

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 11/17
48. (66.) Jahr

bvkg.

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



Berufsfragen

Honorarentwicklung
2016/2017

Fortbildung

Sind Kinderkuren
noch zeitgemäß?

Forum

Einzelpraxis beliebt
wie eh und je

Magazin

Wie geht es
Justus?

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. in Zusammenarbeit mit weiteren pädiatrischen Verbänden.
Redakteure: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen (federführend), Prof. Dr. Florian Heinen, München, Prof. Dr. Peter H. Höger, Hamburg, Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, Regine Hauch, Düsseldorf

INHALT 11 | 2017

Berufsfragen

Honorarentwicklung 2016/2017 // Reinhard Bartzky	688
Auszüge aus den Berichten der Ausschüsse // Wolfram Hartmann	692
Europäische Aktivitäten des BVKJ // Karin Geitmann	697
KBV - Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren // Wolfram Hartmann	698
Kinderschutz – Darf die Krankenkasse das Jugendamt informieren? // Christian Maus	700
Die neuen Notfallziffern in der praktischen Anwendung // Marcus Heidemann	704
Einnahmequellen der kinder- und jugendärztlichen Praxis // Johanna Harris	708
Rechtliche Aspekte der Urlaubsvertretung // Juliane Netzer-Nawrocki	710

Fortbildung

Gesundheit von Kindern in Mutter-Kind-Maßnahmen // Friederike Otto	712
Diagnose eines Metabolischen Syndroms bei Kindern // Johann Böhm	720
consilium: Kleinkind mit Spulwurm-Nachweis // Stephan Buderus	724
Review aus englischsprachigen Zeitschriften	726
Welche Diagnose wird gestellt // Maren Fließner	729

Forum

Jeder zehnte Hausarzt ging aufs Land	732
Kinderhände weg von heißen Flächen!	735
Schweizer Pädiatrietag – Ein Blick über die Grenze // Sigrid Peter	736
Mehrkindfamilien = Mehrwert für die Volkswirtschaft	738
Arme Kinder spielen selten ein Instrument	740
Fünf Jahre Jungenbeschneidung per Gesetz // Renate Bernhard	742
Die neue Studie SuSe II 2017/18 // Thomas Lücke, Mathilde Kersting	744
Veränderte Familienverhältnisse	746



„Justus geht's heute gut“

S. 748

Magazin

„Justus geht's heute gut“ // Nicola Deipser	748
Ehrungen in Bad Orb // Regine Hauch	754
Personalia	756
Fortbildungstermine	758
Pädindex	760
Impressum	762
Nachrichten der Industrie	763
Wichtige Adressen des BVKJ	772

Titelbild: ©ArtMarie - istock.com

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe sind Beilagen der Milupa Nutricia GmbH, der ratiopharm GmbH sowie der Shire Deutschland GmbH beige-fügt. Wir bitten um Beachtung.

Der Honorarausschuss informiert

Honorarentwicklung 2016/2017

Die Krankenkassen haben die Vertragsärzte mit einem Anstieg des Orientierungspunktwertes (für 2018) weit unterhalb unserer Kostenentwicklungen brüskiert. Wir verdienen nur mehr, wenn wir viel mehr arbeiten. Wie jedes Jahr an dieser Stelle die Entwicklung der Honorare im vergangenen Jahr.

Honorarzuwachs bei steigender Leistungsmenge

Die Gesamtzahl der in Deutschland niedergelassenen tätigen Kinder- und Ju-

gendärzte bleibt weitgehend konstant. Da darf die Zunahme der numerischen Anzahl von Kinder- und Jugendarzt-„Köpfen“ nicht täuschen! Ja, die Anzahl der Kinder- und Jugendärzte nimmt zu,

beeindruckender ist aber auch die Anzahl der nur noch in Teilzeit arbeitenden Pädiater (Abb. 1).

Die Arbeit in unseren Praxen nimmt weiterhin zu: Steigende Geburtenziffern, die Auswirkungen von Migration, aber auch die Zunahme der Leistungsdichte (Vorsorgen, Impfungen und die Neuen Morbiditäten) führen unverändert zu einer Zunahme der Arbeitslast (Abb. 2, Abb. 3).

Natürlich ist ein Honorarzuwachs zu erwarten, wenn der einzelne Arzt mehr Leistungen erbringt, allerdings dürften niedergelassene Ärzte die einzige Berufsgruppe sein, bei der man „Überstundenbezahlung“ als Lohnsteigerung verkaufen kann! (Abb. 4, Abb. 5)

Sowohl bei den Fallzahlen, als auch bei den Fallwerten gibt es erhebliche regionale Unterschiede. Als Beispiel

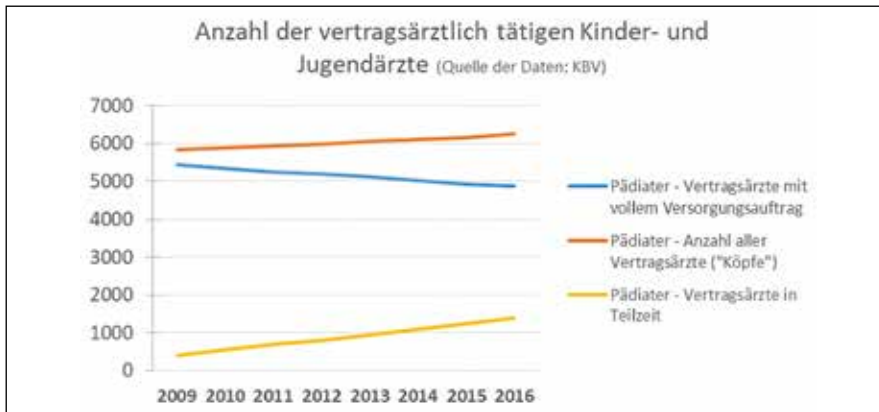


Abb. 1: Vertragsärztlich tätige Kinder- und Jugendärzte



Abb. 2: Entwicklung der Geburtenzahlen in Deutschland

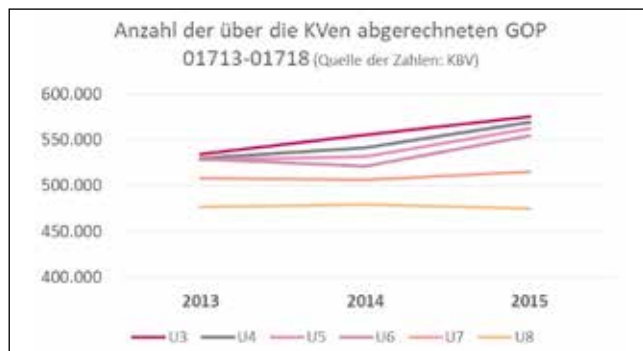
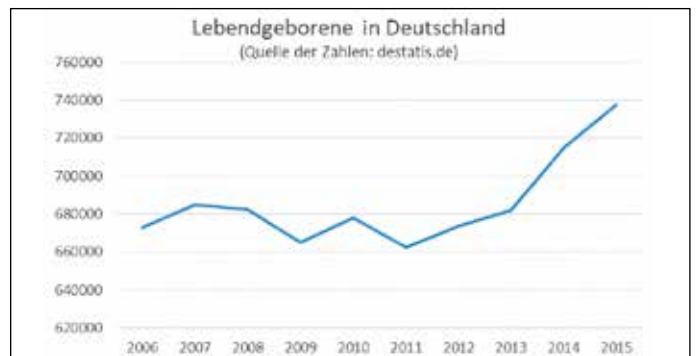


Abb. 3: Über die KVen abgerechnete Vorsorgen U3 bis U8



Abb. 4: Entwicklung der Fallwerte Kinder- und Jugendärzte seit 2000

werden hier die Zahlen des ersten Quartals 2016 demonstriert (bitte beachten, dass Leistungen aus Selektivverträgen in diesen Zahlen nicht enthalten sind). (Abb. 6, Abb. 7)

Unseriöse Veröffentlichung des statistischen Bundesamtes

Besonders kritisch würdigen müssen wir die aktuelle Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes (destatis), die in den aktuellen Honorarverhandlungen auch von Kassenseite instrumentalisiert wurden. In diese Untersuchung gehen die Daten der Finanzämter ein, dies sollte eigentlich eine seriöse Auswertung erwarten lassen. Tatsächlich aber werden in diesen Datensatz viele Arztpraxen gar nicht mit aufgenommen, so z.B. Existenzgründer und Praxen mit angestellten Ärzten.

Unseriös macht diese Veröffentlichung aber der Umstand, dass in den Übersichten die Einnahmen je Praxis und nicht je Freiberufler ausgewiesen werden. Dies führt zu dem Umstand, dass durch Bildung von Gemeinschaftspraxen und anderen Kooperationsformen natürlich die Einnahmen je Praxis überproportional steigen.

So liegen in dem Vergleichsbericht nach **destatis** die Einnahmen einer Kinder- und Jugendarztpraxis 2015 bei 427 T Euro und der Überschuss nach Abzug der Aufwendungen bei 228 T Euro. Pro anno.

Das in unseren Augen gewissenhafter arbeitende **ZI** (Zentralinstitut der KBV und der KVen) weist im Berichtsjahr 2015 (welches sich auf 2014 bezieht) für die durchschnittliche Kinder- und Jugendarztpraxis Einnahmen von nur 310 T Euro und einen durchschnittlichen Überschuss je Praxisinhaber von lediglich 158 T Euro aus.

In diesen ZI-zahlen sind eine Umrechnung auf eine durchschnittliche 40-Stunden-Arbeitswoche und auch eine PKV-Adjustierung noch nicht enthalten. Die Veröffentlichung dieser Daten just während der Verhandlungen um den Orientierungspunktwert 2018 ist auf den Schiedsspruch im Erweiterten Bewertungsausschuss sicher nicht ohne Einfluss geblieben.

Ungenügender Schiedsspruch bei den Honorarverhandlungen 2018

Kassenvertreter und KBV konnten sich in den Honorarverhandlungen um den Orientierungspunktwert nicht einigen.



Abb. 5: Umsätze der Kinder- und Jugendärzte aus vertragsärztlicher Tätigkeit seit 1995

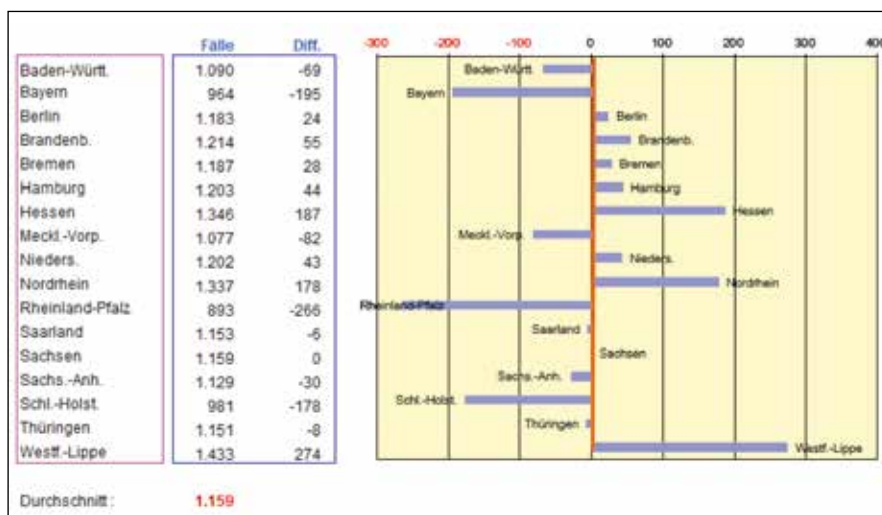


Abb. 6: Fallzahlen I/2016 Kinder- und Jugendärzte im Bundesvergleich

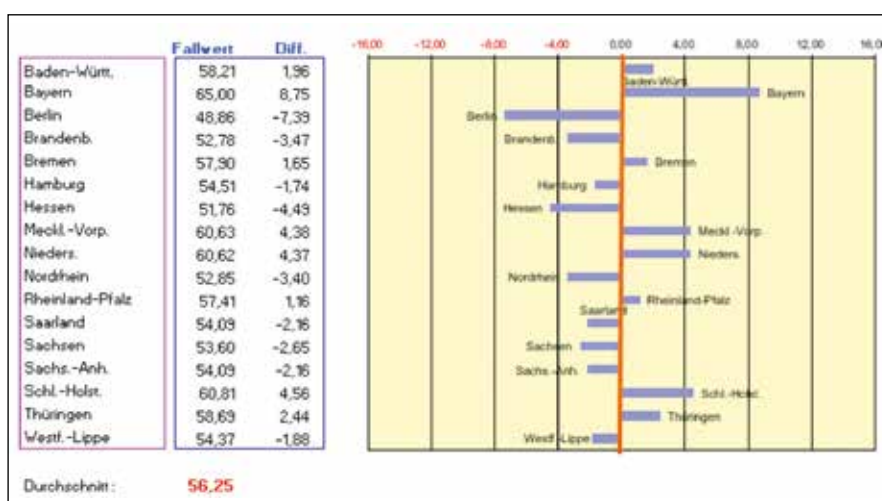


Abb. 7: Fallwerte I/2016 Kinder- und Jugendärzte im Bundesvergleich

Dabei waren die **Forderungen der KBV mit 2,4%** sehr moderat. Der GKV-Spitzenverband argumentierte wie auf dem Jahrmarkt – forderte zwar nicht wie im ver-

gangenen Jahr eine Absenkung der Arztgehälter plädierte aber aufgrund wachsender ökonomischer Ressourcen in den Praxen auf eine 0%-Lösung.

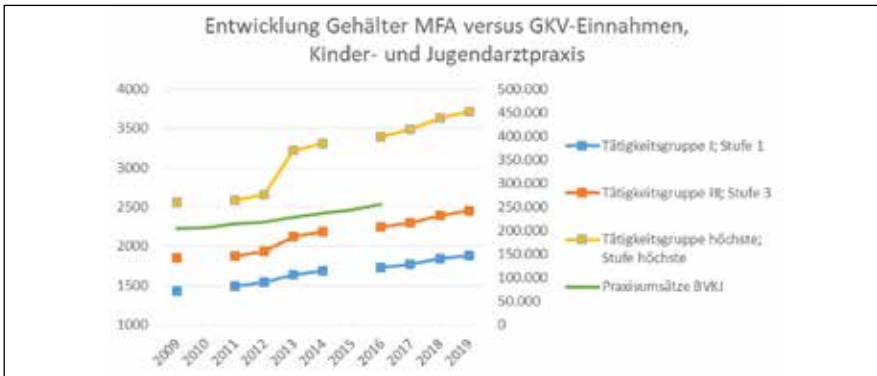


Abb. 8: Entwicklung Tarifgehälter MFA versus GKV-Einnahmen in Kinder- und Jugendarztpraxen

Jahr	Vergütung je Punkt	Veränderung OPW	Tarifabschlüsse GKV-Mitarbeiter IKK	Inflationsrate BRD	Büromieten BRD
1.10.13	10,0	-	-	-	-
2014	10,13	1,30%	3,2%	0,9%	2,3%
2015	10,2718	1,14%	2,6%	0,3%	2,7%
2016	10,4361	1,60%	2,6%	0,5%	2,4%
2017	10,5300	0,9%	2,4%	1,8%	
2018	10,6542	1,18%	-		
Durchschnittl. Erhöhung pro Jahr		+1,22%	+ 2,7%	+ 0,875%	
Reale Lohnerhöhung nach Abzug der Inflationsrate		+ 0,34%	+ 1,83%		

Differenz = Faktor 5,4

Wolfgang Landendörfer, Honorarausschuss BVKJ, Honorarbeauftragter BVKJ-LV Bayern

Abb. 9: Punktwertänderungen und Kostensteigerungen in den Vertragsarztpraxen

Da keine Einigung auf dem Verhandlungswege erzielt werden konnte musste am 19.9. der Erweiterte Bewertungsausschuss den Schiedsspruch sprechen: 1,18 % (440 Mio Euro).

