabei habe jede Krankenkasse das Problem, Mittler zwischen den Versicherten – die immer das Gefühl hätten, zuviel zu zahlen – und den Kranken sein zu müssen, für welche die Höhe des Kassenbeitrages völlig irrelevant sei.

Was bringt die Patientenquittung?

Gesundheitsminister Rösler befürwortete die quartalsweise Erstellung einer Übersicht über die erbrachten Leistungen. Dem hielt die Ulrich Weigelt entgegen, dass bei einem entsprechenden Modellversuch einer Krankenkasse lediglich zwei Prozent der Versicherten die Möglichkeit genutzt hätten, eine solche Quittung anzufordern. Im übrigen hielte sich der Informationswert einer Abrechnung in Grenzen, die dem Patienten zwar mitteile, dass sein Arzt für einen Hausbesuch 180 Punkte erhalten habe, wenn erst nach einem halben Jahr klar sei, was dies in Euro bedeute. Jürgen Graalman sekundierte, dass selbst Privatversicherte in der Regel nichts mit ihren Arztrechnungen anzufangen wüssten und sich nur in Ausnahmefällen zu kritischen Nachfragen aufraffen.

Überschätzte Arztbewertungsportale

Für Unmut in der deutschen Ärzteschaft sorgten die in den letzten Jahren von einigen kommerziellen Anbietern – aber auch von der AOK – eingerichtete Ärzteportale. Jürgen Gaalman verteidigte das Projekt seines Hauses und verwies darauf, dass hier keine freie Beschreibung der Leistungen von Ärzten möglich sei und es in jedem Fall nicht um Ergebnisqualität, sondern um Parameter wie Praxisorganisation, Freundlichkeit des Personals etc. gehe. Außerdem werde eine Arztpraxis erst nach dem Eingang von mindestens 10 Bewertungen aufgenommen. Diese seien natürlich subjektiv, wären in ihrer Gesamtheit aber sehr wohl in der Lage, ein objektives Gesamtbild abzugeben. Im Übrigen strebe man kein reines AOK-Portal an, sondern bemühe sich um die Beteiligung anderer Krankenkassen, ganz aktuell habe sich die Barmer GEK dem Projekt angeschlossen.

Herr Weigeldt merkte an, dass gerade bei der Auswahl von Haus- und Kinderärzten Arztbewertungsportale keine große Bedeutung zukommen werde. Auf dem Lande, wo oft nur noch einzelne Ärzte die Versorgung aufrechterhielten, helfe der Blick in ein Bewertungsportal den Versicherten mangels Alternativen ohnehin nicht weiter.

Nur der informierte Patient ist ein souveräner Patient

Abschließend fasste Patientenbeauftragter Wolfgang Zöllner die Gründe für ein Patientenrechtegesetz zusammen: Patienten hätten oft das Gefühl, Bittsteller zu sein und fühlten sich ohnmächtig in dem für sie intransparenten Gesundheitssystem. Deshalb möchte die Bunderegierung dafür sorgen, dass sie als selbstbewusster Partner handeln können und Patientenberatung als Regelleistung etablieren. Das Gesetz stärke die Souveränität und Rechte der Patienten. Damit solle man dafür sorgen, dass das Gesundheitssystem wieder als gerecht empfunden werde. Bedeutend sei außerdem, dass das vorhandene Informations- und Transparenzdefizit beseitigt werde. „Denn nur der informierte Patient ist ein souveräner Patient.“, so Zöllner. Es bleibt zu hoffen, dass das Gesetz diesen hohen Ansprüchen gerecht wird.

Stephan Eßer
Hauptgeschäftsführer des BVKJ

Red.:ge



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Rheinland-Pfalz

Gemäß der Wahlordnung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. findet im **Mai 2011** die Wahl des/r Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter/innen, der Delegierten, der Ersatz-Delegierten, der Beisitzer/innen sowie des/r Schatzmeisters/in statt.

Die Wahl wird durchgeführt am

Samstag, 14. Mai 2011, 17.30 Uhr, in der Fachhochschule Worms, Erenburgerstr. 19, 67549 Worms

auf der Mitgliederversammlung des Landesverbandes im Rahmen der Veranstaltung „Pädiatrie zum Anfassen“, zu der zu gegebener Zeit schriftlich eingeladen wird.

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

Dr. Lothar Maurer – Landesverbandsvorsitzender



Wahlaufruf für den Landesverband Brandenburg

Termingerecht findet vom **16.05.2011 bis 06.06.2011** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer, des Schatzmeisters sowie der zusätzlichen Delegierten und Ersatzdelegierten statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **06.06.2011** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dipl.-Med. Detlef Reichel, Prenzlau – Landesverbandsvorsitzender

Sexuelle Gesundheit von Jugendlichen

Europäische Empfehlungen zur Rolle der ambulant tätigen Pädiater

European Academy of Paediatrics (EAP) Brüssel 2009

Jugendliche werden in allen EU-Ländern, in denen Pädiater in der Grundversorgung („primary care“) arbeiten, auch von diesen medizinisch betreut. Die Arbeitsgruppe „Adolescent Medicine“ der „European Academy of Paediatrics“ (EAP) wurde auf deutsche Initiative gegründet und wird von Elke Jäger-Roman geleitet. Sie hat unter den Delegierten der EAP eine Umfrage durchgeführt und danach gefragt, ob die „primary care“ Pädiater ihre Patienten sexual-medizinisch betreuen und ob sie Jugendliche zur sexuellen Gesundheit beraten. Etwa die Hälfte der Antworten zeugte von großer Unsicherheit beziehungsweise viele pädiatrische Kolleginnen und Kollegen gaben an, dass sie in ihrem Land für Fragen im Zusammenhang mit der Sexualität der Jugendlichen nicht zuständig seien.

Die Arbeitsgemeinschaft hat deshalb für Europa die folgenden Empfehlungen erarbeitet, um die ambulant tätigen Pädiater zu motivieren, Kompetenz in Fragen der sexuellen Gesundheit von Jugendlichen zu entwickeln und die sexuelle Gesundheit beratend zu fördern.

- Pädiater kennen und beachten die Rechte der Jugendlichen. Sexualität ist ein integraler Bestandteil der Persönlichkeitsentwicklung eines jeden Menschen. Jugendliche haben ein Anrecht auf sexuelle Aufklärung, Beratung und auf Zugang zu hochwertigen Gesundheitsdiensten. Kinder und Jugendliche sind vor jeder Form von Gewalt zu schützen.
- Alle Pädiater sollten sich mehr mit der sexuellen Gesundheit von Jugendlichen befassen, sowohl hinsichtlich ihrer medizinischen Kompetenz als auch im täglichen Umgang mit akut und chronisch kranken Jugendlichen in Praxis und Krankenhaus.
- Pädiater stellen sich feinfühlig auf die spezifischen Probleme von jugendlichen Mädchen und Jungen ein – das heißt, sie kommunizieren in altersangemessener Sprache mit den Jugendlichen über Freundschaften, Gefühle, gesundes Verhalten und sexuelle Belange, um gesundes Verhalten zu fördern. Pädiater verfügen über Kenntnisse und Fertigkeiten zu Diagnostik und Therapie der gynäkologischen und andrologischen Erkrankungen im Jugendalter.
- Pädiater untersuchen bei Vorsorgen routinemäßig die Genitalien von Jungen und Mädchen. Sie nehmen Rücksicht auf die Privatsphäre, kulturelle und religiöse Vorbehalte.
- Pädiater unterstützen den adäquaten und ungehinderten Zugang zu Antikonzeptiva einschließlich der Notfallkontrazeption (Pille danach). Es ist nachgewiesen, dass dadurch frühzeitige sexuelle Aktivitäten nicht gefördert werden. Gute Kenntnisse von Jugendlichen über sexuelle Gesundheit und ungehinderter Zugang zu Antikonzeptiva verhindern Teenagerschwangerschaften und sexuell übertragbare Infektionen.
- Pädiater versorgen und beraten Jugendliche in einer jugendfreundlichen Atmosphäre. Darunter wird unter anderem verstanden: adäquate ungestörte Räumlichkeiten, Jugend-Sprechstunden, altersgerechte Kommunikation durch das gesamte Team, keine Bewertungen, Moralpredigten.
- Pädiater unterstützen und fördern Sexuaufklärung in den Settings Schule, Jugendzentren und Arztpraxen. Die Mitarbeit in Netzwerken der Jugendarbeit kann beim Aufbau von Beratungsangeboten helfen. Verfügbares Informationsmaterial und Hinweise zu entsprechenden Webseiten zur Sexuaufklärung können in Arztpraxen verwendet und angepasst werden.
- Zur bestmöglichen Betreuung von heranwachsenden Mädchen ist die enge Kooperation zwischen Gynäkologen/innen und Pädiatern unabdingbar. Pädiater werden je nach Verfügbarkeit an Fachkollegen weiter überweisen, die auf Kinder- und Jugendgynäkologie spezialisiert sind.
- Die Zusammenarbeit zwischen Gynäkologen/innen und Pädiatern hat zum Ziel: Verbesserung der Fortbildung, Zusammenarbeit und eine qualitativ hochwertige Versorgung von Mädchen in der Adoleszenz. Dazu gibt es in vielen Ländern Gesellschaften/Arbeitsgemeinschaften, deren fortlaufende Angebote bei der kontinuierlichen ärztlichen Fortbildung angerechnet werden.
- Pädiater nehmen adoleszente Jungen und junge Männern ernst, beraten und versorgen sie bei ihren Problemen und andrologischen Erkrankungen mit Feingefühl. Spezielle Aufklärungsarbeit mit Jungen kann dazu beitragen, das männliche Verhalten in Richtung safer sex und verantwortungsvollen Umgang mit der Sexualität zu beeinflussen.

