Jugendmedizin

Wenn Kinder- und Jugendärzte in öffentlichen Medien abgebildet werden, werden sie meistens bei der Untersuchung eines Säuglings oder Kleinkinds gezeigt. Dass sie auch „Jugendmediziner“ sind, ist im Bewusstsein der Bevölkerung weniger verankert. Auch im eigenen Selbstverständnis fühlen sich Kinder- und Jugendärzte nicht immer als primäre Ansprechpartner für die Gesundheitsbelange von Jugendlichen. Diese Umstände können folgende Ursachen haben:

- Zu wenige Eltern und Jugendliche wissen, dass der Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde auch für die Betreuung Jugendlicher zuständig ist.
- Jugendliche gehen ungern zum „Kinderarzt“, wenn dieser keine ihrem Alter adäquaten Sprechstunden anbietet.
- Jugendliche können „schwierig“ sein; ihre Probleme sind oft komplex und erfordern mehr als ein rein somatisches Verständnis.
- Jugendmedizin ist für viele Ärzte ein wenig „greifbares“ Gebiet, und die Vorstellungen über ihre Inhalte variieren in der Kollegenschaft.
- Jugendmedizin ist zwar Bestandteil der pädiatrischen Curricula; die tatsächliche Ausbildung ist jedoch oft mangelhaft. Daraus können sich in weiterer Folge entsprechende Unsicherheiten bei jungen Ärzten ergeben.

Das Thema Jugendmedizin wurde für das vorliegende Themenheft gewählt, um diesem wichtigen Teilgebiet der Kinder- und Jugendheilkunde die erforderliche Aufmerksamkeit zukommen zu lassen, Kollegen möglicherweise bestehende Unsicherheit zu nehmen und – „last but not least“ – um damit unsere Zuständigkeit herauszustellen. Zu diesem Zweck wurde 4 Themen ausgewählt, die einerseits die Brei-

te der jugendmedizinischen Versorgung darstellen und andererseits sehr spezielle Probleme des Jugendalters behandeln.

D. Kubryk, Aschheim, legt eine sehr umfassende Darstellung über das Wesen und die Aufgaben der „praxisorientierten Jugendmedizin“ vor; dieser Beitrag ist durchaus auch als „Leitfibel“ zu verstehen. In seiner Praxis hat Kubryk die Jugendmedizin aus ihrem „Schattendasein“ befreit und zu einem Schwerpunkt gemacht, der laut Aussage des Autors (auch als Folge der Bemühungen des Berufsverbands) heute durchaus adäquat honoriert wird. Die Untersuchungen von Jugendlichen J1 (12. bis 15. Lebensjahr, 1998 als Kassenleistung eingeführt) und J2 (16. bis 18. Lebensjahr, 2006 als Kassenleistung eingeführt) machen einen wesentlichen Anteil aus, auch wenn deren Inanspruchnahme insgesamt nicht zufriedenstellend ist und viele Familien diese „letzte Chance der Prävention“ ungenutzt verstreichen lassen. Kubryk beschreibt in seinem Beitrag die besonderen Anforderungen an eine jugendmedizinisch-orientierte Praxis. Diese beginnen mit der Bereitschaft, einen gewissen „Chaosfaktor“ beim jugendlichen Patienten zu tolerieren. Die besonderen Bedürfnisse von Jugendlichen (für die eine „Kleinkinderpraxis“ ebenso unattraktiv ist wie eine geriatrisch betonte Allgemeinmedizinerpraxis) müssen berücksichtigt werden und fordern vom Behandler große Klarheit gegenüber einer teilweise komplizierten Altersgruppe. Der Autor stellt dar, dass der Pädiater einen Startvorteil mitbringt, wenn er die Jugendlichen bereits seit ihrer Kindheit kennt, und dass es durchaus lohnenswert ist, diese dann während der Adoleszenz zu begleiten. Dabei beschränkt sich die Tätigkeit des Jugendmediziners keinesfalls auf somatische Aspekte, mindes-

tens ebenso wichtig sind in dieser Lebensphase soziale und psychosomatische Aspekte sowie Fragen der Sexualität. Der Autor stellt – teilweise in übersichtlicher Tabellenform – dar, wie die Kommunikation mit Jugendlichen optimiert und ihre (gerade in dieser Phase wichtige) Integrität gewahrt werden kann. Kubryks Beitrag ist insgesamt ein eindrucksvolles Bekenntnis zur Jugendmedizin in der Praxis.