Den plumpen Nullforderungen der Kassen hielten die Filigranrechner der KBV 2,4 % entgegen und bekamen die Hälfte. Da fragt man sich was wäre passiert, hätten sie ein 30 % Plus gefordert.

Die Kassenseite kommuniziert nun gar eine Milliarde Erhöhung, rechnet aber die gesetzlich vorgeschriebene Fortentwicklung durch Morbidität und die jetzt umgewidmeten bislang nicht abgerufenen Gelder für die NÄPa (Nicht ärztliche Praxissassistentin) mit ein.

Hier wird also Geld, das bereits einmal als Honorarzuwachs versprochen, dann

aber vorenthalten wurde, erneut zu einer Erhöhung dazugerechnet, um diese höher erscheinen zu lassen.

Die Oberarztgehälter nahmen im gleichen Zeitraum zwischen 2,2 und 2,6 % zu. Die Tarifverträge der MFA stiegen um 1,9 %; dies ist aber nur die halbe Wahrheit, denn die MFA-Verdienste (durch Mehreinstellungen) stiegen um 4,1 %. (Abb. 8, Abb. 9)

Dem geringen Ausgleich der ärztlichen Leistung stehen steigende Rücklagen der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber: Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums haben die **gesetzlichen Krankenkassen allein im ersten Halbjahr 2017 einen Überschuss von 1,4 Milliarden Euro** erzielt, damit stiegen die **Finanzreserven der Kassen auf 17,5 Milliarden Euro**.

Lohnanpassung UV-GOÄ um 18 %

Erstmals in der Geschichte des BVKJ nimmt der Honorarausschuss Einfluss auf die Verhandler der UV-GOÄ. Mit unserer Hauptforderung, dass die UV-GOÄ ein System ohne Lohnanpassung ist, standen wir als Berufsverband nicht alleine da. Die verkündete Erhöhung um 18 % geht natürlich nicht allein auf die Bemühungen des BVKJ zurück:

ab 01.10.2017	8 %
ab 01.10.2018	3 %
ab 01.10.2019	3 %
ab 01.10.2020	3 %

Tab. 1: Geplante Anpassungen der UV-GOÄ

Ziffern, die in der Vergangenheit bereits angepasst wurden, sind von dieser Honorarerhöhung ausgenommen – das sind aber für uns maximal die Ziffern der psychologischen Testverfahren 855-857.

Wir haben einen **pädiatrischen Forderungskatalog** in die Verhandlungen zwischen KBV und DGUV mit eingebracht, der immerhin bewirken konnte, dass es noch in diesem Jahr erste Gespräche zwischen KBV, DGUB und BVKJ geben wird.

Unsere Anliegen in Kürze:

- Notwendigkeit der Kinderzuschläge,
- starke Einschränkung der Ziffer 6,
- fehlende Berücksichtigung der Fremdanamnese,
- problematische Abrechnung besonderer Kosten,
- GOP 6 neben GOP 826,
- 143 auch für die Kinder-AU,
- Streichungen der 125,
- Tetanusimpfung.

Ein ganz besonderes Ärgernis ist dem Honorarausschuss die Machtlosigkeit des einzelnen Pädiaters gegenüber Streichungen der gesetzlichen Unfallversicherer; auch mit diesem Problem stehen wir als Berufsverband nicht alleine da: Wahrscheinlich wird es eine Neuausrichtung des Clearingverfahrens mit Schaffen einer zentralen (das hieße bundesweit tätigen) Clearingstelle geben. Es ist unser erklärtes Ziel, einen Sitz in dieser Clearingstelle zu erhalten; ob realistisch wird die Zukunft zeigen.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Reinhard Bartezky, 10967 Berlin
E-Mail: dr.@bartezky.de Red.: WH

Auszüge aus den Berichten der Ausschüsse des BVKJ zur Delegiertenversammlung 2017

(Die vollständigen Ausschussberichte finden Sie in PädInform im Ordner BVKJ Aktuell)

Ausschuss Pädiatrische Subdisziplinen

Mitglieder: Dr. Stefan Renz (Sprecher), Dr. Folkert Fehr, Dr. Christoph Runge, Dr.med. Dipl. Psych. Harald Tegtmeier-Metzdorf (kooptiert)

EBM

- Die SP Gesprächsziffer soll analog zur GOP 04230 vergütet werden, allerdings ohne die Begrenzung auf 50% der Fälle (in reinen Facharztpraxen nicht praktikabel), das SP-Gespräch wäre punktsummenneutral mit der 04230 möglich und eröffnet Schwerpunkten ohne GOP die Möglichkeit, Ihre Schwerpunktarbeit abzubilden. (Beispiel Pädiatrischer Gastroenterologie).
- Angemessene Vergütung von **Schweißtest**.

BMV

- Änderung der **Anlage 5 des Bundesmantelvertrags Ärzte**: Das Problem, welches seit März 2016 gelöst schien, ist immer noch nicht vom Tisch. Dieser Missstand führt nach wie vor zu einem Verlust von 14,40 € pro Patient und Quartal!

F-Kennzeichnung

- Die **Gastroenterologen** haben das Problem, dass sie in einigen KV Bezirke keine F Kennzeichnung ihrer Patienten abrechnen können, hier besteht dringender Handlungsbedarf.
- Es soll eine gastroenterologische Komplexziffer analog zur 04550 (Rheumatologie, 191 Punkte) geschaffen werden, um zum Beispiel die Patienten mit CED angemessen betreuen zu können.

Behandlung Erwachsener

- Ein gravierendes Problem stellt ein BSG Urteil aus 2015 dar, welches den Pädiatern verbietet, Erwachsene zu be-

handeln. Ein möglicher Ausweg wäre eine Aufnahme bestimmter Diagnosen in die ASV. Dazu haben erste Verhandlungen stattgefunden.

GOÄ

- Die Verhandlungen sind unter Beteiligung der einzelne SP aufgenommen worden. In mehreren Sitzungen wurden die Einzelkapitel, oft in enger Abstimmung mit den Vertretern der Erwachsenenberufsverbänden, aufgearbeitet.

Bedarfsplanung

- Es braucht die SP Pädiatrie, immer mehr Leistungen werden aus den Kliniken in die Praxen verlegt. Aber die SP Pädiatrie ist zu inhomogen, um zentral geplant zu werden. In Ballungsgebieten kann es sinnvoll sein, bei Mischpraxen den SP Anteil herauszurechnen, da in den Großstädten eine Bewegung von der AP zur SP Pädiatrie stattfindet, die kompensiert werden muss.

Telemedizin

- Paedexpert ist seit dem 1.7.2016 für Versicherte der Barmer GEK bundesweit verfügbar. Nach wie vor ist die Inanspruchnahme überschaubar.

Dr. Stefan Renz

Ausschuss Jugendmedizin

Mitglieder: Dr. Uwe Büsching (Sprecher), Michael Achenbach, Dr. Burkhard Ruppert, Frau Dr. Gabriele Trost-Brinkhues (kooptiert), Dr. Till Reckert (kooptiert), Medienbeauftragter

Themen

- **Kongress Jugendmedizin:** Der Ausschuss Jugendmedizin sieht die Entwicklung der Teilnehmerzahlen mit Sorge und möchte durch unterschiedliche Maßnahmen erreichen, dass die

Teilnehmerzahlen wieder ansteigen. Die wichtigste Veränderung für 2018: Gemeinsam mit dem Bundesvorstand wurde der **Termin auf den 13.-15. April 2018** verschoben

Weitere Fortbildungsaktivitäten

- **Psychosomatische Grundversorgung:** Beim Kongress in Bad Orb 2017 wird der 22. Kurs durchgeführt.
- **6. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Transitionsmedizin:** Auch in 2017 wirken wir bei diesem Kongress (München, 17. und 18.11.17) mit, mit einem Vortrag zu „Das Wechselspiel von Sucht und chronischer Erkrankungen.“ An der AG Transition der DGKJ nehmen wir ebenfalls regelmäßig teil.
- **Die Deutsche STI-Gesellschaft (DS-TIG – STI = Sexual transmitted diseases)** versteht sich als aktive medizinische Fachgesellschaft zur Förderung der sexuellen Gesundheit. Sie arbeitet interdisziplinär und hat es sich zur Aufgabe gemacht, Kenntnisse über sexuell übertragbare Infektionen zu gewinnen und zu verbreiten.
- **Jugendmedizinische Fortbildung bei den Tagungen der Landesverbände.** Einige Landesverbände engagieren sich sehr, jugendmedizinische Themen in ihr Programm aufzunehmen. Die Mitglieder des AJM haben eine Reihe von Themen, die sie gerne abrufen können.
- **Kommission Jugendmedizin der DAKJ (Kom. JuMed.):** dort bearbeiten wir weiterhin mehrere Schwerpunkte: Weiterbildungsordnung, e-learning und Basisseminare Jugendmedizin für Klinikassistenten, Fortbildung MFAs und immer wieder zwei Sitzungen mit je vier Vorträgen zur Jugendmedizin bei der Tagung der DGKJ.

Schwerpunkte

- **J1 Infomaterialien:** Der BVKJ wird seine gesamte Innen- und Außerdarstel-

lung überarbeiten und dazu gehören auch die J1 Informationsmaterialien.

- **BLIKK-MEDIEN:** Neben den Aufgaben der Jugendmedizin hat sich der AJM sehr intensiv mit dem Schwerpunkt: Bewältigungsstrategien beim Gebrauch digitaler Medien engagiert. Bei der Konzeption einer Studie waren wir davon ausgegangen, dass die Grundlagen für einen sinnvollen Umgang mit Medien in den Familien in der Kindheit gelegt werden: BLIKK – Studie: Bewältigung – Lernverhalten – Intelligenz – Kompetenz – Kommunikation. Die Datenerhebung der BLIKK – Studie ist beendet, die Auswertung hat viele Vermutungen bestätigt, aber nun gibt es Zahlen. Letztere sind häufig noch negativer als wir vermutet hatten. Die gesamte Studie hat aber auch für den BVKJ und seiner Stiftung: Kind und Jugend; zu vielen weiteren Erkenntnissen geführt. Die BLIKK-Studie hat noch einen weiteren Seiteneffekt. Mit der Studie konnte der BVKJ nachdrücklich unter Beweis stellen, dass man mit uns hervorragend ambulante Versorgungsforschung planen und umsetzen kann. Dazu gehört dann auch die DGAAP.

Dr. Uwe Büsching

Ausschuss Aus- und Weiterbildung

Mitglieder: Dr. med. Folkert Fehr (Sprecher), Dr. med. Ulrike Gitmans, Dr. med. Christoph Weiß-Becker

Der **BVKJ-Ausschuß „Aus- und Weiterbildung“** ist das Organ, das Impulse aus der Aus- und Weiterbildung in den BVKJ übersetzt und dort die Umsetzung katalysiert und vorantreibt.

Schwerpunkte

- Aus- und Weiterbildung auf www.bvkj.de sichtbar machen,
- Prüfer für M3 (Staatsexamen) und Facharztprüfungen schulen,
- Durch Seminare auf dem Kinder- und Jugendärztetag informieren
- Beitrag und Stand auf dem KBV-Sicherstellungskongress
- Kreis der Landesverbandsbeauftragten für die Weiterbildung pflegen:
- Aufbau eines Kreises der Landesverbandsbeauftragten für die Studierendenausbildung

- Symposien auf der DGKJ-Jahrestagung
- Vortrag und Workshop beim Bundeskongress der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland

Die **ambulante Weiterbildung** ist nicht mehr zu stoppen. Die Kernkompetenzen der ambulanten allgemeinen Pädiatrie **PaedCompenda** liegen in der Pilotversion Gempp 1.3 vor. Das gut 160 Seiten starke Werk besteht aus einem allgemeinen Teil von 25 Seiten, der in den Gebrauch einführt, einem Schnellstart für die Nutzung als Curriculum für die Weiterbildung in der grundversorgenden Praxis und 12 anvertraubaren professionellen Tätigkeiten (APT). Die Themen decken den Großteil der Vorstellungsanlässe und Eigenheiten der Grundversorgung ab.

Landesverbandsbeauftragte für die Studierendenausbildung sollen nach Partnerfakultäten und Praxen Ausschau halten, die entweder schon als akademische pädiatrische Lehrpraxen akkreditiert sind oder es werden wollen.

Die 1. **Prüferschulung Pädiatrie** für M3 (Staatsexamen) und Facharztprüfungen in Berlin 23.06.2017 war ein wichtiger Schritt, um Inhalte der pädiatrischen Grundversorgung in die Weiterbildung zu bringen.

Dr. Folkert Fehr

Ausschuss Für Psychosomatik und Psychotherapie

Mitglieder: Dr. med. Dipl.-Psych. Harald Tegtmeier-Metzdorf (Sprecher), Dr. Alfred Freund, Frau Dr. Petra Kapaun

Verschiedene Themen sind Dauerbrenner wie die Direktausbildung zum Psychotherapeuten und die unzureichende Honorierung von Gesprächsleistungen, andere haben uns verstärkt im ablaufenden Geschäftsjahr beschäftigt wie die in wichtigen Punkten neu gestaltete Psychotherapierichtlinie.

Die **Psychotherapierichtlinie** hat für die Kinder- und Jugendärzte*innen mit PT sehr erfreuliche Verbesserungen gebracht. So sind seit dem 01.04.2017 umfangreiche Sitzungen ohne Antragspflicht im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde (GOP 35131 EBM; 10x25 min bei Kd.u.Jgl.) und der Psychotherapeutischen Akutbehandlung (GOP 35152 EBM; 24x25 min oder 12x50 min) möglich, letztere nur

mit Anzeigepflicht über ein Formblatt bei der Krankenkasse. Die Ansetzung dieser Leistungen geht mit einer **Streichung der Vorhaltepauschale** (GOP 4040 EBM, € 15,16) im betreffenden Quartal für den jeweiligen Patienten einher, obwohl wir als hausärztlich arbeitende KJÄ im Vergleich zu reinen Psychotherapeuten viel höhere Raum-, Personal-, Technik- und Energiekosten haben. Derart können wir mit der üblichen Honorierung von psychotherapeutischen Leistungen eigentlich nur unsere laufenden Kosten begleichen. Gleichzeitig bekommen die Fachärzte die korrespondierende Pauschale zur Förderung fachärztlicher Grundleistungen (PFG) trotz der GOP 35131 ausgezahlt! Protest gegen diesen Stachel in unserem Fleisch hat weder bei der KBV noch beim BMG gefruchtet. Positiv ist allerdings die Angleichung der Honorierung für die zwei neuen Gebührenordnungspositionen an diejenige für die Antragspsychotherapie (44,33 €/25 min).

Das Bundesgesundheitsministerium hat nun einen Eckpunkte **-Entwurf zur grundständigen Direktausbildung zum Psychotherapeuten** in psychologischen Instituten an den Universitäten in Umlauf gebracht, der den Wünschen der Bundespsychotherapeutenkammer weitgehend entspricht: Leitungsfunktionen und auch eine Aussicht auch auf die Verordnung von Psychopharmaka (zumindest dazu schon mal mit einem Modellstudiengang) finden sich darin wieder. Eine grundständige Differenzierung von Erwachsenen und Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten ist nicht mehr vorgesehen, was wir als wichtigen Mangel erachten. Es entspricht den Tendenzen zum Common Trunk, wie auch in der Pflege. Es fehlt die Skizzierung von Ärztlicher Psychotherapie, Weiterbildung und Abgrenzung. Positiv ist eine betonte Öffnung gegenüber möglichen weiteren psychotherapeutischen Richtungen, wie z.B. der systemischen Therapie.