Dr. Elke Jäger-Roman, Berlin
Deutsche Delegierte bei der EAP,
Chair Adolescent Health Care Group

Dr. Gottfried Huss, Rheinfelden
Chair Primary Care Council EAP

Red.:ge

Der Gänsehaut-Effekt Über die Wirkung von Theater auf Kinder

Aschenbrödel

© Sebastian Hoppe

Ein Theaterbesuch kann in uns hineinfahren wie ein Blitz. Er kann uns zu Tränen rühren, zum Lachen und zu heiterer Ausgelassenheit verführen, uns an andere Orte, in andere Zeiten und in andere Menschen hinein versetzen.

Wie ist das möglich?

Das Theater ist eine hochkomplexe Medizin für die Gefühle. Worte allein erreichen unser Bewusstsein, aber das Zusammenspiel von Bild, Musik, Wort und Spiel trifft uns ganz unmittelbar, ins Herz, in die Seele.

Was geht da in einem Menschen vor?

Die Wissenschaft ist von der Beantwortung dieser Frage noch weit entfernt. Sie kann noch nachvollziehen, wie Bilder und Töne durch Auge und Ohr ans Gehirn weitergeleitet werden, aber dann verliert sich die Spur der emotionalen Wirkung von Theater. Und doch, so haben

Hirnforscher herausgefunden, sind fast alle Teile des Gehirns an der Verarbeitung eines Theatererlebnisses beteiligt.

Wenn sich der „Vorhang hebt“, das Theaterstück beginnt, sucht das Gehirn in den Worten, Bildern und Tönen ihre emotionale Bedeutung.

Aber wozu ist das gut? Wieso gerät unser Gefühlsleben durch eine Theateraufführung in Wallung?

Die Hirnforschung sagt: Jeder Mensch hat Ziele, biologisch oder kulturell vorgegebene. Gefühle sind ein Mittel, unseren Körper auf den richtigen Weg zu bringen. Verliebtheit fördert Fortpflanzung, Angst mobilisiert den Fluchtreflex. Aber was hat Theater damit zu tun? Ob wir ein Stück sehen oder nicht, hat wenig Auswirkung auf den Lauf der Welt. Wenn Theater Gefühle hervorruft, dann nur, weil wir das Theater mit der erlebten Wirklichkeit assoziativ in Verbindung bringen. Da-

durch kann sich auch unser Blick auf Wirklichkeit verändern; und damit kann ein Theaterbesuch sehr wohl Auswirkungen auf den Lauf der Welt haben...

Dabei hat die Wissenschaft mehrere Mechanismen festgestellt:

Bilder, Rhythmus und Töne fahren direkt in den Hirnstamm, den ältesten Teil unseres Denkkorgans, das Reptiliengehirn. Dieses reagiert auf Theater mit seinen fest verdrahteten Schaltkreisen, ohne das Bewusstsein um Erlaubnis zu fragen. Das Gehirn wird gleichzeitig auf „stand by“ geschaltet UND in hohe Aktivität versetzt, weil die Geschichte entschlüsselt und verstanden werden will. Wir verbinden die erzeugten Gefühle im Theater mit der Situation, in der wir diese Gefühle in unserem eigenen Leben erlebt haben.

Hier kommen wir zur Bedeutung der kulturellen Bildung. Wer in seiner Kindheit viele aufregende Theaterbesuche erleben durfte, der bringt allein schon beim Betreten eines



Stefan Fischer-Fels

Theater auf Rezept: das Düsseldorf Kultur-Projekt des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) läuft mit Förderung der Siemens-Betriebskrankenkasse SBK bundesweit.

Mitmach-Infos auf Anfrage: theateraufrezept@gmx.de



Demian

© Sebastian Hoppe

Theaters Erinnerungen und Gefühle mit. Anders gesagt: Die Wissenschaft bestätigt uns, was wir schon immer vermutet haben: wer als Kind viel in GUTEM Theater war, der schüttet schon Glücksgefühle aus, wenn er im Theater nur Platz nimmt, er ist schon glücklich, bevor die erste Szene gespielt ist!

Schauspieler stecken uns mit ihren Gefühlen an. Dafür ist unsere Fähigkeit zur Empathie – die edelste Fähigkeit des Menschen – verantwortlich, die man nirgends so vollendet erlernen kann wie im Theater.

Theater spielt mit unseren Erwartungen. Weil sie IN DER ZEIT abläuft, spekuliert das Gehirn ständig darüber, wie es wohl weitergeht, und



Rico, Oskar und die Tieferschatten

© Sebastian Hoppe

daran hat es einen ungeheuren Spaß. Die korrekte Vorhersage der unmittelbaren Zukunft war für unsere Vorfahren überlebenswichtig und der Mensch entwickelte einen regelrechten „Zukunftssinn“. Ein Wissenschaftler nennt das „sweet anticipation“. Das Theater kitzelt diesen Sinn, schafft einen im Gegensatz zur bösen Wirklichkeit gefahrenfreien Raum, in dem wir ihn spielerisch schärfen können. Trifft die Vorhersage ein, gibt es eine Extraportion Dopamin fürs Belohnungszentrum. Wird allerdings JEDE Erwartung erfüllt, dann ist das, wie wenn man sich allein von Süßigkeiten ernährt. Manchem mag das genug sein, TheaterKENNER bevorzugen eine ausgewogene Diät aus Erwartbarem und Überraschendem.

Fast alle dieser Faktoren, die Theater emotional wirken lassen, sind erlernt, sind an die jeweilige Kultur gebunden und an persönliche Erfahrungen. Ob einem beim Theaterbesuch eine Gänsehaut den Rücken runter läuft oder nur ein müdes Gähnen entlockt wird, hat viel mit der Qualität der Aufführung, aber auch sehr viel mit der Frage zu tun, ob das Kind die Rolle des Zuschauers erlernen konnte oder nicht.

Theatermacher haben einen Handwerkskasten mit Erfahrungswissen, wie man Gefühle erzeugt. Das ist ihr Job. Theatermacher sind

Gefühlsforscher. Man könnte sie auch als Ingenieure, als Architekten von Emotionen bezeichnen.

Und doch bleibt jede Theateraufführung eine Medizin, die bei jedem unterschiedlich wirkt. Der eine ist verstört, weil er die Geschichte selbst erlebt hat, der nächste ist empört, weil er sie ANDERS kennt, der dritte begeistert, weil er sie früher schon einmal gesehen hat, der vierte fasziniert, weil er sie zum ersten Mal erleben durfte. Eins aber scheint nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen unbestritten: Theater wirkt. Besonders bei Kindern. Für immer.

Stefan Fischer-Fels

Unser Autor ist Vorstand der Internationalen Vereinigung der Kinder- und Jugendtheater (ASSITEJ), derzeit künstlerischer Leiter des Jungen Schauspiels Düsseldorf, ab der nächsten Spielzeit neuer künstlerischer Leiter des GRIPS Theater Berlin und Mitbegründer des „Theater auf Rezept“-Projekts.