G. Köstl aus Leoben geht auf typische Probleme der endokrinologischen Jugendsprechstunde ein; er setzt bekannte Mythen in Bezug zur endokrinologischen Realität. Physiologische Grundlagen von Thelarche, Adrenarche und Wachstum während der Pubertät, einschließlich der Pubertätsgynäkomastie, werden behandelt. Der Beitrag beleuchtet die große Bandbreite der „normalen Entwicklung“ und benennt Therapiemöglichkeiten für die wenigen pathologischen Störungen. Eine besondere Rolle bei Mädchen spielt naturgemäß die (erste) Regelblutung. Der Autor zeigt deren Bezug zu den Pubertätsstadien sowie zum Längenwachstum und beschreibt die „dissoziative“ Vorverlagerung des Menarchenalters in den letzten 100 Jahren. Besondere Beachtung findet der pubertäre Wachstumsschub, der sich im letzten Jahrhundert ebenfalls vorverlagert hat, aber auch ausgeprägter verläuft als in der Vergangenheit. Nach einer Darstellung der konstitutionellen Entwicklungsverzögerung (die keiner spezifischen Therapie bedarf) werden die Folgen der häufigsten numerischen gonosomalen Chromosomenaberrationen für betroffene Jugendliche aufgeführt. Der Autor benennt Charakteristika, (eingeschränkte) Therapiemöglichkeiten sowie mögliche Komplikationen des Klinefelter- und des Turner-Syndroms. Gleichzeitig verweist er aber auch auf die Möglichkeiten

der modernen Reproduktionsmedizin und stellt klar, dass den Betroffenen bei der Entitäten kein zwangsläufiges Schicksal der Kinderlosigkeit mehr bevorsteht.

E. Fröhlich-Reiterer aus Graz widmet sich der Betreuung von Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes (T1D). Schwierigkeiten ergeben sich gemäß der Autorin aus der Diskrepanz der Vorstellungen der „erlebnisorientierten“ (und risikobereiten) Jugendlichen sowie der „ergebnisorientierten“ Eltern und sonstigen Betreuungspersonen/Ärzte. Aus risikobehaftetem Verhalten kann eine unbefriedigende Stoffwechsellage resultieren, die sowohl in eine Hyper- als auch eine Hypoglykämie münden kann. Sehr oft wird der angestrebte HbA_{1c}-Wert <7,5% signifikant überschritten, woraus sich langfristig Spätkomplikationen ergeben. Laut Autorin sollte daher das Screening auf chronische Schäden bereits im Pubertätsalter beginnen. Ein weiteres Problem der Pubertät stellt der erhöhte Insulinbedarf dar, der (insbesondere bei Mädchen) zu einer Körpergewichtszunahme führen kann. Um dem entgegenzuwirken, greifen die Jugendlichen zum Mittel der „Insulinmanipulation“ oder lassen die Insulinapplikation insgesamt aus. Eine weitere mögliche Folge des riskanten Umgangs mit der Erkrankung äußert sich in gestörtem Essverhalten, das bei fast 40% der Jugendlichen mit T1D beobachtet wird. Echte Essstörungen betreffen 7% der Jugendlichen mit T1D (vs. 2,8% in der Kontrollgruppe). Fröhlich-Reiterer erwähnt auch die im Jugendalter hinzutretenden „anderen Risikofaktoren“ wie Alkohol- und Nikotinkonsum, die das individuelle Risiko der Jugendlichen mit T1D potenzieren können. Die Autorin stellt dar, dass der Transition für die weitere Versorgungs- und Lebensqualität der Betroffenen entscheidende Bedeutung zukommt und gut durchdachte Transitionsprogramme wie z. B. jenes der American Diabetes Association (ADA) zur Anwendung kommen sollten.