Im Juni gab es eine Sondersitzung der STÄKO in Frankfurt zum Thema der **Musterweiterbildungsordnung (MWBO) für den Zusatz „Psychotherapie“**, der neu gestaltet werden soll. Dabei zeichnet sich ab, dass die Fachgebundenheit zukünftig entfallen soll. In diesem Zusammenhang stimmte die Mehrheit dafür, dass zukünftig im Rahmen von dieser Weiterbildung ein **Psychiatrisches Jahr** verbindlich abgeleistet werden soll, was gerade für diejenigen, die erst Jahre nach

der pädiatrischen Weiterbildung diesen Zusatz anstreben, sicher eine kaum zu überwindende Klippe darstellen würde.

Die Arbeitsgruppe, die eine **bessere Zusammenarbeit** unserer Fachgruppe mit den **Kinder- und Jugendpsychiatern** zum Ziel hat, hat ein Papier dazu erarbeitet, das von beiden Seiten konsentiert wurde.

Beteiligt waren wir auch an der Weiterentwicklung der GOÄ-neu in der BÄK.

Im **Dachverband Psychosomatik und ärztliche Psychotherapie in den somatischen Fachgebieten** (DPÄP; www.dpap.de) sind wir im Sprecherrat vertreten.

Teilnahme an Leitlinien: Hier steht die **Leitlinie über Dyskalkulie** kurz vor der Fertigstellung. Der Berichterstatter vertrat den BVKJ in Frankfurt bei einer Anhörung zur **Leitlinie „Geschlechtsdysphorie“**, einem auch in der Pädiatrie wichtigen Thema, dem bisher keine ausreichende Beachtung geschenkt wurde.

Dr. med. Dipl.-Psych. Harald Tegtmeier-Metzdorf

Fortbildungsausschuss

Mitglieder: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller (Sprecher), Dr. Herbert Schade, Dr. Steffen Lüder

Der **44. HSK vom Samstag 8.10. bis Dienstag 11.10.16** stand unter dem **Oberthema Prävention ist Zukunft – Zukunft ist Prävention**. Ein für uns Pädiater ganz zentrales Thema wurde von national und international anerkannten Spezialisten interdisziplinär auf dem neuesten Stand für die Pädiater in hervorragender Weise präsentiert. Wir hatten uns entschlossen, nach vielfach geäußerten Wünschen „weniger dicht, kürzer, weniger Vorträge, mehr Zeit für kollegiale Gespräche“, die Tagung noch einmal verkürzt auf jetzt 4 Tage durchzuführen. Die Rückmeldungen der TN waren durch die Bank sehr positiv, wie meistens.

Der diesjährige **45. HSK Bad Orb** findet nun erstmalig von Donnerstag bis einschließlich Sonntag statt. Wir versprechen uns davon eine noch bessere Akzeptanz, d.h. Anreise Mittwochnachmittag, wo die Praxen häufig zu sind, und Abreise Sonntagnachmittag, so dass die Praxen der TN kürzere Zeit nur geschlossen werden müssten. Thema: **Wie geht es Dir mit Handicap? Im Rahmen des BVKJ-Oberthemas „chronische Erkrankungen“ für das ganze Jahr 2017.**

Diskussionspunkt:

Überhaupt nicht funktioniert hat eine basisdemokratische Umfrage bei den 12.000 Mitgliedern des BVKJ zu den Wünschen der Pädiater für Bad Orb bezüglich Kongressort, -struktur, Thematik: Oberthema oder Update, Dauer, etc. Eigentlich sollten die Obleute des BVKJ in der ganzen Republik sich dieses eine Blatt mit Fragen mehrfach ausdrucken, es den jeweiligen TN an QZ oder sonstigen Stammtischen vor Ort austeilen, ausfüllen lassen, einsammeln und nach Köln ins BVKJ-Büro zur Auswertung zurückgeben. Nicht einmal **1% der BVKJ-Mitglieder** haben sich beteiligt mit nicht allgemein verwertbaren, z.T. widersprüchlichen Antworten. Sehr unbefriedigend und frustrierend! Ursachen? Kein Interesse? Passivität? Arbeitsüberlastung? Fortbildung ist ein Qualitätsmerkmal und der BVKJ mit seinem Fortbildungsausschuss steht für Qualität und das kostet nun mal auch etwas.

Der **14. Assistentenkongress in Berlin im April 2017** folgte bald nach dem jugendmedizinischen Kongress in Weimar, Leitung durch Prof. R.G. Schmidt, Altötting, in hervorragender Kooperation mit den Chefarzten der Berliner Kinderkliniken, insbesondere der Charité, verlief wieder sehr erfolgreich mit anhaltend steigenden, sehr guten Teilnehmerzahlen.

Der **47. Kinder- und Jugendärztetag in Berlin fand vom 23.-25.6.2017 statt**. Die TN-Zahlen bei den ärztlichen TN waren leicht rückläufig. Wir konnten nach Erinnerung per E-Mail noch einige Anmeldungen erreichen. Das Thema stand unter dem Oberthema: **Das chronisch kranke Kind – der chronisch kranke Jugendliche: gesellschaftliche Herausforderungen**. Das Highlight schlechthin waren die authentischen Berichte zweier Eltern von chronisch kranken Kindern und ihren Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem.

Sehr gut angenommen werden nach meiner Wahrnehmung wie schon im letzten Jahr die **Broschüren des BVKJ zum Jahresthema**. Hier ist es ausgesprochen hilfreich, dass die Bemühungen des Fortbildungsausschusses und des Ausschusses für das jeweilige Schwerpunktthema, geeignete Referenten/Innen für das Schwerpunktheft als auch für Vorträge beim KJÄ-Tag in Berlin zu finden, gebündelt wurden.

Der parallel verlaufende 11. Kongress für die medizinische Fachangestellte in der Kinder- und Jugendarztpraxis erfreut sich zum Glück nach wie vor sehr großer

Beliebtheit und war wieder sehr gut besucht, eine nach wie vor einzigartige Initiative des BVKJ.

Neu im **BVKJ-Programm 2017 zusammen mit dem Berufsverband der Frauenärzte war die Fachtagung zu FASD am 12.07.2017 in Berlin**, die vom BM für Gesundheit gefördert wurde und unter der Schirmherrschaft von Marlene Mortler, Drogenbeauftragte der Bundesregierung im BMG, stand.

Das **Schwerpunktthema des BVKJ für 2018 wird die Psychosomatik im Kinder- und Jugendalter** sein, somit auch das Thema für den Kinder- und Jugendärztetag 2018 in Berlin. Für Bad Orb werden wir dieses Mal eine Art Update: Was gibt es Neues? vorbereiten.

Auf der **DGKJ-Tagung in Köln** gab es ein **gemeinsames Symposium von DGKJ und BVKJ**: Thema: **Das chronisch kranke Kind in der Schwerpunktpraxis**. Diese Kooperation soll auch 2018 mit Prof. Jorch, Magdeburg, ausgebaut werden, der die DGKJ-Tagung 2018 in Leipzig organisiert. Somit kommt ein persönliches Herzensthema in Gang, die Gegensätzlichkeiten zwischen DGKJ vs. BVKJ d.h. „Wissenschaft vs. Honorarfragen“ endlich beizulegen und die beiden Gesellschaften der Pädiatrie als zwei Seiten einer Medaille zu begreifen, die gemeinsam zum Wohle der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien in Deutschland arbeiten.

Die Veranstaltung **Paediatrica** läuft weiter bundesweit mit 5 Themenblöcken. Die Teilnehmerzahlen sind weiterhin konstant und liegen bei ca. 900 MFA pro Jahr.

Die inzwischen sehr erfolgreiche Veranstaltungsreihe **„Immer etwas Neues“**, wird an zehn Veranstaltungsorten bundesweit für Ärzte und deren MFA zeitgleich angeboten. Die Veranstaltung soll auch in 2018 fortgeführt werden - dazu liegt bereits eine neue Konzeptidee vor. Das Basisprogramm soll mit Seminarangeboten erweitert werden. Gespräche mit Sponsoren sind bereits geplant.

Prof. Dr. Klaus-Michael Keller

Weitere Berichte folgen im nächsten Heft der Verbandszeitschrift.

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Information über die europäischen Aktivitäten des BVKJ



Karin Geitmann

Benutzte Abkürzungen:

UEMS: Union of European Medical Specialists

EAP: European Academy of Paediatrics (umfasst: UEMS/Paediatricsection + Mitglieder mit individueller Mitgliedschaft)

EAPRASnet: European Academy of Paediatrics Research in Ambulatory Settings network

ECDC: European Center for Disease Prevention and Control

ECPCP: European Confederation of Primary Care Paediatricians

EPA: European Paediatric Association

EAP-Treffen

Auf dem Frühjahrstreffen in der Algarve befassten sich verschiedene Arbeitsgruppen mit dem Thema „Impfen“. Wakefield und sein Film gegen Masernimpfung hat es bis zu einer Promotionaktion vor dem EU Parlament in Brüssel gebracht.

Weiterhin steht die Schließung der Immunitätslücken für Masern im Vordergrund der Aktivitäten, da in mehreren europäischen Ländern – besonders Deutschland, Schweiz, Italien, Rumänien, Bulgarien, aber auch Polen, Frankreich, Österreich – das Ziel der Maserneliminierung noch deutlich verfehlt ist. (Mittlerweile hat die italienische Regierung eine Impfpflicht für Masern eingeführt und auch Frankreich plant zum 01.01.2018 die Einführung einer Impfpflicht).

Eine Forderung auf europäischer Ebene ist weiterhin, dass **alle** Pädiater auch die begleitenden Eltern der vorgestellten

ECPCP

Zum Verlauf des Frühjahrstreffens in Wien verweise ich auf das Protokoll im Obleuteordner in paedinform bzw. kann es bei mir angefordert werden. Auch hier die Themen Impfen, Versorgungsforschung und Ausbildung in der Pädiatrie unter dem besonderen Aspekt der allgemeinen primären Pädiatrie.

Weitere Infos:

gr.huss@t-online.de oder über paedinform (amtierender Präsident der ECPCP)

Nächstes Treffen: Velenje, Slowenien am 20.10.2017 - 22.10.2017

Jedes BVKJ-Mitglied ist gleichzeitig Mitglied der ECPCP und ist herzlich zur Mitarbeit eingeladen.

Im Rahmen der BVKJ-Kongresse findet regelmäßig für alle **Europainteressierte** ein Treffen zum Kennenlernen bzw. Reinschnuppern statt.

Nähere Infos: jeweils am Tagungsbüro oder k.geitmann@web.de oder über paedinform

Kinder und Jugendlichen impfen sollten, damit Impflücken besser geschlossen werden können.

Gemeinsame Aktivitäten mit der ECDC und dem elektronischen Impfregister IIS (Immunisation Information System) sind geplant.

Bei EAPRASnet ist eine europaweite Umfrage zum Thema „Impfbereitschaft“ geplant. In jedem Land werden 20 Pädiater gesucht, die bereit sind, 15-20 Familien zu rekrutieren, die über ihre Haltung zum Impfen Auskunft geben möchten. Die Umfrage findet online statt. **Vorausichtlicher Beginn: Oktober 2017.**

Die Studie zur Situation von Migranten in Europa von A. Carrasco steht vor der Veröffentlichung, ebenso die europäischen Leitlinien für Migrantenkinder und -jugendliche, die auf Basis der soweit vorhandenen einzelnen nationalen Empfehlungen zusammengestellt wurde.

MOCHA-Projekt (Models of Child Health Appraised):

Inhalt sind die verschiedenen pädiatrischen Gesundheitssysteme in 30 Ländern. Frage ist, wie soll das Gesundheitssystem 3.0 aussehen, welche Minimalstandards sind für die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Zukunft auf kommunaler Basis erforderlich? Hier gehen die Vorstellungen vom „Ideal“ je nach Status quo des aktuellen medizinischen Versorgungssystems weit auseinander.

Allgemein akzeptierter Leitsatz:

„To bring highest possible quality of pediatric care close to the child's home environment“.

Primary Care Paediatrician

Die Frage der Definition und Zuordnung des PCP (**Primary Care Paediatrician**) wurde letztlich so entschieden, dass erstmal keine Subdisziplin dafür geschaffen wird und auch die Umbenennung in „community doctor“ abgelehnt wurde, u.a. da in Deutschland dieser Begriff völlig anders besetzt ist.

Mit Hilfe einer Überarbeitung des ECP-CP-Curriculum zur PCP soll ein Rahmen für die Ausbildungsanforderung geschaffen werden, der den jeweiligen Gesundheitssystemen angepasst werden kann.

Europäisches Examen für die Facharztbezeichnung Pädiatrie

Das Hauptthema der Ausschusssitzung war die Entwicklung eines europäischen Examens für die Facharztbezeichnung Pädiatrie. Hier sind die Junior Doctors aus der holländischen Gesellschaft für Pädiatrie federführend. Grundlage für die Fragen bildet das englische Examen unter der Ägide des Royal College of Paediatrics and Child Health UK. Die Fragensammlung soll aber adaptiert werden.

Dies sei jedoch **nicht als Pflichtexamen für die EU** gedacht sondern als Option, mit dem Bestehen des Examens bestimmtes Fachwissen nachzuweisen und somit vielleicht eine EU übergreifende Facharztanerkennung zu ermöglichen.

Korrespondenzadresse:

Karin Geitmann, Delegierte des BVKJ für die EAP, 58095 Hagen

E-Mail: k.geitmann@web.de oder über PaedInform

Red.: WH

KBV – Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren

– Stand 31.12.2016 –

Anzahl der MVZ-Zulassungen	2.490
Gesamtzahl der in einem MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzte	16.009
Vertragsärztinnen und Vertragsärzte	1.449
Ärztinnen und Ärzte im Anstellungsverhältnis	14.560
Durchschnittliche MVZ-Größe	6,4 Ärztinnen und Ärzte
Vorwiegende Gründer	Vertragsärzte und Krankenhäuser
Beteiligung von Vertragsärztinnen und -ärzten an der Trägerschaft	43 %
Beteiligung eines Krankenhauses an der Trägerschaft	38,8 %
Weitere Träger	18,2 %
Vorwiegende Rechtsformen	GmbH, GbR
Am häufigsten beteiligte Facharztgruppen	Hausärzte, fachärztliche Internisten, Chirurgen

Tab. 1: Stand MVZ am 31.12.2016

Zusammenfassung

- Die Anzahl der MVZ insgesamt und auch die Anzahl der MVZ, bei denen ein Krankenhaus als Träger beteiligt ist, steigt stetig.
- MVZ firmieren nahezu ausschließlich in Form der GmbH bzw. GbR.
- MVZ in Krankenhausträgerschaft werden vorrangig als GmbH gegründet.
- Die Anzahl der angestellten Ärzte in den MVZ steigt stetig an, die Zahl der in den MVZ tätigen Vertragsärzte bleibt relativ stabil.
- MVZ arbeiten überwiegend mit angestellten Ärzten oder aber mit Vertragsärzten und angestellten Ärzten.
- MVZ-Gründer entscheiden sich deutlich weniger dafür, ihr MVZ ausschließlich mit Vertragsärzten zu betreiben.
- MVZ, die in Trägerschaft eines Krankenhauses stehen, arbeiten nahezu ausschließlich mit angestellten Ärzten.
- Die durchschnittliche Arbeitsgröße der MVZ ist leicht zurückgegangen. Zum 31.12.2016 arbeiten die MVZ mit durchschnittlich 6,4 Ärzten.