Red.: ReH

Fortbildungstermine des BVKJ

April 2011

29.–30. April 2011

9. Pädiatrie à la carte des LV Westfalen-Lippe

des bvkJ e.V., Bielefeld

Auskunft: Dr. med. Uwe Büsching, Dr. med. Marcus Heidemann, Bielefeld, Tel. 0521/85342, Fax 0521/83021 ④

Mai 2011

14. Mai 2011

24. Fortbildungsveranstaltung mit praktischen Übungen

der LV Rheinland-Pfalz und Saarland im bvkJ e.V., Worms

Auskunft: Prof. Dr. Heino Skopnik, Kinderklinik Stadt Krankenhaus GmbH, Gabriel-von-Seidl-Str. 81, 67550 Worms, Tel. 06241/501 3600, Fax 06241/501 3699 ①

18.–20. Mai 2011

Chefarzttagung – Seminar für Klinikärzte

des bvkJ e.V., Altötting

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

21. Mai 2011

1. Hebammen- u. Pädiaterkongress NRW Oberhausen

Auskunft: Dr. Antonio Pizzulli, 50679 Köln, Tel. 0221/813281, Fax 0221/818089; Dr. med. Thomas Fischbach, 42719 Solingen, Fax 0212/315364 ④

21.–22. Mai 2011

21. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., LV Thüringen, Erfurt

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

Juni 2011

17.–19. Juni 2011

41. Kinder- und Jugendärztetag 2011

des bvkJ e.V., Berlin

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

18.–19. Juni 2011

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

des bvkJ e.V., Berlin

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

Juli 2011

9.–10. Juli 2011

Pädiatrie zum Anfassen

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

Auskunft: Dr. Andreas Scheffzek, Friedrich Ebert-Anlage 23a, 69126 Heidelberg, Tel. 06221/23404, Fax: 06221/21506 ②

August 2011

27. August 2011

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkJ e.V., Dresden

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

September 2011

2.–3. September 2011

14. Seminartagung des LV Hessen

des bvkJ e.V., LV Hessen, Bad Nauheim

Auskunft: Dr. Josef Geisz, Bahnhofstr. 24, 35576 Wetzlar, Tel. 06441/42051, Fax 06441/42949 ①

10.–11. September 2011

Pädiatrie zum Anfassen

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

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

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

Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Tel. 04531/3512, Fax 04531/12397

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

Oktober 2011

8.–12. Oktober 2011

39. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkJ e.V., Bad Orb

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

November 2011

5.–11. November 2011

Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvkJ e.V., Verden

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

12.–13. November 2011

Praxisabgabe-Seminar

des bvkJ e.V., Friedewald

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-10, Fax: 0221/683204

19.–20. November 2011

9. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., LV Bayern, 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

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

● Tagungen und Seminare

April 2011

30. April 2011, Bad Kreuznach
 14. Bad Kreuznacher Tagung „Psychosoziale Rehabilitation in der Pädiatrie“
 Info: www.viktoriastift.de

Mai 2011

26.–28. Mai 2011, Mannheim
 37. Jahrestagung der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin
 Info: www.gnpi.de

31. Mai–1. Juni 2011, Heidelberg
 58. Tagung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie: Nachsorge – Sorge danach. Spätfolgen und Versorgungsangebote
 Info: www.kinderkrebsinfo.de

● Praxistafel

Überdurchschnittliche, moderne **Kinderarztpraxis in Hagen-Hohenlimburg** 2011 für 20000 Euro abzugeben.
 Tel. 02334/51199, Mobil: 0170/4011587



Die Rehabilitationsklinik Werscherberg ist eine Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung nach § 107 SGB V. Sie verfügt über 81 Betten und behandelt Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Wir suchen eine/einen

Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendmedizin

mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 25–30 Stunden. Alternativ kann diese Stelle auch eine Fachärztin/ein Facharzt für Allgemeinmedizin mit Erfahrungen in stationärer Rehabilitation bzw. mit der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin antreten.

Die Stelle umfasst die ärztliche Versorgung der Patienten, Information und Beratung von Begleitpersonen, Teilnahme an Teambesprechungen, die Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten und die Erstellung von Entlassungsberichten.

Sie erwartet ein angenehmes Arbeitsumfeld in einem engagierten interdisziplinären Team mit langjähriger Kompetenz in der Behandlung von Kommunikationsstörungen. Die Vergütung erfolgt nach Vereinbarung.

Telefonische Auskünfte erteilt Ihnen gerne Fr. Dr. Schröder unter Tel. 05402/406-120 od. 122. Ihre Bewerbung richten Sie bitte an die

**Rehabilitationsklinik Werscherberg, Klinikleitung,
 Am Werscher Berg 3, 49143 Bissendorf.**

Juni 2011

2.–4. Juni 2011, Osnabrück
 35. Fortbildungstagung: Das Bobath-Konzept – konkret –
 Info: www.bobath-vereinigung.de

24.–25. Juni 2011, Berlin
 Immunologische Summer School 2011
 Info: www.charite-ppi.de/ unter „Veranstaltungen“

Juli 2011

8.–10. Juli 2011, Fraueninsel/Chiemsee
 25. Vogtareuther Epilepsieseminar,
 15. Vogtareuther Epilepsie-Workshop,
 6. Vogtareuther Neurorehabilitationsseminar
 Info: E-Mail: iarbinger@schoen-kliniken.de

9.–10. Juli 2011, Wangen/Allgäu
 Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer Block 1
 Info: Dr. med. T. Spindler, Tel. 07522/7971211 oder www.aabw.de

23.–24. Juli 2011, Wangen/Allgäu
 Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer Block 2
 Info: Dr. med. T. Spindler, Tel. 07522/7971211 oder www.aabw.de

August 2011

26.–27. August 2011, Berlin
 Pneumologisch-allergologische Summer School 2011
 Info: www.charite-ppi.de/ unter „Veranstaltungen“

November 2011

2.–4. November 2011, Frankfurt/Main
 59. Tagung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie: Psychoedukative Maßnahmen
 Info: www.kinderkrebsinfo.de

● Pädindex

Im Gedenken an Herrn Sanitätsrat Dr. med. Hans Blatt

Am 8. März 2011 ist Sanitätsrat Dr. med. Hans Blatt, einer der Mitbegründer unseres Berufsverbands, nach langer Krankheit kurz vor Vollendung seines 84. Lebensjahres, nicht lange nach dem Tod seiner hochgeschätzten Gattin verstorben.

Hans Blatt war über viele Jahre hinweg ein profilierter und in allen Gremien auf Landes- und Bundesebene anerkannter berufspolitischer Vertreter der Kinder- und Jugendmedizin in der Bundesrepublik Deutschland. Er wurde am 27. März 1927 in Niederwürzbach geboren, studierte in Mainz und Düsseldorf Medizin, schloss sein Studium am 12. August 1952 in Düsseldorf mit dem medizinischen Staatsexamen ab und promovierte im gleichen Monat zum Doktor der Medizin.

Seine Weiterbildung zum Kinderarzt absolvierte er in Saarbrücken und bei Prof. Guido Fanconi in Zürich. 1961 ließ er sich in Sulzbach/Saar als Kinderarzt in eigener Praxis und als Belegarzt im Knappschafts-Krankenhaus nieder.

Bereits 1962 wurde er Vorsitzender der Fachgruppe Kinderärzte im saarländischen Ärztesyndikat. Seine tiefen Kenntnisse in Honorar- und Arztrechtsangelegenheiten machten ihn zu einem begehrten Mitglied in den verschiedensten Ärztegruppierungen. So war Hans Blatt viele Jahre Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer des Saarlands, dort auch Mitglied im Finanz- und Weiterbildungsausschuss. Weiterhin gehörte er viele Jahre der Vertreterversammlung der KV des Saarlandes an, war lange deren Vorsitzender und in mehreren Ausschüssen ehrenamtlich tätig. Sein Rat war auch von anderen Arztgruppen immer gefragt, sogar weit über seine aktive ärztliche Tätigkeit hinaus. Er war ehrenamtlicher Richter am

Sozialgericht und häufig ärztlicher Gutachter. Früh hat er sich auch gegen sexuelle Misshandlung von Kindern und Kindesvernachlässigung engagiert.

Unseren Berufsverband hat er 1970 in Freudenstadt mitgegründet, war von 1983 bis 1993 Mitglied des Vorstands, Vorsitzender des Honorarausschusses und mein Vorgänger in diesem Amt. Unermüdlich hat er sich in zähen Honorarverhandlungen mit der KV im Saarland und der KBV



für eine Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Kinderärzte eingesetzt, in zahlreichen Veranstaltungen überall in Deutschland und Veröffentlichungen in unserer Verbandszeitschrift zu Honorar- und Rechtsfragen für den Kinderarzt Stellung genommen und unsere Mitglieder umfassend beraten. Gern erinnere ich mich an unsere gemeinsamen Auftritte im Rahmen zweier Rundreisen nach der Wie-

dervereinigung durch die neuen Bundesländer, wo wir gemeinsam unter teilweise abenteuerlichen Bedingungen die Kolleginnen und Kollegen mit dem Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland vertraut gemacht und auf die Niederlassung in eigener Praxis vorbereitet haben.