A. Kamper, Wels-Grieskirchen, berichtet schließlich aus einer Psychosomatik-Behandlungseinheit für Kinder und Jugendliche. An 2 Kasuistiken stellt er dar, dass es sich bei psychischen und psychosomatischen Problemen von Jugendlichen oft um sehr komplexe Bereiche handelt, die einen ganzheitlichen Zugang er-

fordern. Die psychosomatische Medizin unterscheidet sich somit (auch) dadurch von der somatischen Medizin, dass das kategorisierende Denken durch (zu) rasche Einordnung einer Störung oft nicht zielführend ist. Vielmehr sollen – dem biopsychosozialen Modell entsprechend – alle potenziell relevanten Faktoren bedacht werden. Der Autor bezeichnet dies als „Prinzip der Doppeläugigkeit“ und warnt vor einer (zu) frühen monokausalen Einengung. Kamper benennt im Jugendalter relevante psychische und psychosomatische Störungen und stellt heraus, dass etwa 15–18% aller Jugendlichen von dieser „neuen Morbidität“ betroffen sind. Bezeichnenderweise bekennen sich bei Befragung nur 56% der behandelten Jugendlichen zu ihrer Therapie, 44% verschweigen diese. Als Gründe dafür, dass sich psychosomatische Störungen v. a. in der Jugendzeit manifestieren können, nennt der Autor das Misslingen der in diesem Lebensabschnitt zu erfüllenden beiden Entwicklungsaufgaben: Individualisierung und Identitätsbildung. Bei Entwicklung und Verlauf psychosomatischer Störungen spielen Schutz- und Risikofaktoren entscheidende Rollen. Zur Einschätzung der Prognose fasst der Autor tabellarisch „green flags“ (günstige Prognose, Resilienzfaktoren vorhanden), „yellow flags“ (schwere Verläufe kennzeichnend) und „red flags“ (Warnsignale für schwerste Verläufe) zusammen. Er betont die Bedeutung der rechtzeitigen sowie adäquaten Diagnostik und Therapie, um Chronizität und Komorbiditäten zu vermeiden. Schlussendlich fordert der Autor eine adäquate Ausbildung für alle Kinder- und Jugendärzte als Voraussetzung einer flächendeckenden „Mental-health“-Versorgung und -Vorsorge.

» Jugendliche in dieser entscheidenden Phase des Lebens kompetent betreuen

Wir hoffen, dass mit dieser Auswahl jugendmedizinischer Themen ein Beitrag dazu geleistet wird, mehr Kollegen für die Jugendmedizin zu begeistern. Es sind v. a. wir Kinder- und Jugendärzte, die aufgrund unserer Ausbildung und Empathie in der Lage sind, diese Altersgruppe in

einer entscheidenden Lebensphase kompetent zu verstehen, zu begleiten und zu betreuen. Dort, wo wir (noch) Wissens- oder Erfahrungsdefizite haben, sollten wir uns nicht scheuen, uns entsprechend aus- und weiterzubilden. Jugendmedizin sollte nach Möglichkeit in den Ausbildungscurricula noch besser als bisher verankert werden, und spezialisierte Sprechstunden für Jugendliche sollten in pädiatrischen Praxen und Abteilungen die Regel werden.

Wir wünschen viel Freude bei der Lektüre; Kommentare in Form von Leserbriefen sind jederzeit herzlich willkommen.

Leoben/Klagenfurt im Juli 2015

Prof. Dr. R. Kerbl

Dr. A. Cavini

Korrespondenzadressen

Univ.-Prof. Dr. R. Kerbl
Abteilung für Kinder und Jugendliche,
Landeskrankenhaus Hochsteiermark,
Standort Leoben
Vordernbergerstr. 42, 8700 Leoben
Österreich
reinhold.kerbl@kages.at

Dr. A. Cavini
Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde,
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
9020 Klagenfurt
Österreich
anna.m.cavini@gmail.com

Interessenkonflikt. R. Kerbl und A. Cavini geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.