Link: http://www.kbv.de/media/sp/mvz_aktuell.pdf
http://www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf

Zusammenstellung nach KBV:

Dr. Wolfram Hartmann, 57223 Kreuztal
 E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

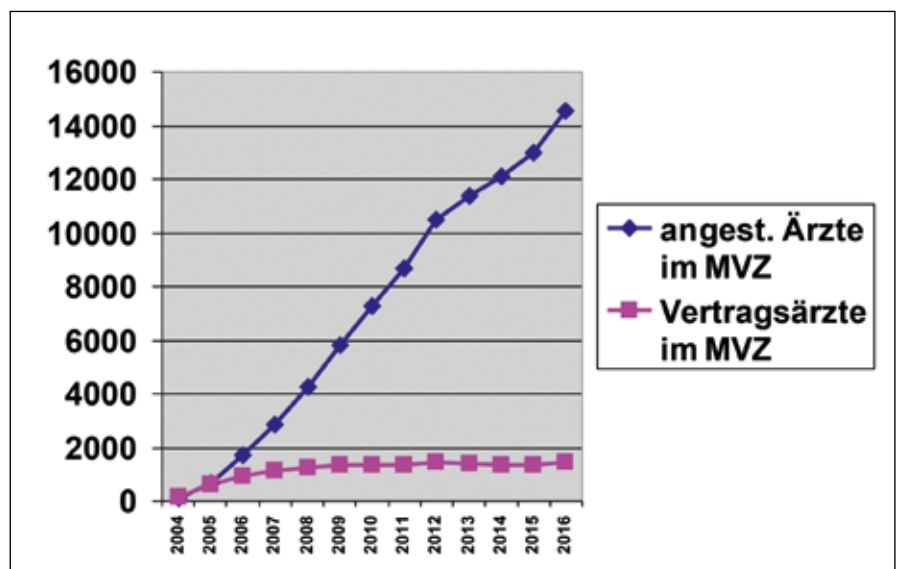


Abb. 1: Ärztinnen und Ärzte im MVZ – Entwicklung von 2004 bis 2016

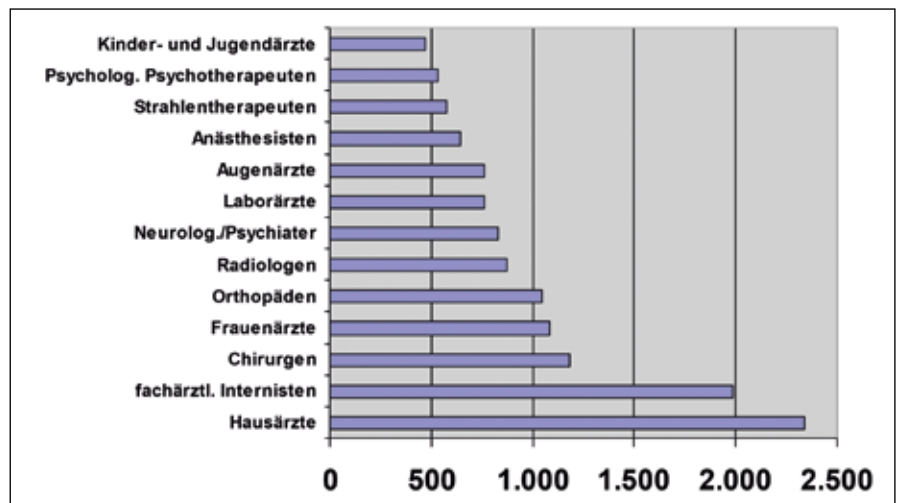


Abb. 2: Arztgruppen im MVZ

Kinderschutz – darf die Krankenkasse aufgrund einer ICD T74-Diagnose eines Arztes das zuständige Jugendamt informieren?

Zum 01. Dezember 2012 ist das Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG) in Kraft getreten. Trotz des „hohen Niveaus“ des Kinderschutzes sah der Gesetzgeber Handlungsbedarf auf den Feldern des präventiven und des intervenierenden Kinderschutzes (BT-Drs. 17/6256, S. 1). Kernstück des BKSchG ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG), dessen Ziel es ist, das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen, ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu fördern und das erstmals bundeseinheitliche Regelungen zur Beratung und Weitergabe von Informationen bei Kindeswohlgefährdung durch bestimmte Geheimnisträger an das Jugendamt einführt.



Dr. Christian Maus

Problemstellung

Aus Erfahrungsberichten betroffener Kinder- und Jugendärzte geht hervor, dass Krankenkassen aufgrund einer vom Kinder- und Jugendarzt abgerechneten ICD T74-Diagnose (Verdacht auf Vernachlässigung oder Missbrauch) das Jugendamt bzw. in einem Fall auch die Strafverfolgungsbehörden einschalteten und sich in diesem Zusammenhang auf eine Anzeigepflicht nach dem SGB V beziehen.

Dieser Beitrag geht der Frage nach, wer und unter welchen Voraussetzungen berechtigt ist, Informationen im Zusammenhang mit einer vermuteten Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt weiterzugeben und ob es ein Informationsrecht bzw. sogar eine Informationspflicht der Krankenkasse gibt, die von einer ICD T74-Diagnose erfährt.

I. Kindeswohl vs. Datenschutz: Das KKG

• Die ärztliche Schweigepflicht

Gemäß § 9 Abs. 1 der Musterberufsordnung für Ärzte (MBO-Ä) haben Ärztinnen und Ärzte über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Ärztin oder Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist, zu schweigen. Zu einer Offenbarung sind sie nur befugt, wenn sie von der Schweigepflicht entbunden werden oder soweit die Offenbarung zum Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist (§ 9 Abs. 2 MBO-Ä). Eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht ist strafbewehrt, § 203 Strafgesetzbuch (StGB).

Eine Weitergabe von Informationen an Dritte über das, was dem Kinder- und Jugendarzt in seiner Eigenschaft als Arzt bekannt geworden ist ohne entsprechende Einwilligung der Erziehungsberechtigten des Patienten ist nur dann nicht rechtswidrig und damit strafbar, wenn die Tat (Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht) begangen wird, um in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, oder Freiheit des Patienten die Gefahr durch die Tat abgewendet werden soll und bei Abwägung der betroffenen Rechtsgüter der Schutz des Kindes das Interesse an der Geheimhaltung der Informationen wesentlich überwiegt (BT-Drs. 17/6256, S. 20; § 34 StGB).

1. Die Ermächtigungsnorm des § 4 KKG

Um den Rückgriff auf den sogenannten „rechtfertigenden Notstand“ des § 34 StGB als Rechtfertigungsgrund für die

Kinder- und Jugendärzte als Berufsgeheimnisträger im Sinne von § 203 StGB bei der Übermittlung von Informationen bei einem begründeten Verdacht auf Kindeswohlgefährdung überflüssig zu machen und den „Flickenteppich“ unterschiedlicher landesgesetzlicher Regelungen beim Kinderschutz zu vereinheitlichen, führte der Gesetzgeber § 4 KKG ein:

a. § 4 Abs. 1 KKG bestimmt den persönlichen Anwendungsbereich der Beratungs- und Informationspflicht des Gesetzes und begrenzt ihn auf solche Berufsgeheimnisträger, die von ihrer beruflichen Tätigkeit her in einem unmittelbaren Kontakt zu Kindern und Jugendlichen stehen oder stehen können und von ihrer Ausbildung her zur Erörterung der einschlägigen Problemlagen mit den Eltern befähigt sind (BT-Drs. 17/6256, S. 19.) Dazu gehören nach Absatz 1 Satz 1 Kinder- und Jugendärzte. **Mitarbeiter von Krankenkassen nennt der Gesetzestext nicht.** Werden dem Kinder- und Jugendarzt in Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so soll er mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Es handelt sich bei diesen Gesprächen um die erste Stufe des mehrstufigen Beratungs- und Informationssystems des KKG.

- b. Da die Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung im Einzelfall schwierig und komplex sein kann, hat der **Kinder- und Jugendarzt bei Bedarf das Recht auf Beratung durch den Träger der öffentlichen Jugendhilfe**. Zu diesem Zweck kann er die für die Beratung erforderlichen Daten an den Träger übermitteln, diese sind allerdings zu pseudonymisieren (§ 4 Abs. 2 KKG). Diese Übermittlung auf der zweiten Stufe darf allerdings ausschließlich der Einbeziehung fachlicher Expertise und nicht dem Austausch von Daten zur Sammlung von Verdachtsmomenten dienen (BT-Drs. 17/6256, S. 19).
- c. Konnte die drohende Kindeswohlgefährdung durch die vorgenannten Maßnahmen nicht abgewendet werden oder scheidet ein solches Vorgehen aus, **so ist der Kinder- und Jugendarzt auf der dritten Stufe berechtigt, aber nicht verpflichtet, das Jugendamt von der Kindeswohlgefährdung unter Übermittlung der notwendigen Daten zu informieren, wenn er ein Tätigwerden des Jugendamtes für geboten erachtet**. Zuvor muss der Kinder- und Jugendarzt aber die Betroffenen auf die geplante Information hinweisen, es sei denn, dass dadurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen gefährdet wird (§ 4 Abs. 3 KKG). Erst bei Erreichen der dritten Stufe ist die Beeinträchtigung des durch Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG garantierten Elternrechts durch das sog. „staatliche Wächteramt“ in Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG gerechtfertigt (BT-Drs. 17/6256, S. 20).

2. Zwischenergebnis:

§ 4 KKG enthält Vorschriften für die Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung.

In Absatz 1 Nr. 1 – 7 werden **abschließend** Berufsgruppen genannt, die in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit unmittelbaren Kontakt zu Kindern und Jugendlichen haben oder haben können, und damit entsprechend qualifiziert sind. **Der Gesetzgeber hat aufgrund der Sensibilität des Themas Kindeswohlgefährdung und der Gefahr einer Stigmatisierung allein aufgrund eines Verdachtes bewusst hohe Hürden vor einer Information staatlicher Stellen errichtet.**

.....
Vor einer Einschaltung des Jugendamtes ist grundsätzlich der Betroffene von der beabsichtigten Information zu unterrichten. Auch diese Unterrichtung hat ausschließlich durch den abschließend in Absatz 1 genannten Personenkreis zu erfolgen; Ausnahmetatbestände sind nicht vorgesehen.

Durch eine eigenmächtige Information des Jugendamtes oder gar der Strafverfolgungsbehörden verletzte die Krankenkasse das Elternrecht aus Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG. Zwar sind Grundrechte nicht „schränkenlos“, ein Eingriff bedarf aber einer Ermächtigungsnorm sowie einer Abwägung zwischen dem geschützten Grundrecht und der abzuwendenden Gefahr. Die Trias des § 4 KKG ist Ausprägung des in Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG kodifizierten **staatlichen Wächteramts**. Der Staat hat den Anwendungsbereich des Wächteramts durch das KKG abschließend geregelt.

Damit darf eine Krankenkasse, die von einer möglichen Kindeswohlgefährdung durch eine ICD T74-Diagnose eines Vertragsarztes im Rahmen der Leistungsabrechnung erfährt, dieses Verdachtsmoment nicht an das Jugendamt oder sonstige Dritte weitergeben.

Etwas Anderes könnte lediglich dann gelten, wenn sich herausstellt, dass Kinder- und Jugendärzte bei einem Patienten wiederholt die Verdachtsdiagnose abrechnen, allerdings von ihrer Kompetenz nach § 4 KKG keinen Gebrauch machen, die Krankenkasse mehrfach vergeblich auf die Ausübung derselben durch den Kinder- und Jugendarzt drängt und dieser sein Verhalten nicht plausibel begründen kann. In diesem Fall käme eine Information des Jugendamtes durch die Krankenkasse unter Berücksichtigung von § 34 StGB und dem Grundsatz „Kinderschutz vor Datenschutz“ in Betracht.

II. Anzeigepflicht der Krankenkassen nach SGB V?

Eine neben dem KKG positiv geregelte Anzeigepflicht bei Hinweisen auf eine **drittverursachte Gesundheitsschädigung** kannte das SGB V **bis zum 12. August 2013** für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Einrichtungen und nach § 108 SGB V zu-

gelassene Krankenhäuser. Diese waren nach § 294a Abs. 1 Satz 1 SGB V in der bis zum 12. August 2013 geltenden Fassung bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden (darunter fallen auch durch Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung verursachte Gesundheitsschäden von Kindern und Jugendlichen) verpflichtet, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen. Die Krankenkassen waren bei ihnen bekannt gewordenen Verdachtsfällen berechtigt, diese Angaben bei den genannten Leistungserbringern anzufordern (Becker/Kingreen-Michels, SGB V, 2. Auflage 2010, § 294a, Rn. 2).

.....
Zum 13. August 2013 wurde § 294a Abs. 1 SGB V geändert und um einen neuformulierten Satz 2 ergänzt. Danach besteht für die genannten Leistungserbringer, also auch Kinder- und Jugendärzte, bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs oder einer Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sein können, keine Mitteilungspflicht an die Krankenkassen.

Es steht auch nicht im Ermessen des Kinder- und Jugendarztes, die Krankenkasse nichtsdestotrotz zu informieren, da es hierfür an der Übermittlungsbefugnis fehlt (Becker/Kingreen-Michels, SGB V, 5. Auflage 2017, § 294a, Rn 2a).

Die Übermittlungsbefugnis des Kinder- und Jugendarztes an das Jugendamt nach dem KKG wird durch § 294a Abs. 1 S. 2 SGB V nicht eingeschränkt.

Mit der Ausnahme von der Mitteilungspflicht nach § 294a Abs. 1 Satz 2 SGB V wird der von behandelnden Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geäußerten Befürchtung Rechnung getragen, dass in Fällen von möglichen Kindesmisshandlungen und -Vernachlässigungen durch die Mitteilung an die Krankenkasse und daran anschließende Schritte der Krankenkasse gegen den möglichen Verursacher Konflikte im Umfeld der Betroffenen ausgelöst oder sonstige Wirkungen hervorgeufen werden, die zu einer Gefährdung

des Behandlungserfolges führen können (BT-Drs. 17/13770, S. 25).

Ob auch nach dem 13. August 2013 eine reaktive Mitwirkungspflicht des Kinder- und Jugendarztes besteht, wenn eine Krankenkasse aufgrund ihrer nicht durch den Arzt bekannt gewordener Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung von ihrem Nachfragerecht Gebrauch macht, ist bisher weder gerichtlich entschieden worden, noch ergibt es sich aus der Gesetzesbegründung. Verneint man mit Becker/Kingreen den Wegfall jeglicher Übermittlungskompetenz des Kinder- und Jugendarztes aufgrund der Regelung des § 294a Abs. 1 Satz 2 SGB V, wird man auch eine reaktive Mitwirkungspflicht des Kinder- und Jugendarztes bei einer Anfrage der Krankenkasse verneinen müssen.

Bejaht man hingegen weiterhin mit § 294a SGB V ein Aufforderungsrecht der Krankenkassen zur (eingeschränkten) Datenanforderung und damit eine „Bringschuld“ der Leistungserbringer (Hauck/Noftz-Luthe, SGB V, Erg.-Lfg. 8/15, § 294a SGB V, Rn. 15), wird der Kinder- und Jugendarzt auf Anforderung der Krankenkasse bei einem Anfangsverdacht auf drittverursachte Gesundheitsschäden der Krankenkasse eine Erstinformation zukommen lassen müssen, die aber in keiner Weise zur Offenlegung personaler Daten führen, sondern lediglich die Tatsache einer Drittverursachung (und ggf. damit im Zusammenhang stehender Behandlungsmaßnahmen) bein-

halten darf (Hauck/Noftz-Luthe, SGB V, Erg.-Lfg. 8/15, § 294a SGB V, Rn. 45).

Ein Recht der Krankenkasse, aufgrund dieser Erstinformation das Jugendamt einzuschalten, ist damit aber nicht verbunden.

III. Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

§ 58 Abs. 1 BMV-Ä verpflichtet den Kinder- und Jugendarzt, bei Hinweisen auf **drittverursachte Gesundheitsschäden** die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen. Die in § 294a Abs. 1 Satz 2 SGB V kodifizierte Einschränkung der Mitteilungspflicht bei Gesundheitsschäden von Kindern und Jugendlichen als Resultat einer Misshandlung o.ä. findet sich im BMV-Ä nicht. Allerdings ist der BMV-Ä als öffentlich-rechtlicher Normenvertrag eine untergesetzliche Norm, so dass die **Vorschriften des SGB V Vorrang haben**. Auf die Ausführungen zu II. kann insofern verwiesen werden.

IV. Zusammenfassung

Ein Recht der Krankenkasse, aufgrund von Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung das Jugendamt oder Ermittlungsbehörden einzuschalten, existiert grundsätzlich nicht. Ebenso gibt es keine gesetzlich normierte Anzeigepflicht. Nur

die in § 4 Abs. 1 KKG genannten Geheimnisträger mit unmittelbarem Kontakt zu den betroffenen Kindern und Jugendlichen und deren Sorgeberechtigten können als ultima ratio das Jugendamt einschalten.

Etwas Anderes kann nur in besonderen Ausnahmefällen gelten, wenn etwa die Krankenkasse durch einen Diagnoseschlüssel von der Kindeswohlgefährdung Kenntnis erlangt, diese Diagnose bei demselben Patienten wiederholt gestellt wird und der behandelnde Kinder- und Jugendarzt auf Anfrage der Krankenkasse nicht plausibel begründen kann, warum er von seiner Ermächtigung nach § 4 Abs. 3 KKG gegenüber dem Jugendamt keinen Gebrauch macht.

Seit dem 13. August 2013 darf der Kinder- und Jugendarzt bei Hinweisen auf eine durch Missbrauch pp. verursachte Gesundheitsschädigung des Patienten die Krankenkasse nicht mehr informieren, da es an einer Übermittlungsbefugnis fehlt.

Korrespondenzadresse:

Dr. Christian Maus

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
Möller und Partner, Düsseldorf

Die Rechtsanwälte Möller und Partner
sind Justiziarer des B.V.K.J. e.V.

E-Mail: zentrale@moellerpartner.de

Red.: WH

AOK Nordost und KVMV fördern nun auch die Subspezialisierung von Kinder- und Jugendärzten

Bereits 2016 konnte der Landesverband MV erreichen, dass AOK Nordost und KVMV paritätisch den ambulanten Weiterbildungsabschnitt für **bis zu zehn pädiatrische WB-Assistenten** im Land unabhängig von der KBV jeweils ein Jahr fördern. Mit der in diesem Jahr erfolgten Änderung der Weiterbildungsordnung, die nun einen **24-monatigen ambulanten WB-Abschnitt** erlaubt, haben KVMV und AOK Nordost vereinbart, die Förderung auf den gesamten 2-Jahresabschnitt zu erweitern und den **Zuschuss auf 4.800 € im Monat** zu erhöhen.

Gleichzeitig können nun auch Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin gefördert werden, wenn sie im ambulanten oder stationären Bereich eine **Subspezialisierung** erwerben wollen. Dies ist ein wichtiger Schritt hin zur Sicherstellung der zukünftigen pädiatrischen Versorgung im Land und ein großer Erfolg für den Landesverband MV.

In Mecklenburg-Vorpommern sind zur Zeit etwa **115 Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte** niedergelassen, ein Viertel davon ist über 60 Jahre alt. Demgegenüber sinkt die Zahl der Facharztan-

erkenntnisse in der Pädiatrie seit Jahren aufgrund des Rückganges der Ausbildungskapazitäten durch Schrumpfungen und Schließungen im stationären Bereich.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Andreas Michel

Vorsitzender des

LV Mecklenburg-Vorpommern

Knopffstr. 12/13, 17489 Greifswald

E-Mail: post@andreas-michel.de

Red.: WH

Der Honorarausschuss informiert

Die neuen Notfallziffern in der praktischen Anwendung – Probleme im Detail

In Ausgabe 4/2017 dieser Zeitschrift hat der Honorarausschuss die neuen Notfallziffern bereits vorgestellt. Nun mehren sich die Fragen und auch die Probleme in der praktischen Anwendung, sodass einige Erläuterungen und Ergänzungen notwendig werden.

Die neuen Ziffern erlauben Kinder- und Jugendärzten seit dem 01.04.2017 in bestimmten Fällen Zuschläge abzurechnen. Hierzu gibt es klare Vorgaben, allerdings eben auch auslegungsfähige ergänzende Vorschriften, sodass gerade auch beim Vergleich der Handhabung in unterschiedlichen KVen Probleme auftraten.



Dr. Marcus Heidemann

EBM Ziffern 01223/01224 Zuschlag für bestimmte Diagnosen

Der Ansatz dieser Ziffern erfordert eine gesicherte Diagnose aus einem ICD-Spektrum, das in einer Empfehlungsliste der KBV enthalten ist. Zwar sind auch andere ähnliche Diagnosen und ICD10 Codes denkbar, jedoch scheinen zumindest einige KVen die Regelungen recht restriktiv auszulegen.

Für uns relevant ist vor allem der Bereich der Pneumonien. Hier ist zu beachten, dass der von vielen Kollegen verwendete ICD-10-Code J18.9 „Pneumonie, nicht näher bezeichnet“ nicht in der Liste enthalten ist. Zur Abrechnung sollten, da spezifischere Erregerinformationen im Notdienst meist fehlen dürften, die Codes:

- **J12.8 Pneumonie durch sonstige Viren;**

- **J15.8 sonstige bakterielle Pneumonie**
- **J18.8 sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet**

die allesamt den Zuschlag auslösen können, verwendet werden.

Weiterhin beinhaltet die **Erläuterung zu den beiden Zuschlägen** folgenden Passus:

„In Fällen, in denen diese Kriterien nicht erfüllt werden, aber auf Grund der Art, Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose eine besonders aufwändige Versorgung im Rahmen der Notfallversorgung notwendig ist, können die Gebührenordnungspositionen 01223 und 01224 mit ausführlicher schriftlicher medizinischer Begründung im Ausnahmefall berechnet werden. Hierbei ist insbesondere die Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose darzulegen.“

Aufgrund der Rückmeldungen einiger Kollegen ist davon auszugehen, dass in vielen KVen noch völlige Unklarheit herrscht, wie damit umzugehen ist. Sowohl die Art der Begründungen wie auch die Form und der Umfang der Begründungen sind wohl oft noch unklar. Klar ist, dass der Zuschlag keinen Sinn mehr ergibt, wenn der Mehraufwand nicht mehr aus der Behandlung, sondern aus deren Erläuterung abzuleiten ist. Insofern sollte bei Abrechnung anderer ICD-10-Codes als aus der KBV-Liste eine kurze Abrechnungsbegründung mitgeliefert werden, die die Vergleichbarkeit der Erkrankung mit einer der in der Liste erklärt und ggf. noch die Begleitumstände erläutert.

Welche Diagnosen und Begründungen dann akzeptiert werden muss abgewartet

werden. Hilfreich wäre es hier auf Erfahrungen der Mitglieder, sowohl was akzeptierte wie auch abgelehnte Fälle betrifft, zurückgreifen zu können. Aus Sicht des Honorarausschusses ist die Diagnose eines akuten Asthmaanfalls sicher ebenso relevant wie eine Pneumonie, die Verbrü- hlung eines Kleinkindes sicher vergleichbar mit der Behandlung einer Fraktur. Weitere Beispiele ließen sich zahlreich ergänzen.

Eine weitere Diagnosegruppe betrifft eine häufige pädiatrische Unfalldiagnose: Gehirnerschütterung/Comotio Cerebri (ICD S06.0) befindet sich auf der KBV-Liste der zuschlagsfähigen Diagnosen. Die EBM-Definition erfordert eine Bewusstlosigkeit von < 30 Minuten zur Abrechnung des Zuschlages. Wird also eine auch nur Sekunden anhaltende Bewusstseinsstörung geschildert, ist der Zuschlag berechtigt abzurechnen. Die Definition der S06.0 erfordert eine wenige Sekunden dauernde Bewusstlosigkeit bis maximal 10 Minuten. Abzugrenzen ist die Schädelprellung, die ohne jede Bewusstseinsbeeinträchtigung einhergeht und keinen Zuschlag nach sich zieht.

Nur gesicherte Diagnose berechtigt zum Zuschlag:

In jedem Fall ist zu beachten, dass der Zuschlag nach den Ziffern 01223/01224 nur abgerechnet werden darf, wenn die **Diagnose als gesichert angegeben** wird. Ein aufwändig betriebener Ausschluss einer Erkrankung und ein allgemeiner Verdacht, sei er noch so begründet, rei-

chen ebenso wenig, wie z.B. die Situation, in der Kollegen eben mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit von einem RS-Virus bei einem Säugling ausgehen (ICD 12.1), aber aufgrund des fehlenden Labornachweises noch kein „G“ vergeben mögen. Hier empfiehlt sich entweder eine Sicherheit anzunehmen oder aber die allgemeine Ziffer der Viruspneumonie (J12.8) als 2. Code gesichert hinzuzusetzen.

EBM 01226 Zuschlag für Patienten mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit

Der für unsere Fachgruppe erfreuliche Teil der Erläuterungen besteht darin, dass

dieser Zuschlag für alle Neugeborenen, Säuglinge und Kleinkinder gewährt wird (Definition im EBM bis 1 Tag vor dem 3. Geburtstag). Erinnert sei auch, dass die Kommunikation nach EBM-Bedingungen und Definitionen an Wochentagen vor 19.00 Uhr niemals gestört ist und somit kein Zuschlag abgerechnet werden kann.

Das ist der einfache Teil, im Weiteren heißt es dann aber auch, dass der Zuschlag abgerechnet werden kann, wenn „Patienten mit krankheitsbedingt erheblich komplexer Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art“ versorgt werden. Auch das trifft auf einen nicht unerheblichen Teil der

Patienten zu. In der ICD-Liste der KBV tauchen dann allerdings nur eine sehr beschränkte Anzahl an Diagnosen des pädiatrischen Spektrums auf. Die Gruppe der Autistischen Störungen (ICD F84.x) berechtigt ebenso zur Abrechnung wie die Gruppe der Intelligenzminderungen (F70.1-F79.1).

Zu beachten ist hier, dass nur die **Endziffer „1“** jeweils zur Abrechnung von der KBV empfohlen wird, da diese eine deutliche Verhaltensstörung mitkodiert. Aus pädiatrischer Sicht fehlen sicher die Ziffern des F90ff Bereiches die ja die emotionalen und Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und der Jugend beinhalten.

Problematisch ist hier auch die Angabe der Diagnosesicherheit. Zwar ist es anders als bei den Schweregradzuschlägen nicht formal vorgeschrieben, eine gesicherte Diagnose zu stellen, allerdings scheint dies in zumindest einigen KVen so gehandhabt zu werden.

Auch wenn es unrealistisch ist, die Störung des Kindes im Notdienst genau zu differenzieren oder die Eltern um die gesicherte Diagnosebezeichnung zu bitten, aufgrund derer sich das Kind nicht untersuchen lässt, sollte man möglichst eine naheliegende Diagnose als dann („wahrscheinlich“) gesichert angeben.

Ob es allerdings jeweils vertretbar ist einem Kind eine Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung zu diagnostizieren, um dem Zuschlag abrechnen zu können, muss bezweifelt werden. Der Honorar Ausschuss setzt sich bei der KBV für eine auch für die Pädiatrie praktikable Erweiterung der Diagnoseliste ein.

Korrespondenzadresse:

Dr. Marcus Heidemann
33605 Bielefeld
E-Mail: marcusheidemann@web.de

Red.: WH

GOP		Punkte	Vergütung 2017
01223	Zuschlag für bestimmte Diagnosen am Tag (7-19 Uhr; außer an Wochenenden, Feiertagen, sowie am 24. und 31.12.)	128	13,48 €
01224	Zuschlag für bestimmte Diagnosen in der Nacht (19-7 Uhr; ganztägig an Wochenenden, Feiertagen , sowie 24., 31.12.)	195	20,53 €
	Diagnosen zu 01223 und 01224: <ul style="list-style-type: none"> • Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus • SHT mit Bewusstlosigkeit < 30min (S06.0, S06.70) • Akute tiefe Beinvenenthrombose • Hypertensive Krise • Angina pectoris • Pneumonie • Akute Diverticulitis • Analog komplexe Erkrankungen, dafür ist dann aber eine „ausführliche schriftliche Begründung notwendig“ 		
01226	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern , sowie bei Patienten mit schweren kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen in der Nacht (19-7 Uhr; ganztägig an Wochenenden, Feiertagen , sowie 24. und 31.12.)	90	9,48 €

Die GOP 1226 ist nicht neben der GOP 01224 berechnungsfähig

Tab. 1: Schweregradzuschläge im Notfalldienst

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

kennen Sie auf der Homepage unserer Verbandszeitschrift www.kinder-undjugendarzt.de auch die folgende Rubrik?

Artikel-Favoriten

An dieser Stelle veröffentlichen wir für Sie, liebe Leserinnen und Leser, Beiträge aus der Zeitschrift, die Ihnen besonders wichtig waren und sind.

Wenn Sie besonderes Interesse an bestimmten Artikeln haben (z. B. die Serie zum Ar-

beitsrecht in diesem Jahr), wenden Sie sich bitte an Frau Daub-Gaskow vom Verlag (E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de), die besonders nachgefragte Artikel dann einstellt.

Dr. Wolfram Hartmann
57223 Kreuztal

Aus dem Ausschuss „Angestellte Ärzte“

Einnahmequellen der kinder- und jugendärztlichen Praxis

Bei einer Tätigkeit in der Klinik hat man mit der Abrechnung im besten Fall wenig zu tun, die Codierung wird von einer Fachkraft übernommen. Höchstens in den Mittagsbesprechungen kommt der Case mix Index zur Sprache und die Mindestverweildauer bei Commotio oder Gastroenteritis spielen eine Rolle, wenn das Kind eigentlich schon beschwerdefrei ist, aber „wegen der Abrechnung“ noch bleiben soll. In der Praxis läuft das etwas anders. Um den/die Praxisinhaber besser zu verstehen, ist es auch für angestellte Ärzte wichtig zu wissen, woher das Geld in einer Praxis herkommt.



Dr. Johanna Harris

Einnahmen in den Praxen

Die Einnahmen einer Kinder- und Jugendarztpraxis setzen sich generell zusammen aus

- den Zahlungen der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) über die regionale Kassenärztliche Vereinigung (KV),
- Selektivverträge mit gesetzlichen Krankenkassen (Verträge mit einzelnen Krankenkassen außerhalb der Regelversorgung. Teilnahme für Praxen und Patienten freiwillig. Zusätzliches Honorar für zusätzliche Leistungen wie U10, U11, J2, Amblyopie-screening u. a.)
- Zahlungen der Privatpatienten,
- individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die von der GKV nicht übernommen werden (z. B. Attesten für Kindergarten und Schule, Sporttauglichkeitsuntersuchungen, u. a.)

- Zahlungen der gesetzlichen Unfallversicherungen (GUV) bei Unfällen in Kindergarten, Schule u. ä.
- Diverses (z. B. Gutachten, Disease Management Programmen bei bestimmten chronischen Erkrankungen)

Gesetzliche Krankenkassen – alles EBM, oder was?

Niedergelassene Pädiater rechnen ihre Leistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen über die zuständige Kassenärztlichen Vereinigung (KV) alle 3 Monate nach EBM ab. EBM heißt hier aber nicht „evidence based medicine“, sondern ist die Abkürzung von „**Einheitlicher Bewertungsmaßstab**“, ein leider für den Laien recht schwer verständlicher Prozess, den Geldwert einer ärztlichen Leistung zu berechnen.