Für seine Verdienste hat der BVKJ Sanitätsrat Hans Blatt 1990 zum Ehrenmitglied ernannt, 1993 erhielt er die Meinhard-von-Pfaundler-Medaille und 1994 die Ehrennadel in Gold. 1992 zeichnete ihn die Ministerin für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlands für seine Verdienste um das Gesundheitswesen im Saarland mit dem Ehrentitel „Sanitätsrat“ aus, im gleichen Jahr erhielt er für seine Verdienste im Rahmen der ärztlichen Fortbildung die Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer. Die Ärztekammer des Saarlandes zeichnete ihn 1999 mit der Karl-Ernst-Alken-Medaille aus und im Jahr 2002 erhielt er vom Ministerpräsidenten des Saarlandes das Bundesverdienstkreuz für seine umfassende ehrenamtliche Tätigkeit.

Mit Sanitätsrat Dr. med. Hans Blatt verlieren unser Verband und die gesamte Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland einen hochgeschätzten und unermüdlich engagierten Kinder- und Jugendarzt, dem wir unendlich viel zu verdanken haben. Ich war ihm lange Jahre freundschaftlich verbunden und habe viel von ihm lernen dürfen. Wir trauern mit seinen Kindern und Enkeln um diesen herausragenden Kinder- und Jugendarzt. Der BVKJ wird ihm immer ein ehrendes Andenken bewahren.

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident

Die Welt der Kinder im Blick der Maler

Gabriele Vendramin, ein reicher Kaufmann und Kunstsammler, Angehöriger einer der führenden Dynastien Venedigs, gab dieses Votivbild bei seinem Freund Tizian in Auftrag. Er war überzeugt, die Verehrung der ehrwürdigen Reliquie sei für den Schutz der Familie auch in Zukunft von Bedeutung. 1369 hatte der Kanzler des Königreichs Zypern einen Partikel des Heiligen Kreuzes, aufbewahrt in einem kreuzförmigen Reliquiar aus Bergkristall und Gold, an Andrea Vendramin, einen Vorfahren, übergeben (das Reliquiar wird bis heute in der Scuola des Apostels Johannes in Venedig aufbewahrt).

Tizians Bild zeigt einen imaginären Altar im Freien mit dem kostbaren Reliquiar, die Kerzen flackern im Wind. Vor dem Altar kniet Gabriele Vendramin, der weißbärtige alte Mann. Neben ihm sehen wir seinen Bruder Andrea in der karmesinroten Robe eines venezianischen Senators. Er verneigt sich vor dem Reliquiar und empfiehlt zugleich seine um den Altar versammelten sieben Söhne. Die sechs Töchter wurden nicht zu der Zeremonie mitgenommen. Der älteste Sohn, Lunardo, ebenfalls in einem roten Gewand, ist dazu bestimmt, das Familienerbe anzutreten. Die anderen sechs Söhne im Alter von acht bis fünfzehn Jahren sind entsprechend ihrer Altersstufe sehr differenziert dargestellt. Der rechts auf den Stufen sitzende Jüngste, in scharlachroten Strümpfen, Federigo, wiegt sein Hündchen. Etwas unsicher schaut er sich nach den neben ihm knieenden Brüdern um. Freilich scheinen diese nicht ganz bei der Sache zu sein, wenn sie auch der Zeremonie ehrfurchtsvoll folgen. Anders die Jungen auf der linken Seite, sie wirken ergriffen, offenbar sind sie sich der Bedeutung der Angelegenheit schon bewusst.



Tizian, Die Vendraminfamilie verehrt eine Kreuzreliquie, um 1540–45, National Gallery, London © akg-images

Tizian wandte zu dieser Zeit eine freie, variationsreiche Technik an. Die Farbschicht auf dem Reliquiar und den Kerzen trug er mit einzelnen vollen Farbstrichen auf. Weißhöhlungen überziehen die Faltenwürfe. Bewundernswert sind die fein abgestuften Farben und die sorgfältige Ausführung der Oberflächenstrukturen, z.B. der Bärte, der Haare, der Strumpffalten, der mit Luchspelz besetzte Robe,

Das Bild wurde 1636 von van Dyck erworben, der Tizian sehr bewunderte, gründlich studierte und viele Erkenntnisse für seine eigenen Familienbilder übernahm. Allerdings brauchte er im Gegensatz zu seinem Vorbild nicht auf die Darstellung der Töchter zu verzichten.

Die Erinnerung an die Kreuzreliquie wird nicht nur von Tizians Bild bewahrt, sondern eine Gemäldeserie von Gentile

Bellini hielt die dramatischen Ereignisse bei der Übergabe der Reliquie fest. Damals fiel das Reliquiar in den Canal Grande, versank aber nicht, sondern schwamm auf dem Wasser, bis Andrea sie retten konnte. Dieses und andere von der Reliquie bewirkte Wunder kann man auf den Gemälden in der Galleria dell' Accademia in Venedig bestaunen.

Tizian, neben Michelangelo, Raffael und Leonardo da Vinci einer der großen Meister der italienischen Hochrenaissance, wird als der bedeutendste Kolorist in der Geschichte der Malerei angesehen. Sein vielseitiges Schaffen umfasst sakrale und mythologische Themen, aber er gilt auch als ein überragender Porträtist.

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

Red.:ge

Wir gratulieren zum Geburtstag im Mai 2011

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Anna *Hencz*, Germering, am 02.05.
 Frau Dr. med. Marianne *Kammann*, Kelkheim, am 04.05.
 Herrn Dr. med. Cornelius *Klingenfuss*, Berlin, am 04.05.
 Herrn Wilhelm *Zunker*, Moers, am 13.05.
 Herrn Dr. med. Arnold *Klabers*, Bottrop, am 19.05.
 Frau Dr. med. Doris *Hege*, Neustadt, am 20.05.
 Herrn Dr. med. Ludwig *Neub*, Daun, am 21.05.
 Herrn Dr. med. Christian *Köhler*, Darmstadt, am 22.05.
 Herrn Dr. med. Hans-Werner *Callsen*, Stuhr, am 25.05.
 Herrn Dr. med. Hans-Ulrich *Neumann*, Hamburg, am 26.05.
 Herrn Dr. med. Martin *Linder*, Regensburg, am 28.05.

70. Geburtstag

Frau Dr. med. Antke *Rühl*, Nürnberg, am 02.05.
 Frau Dr. med. Rosemarie *Eipel*, Berlin, am 03.05.
 Frau Dr. med. Monika *Link*, Erfurt, am 05.05.
 Herrn Prof. Dr. med. Hans J. *Sternowsky*, Soltau, am 05.05.
 Herrn Dr. med. Fritz *Wigger*, Heide, am 06.05.
 Frau Dr. med. Ludmila *Cahlik*, Öhringen, am 07.05.
 Herrn Dr. med. Martin *Kurcz*, Seeheilbad Graal-Müritz, am 07.05.
 Herrn Dr. med. Jürgen *Schmetz*, Hamburg, am 07.05.
 Herrn Dr. med. Jürgen *Scheidig*, Schwäbisch Hall, am 13.05.
 Frau Dr. med. Helga *Cahill*, Bad Homburg, am 14.05.
 Herrn Dr. med. Peter *Tinschmann*, Köln, am 16.05.
 Herrn Dr. med. Jens *Niklas*, Duisburg, am 20.05.
 Herrn Prof. Dr. med. Kurt *Menzel*, Erfurt, am 24.05.
 Frau Dr. med. Erika *Dimter*, Panitzsch, am 25.05.
 Herrn Dr. med. Detmar *Osterwald*, Hamburg, am 26.05.
 Frau Dr. med. Hildegard *Schönfelder*, Vreden, am 26.05.
 Frau Dr. med. Doris *Herrmann*, Potsdam, am 28.05.
 Frau Dr. med. Ute *Eberle*, Stuttgart, am 31.05.