In Kurzform: jede Leistung/Gebührenziffer ist im EBM mit einer Punktzahl hinterlegt (berechnet aus ärztlicher und technischer Leistung), z. B. die J1 (01720 Jugendgesundheitsuntersuchung 37,49 € – 356 Punkte). Die Vergütung für die Früherkennungsuntersuchungen sind bundesweit einheitlich und werden in voller Höhe ausgezahlt, die Impfungen hingegen unterliegen den regionalen Impfvereinbarungen zwischen den KVen und den Kassenverbänden und sind von KV zu KV unterschiedlich vergütet.

Obwohl es aufgrund des vom Bewertungsausschuss beschlossenen EBM einen einheitlichen Punktwert in € gibt, kommt dieser €-Betrag bei den kurativen

Leistungen nicht immer wirklich zur Auszahlung. Der EBM steuert lediglich die Punktmengen, die u. a. zur Honorarverteilung zwischen den Arztpraxen herangezogen werden. Das Honorar für jede einzelne Praxis wird in den regionalen KVen gemäß dem dort vereinbarten Honorarverteilungsmaßstab (HVM) verteilt. Eine Praxis in Bayreuth (KV Bayern) und eine Praxis in Soest (KV Westfalen-Lippe) bekommen also für die gleichen Leistungen nicht unbedingt das gleiche Geld!

Der HVM folgt in den einzelnen KVen sehr unterschiedlichen Mechanismen (teilweise Regelleistungsvolumina für die jeweilige Arztgruppe, teilweise aber auch Individualbudgets und auch Mischformen). Der EBM steuert also die Punkte, das individuelle Honorar jeder Praxis wird dann anhand des regionalen HVM errechnet.

Für jede Leistung gibt es einen obligatorischen Leistungsinhalt, teilweise aber auch einen fakultativen Leistungsinhalt.

Beispiel:

01709 Screening auf Mukoviszidose gemäß Abschnitt C Kapitel II der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

- Obligatorischer Leistungsinhalt - Eingehende Aufklärung der Eltern bzw. der (des) Personenberechtigten des Neugeborenen zu Sinn, Zweck und Ziel des Screenings auf Mukoviszidose, – Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 2 der KinderRichtlinie

(Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose)

- Fakultativer Leistungsinhalt – Probenentnahme von nativem Venen- oder Fersenblut mit Probenaufbereitung im Rahmen des Screenings auf Mukoviszidose, ggf. in einer anderen Sitzung, – Screeningdokumentation gemäß Anlage 4 der Kinder-Richtlinie, – Versendung an das Screening-Labor

Die Inhalte der **Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 und J1** sind in den entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) verbindlich festgelegt (https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1427/RL_Kinder_2017-05-18_iK-2017-07-25.pdf und https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1270/RL-JUG_2016-07-21_iK-2017-01-01.pdf).

Präventiv versus kurativ

Grundsätzlich wird in der KV-Abrechnung unterschieden zwischen präventiven Leistungen, die der Verhütung bzw. Früherkennung von Krankheiten dienen, und kurativen Leistungen. Etwa 1/3 der in pädiatrischen Praxen erbrachten Leistungen sind präventive Leistungen, auf die der Patient einen gesetzlich festgelegten

Rechtsanspruch hat und die nicht gekürzt werden dürfen. Das sind in der Pädiatrie eine ganze Menge (alle Leistungen des Kapitels 1.7.1 EBM -Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und die Impfungen).

Kommt ein Kind mit einem akuten Infekt in die Praxis, erhält es eine kurative Diagnose, also z.B. J06.9 Infektion der oberen Luftwege, und es darf beim ersten Kontakt im Quartal die **Versichertenpauschale** abgerechnet werden (04000: ab Geburt bis zum 4. Geburtstag € 24,85; ab 5 bis 18 Jahren € 15,80).

Wenn das Kind eine Woche später eine Gastroenteritis hat und wieder zwei Wochen später eine Schädelprellung, werden zwar die Diagnosen dokumentiert, aber der Arzt kann nur dann etwas abrechnen, wenn er Leistungen erbracht hat, die nicht Bestandteil der Versichertenpauschale sind. Diese könnten zum Beispiel ein langes Gespräch sein (04230: Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist, mind. 10min, € 9,48) oder eine Abdomensonographie.

Diese „**Arzt-Flatrate**“ wird immer wieder aus verschiedenen Gründen kritisiert. Vor allem Kinder mit ihren rezidivierenden Infektionen sind gerne Dauer-

gäste in der Sprechstunde, die Vergütung bleibt aber dieselbe wie bei einem einmaligen Termin wenn nicht extra Ziffern abgerechnet werden können.

Grenzen der Abrechnung

Damit das Budget der Krankenkassen nicht überzogen wird, gibt es budgetierte und unbudgetierte Leistungen. Präventive Tätigkeiten wie Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen werden extrabudgetär vergütet. Andere orientieren sich am Durchschnitt der Arztgruppe bzw. sind im Quartal oder im Rahmen einer Diagnose z.B. nur zweimal abrechnungsfähig.

Zusätzlich zum Budget gibt es ein Zeitlimit für die Abrechnung. Jede Leistung, auch Impfungen und Vorsorgen, sind mit einer Prüfzeit hinterlegt, das heißt die KV nimmt an, dass z.B. die Pulsoxymetrie im Rahmen der U2 alles in allem 9 Minuten dauert, ein Pricktest ganze 30 Min. Kommt der Arzt mit den an einem Tag abgerechneten Ziffern dreimal im Quartal über 12 Stunden oder im gesamten Quartal über 780 Stunden, löst dies im Regelfall eine **Plausibilitätsprüfung** aus (Nach Paragraf 106a Abs. 1 bis 3 des Fünften Sozialgesetzbuches prüfen die KVen und die Krankenkassen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Arztes).

Abgerechnet wird am Ende des Quartals, also zum 31. März, 30. Juni, 30. September und 31. Dezember. Die KV erhält automatisch Diagnosen und abgerechnete Ziffern, über die Krankenkassen zudem auch Informationen über Verordnungen (Medikamente, Physio, Logo, Ergo, ...) übermittelt, nicht aber die übrige Dokumentation. Ist ein bestimmter Bereich auffällig, kann es auch auf Antrag der Krankenkassen zur Prüfung kommen und der Praxisinhaber muss anhand seiner Dokumentation beweisen, dass die Abrechnung bestimmter Ziffern berechtigt war.

Geld für jede Leistung?

Tatsächlich kann es passieren, dass Leistungen nicht komplett honoriert werden. Zum einen kann es sein, dass zu

Ziffer	Was	Wieviel
04001	Versichertenpauschale (<4.L.J.)	€ 24,85
04002	Versichertenpauschale (5.-18. LJ.)	€ 15,80
04220	Chronikerzuschlag (Kind mit lebensverändernden chron. Erkrankung)	€ 13,69
04230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch	€ 9,48
04330	Spirographische Untersuchung (Lungenfunktion)	€ 6,32
04335	Orientierende audiometrische Untersuchung (wenn zuvor auffällig)	€ 9,27
02301	Kleinchirurgischer Eingriff: primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern oder mittels Naht	€ 13,58
33042	Abdominelle Sonographie	€ 16,53
35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	€ 16,01
04355	Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (bei best. Diagnosen z.B. Sprachentwicklungsverzögerung)	€ 15,27
01718	Untersuchung im 46. bis 48. Lebensmonat (U8)	€ 42,33
01713	Untersuchung in der 4. bis 5. Lebenswoche (U3)	€ 42,33

EBM Ziffern Auswahl (s. auch <http://www.kbv.de/html/online-ebm.php>)

viele Leistungen abgerechnet und das Regelleistungsvolumen überschritten wurde bzw. die Prüfzeiten am Tag oder im Quartal überschritten wurden und der Praxisinhaber die Abweichungen nicht ausreichend erklären kann. Eine gute Dokumentation von Gesprächsinhalten ist deswegen für alle Prüfungen essentiell, auch durch angestellte Ärzte!

Für einige Ziffern benötigt man eine spezielle Qualifikation (z. B. 40 Wochenstunden gemäß dem Curriculum „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für

die kinder- und jugendärztliche Praxis“ der Bundesärztekammer für die Ziffer 04356).

Fazit für die Praxis

Als angestellter Arzt in der Praxis sollte man über die Grundzüge der KV-Abrechnung Bescheid wissen. Zum einen kann man dann dem Praxisinhaber über genaue Dokumentation die Abrechnung erleichtern, zum anderen versteht man dann besser, wieso manche Termine gerne

von Ende März auf Anfang April geschoben werden, sprich ins nächste Quartal.

Einen Überblick über die Honorarsituation entnehmen Sie bitte dem Bericht von Dr. Bartezky, dem Sprecher des Honorarausschusses.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Johanna Harris

81371 München,

E-Mail: johannaharris@hotmail.com

Red.: WH

Rechtliche Aspekte der Urlaubsvertretung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis

Urlaub ist eine tolle Sache – aber vorher gibt es in der Regel viel zu organisieren. Die Versorgung der Patienten muss auch in der Urlaubsabwesenheit des Kinder- und Jugendarztes sichergestellt sein. Daher stellt sich neben sonstiger Urlaubsvorbereitung die Frage, ob und wie eine Vertretung zu organisieren ist.



Dr. Juliane Netzer-Nawrocki

Grundsätze

Wesentlicher Aspekt der vertragsärztlichen Pflichten ist, dass der vertragsärztlich tätige Kinder- und Jugendarzt höchstpersönlich für die Behandlung der Patienten zur Verfügung zu stehen hat. Ausnahmen hiervon sind in § 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Ärzte

(Ärzte-ZV) geregelt. In den dort genannten Fällen

- Krankheit
- Urlaub
- Teilnahme an ärztlicher Fortbildung
- Teilnahme an einer Wehrübung
- in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung

kann sich der Kinder- und Jugendarzt vertreten lassen. Damit die Versorgung der Patienten sichergestellt ist, bedeutet dies gleichzeitig, dass der Vertragsarzt für den Fall seiner Abwesenheit eine Vertretung sicherzustellen hat. Dies gilt auch dann, wenn der Kinder- und Jugendarzt nur einen Brückentag frei nehmen oder ein verlängertes Wochenende verreisen will. Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung muss bei einer solchen „kurzzeitigen“ Abwesenheit nicht informiert werden.

Dauert die **Abwesenheit** hingegen **länger als eine Woche** an, muss sie der **zuständigen KV** gegenüber **angezeigt** werden. Die Mitteilung kann formlos erfolgen. Einige KVen bieten hierfür auch ein Formular an. Eine **Genehmigung**

der Vertretung ist erforderlich, wenn die **Vertretungsdauer innerhalb** eines Zeitraums von **zwölf Monaten** insgesamt **drei Monate überschreitet**.

Der Vertreter muss für die Vertretungstätigkeit persönlich geeignet sein. Ein Vertragsarzt darf sich grundsätzlich nur von einem Kollegen mit **abgeschlossener Weiterbildung** in demselben Fachgebiet vertreten lassen, für das er selbst zugelassen ist. Das kann auch ein Krankenhausarzt sein, da die Kassenzulassung keine Voraussetzung für die Vertretung ist. Ferner muss er grundsätzlich derselben Fachrichtung angehören, wie der vertretene Arzt und die **Voraussetzungen für die Eintragung ins Arztregister** erfüllen. Eine tatsächliche Eintragung ist nicht erforderlich.

„Echte“ oder „kollegiale“ Vertretung

Bei der Vertretung ist zu unterscheiden zwischen der „**echten**“ und der „**kollegialen**“ Vertretung.

Bei der **echten** Vertretung übernimmt der Vertreter anstelle des Praxisinhabers dessen Tätigkeit in der Praxis. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die LANR/BSNR des Vertretenen.

Bei der **kollegialen** Vertretung hingegen versorgt der Vertreter, der in der Nähe der Praxis des abwesenden Arztes niedergelassen ist, dessen Patienten in seiner eigenen Praxis mit. Hierfür verwendet er seine eigene LANR/BSNR.

Für die Urlaubsabwesenheit organisieren die meisten pädiatrischen Praxen ihre Vertretung als kollegiale Vertretung. Hierbei gilt es aber zu beachten, dass den Patienten in **geeigneter Weise** ein **konkreter Vertreter** genannt wird, mit dem die **Vertretung auch abgesprochen** ist, der sich also nicht selbst gerade im Urlaub befindet.

Die Patienten müssen über einen entsprechenden **Aushang** und zusätzlich über eine **Ansage des Anrufbeantworters** und ggf. einen **Hinweis auf der Homepage** über die Dauer der Abwesenheit und die konkrete Organisation der Vertretung – optimalerweise inklusive der erforderlichen Kontaktdaten des Vertreters – informiert werden.

Ein allgemeiner Hinweis, dass die Vertretung durch „alle niedergelassenen Kollegen in der näheren Umgebung erfolge“ ist nicht ausreichend. Gleiches gilt für die pauschale Verweisung auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst.

Besonderheiten in der BAG oder bei angestellten Ärzten

Vertreten sich Ärzte einer **Berufsausübungsgemeinschaft** bei ihrer Urlaubsabwesenheit gegenseitig, stellt dies ebenfalls keinen Fall der echten Vertretung dar. Erklären sich die übrigen Partner der Berufsausübungsgemeinschaft bereit – was oftmals innerhalb eines gewissen Umfangs durch den Gesellschaftsvertrag festgelegt wird –, die Vertretung während der Urlaubsabwesenheit zu übernehmen, muss der abwesende Arzt keinen externen Vertreter bestellen.

Bei der kollegialen Vertretung gilt es aber zu beachten, dass der **Vertreter stets an seinen eigenen Zulassungsstatus gebunden** ist. Dies betrifft insbesondere die Kooperation von **hausärztlich** und **fachärztlich** tätigen Kinder- und Jugendärzten. Ein Kinder- und Jugendarzt aus dem hausärztlichen

Versorgungsbereich darf während der Abwesenheit seines fachärztlich tätigen BAG-Partners weiterhin ausschließlich hausärztliche Leistungen erbringen und abrechnen.

Die **Vertretung angestellter Ärzte** darf jeweils nur in dem Umfang erfolgen, in dem ihre vertragsärztliche Beschäftigung durch den Zulassungsausschuss genehmigt worden ist. Erfolgt die Vertretung des abwesenden angestellten Arztes durch andere angestellte Ärzte der Praxis oder des MVZ, wird von den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen unterschiedlich bewertet, ob es sich um eine echte oder eine kollegiale Vertretung handelt.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein und in Westfalen-Lippe gehen in diesem Fall etwa von einer kollegialen Vertretung aus. In diesem Fall sind dann auch die Beschränkungen des Versorgungsbereichs (hausärztlich/fachärztlich) des Vertreters zu beachten. Andere KVen fassen diesen Fall als echte Vertretung auf, bei der die Vertretung neben der eigenen Tätigkeit stattfindet. Um hier keine Fehler – insbesondere bei der Abrechnung – zu machen, empfiehlt es sich, vorab mit der zuständigen KV abzuklären, welche Rechtsauffassung vertreten wird.

Fazit

Um für den Fall der persönlichen Abwesenheit in der eigenen kinder- und jugendärztlichen Praxis vorzusorgen, aber auch um die Abwesenheit der eigenen Angestellten auffangen zu können, sollte sich der Kinder- und Jugendarzt rechtzeitig mit Kollegen seiner Praxis oder anderen niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten zu möglichen Vertretungslösungen abstimmen und unklare Punkte – insbesondere der Leistungserbringung und Abrechnung – mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abklären.