75. Geburtstag

Herrn Dr. med. Wolfgang *Kasper*, Tübingen, am 07.05.
 Herrn Dr. med. Dieter *Raab*, Suhl, am 12.05.
 Herrn Dr. med. Bouzardjomehr *Behrouzi*, Essen, am 14.05.
 Herrn Dr. med. David *Schwind*, Duisburg, am 15.05.
 Herrn Dr. med. David *Nasser*, Mönchengladbach, am 16.05.
 Herrn Dr. med. Dietrich *Reinhardt*, Bonn, am 18.05.
 Herrn Dr. med. Mohsen *Fakhim-Haschemi*, Köln, am 22.05.
 Herrn Dr. med. Wolfgang *Schmid*, Stuttgart, am 24.05.
 Frau Dr. med. Rosemarie *Jäkel*, Wiesbaden, am 30.05.

80. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. med. Horst *Köditz*, Magdeburg, am 06.05.
 Frau Dr. med. Hildegard *Lewald*, Itzehoe, am 06.05.
 Herrn Prof. Dr. med. Burkhard *Schneeweiß*, Berlin, am 16.05.
 Herrn Prof. Dr. med. Richard *Michaelis*, Tübingen, am 30.05.

81. 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.

82. Geburtstag

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

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Grete *Lüssem*, Düsseldorf, am 01.05.
 Herrn Dr. med. Hansjörg *Neumann*, Bonn, am 08.05.
 Herrn Dr. med. Karl-Heinz *Völkel*, Köln, am 12.05.
 Herrn Dr. med. Werner *Schmidt*, Regensburg, am 28.05.

84. Geburtstag

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

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

85. Geburtstag

Frau SR Dr. med. Fiera *Mölder*, Dessau, am 02.05.
 Frau Dr. med. Ingrid *Corsepius*, Bad Homburg, am 12.05.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela *Royemann*, Hamm, am 13.05.
 Herrn Dr. med. Achmed *Kabir*, Berlin, am 25.05.

88. Geburtstag

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

89. 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.

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *von Laer*, Bielefeld, am 11.05.
 Frau Dr. med. Hildegard *Bock*, Frankfurt/Main, am 16.05.
 Frau Dr. med. Inghild *Westermann*, Porta Westfalica, am 18.05.
 Herrn Prof. Dr. Rudolf *Meinert*, Bielefeld, am 22.05.
 Frau Dr. med. Marianne *Groll*, Frankfurt/Main, am 29.05.

91. Geburtstag

Frau Dr. med. Marianne *Wehrheim*, Witzenhausen, am 05.05.
 Herrn Dr. med. Rolf-Joachim *Candler*, Wildeshausen, am 06.05.
 Frau Dr. med. Gisela *Kleeberg*, Neunkirchen, am 14.05.
 Herrn Prof. Dr. med. Erich *Zapp*, Saarlouis, am 26.05.
 Herrn Dr. med. Heinrich *Wiggermann* sen., Dortmund, am 28.05.

Wir trauern um:

Herrn SR Dr. med. Hans *Blatt*, Sulzbach
 Herrn Dr. med. Michael *Ehrlich*, Korbach
 Herrn Dr. med. Harald *Haupt*, Duisburg
 Frau Dr. med. Karin *Pretorius*, Halberstadt

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Beatrix *Panter*
Herrn Thomas *Krittian*
Frau Dr. med. Isabel *Schäfer*
Frau Dr. med. Vanessa *Distel*
Frau Dr. med. Anne-Kathrin *Weidner*
Herrn Dr. med. Holger *Meinicke*

Landesverband Bayern

Frau Lena *Lippert*
Frau Thekla *Getzinger*
Frau Cordula Veronika Magdalena
Henrichs
Frau Valerie von *Weitershausen*
Frau Dr. med. Kathrin *Mader*
Frau Dr. med. Patricia *Hinske*



Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. verlieh gemeinsam mit dem Hause Johnson & Johnson GmbH im Rahmen des Kongresses für Jugendmedizin in Weimar am 13.03.2011 den „Preis Jugendmedizin“ an den Verein Kinderseele e. V., Aachen, und ehrt damit das großartige Engagement des Vereines für die Förderung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher durch gezielte Maßnahmen und Projekte im Raum Aachen. Die Übergabe erfolgte an Herrn Dr. Martin-Peter Floehr im Beisein von Frau Heike Becker (Johnson & Johnson GmbH) und Frau Dr. Gabriele Trost-Brinkhues (BVKJ).

Stephan Eßer
Hauptgeschäftsführer BVKJ

Frau Carolin *Lang*
Frau Dr. med. Laura *Kallmann*
Frau Stefanie *Krause*
Frau Carmen *Jakubowicz*
Frau Susanne *Loeber*
Frau Anja *Wernecke*
Herrn David Flores *Rodriguez*
Frau Claudia *Nerz*

Landesverband Berlin

Frau Dr. med. Sandra *Akanbi*
Frau Dipl.-Med. Anett *Feitscher*
Herrn Özgür Burak *Uslu*
Frau Sarah *Rupnow*
Frau Edda *Larmann*
Frau Maren *Lindau*
Frau Dr. med. Iris *Östreicher*
Frau Dr. med. Katja *Lüdtke*
Herrn MV Dr. Christoph *Funk*
Frau Dr. med. Silke *Brodkorb*
Frau Dr. med. Caroline *Kempf*
Frau Kristin *Maaß*

Landesverband Brandenburg

Frau Dr. med. Susanne *Schmeltzer*
Frau Ulrike *Petrus*

Landesverband Bremen

Frau Dr. med. Katja *Pabsch*

Landesverband Hamburg

Frau Dr. med. Nadine *Behring*
Frau Dr. med. Charlotte *Schulz*

Landesverband Hessen

Herrn Dr. med. Heike *Paul*
Frau Dr. med. Dorothee *Rogosch*
Frau Jolanta *Heinzinger*
Herrn Dr. med. Birger *Christiansen*

Landesverband

Mecklenburg-Vorpommern

Frau Kristina *Linnemann*
Frau Dr. med. Kristin *Schläfke*
Frau Dr. med. Ines *Papsdorf*

Landesverband Niedersachsen

Frau Dr. med. Hella *Dammeier*
Herrn Jörg *Stade*
Frau Karen *Stopka*
Frau Jutta *Janaschke*
Frau Nancy *Marx*
Frau Stephanie *Strickstrack*

Landesverband Nordrhein

Frau Andrea *Sauer*
Frau Anna *Kaminski*
Frau Arzum *Hiller*
Herrn Philipp Fabian *Bernitt*

Herrn Daniel *Kever*
Frau Kadriye *Ince*
Frau Iwona *Rzasa-Sadowska*
Herrn Christoph *Höhn*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Frau Yvonne *Neisius*

Landesverband Saarland

Frau Angela *Hunecke*

Landesverband Sachsen

Frau Maria Charlotte *Lorenz*
Frau Katja *Lang*
Frau Dr. med. Grit *Hofmann*
Frau Dorothee *Brandau*
Frau Judith *Kitzbichler*
Frau Dr. med. Antje *Hönicke*
Frau Andrea *Moser*
Herrn Andreas *Lachnit*
Frau Christina *Lang*
Frau Dr. med. Christiane *Madaï*

Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Frauke *Doms*
Frau Adriana *Raican*
Frau Kathrin *Thiele*

Landesverband Thüringen

Herrn Christoph *Ehram*

Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Katharina *Spira*
Frau Nora *Matar*
Frau Eirini *Margari*
Frau Isabella *Schleußner*
Frau Dr. med. Sabrina *Stojanov*

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.

Je früher – desto besser:

Gardasil® bietet wirksamen Schutz vor anogenitalen Krebserkrankungen und Genitalwarzen hervorgerufen durch bestimmte HPV-Typen

Die HPV-Impfung sollte bei jungen Mädchen so selbstverständlich sein wie andere Standardimpfungen auch.

Das Lebenszeitrisiko sich mit HP-Viren zu infizieren, liegt zwischen 50 und 80 Prozent. Impfspezialisten plädieren dafür, dass Jugendliche bereits vor ihrem ersten Sexualkontakt einen Impfschutz erwerben sollten. Denn die Folgen einer HPV-Infektion können gravierend sein: „Jährlich erkranken in Deutschland allein 6.000 Frauen an Gebärmutterhalskrebs“, betont Prof. Peter Hillemanns von der Medizinischen Hochschule Hannover. Etwa die Hälfte der Vorstufen des Zervixkarzinoms CIN2 und CIN3 und ca. 70 Prozent der Zervixkarzinome würden von den HPV-Typen 16 oder 18 verursacht. Weitere HPV-bedingte Erkrankungen wie Genitalwarzen, andere anogenitale Krebsformen oder Krebsvorstufen seien insgesamt noch häufiger. „Eine Immunisierung mit dem tetravalenten Impfstoff Gardasil® bietet wirksamen Langzeitschutz und Sicherheit“, so Hillemanns.

Zahlen sprechen für eine gute Wirksamkeit von Gardasil®

Der effektive Schutz durch Gardasil® wurde in mehreren Doppelblind-Studien^{1,2,3} bei Frauen zwischen 16 und 26 Jahren nachgewiesen. Demnach entwickelten zum Beispiel geimpfte Frauen ohne akute oder ohne Hinweise auf eine überwundene Infektion mit Impfstoff-HPV-Typen in 98,2 bis 100 Prozent der Fälle keine Genitalwarzen, CIN2- und CIN3-Läsionen oder Vaginal- (VaIN) und Vulvakarzinome (VIN). Die Ergebnisse einer weiteren Auswertung⁴ ergaben, dass auch vier Jahre nach der Grundimmunisierung mit Gardasil® der Impfschutz fortbestand und weiterhin bei über 98 Prozent lag. Eine andere Untersuchung⁵ legte dar, dass die Impfung mit Gardasil® die Bildung eines immunologischen Gedächtnisses hervorruft, denn hier zeigte sich nach der erneuten Antigenexposition ein rascher und ausgeprägter Boostereffekt. Einen weiter bestehenden Impfschutz gegen den HPV-Typ 16, auch noch achteinhalb Jahren nach der Impfserie hat zudem eine Studie⁶ mit einem monovalenten HPV-16-Kandidatimpfstoff nachgewiesen.

Impflücken schließen durch aktives Impfmanagement

Obwohl verschiedene Studien belegt haben, dass Gardasil® sehr gut wirkt, sei die HPV-Impfrate bei den 12- bis 17-jährigen Mädchen in Deutschland mit nur 35 Prozent zu niedrig, bedauert Hillemanns. Das Schul-Impfprogramm in Australien habe hingegen gezeigt, dass damit eine Impfrate von 70 Prozent erreicht werden kann. Hier werden Mädchen zwischen 13 und 18 Jahren gegen HPV geimpft, um sie bestmöglich vor einem Zervixkarzinom zu schützen. Erste positive Effekte des Impfprogramms zeigen, dass ein Rückgang der Genitalwarzen um 59 Prozent beobachtet werden konnte⁷.

In diesem Zusammenhang weist auch der Bielefelder Impfspezialist und Sprecher der AG Impfen des Berufsverbandes der



Frauenärzte e.V. Dr. Michael Wojcinski darauf hin, dass die Kosten der HPV-Impfung auf Grund der offiziellen Impfeempfehlung der Ständigen Impfkommission für die 12- bis 17-jährigen Mädchen von den Krankenkassen übernommen werden. „Daher sollten Pädiater ihren jungen Patientinnen und ihren Müttern die Impfung empfehlen und sie über ihr bestehendes Recht zur Wahrnehmung einer Impfung aufklären.“ Denn, so sind sich die Impfspezialisten einig, je früher die Impfung im Vorfeld erster intimer Kontakte durchgeführt wird, desto größer ist der Nutzen.

Literatur:

1. Ault KA. Lancet 2007;369:1861-1868.
2. Garland SM, Hernandez-Avila M, Wheeler CM et al. N Engl J Med 2007;356:1928-1943.
3. Koutsky LA et al. Quadrivalent. N Engl J Med 2007;356:1915-1927.
4. Joura EA, Kjaer SK, Wheeler CM et al. Vaccine 2008;26:6844-6851.
5. Olsson SE, Villa LL, Costa RL et al. Vaccine 2007;25:4931-4939.
6. Rowhani-Rahbar A, Mao C, Hughes JP et al. Vaccine 2009;27:5612-5619.
7. Basil Donovan, Neil Franklin, Rebecca Guy et al., Lancet Infect Dis 2011; 11:39-44.

Nach Informationen von Sanofi Pasteur MSD

Methylphenidat: Zwei Retard-Präparate im Vergleich

Medikinet® retard: acht Stunden lang sicher, stark und zuverlässig wirksam

In zwei von Novartis gesponserten ADHS-Studien hat sich Medikinet® retard (Medice Arzneimittel) im direkten Vergleich mit Ritalin® LA (Novartis Pharma) sowohl in der Bioverfügbarkeit als auch in der Wirksamkeit als überlegen erwiesen. Mit der Medikinet®-Retardformulierung besteht danach eine sichere, starke und zuverlässige Reduktion der ADHS-Symptomatik über einen Zeitraum von rund 8 Stunden. Medikinet® retard ist über diesen Zeitraum hocheffektiv und hat eine höhere Bioverfügbarkeit. Die Ergebnisse wurden auf der 57. Jahrestagung der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry in New York und in der Fachzeitschrift Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology vorgestellt.

Bereits seit 50 Jahren ist das Stimulanz Methylphenidat (MPH) Mittel der Wahl bei der Behandlung einer ADHS. Wurde bis vor wenigen Jahren noch ausschließlich kurz wirksames Methylphenidat verwendet, hat sich in den vergangenen Jahren in vielen Fällen die Umstellung auf retardierte Präparate mit mittellanger oder langer Wirkung bewährt. Die Umstellung kann vor allem dann erfolgen, wenn die Compliance der Patienten für die Einnahme mehrerer Dosen im Tagesablauf nicht gewährleistet ist oder das retardierte Präparat beim Patienten eine gleichmäßigere Wirkung über den Tag entfalten soll. Die aktuellen Untersuchungen fokussierten auf die Pharmakodynamik und die Effizienz zweier retardierter Methylphenidat-Präparate, mit einer mittellangen Wirksamkeit von ca. 8 Stunden.

Bioverfügbarkeit und Plasmaspiegel

In New York stellte die Forschungsgruppe um Prof. Dr. med. Eberhard Schulz von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum in Freiburg eine randomisierte, Cross-over-Studie mit 20 Jungen im Alter von 8 bis 14 Jahren vor. Bei diesen Patienten war eine ADHS-Diagnose gemäß DSM-IV gestellt worden. Die Jungen erhielten einmal morgens nach einem minimalen Frühstück mit geringem Fettgehalt entweder Ritalin® LA oder Medikinet® retard jeweils in einer Dosierung von 20 mg. Danach lagen sowohl die Bioverfügbarkeit (AUC), gemessen über einem Zeitraum von acht Stunden, als auch die maximalen Plasmaspiegel (Cmax) bei Medikinet® retard signifikant über denen von Ritalin® LA. Der Unterschied in der Bioverfügbarkeit fiel besonders deutlich nach ca. zwei Stunden und dann wieder ab etwa der fünften Stunde aus (siehe Abb. 1).

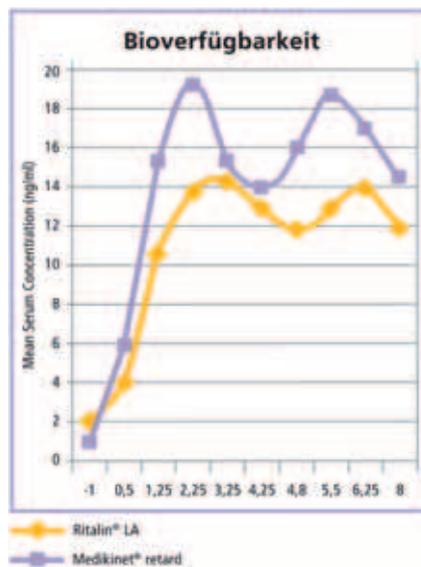


Abb. 1

Effizienz der Behandlung

Parallel publizierte Prof. Schulz gemeinsam mit Kollegen aus verschiedenen anderen deutschen Städten die Daten einer randomisierten Placebo-kontrollierten Cross-over-Studie mit 146 Jungen und Mädchen im Alter von 6 bis 14 Jahren mit einer ADHS-Diagnose gemäß DSM-IV. Gemessen wurde unter der Dosierung von jeweils 20 mg/Tag die Reduktion der ADHS-Symptomatik anhand der Swanson, Kotkin, Agler, M-Flynn and Pelham rating scale (SKAMP Combined Scores) über einen Zeitraum von rund 8 Stunden. Hierbei handelt es sich um ein validiertes Instrument (Wigal et.al, 1998) zur Beurteilung der Aufmerksamkeit und des Verhaltens in einem Klassenzimmerszenario.