Korrespondenzadresse:

*Dr. iur. Juliane Netzer-Nawrocki
Rechtsanwältin und Fachanwältin für
Medizinrecht
Möller & Partner – Kanzlei für Medizinrecht
(www.moellerpartner.de)
Die Anwälte der Kanzlei sind als Justiziar
des BVKJ e.V. tätig.*

Red.: WH

Gesundheit von Kindern in Mutter-Kind-Maßnahmen

Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen nach §§ 24 bzw. 41 SGB V haben das Ziel, die Gesundheit von Müttern und Vätern zu stärken und bestehende Beschwerden zu lindern. Die Mitnahme von Kindern in der Regel bis zu zwölf Jahren ist möglich. Wenn das Kind selbst behandlungsbedürftig ist, wird es als Vorsorgepatient aufgenommen. Im Rahmen einer multizentrischen Studie in 16 Mutter-Kind-Kliniken wurden Daten zu den gesundheitlichen Beschwerden von 2023 Kindern erhoben, von denen etwa die Hälfte behandlungsbedürftig war. Es wurde untersucht, welche Gesundheitsprobleme die Kinder aus Sicht der Mütter im Halbjahr vor der Maßnahme und neun Monate danach aufwiesen und wie sich die Zahl der Arztbesuche, Atemwegsinfekte und Antibiotikaverordnungen verändert hat.



Dipl.-Päd. Friederike Otto

Mutter-Kind-Maßnahmen in der GKV

Mütter-, Mutter-Kind- und Vater-Kind-Maßnahmen (umgangssprachlich: Mutter-Kind-Kuren) gehören zu den Pflichtleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen nach §§ 24 und 41 SGB V [1]. Ziel der Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen ist es, die Gesundheit der Mütter (im Folgenden sind Väter jeweils mit gemeint) zu stärken, Risikofaktoren zu reduzieren und – als Reha-Maßnahme – Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe zu verhindern oder zu beseitigen. Im Mittelpunkt steht also die mütterliche Gesundheit, meist mit den Behandlungsschwerpunkten Erschöpfung/Burnout, Rücken- oder Gelenkschmerzen, psychische oder psychosomatische Beschwerden. Weitere Indikationen können Erkrankungen der Atemwege, der Haut oder Adipositas sein. Belastende Kontextfaktoren wie bspw. Alleinerziehen, familiäre oder Erziehungsprobleme

sind laut Begutachtungsrichtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDK, 2012) bei der Bewilligung einer Maßnahme zu berücksichtigen [2]. Die Mitnahme von Kindern bis zu zwölf Jahren (in Ausnahmefällen bis 14, behinderte Kinder ohne Altersbegrenzung) ist möglich, wenn die Mutter-Kind-Beziehung gestärkt werden soll, eine dreiwöchige Trennung nicht zumutbar ist, das Kind nicht anderweitig betreut werden kann oder wenn das Kind selbst behandlungsbedürftig ist und in der Mutter-Kind-Klinik entsprechend behandelt werden kann. Dann wird es als Vorsorgepatient aufgenommen, andernfalls nimmt es als Begleitkind an der dreiwöchigen Maßnahme teil. Therapeutische Angebote zur Förderung der Mutter-Kind-Interaktion werden in allen Mutter-Kind-Kliniken angeboten. Wenn das Kind aufgrund einer schwerwiegenden Erkrankung reha-bedürftig ist, gehört es in eine Kinderreha-Klinik mit oder ohne Begleitung eines Elternteils.

Die Reduzierung der Gesundheitsbeschwerden und Symptome der Mütter im Verlauf und nach einer stationären Mutter-Kind-Maßnahme wurde mehrfach nachgewiesen [3-5]. Über den Behandlungsbedarf und die Behandlungsschwerpunkte der Kinder in Mutter-Kind-Maßnahmen berichteten Arnhold-Kerri et al. 2003. Danach wurden 63,4 % der Kinder (N=4660) mit einer Schwerpunktindikation behandelt. 43,7 % hatten eine Erkrankung im Bereich des Atmungssystems, 19,8 % wiesen psychische und Verhaltensstörungen auf, 11 % hatten Hautprobleme. Am Ende der Maßnahme

zeigten sich tendenziell Verbesserungen im Bereich der Verhaltensauffälligkeiten und der Lebensqualität der Kinder. Es hat sich auch gezeigt, dass eine Steigerung des Wohlbefindens der Mütter im Verlauf einer Mutter-Kind-Maßnahme mit einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder einhergeht [6]. Neuere Ergebnisse zur Gesundheit der Kinder in Mutter-Kind-Maßnahmen liegen bisher nicht vor.

Neue Morbidität der Kinder

Seit einigen Jahrzehnten ist in den westlichen Industrieländern eine Veränderung des Krankheitsspektrums der Kinder zu beobachten, die Schlack als „Neue Morbidität“ bezeichnet hat [7]. Gemeint ist die Verschiebung von primär körperlichen Krankheiten hin zu psychischen, emotionalen und funktionellen Entwicklungsstörungen (Sprache, Motorik, kognitives Leistungsvermögen) sowie von akuten zu chronischen Erkrankungen. Repräsentative Daten zur Kindergesundheit enthält der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS).

Die häufigsten somatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sind Erkältungen mit einer 12-Monats-Prävalenz von 87,5 % und Magen-Darm-Infekte mit einer 12-Monats-Prävalenz von 46,8 %. Kinder unter sechs Jahren sind jeweils am häufigsten betroffen [8]. Verhaltensauffälligkeiten, die mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) [9] ermittelt wurden, wiesen 11,5 % der Mädchen und 17,8 % der Jungen im Alter von 4-16 Jahren auf, wobei sich ein deutlicher sozialer Gradient zeigte: 3,5 %

der Eltern der Oberschicht vs. 12,2 % der Eltern der Unterschicht erlebten das Verhalten ihrer Kinder als problematisch [10]. Neben einem niedrigen Sozialstatus erwiesen sich Alleinerziehen und Arbeitslosigkeit der Mütter als Risikofaktoren für die psychische Gesundheit der Kinder [11]. Auch in früheren Untersuchungen hat sich gezeigt, dass familiäre Stressoren und fehlende Bewältigungsressourcen die Entwicklung eines Kindes beeinträchtigen können [12]. Umso mehr stellt die psychische Beeinträchtigung der Mutter einen Risikofaktor für die Gesundheit des Kindes dar [13].

Fragestellung und Methode

In dieser Studie soll die Gesundheit der Kinder in Mutter-Kind-Kliniken näher untersucht werden.

1. Wie hoch ist der Anteil der behandlungsbedürftigen Kinder in Mutter-Kind-Maßnahmen und wie oft wird die Verbesserung der Gesundheitsprobleme der Kinder als Kurzziel genannt?
2. Welche somatischen Beschwerden oder Erkrankungen liegen bei den Kindern vor? Wie viele Kinder werden von ihren Müttern als verhaltensauffällig wahrgenommen?
3. In welchem Maße beeinträchtigen interkurrente Erkrankungen die Zufriedenheit der Mütter am Ende der Maßnahme?
4. Welche gesundheitsbezogenen Effekte sind bei den Kindern mittelfristig erkennbar?

Methode

In den Jahren 2011-2012 wurden 1288 Mütter und 35 Väter in 16 Mutter-Kind-Kliniken zu ihrer eigenen Gesundheit und zur Gesundheit ihrer mitreisenden Kinder befragt. Jeweils sechs Kliniken liegen an der Nord- und Ostsee, vier Kliniken liegen im Binnenland. Die Untersuchungsstichprobe umfasst 1230 Mütter im Alter von 18-56 Jahren (M=38,1; SD=6,1), d.h. Mütter über 60 Jahren und Väter wurden aus der Analyse ausgeschlossen. Den ersten Fragebogen erhielten die Mütter nach der Anreise (T1), den zweiten kurz vor Ende der Maßnahme (T2). Nach neun Monaten erfolgte eine postalische Nachbefragung (T3).

Um die aktuelle gesundheitliche Lage der Kinder zu erfassen, wurde eine Liste

mit den häufigsten Gesundheitsproblemen im Kindesalter zusammengestellt. Die Mütter wurden gebeten, die möglichen Krankheitsbereiche ihrer Kinder auf einer Skala von 0=*keine Beschwerden* bis 5=*sehr starke Beschwerden* einzuschätzen. Verhaltensaspekte der Kinder wurden mit dem Fragebogen Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) [9] erfasst, zu dem Referenzwerte aus der KiGGS-Studie [10] vorliegen. Da interkurrente Erkrankungen der Mütter und Kinder den Maßnahmeerfolg beeinträchtigen können, wurden diese am Ende der Maßnahme (T2) erfragt. Die Zufriedenheit mit der Erreichung der Kurzziele zu T2 wurde von den Müttern auf einer 5-stufigen Skala von 1=*ganz und gar zufrieden* bis 5=*ganz und gar unzufrieden* eingeschätzt. Mit der gleichen Benotung wurde die Zufriedenheit mit der Kur insgesamt bewertet.

Die mittelfristigen Effekte wurden über die Gesundheitsbeschwerden der Kinder und die Verhaltensauffälligkeiten (SDQ) sowie über die Anzahl der Arztbesuche, der Atemwegsinfekte und der Antibiotikaverordnungen in den vergangenen sechs Monaten vor der Maßnahme (T1) bzw. in den Monaten vier bis neun nach der Maßnahme (T3) erfasst.

Es wurden deskriptive statistische Methoden, nonparametrische Tests (Wilcoxon, McNemar), t-Tests und Varianzanalysen durchgeführt. Statistische Signifikanz wurde bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit unter 5 % angenommen ($p < 0,05$).

Ergebnisse

1. Behandlungsbedürftige Kinder in Mutter-Kind-Maßnahmen

Die Untersuchungsstichprobe umfasst zu T1 2023 Kinder im Alter von 0 bis 21 Jahren (M=7,6; SD=3,5). Die Altersverteilung der Kinder ist in Abbildung 1 dargestellt. 52,1 % waren Jungen, 47,9 % Mädchen. 1006 Kinder kamen als behandlungsbedürftige Vorsorgepatienten („Patientenkinder“) in die Klinik, 1004

wurden als Begleitkinder aufgenommen. Bei 13 Kindern gab es keine Angabe zum Behandlungsbedarf.

Die eigene Regeneration und die Reduzierung psychischer und somatischer Beschwerden war für alle Mütter Ziel der Vorsorge- oder Reha-Maßnahme. Aber 45,3 % der Mütter gaben zusätzlich mindestens ein Kind-bezogenes Ziel an: Die Förderung der Gesundheit stand bei 30 % der Mütter eines behandlungsbedürftigen Kindes im Fokus, aber auch 12 % der Mütter von Begleitkindern hatten entsprechende Erwartungen an die stationäre Maßnahme. Mehr als ein Viertel der Befragten wünschte sich eine Verbesserung der Beziehung zum Kind (Tabelle 1).

2. Gesundheitsprobleme der Kinder mit und ohne Behandlungsbedarf

Die Einschätzung der gesundheitlichen Beschwerden der Kinder durch ihre Mütter ist in Abbildung 2 dargestellt. Es wurde jeweils berechnet, wie hoch der Prozentanteil der behandlungsbedürftigen und der Begleitkinder war, die aus Sicht ihrer Mütter *mittlere*

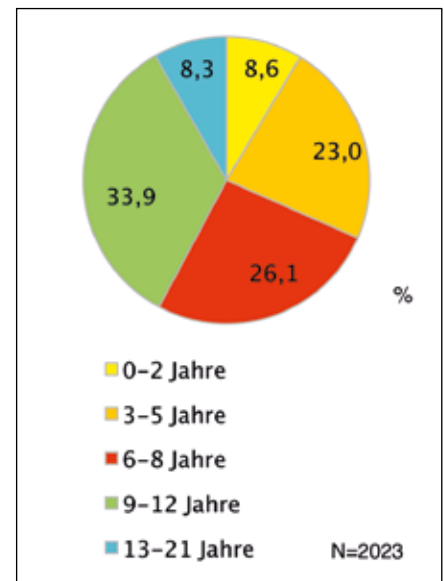


Abb. 1: Altersverteilung der Kinder in Mutter-Kind-Kliniken

	Mütter mit Patientenkindern (N=1006)	Mütter mit Begleitkindern (N=1004)	p
Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung ist Kurzziel	28,5 %	25,2 %	0,420
Verbesserung der Gesundheit des Kindes ist Kurzziel	30,1 %	12,2 %	<0,001

Tab. 1: Kind-bezogene Maßnahmeziele der Mütter

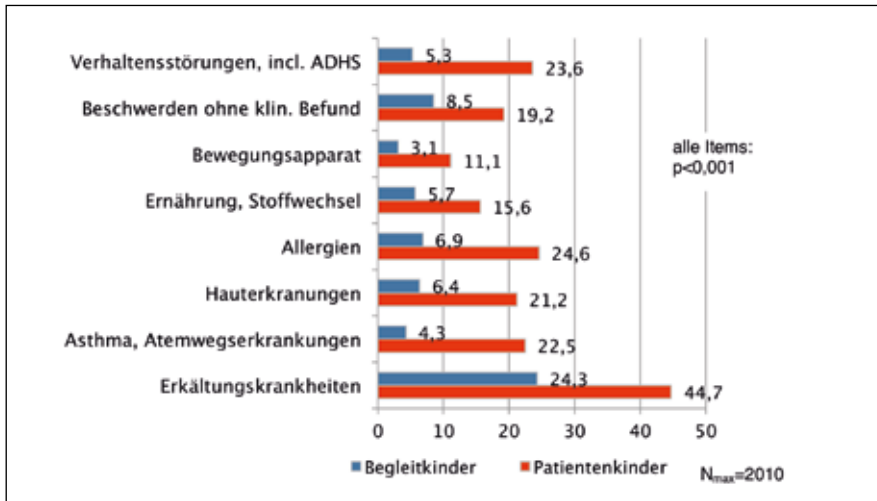


Abb. 2: Prozentanteil der Patienten- und Begleitkinder mit mittleren bis sehr starken Beschwerden zu Beginn der Mutter-Kind-Maßnahme

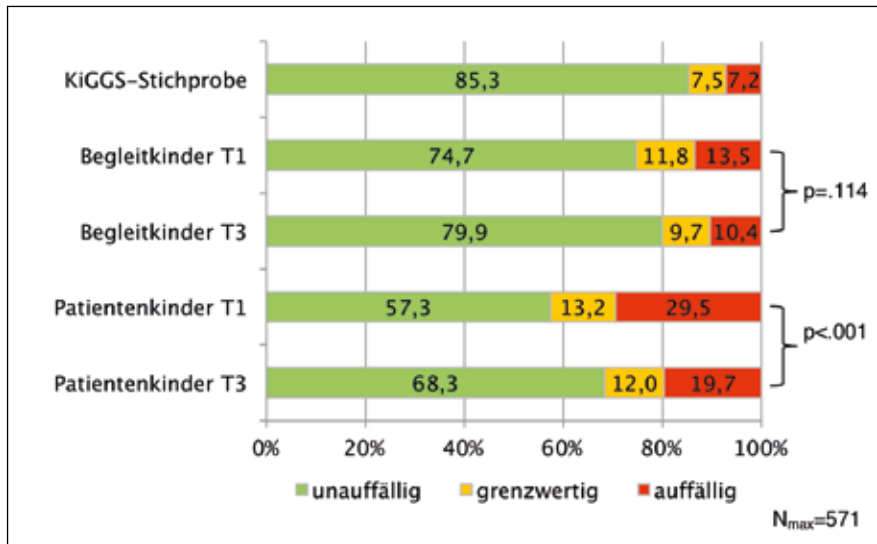


Abb. 3: Verhaltensauffälligkeiten bei 3-17jährigen Kindern: Gesamtproblemwert der ersten 4 Skalen des SDQ zum Zeitpunkt des Beginns der Maßnahme (T1) und 9 Monate nach Ende der Maßnahme (T3). Zum Vergleich Werte der KiGGS-Studie

bis *sehr starke* Beschwerden (Stufe 3-5 der 5-stufigen Skala) aufwiesen. Erkältungskrankheiten wurden mit Abstand am häufigsten genannt. Fast 45 % der Patientenkinder und auch 24 % der Begleitkinder waren betroffen. Bei den Patientenkindern folgten mit etwa gleicher Häufigkeit Allergien, Verhaltensauffälligkeiten, Atemwegs- und Hauterkrankungen. Bei den Begleitkindern standen Beschwerden ohne klinischen Befund mit 8,5 % an zweiter Stelle. Dazu zählen Kopf- und Bauchschmerzen sowie Schlafstörungen. Die Unterschiede zwischen Begleit- und Patientenkindern waren jeweils höchst signifikant ($p < 0,001$).