Beide Präparate waren der Placebo-Behandlung deutlich überlegen, Medikinet® retard verminderte die ADHS-Symptomatik aber messbar stärker als Ritalin® LA. Die stärkere Symptomreduktion trat unter Medikinet® retard ab der 4. Stunde stabil bis zum Ende der Untersuchungsdauer nach

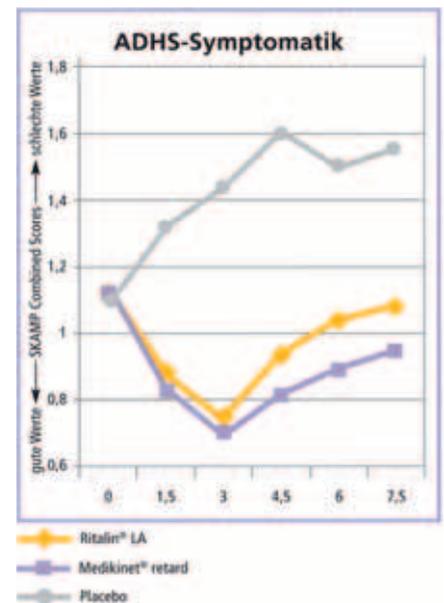


Abb. 2

7,5 Stunden besonders deutlich hervor (siehe Abb. 2).

Individuelle Dosierung für eine patientengerechte Behandlung

Die aktuellen Untersuchungen zeigen die Überlegenheit von Medikinet® retard bei einer standardisierten Tagesdosis hinsichtlich der Bioverfügbarkeit und Symptomreduktion gegenüber einem anderen MPH-Retardpräparat mit vergleichbar langer Wirkdauer. In der Praxis sollte nach dem Grundsatz „so viel wie nötig, so wenig wie möglich“ eine individuell optimierte Dosis gefunden werden. Einer sorgfältigen Aufdosierung folgen je nach Compliance, Tagesablauf des Kindes und individueller Wirkdauer festgelegte Tagesdosen zu festen Tageszeiten. Ein ADHS-Tagesprofilbogen erfasst ADHS-Symptome zuverlässig während des gesamten Tagesablaufs und erlaubt, wenn nötig, eine Optimierung der Dosierung – zum Beispiel auch mit einer Kombination aus kurz und lang wirksa-

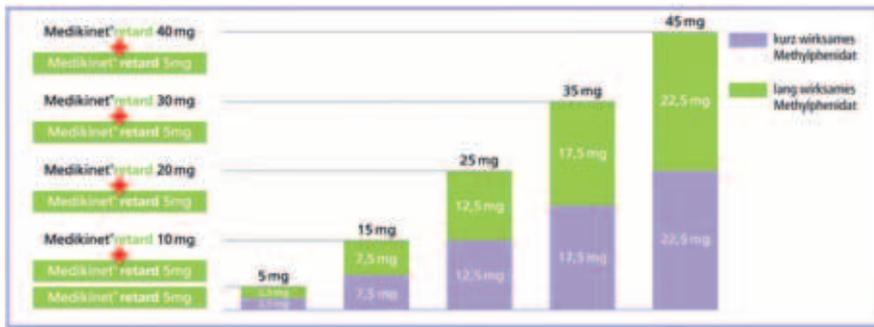


Abb. 1

mem Methylphenidat. Medikinet® bietet dazu eine einzigartige breite Palette von kombinierbaren Darreichungsformen für die individuelle, patientengerechte ADHS-Therapie an. Das kurz wirksame Medikinet® gibt es in den Dosierungen 5 mg, 10 mg und 20 mg, das lang wirksame Medikinet® retard ist in den Dosierungen 5 mg, 10 mg, 20 mg, 30 mg und 40 mg verfügbar.

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

Synflorix® jetzt auch für Frühchen

Einzigiger Pneumokokken-Impfstoff mit Zulassungsdaten zu Frühgeborenen

Synflorix®, der Pneumokokken-Konjugatimpfstoff von GlaxoSmithKline, hat als einziger Pneumokokken-Impfstoff nun auch Daten zur Impfung von Frühgeborenen in der EU-Fachinformation.¹ Der Impfstoff schützt vor invasiven Pneumokokken-Erkrankungen, wie Meningitis, Sepsis und bakteriämische Pneumonie, sowie vor durch *Streptococcus pneumoniae* hervorgerufene akute Otitis media.¹ Die Aufnahme der Daten in die Fachinformation für die Impfung von Frühgeborenen basiert auf Ergebnissen von zwei Studien, die die Immunogenität und Sicherheit von Synflorix® bei Frühgeborenen mit einem Gestationsalter zwischen 27 und 36 Wochen gezeigt haben.^{2,3} Das empfohlene Impfschema für Frühgeborene ab einem Gestationsalter von 27 Wochen besteht aus vier Dosen. Die erste Dosis soll im Alter von 2 Monaten gegeben werden, weitere zwei mit je mindestens einem Monat Abstand. Eine Auffrischimpfung folgt mit einem Mindestabstand von 6 Monaten zur dritten Dosis.¹

Gute Immunantwort, sicher und verträglich in dieser Hochrisikogruppe

Etwa eine halbe Million Babys jährlich werden europaweit zu früh geboren.⁴ Aufgrund ihres unreifen Immunsystems sind Frühchen sehr anfällig für Infektionskrankheiten.⁵ Sie können daher besonders von einer Pneumokokken-Impfung profitieren. Die Ergebnisse zweier Studien an Frühgeborenen zeigten, dass Synflorix® in dieser Hochrisikogruppe sicher und gut verträglich ist.^{2,3} Ebenso wurde eine gute Immunantwort in dieser Gruppe nach dem 3 + 1 Impfschema nachgewiesen.^{2,3} Die Immunogenität von Synflorix® wurde bei sehr frühgeborenen (27. bis 30. SSW), frühgeborenen (31. bis 36. SSW) und reifgeborenen Säuglingen (> 36 Wochen) nach Verabreichung von drei Dosen untersucht. Einen Monat nach der Grundim-

munisierung (d.h. nach der dritten Dosis) erreichten mindestens 92,7% der Säuglinge Antikörper-Konzentrationen $\geq 0,2$ $\mu\text{g/ml}$ im ELISA-Test. Einen Monat nach der Auffrischimpfung (vierte Dosis) stiegen die Antikörper-Konzentrationen (ELISA-GMCs*) und OPA-GMTs** für alle Serotypen. Dies zeigte, dass ein Immungedächtnis vorhanden ist. Für alle Säuglinge wurden vergleichbare Antikörper-GMCs und OPA-GMTs beobachtet, mit Ausnahme niedrigerer OPA-GMTs für Serotyp 5 bei sehr frühgeborenen Säuglingen. Insgesamt erreichten mindestens 97,6% der Säuglinge Antikörper-Konzentrationen $\geq 0,2$ $\mu\text{g/ml}$ (ELISA) und mindestens 91,9% OPA-Titer ≥ 8 für alle im Impfstoff enthaltenen Serotypen.^{2,3}

Synflorix® ist seit dem Jahr 2009 zugelassen. 19 Millionen Dosen wurden bisher in 80 Ländern verimpft. Der Pneumokokken-Konjugatimpfstoff wurde mit der Auszeichnung „Best Prophylactic Vaccine“ der „Vaccine Industry Excellence Awards“ auf dem „World Vaccine Congress 2010“ in Washington ausgezeichnet.

Referenzen

1. Synflorix EU Summary of Product Characteristics January 2011. Abrufbar unter: http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2011/2011012497150/anx_97150_de.pdf
2. Omeñaca F, et al. Vaccination of preterm infants with the 10-valent pneumococcal non-typeable *Haemophilus influenzae* protein D-conjugate vaccine (PHiD-CV) (abstract number 505). 27th Annual meeting of the European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID), Brussels, Belgium, 9–13 June 2009
3. Omeñaca F, et al. Booster vaccination of preterm-born children with 10-valent pneumococcal non-typeable *Haemophilus influenzae* protein-D conjugate vaccine (PHiD-CV) (abstract number 051). 6th World Society for Paediatric Infectious Diseases (WSPID), Buenos Aires, Argentina, 18–22 November 2009.
4. Beck S, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity, Bull 31 World Health Organ 2010;88:31-8.
5. Esposito S, et al. Vaccines and preterm neonates: Why, when, and with what. Early Human Development 2009;85:S43–S45.

Nach Informationen von GlaxoSmithKline GmbH, München

* ELISA anti-polysaccharide IgG geometric mean concentrations (GMCs)

** Opsonophagocytic (OPA) geometric mean titres (GMTs)

Neue Website zum Einnässen im Kindesalter

Zum Einnässen im Kindesalter hat die Firma APOGEPHA Arzneimittel GmbH ihre Website neu gestaltet.

Unter www.einnaessen-beim-kind.de werden ausführlich und übersichtlich Informationen zum Einnässen im Kindesalter gegeben. Zur Therapie der kindlichen überaktiven Blase mit Propiverin (Mictonetten®) und der Enuresis nocturna mit Desmopressin (Nocutil®) finden Sie aktuelle Studienergebnisse. Einen breiten Raum nehmen die Servicematerialien für Diagnostik und Therapie ein, die ausführlich vorgestellt werden und genutzt werden können.

Ein spezieller Bereich der Website informiert Patienten und deren Angehörige über das Thema.

Nach Informationen von APOGEPHA Arzneimittel GmbH, Dresden



Abbott-Frühchen-Service für Ärzte und Praxispersonal eingerichtet

Neuer Ansprechpartner zu Frühgeburtlichkeit und RSV-Infektionen

Bei Fragen zu Frühgeburtlichkeit und Infektionen mit dem Respiratory Syncytial Virus (RSV) können Ärzte jetzt den Abbott-Frühchen-Service nutzen. Der kostenfreie Dienst informiert Ärzte telefonisch und schriftlich zu aktuellen Themen, beispielsweise zur derzeitigen RSV-Morbidität, und beantwortet medizinische Anfragen zur Anwendung von Synagis® (Palivizumab). Neben dem Besuch eines Außendienstmitarbeiters können Materialien angefordert werden, zum Beispiel Informationsbroschüren für Eltern oder zum Thema „Synagis® als Praxisbesonderheit“ für den Arzt.

Der Abbott-Frühchen-Service richtet sich ferner auch an das gesamte Praxis-

team. Die angegliederte Abbott-Frühchen-Akademie schult zu den Themen Frühgeburt und RSV-Infektionen sowie Verhalten in allgemeinen pädiatrischen Notfallsituationen. Ein solches Angebot zur Versorgung von Frühgeborenen in Verbindung mit RSV-Infektionen ist in Deutschland einmalig. Der Abbott-Frühchen-Service ist montags bis freitags von 8 bis 17 Uhr telefonisch unter 0800-55 88 688 erreichbar oder per E-Mail an info@abbott-fruehchen-service.de. Weitere Informationen erhalten Ärzte unter www.synagis.de.

In Deutschland werden rund 50.000 Kinder pro Jahr zu früh geboren.¹ Diese Kinder weisen, selbst wenn sie als so-

genannte späte Frühgeborene in den Schwangerschaftswochen 33 bis 35 zur Welt kommen, ein erhöhtes Risiko für eine schwere RSV-Infektion auf.² Für Kinderärzte mit Risikopatienten ist es daher nützlich, schnell und unkompliziert relevante Auskünfte zu erhalten.

Literatur

1. European Foundation for the Care of Newborn Infants. EU Benchmarking Report 2009/2010. Too little, too late? Why Europe should do more for preterm infants.
2. Horn et al. J Pediatr 2003;143:S133-S141

Nach Informationen von Abbott Deutschland, Wiesbaden

MONTELUBRONCH nun auch für 2–5-jährige Kinder

- MONTELUBRONCH mit dem Wirkstoff Montelukast ist seit Februar 2011 auch als 4 mg-Kautablette verfügbar
- Montelukast reduzierte in dieser Altersgruppe signifikant die infektbedingten Asthma-Exazerbationen und den Bedarf an inhalativen Kortikosteroiden¹

Mit der MONTELUBRONCH 4 mg-Kautablette bietet INFECTOPHARM ab sofort eine weitere wichtige Therapieoption für 2–5-jährige Kinder mit Asthma bronchiale. MONTELUBRONCH als 4 mg-Kautablette ist zugelassen zur Monotherapie bei Patienten zwischen 2 und 5 Jahren mit leichtem persistierendem Asthma, die nicht imstande sind, inhalative Kortikosteroide (ICS) anzuwenden. Auch laut aktueller Nationaler Versorgungs-Leitlinie Asthma stellt Montelukast eine mögliche Alternative zu ICS in Stufe 2 des Therapieschemas und eine sinnvolle Therapieergänzung in Stufe 3 oder 4 dar, wenn das Asthma mit ICS alleine nicht kontrollierbar ist.²

Einer der häufigsten Auslöser für Asthmaepisoden bei Kindern sind Atemwegsinfekte³. „Besonders im Kleinkindesalter,



in dem das infektinduzierte Asthma in Vordergrund steht, haben mehrere Studien^{1,4} gezeigt, dass die Zahl der durch Infekte ausgelösten Asthmaepisoden durch Montelukast reduziert werden konnte“, betont Prof. Dr. Dietrich Berdel aus Wesel.

Die Wirksamkeit von Montelukast bei 2–5-jährigen Kindern konnte eine placebokontrollierte, multizentrische, doppelt

verblindete Studie über einen Zeitraum von 12 Monaten zeigen: Die Patienten erhielten entweder Montelukast (4 oder 5 mg/Tag, abhängig vom Alter, n=278) oder Placebo (n=271) für 12 Monate. Montelukast reduzierte die infektbedingten Asthma-Exazerbationen signifikant um 31,9 % sowie die Anwendungshäufigkeit von ICS um 39,8 %¹.

Quellen:

1. Bisgaard H et al., Am J Respir Crit Care Med. 2005; 171: 315-322
2. Nationale Versorgungs-Leitlinie Asthma, 2. Auflage, März 2010
3. Johnston SL et al., BMJ. 1995; 310: 1225-1229
4. Johnston NW et al., Pediatrics. 2007; 120(3): e702-712

Nach Informationen von InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH, Heppenheim

INFECTODEXAKRUPP SAFT – die erste orale Krupp-Therapie

- **Erstmalig steht nun auch in Deutschland die Therapie bei Krupp zur Verfügung, die international längst 1. Wahl ist – INFECTODEXAKRUPP SAFT mit Dexamethason**
- **INFECTODEXAKRUPP SAFT lindert die Krupp-Symptome besonders schnell – maximale Plasmaspiegel werden bereits nach < 1 h erreicht**

Mit INFECTODEXAKRUPP SAFT führt INFECTOPHARM erneut ein innovatives pädiatrisches Präparat ein.

Krupp ist eine Erkrankung der Atemwege im Kleinkindalter, welche bei Kindern aber auch deren Eltern zu großer Sorge und Ängsten führt. Bei einem akuten Krupp-Anfall muss eine Soforttherapie mit einem schnell wirksamen Steroid durchgeführt werden.

Mit INFECTODEXAKRUPP SAFT steht nun endlich auch in Deutschland die Therapie zur Verfügung, die international längst Standard ist. Bei beginnenden Krankheitszeichen hilft INFECTODEXAKRUPP SAFT besonders schnell. Bereits nach 53 min werden maximale Plasmaspiegel erreicht.¹ Bei der bisher noch ver-

breiteten Therapie mit 100 mg Prednison rektal wird die maximale Plasmakonzentration erst nach 5 h erreicht.² Durch die Saftform besteht zudem nun erstmals die Möglichkeit, bei Krupp altersgerecht dosiert zu therapieren, anstatt für alle betroffenen Kinder ungeachtet des Alters die gleiche Steroid-Menge zu verabreichen.

Die hohe Wirksamkeit von oralem Dexamethason zur Krupp-Therapie wurde in 15 randomisierten und kontrollierten Studien belegt. Der aktuelle Cochrane-Review (2011) kommt zusammenfassend zum Schluss, dass Dexamethason oral wegen seiner Sicherheit und Effizienz als Therapie zu bevorzugen ist.³ Daher empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) als betroffene Fachge-

sellschaft auch ausdrücklich:

„Von den Glucocorticoiden gilt die 1-malige Gabe von Dexamethason p. o. als Mittel der Wahl“.⁴



1. Queckenberg C, submitted (2011)
2. Fachinformation Rectodelt (Stand 03/2010)
3. Russell K, Cochrane Database Syst Rev (2011)
4. DGPI-Handbuch, 5. Auflage, S. 581-584 (2009)

Nach Informationen von InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH, Heppenheim

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer

E-Mail: dr.roland.ulmer@onlinemed.de

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer

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

stephan.esser@uminfo.de

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

christel.schierbaum@uminfo.de

Mitgliederverwaltung

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg

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

Kongressabteilung

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

Kongresse des BVKJ

www.kongress.bvkj.de

Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum

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

BVKJ Service GmbH

Geschäftsführer: Dr. Wolfram Hartmann

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Verhandlungsbevollmächtigter: Herr Klaus Lüft

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Tel.: 0221/68909-18, 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. Wolfgang Gempp

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinder- und Jugendarzt

www.kinder-undjugendarzt.de

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