Mit dem SDQ-Fragebogen werden über fünf Skalen emotionale Probleme,

Hyperaktivität, Verhaltensprobleme, Probleme mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten erfasst. Aus den erstgenannten vier Skalen wird ein Gesamtproblemwert berechnet, der anhand einer Normstichprobe eine Einteilung in die Kategorien *unauffällig*, *grenzwertig* und *auffällig* im Sinne von Risikogruppen ermöglicht [10]. Wie Abbildung 3 zeigt, wiesen 7,2 % der Kinder im Alter von 3-17 Jahren in der repräsentativen Stichprobe der KiGGS-Studie auffällige Werte auf und weitere 7,5 % wurden als grenzwertig eingeschätzt. In den Mutter-Kind-Kliniken war der Anteil der Begleitkinder mit auffälligen Werten doppelt so hoch (13,5 %), der Anteil bei den Patientenkindern viermal so hoch (29,5 %). Weitere 12-13 % wurden als grenzwertig eingeschätzt.

3. Interkurrente Erkrankungen und die Zufriedenheit der Mütter am Ende der Maßnahme

Während einer dreiwöchigen Maßnahme können interkurrente Erkrankungen auftreten und den Maßnahmenverlauf beeinträchtigen. Davon können besonders Kinder betroffen sein, die ohnehin häufig Infekte hatten, die erstmalig in einer Kindergruppe betreut werden oder die auf das veränderte Klima am Kurort reagieren. Daher wurden die Mütter am Ende der Maßnahme gefragt, ob und wie sehr sie sich durch akute Erkrankungen beeinträchtigt fühlten. Fast 30 % der Mütter waren von der interkurrenten Erkrankung eines Kindes betroffen, 25 % erkrankten selbst. Aber weniger als 5 bzw. 6 % aller Mütter fühlten sich dadurch stark beeinträchtigt (Abbildung 4).

Wenn man das Alter des Kindes in die Analyse einbezieht, wird deutlich, dass zwei Drittel der Kinder unter drei Jahren interkurrent erkrankten. Von den drei- bis fünfjährigen Kindern erkrankte noch ein Drittel (Abbildung 5).

Wenn man die Zufriedenheit mit der Kurzielerreichung am Ende der Maßnahme als Zielvariable einsetzt, zeigt sich kein Unterschied zwischen Müttern mit behandlungsbedürftigen vs. Begleitkindern. Die Mittelwerte lagen zwischen 2,21 bis 2,24 und damit im *eher zufriedenen* Bereich. Ebenso gab es keinen Unterschied zwischen Müttern mit und ohne Kurziel „Verbesserung der Gesundheit des Kindes“. Deutlich ungünstiger fiel die Zufriedenheit mit der Kurzielerreichung aus, wenn die Mutter selbst oder ein Kind erkrankte oder wenn das jüngste Kind unter sechs Jahren alt war. Bemerkenswert ist, dass die Zufriedenheit mit der Kur insgesamt von den Müttern aller Untergruppen besser bewertet wurde als die Zufriedenheit mit der Zielerreichung. Die Unterschiede zwischen Müttern mit und ohne interkurrente Erkrankung bzw. jüngeren und älteren Kindern bleiben bestehen (Tabelle 2). Bei Müttern mit verschiedenen soziodemografischen Merkmalen zeigten sich nur tendenzielle Unterschiede: ältere Mütter waren zufriedener als Mütter unter 30 Jahren, Mütter mit geringer Schulbildung waren weniger zufrieden als Mütter mit einem weiterführenden Schulabschluss (Daten nicht gezeigt).

4. Mittelfristige gesundheitsbezogene Effekte bei den Kindern

An der Nachbefragung nach neun Monaten beteiligten sich N=590 Mütter (48 %). Von 683 Kindern liegen vollständige Datensätze zu den **Erkrankungen** von der Erstbefragung zu Beginn der Maßnahme und der Nachbefragung nach neun Monaten vor. Für die behandlungsbedürftigen Kinder (N=358) wurde geprüft, wie hoch der Anteil derer war, die nach neun Monaten noch gesundheitlich beeinträchtigt waren. Dargestellt wird der Prozentanteil mit *mittleren* bis *sehr starken* Beschwerden (Abbildung 6).

Eine nicht signifikante Reduktion des Anteils der gesundheitlich belasteten Kinder ist bei allen Krankheitsbereichen erkennbar. Statistisch hochsignifikante Verbesserungen zeigen sich bei den Erkältungskrankheiten und den Verhaltensauffälligkeiten der Patientenkinder, signifikant sind auch die Verbesserungen der Beschwerden ohne klinischen Befund und die Probleme mit Ernährung und Stoffwechsel. In der Gruppe der Begleitkinder zeigen sich nur geringfügige Veränderungen (o. Abb.).

Auch bei den von den Müttern wahrgenommenen **Verhaltensauffälligkeiten** zeigen sich Verbesserungen nach neun Monaten. Der Anteil der Begleitkinder mit auffälligen Gesamtwerten hatte sich nicht signifikant auf 10,4 % reduziert. Bei den Patientenkinder ging der Anteil der auffälligen Kinder signifikant auf 19,7 % zurück, blieb aber überdurchschnittlich hoch (Abbildung 3). In der KiGGS-Stichprobe wie auch in der Untersuchungsstichprobe war der Anteil mit einem auffälligen Gesamtwert bei den Jungen höher als bei den Mädchen (Daten nicht gezeigt).

In Abbildung 7 ist, basierend auf den Angaben der Mütter, die Zahl der **Arztbesuche, Atemwegsinfekte und Antibiotikaverordnungen** im Verlauf von sechs Monaten vor der Mutter-Kind-Maßnahme und den Monaten vier bis neun danach dargestellt. Die Mittelwertunterschiede zwischen den behandlungsbedürftigen und den Begleitkindern waren vor der Maßnahme signifikant. Die Patientenkinder litten häufiger unter Atemwegsinfekten als die Kinder ohne Behandlungsbedarf. Sie wurden häufiger einem Arzt vorgestellt und erhielten öfter Antibiotika.

Die Veränderungen waren bei den Patientenkinder bei allen drei Items höchst

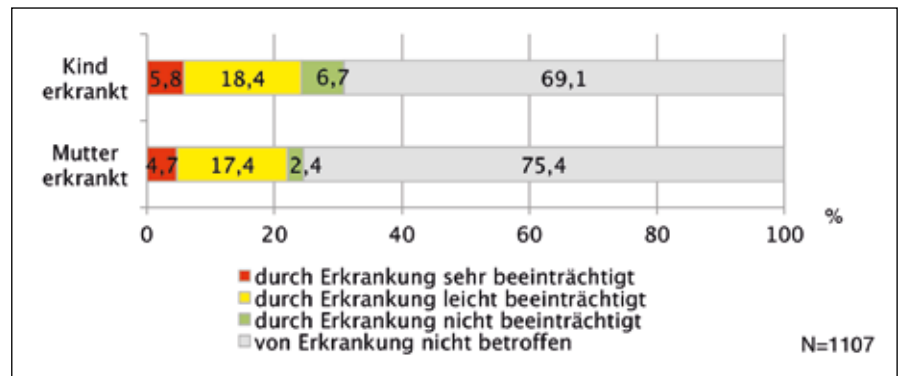


Abb. 4: Beeinträchtigung des Maßnahmeverlaufs durch eine interkurrente Erkrankung des Kindes oder der Mütter selbst

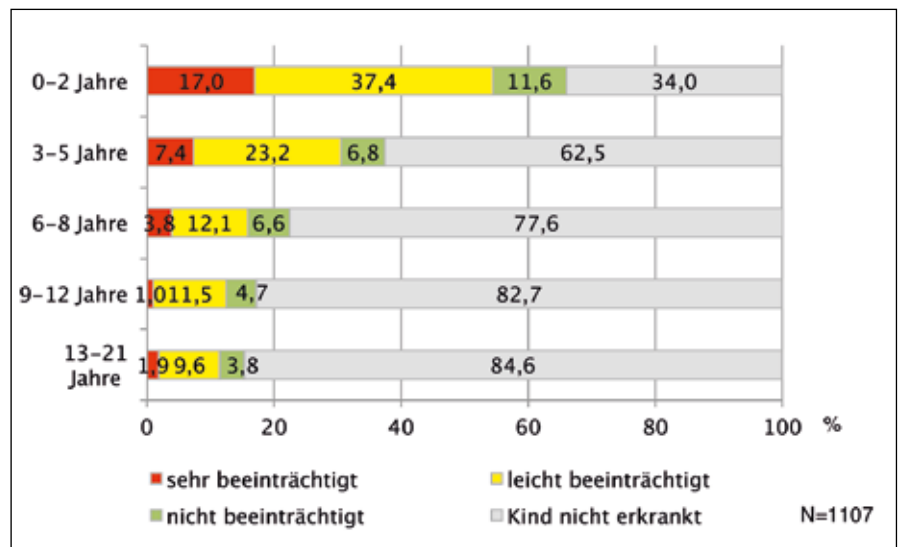


Abb. 5: Beeinträchtigung des Maßnahmeverlaufs durch eine Erkrankung des Kindes in Abhängigkeit vom Alter des Kindes

Zufriedenheit der Mütter zu T2 (N _{max} =1107)	mit der Kurzzielerreichung	mit der Kur insgesamt	p*
Mütter mit behandlungsbedürftigen Kindern	2,22	1,92	0,834
Mütter mit Begleitkindern	2,20	1,91	
Mütter mit Kurzziel bzgl. Kindergesundheit	2,24	1,97	0,301
Mütter ohne Kurzziel bzgl. Kindergesundheit	2,21	1,91	
Beeinträchtigung durch Erkrankung des Kindes	2,57	2,18	<0,001
Keine Beeinträchtigung durch Erkrankung d. K.	2,10	1,79	
Beeinträchtigung durch Erkrankung der Mutter	2,45	2,06	0,003
Keine Beeinträchtigung durch Erkrankung d. M.	2,15	1,87	
Jüngstes Kind unter 6 Jahren	2,34	2,04	<0,001
Kein Kind unter 6 Jahren	2,12	1,83	

* Signifikanzwert bezieht sich auf die Zufriedenheit mit der Kur insgesamt

Tab. 2: Zufriedenheit der Mütter mit der Kurzzielerreichung und der Kur insgesamt

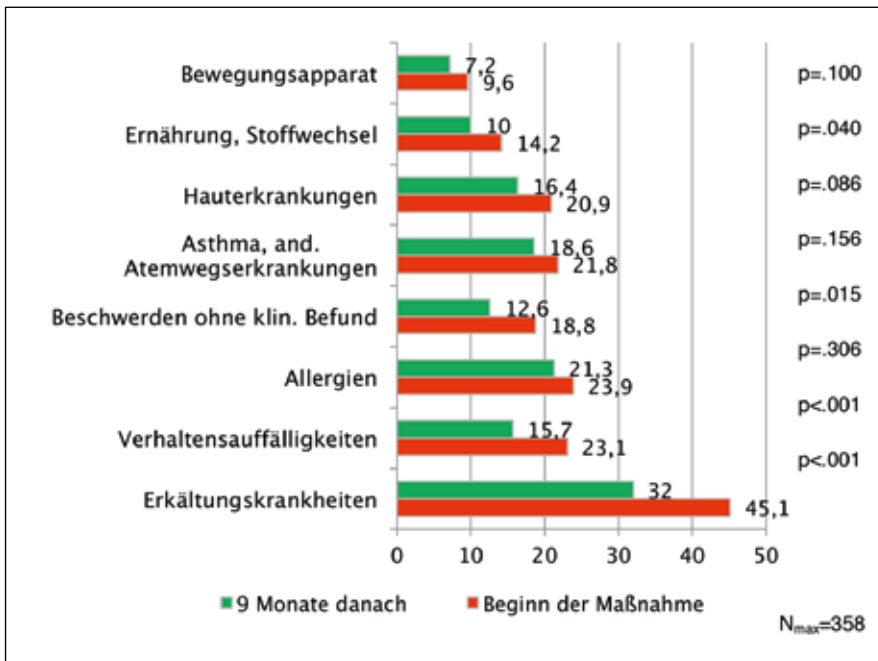


Abb. 6: Prozentanteil der Patientenkinder mit mittleren bis sehr starken Beschwerden zu Beginn der Maßnahme und 9 Monate danach

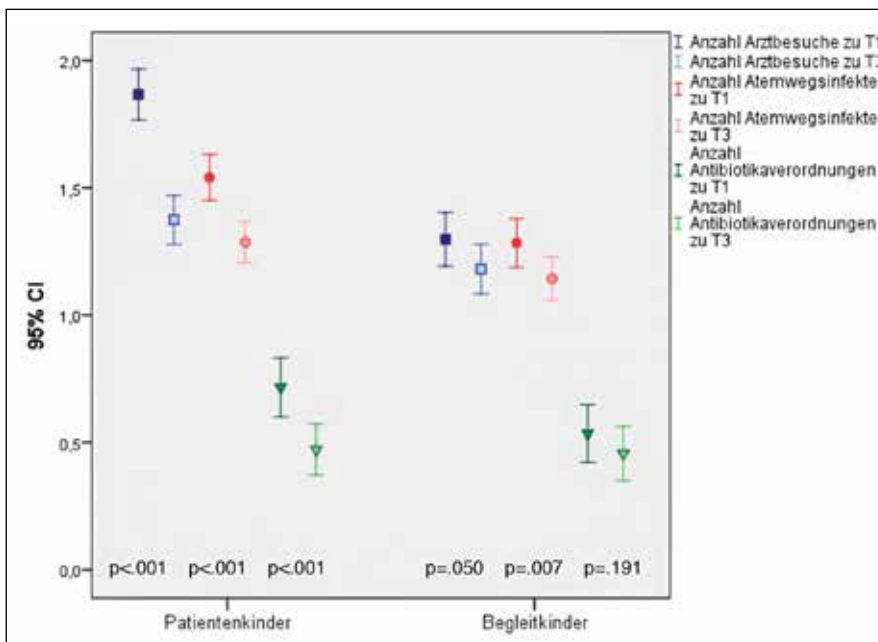


Abb. 7: Anzahl der Arztbesuche, Atemwegsinfekte und Antibiotikaverordnungen (Mittelwerte mit 95 %-Konfidenzintervall) der Patientenkinder und der Begleitkinder im Zeitraum 6 Monate vor der Mutter-Kind-Maßnahme (T1) und 4-9 Monate danach (T3)

signifikant im Sinne einer Gesundheitsverbesserung. Auch die Begleitkinder hatten signifikant weniger Atemwegsinfekte, aber nur geringfügig weniger Arztkontakte und Antibiotikaverordnungen. Die Unterschiede zwischen Begleit- und Patientenkindern blieben nach der Kurmaßnahme erkennbar, aber sie waren statistisch nicht mehr signifikant (Abbildung 7).

Diskussion

Grundlage dieser Studie sind Befragungsdaten von 1230 Müttern und ihren 2023 Kindern, die zwischen 2011 und 2012 an einer stationären Mutter-Kind-Maßnahme teilgenommen haben. Der Behandlungsbedarf der Kinder wurde von den einweisenden Haus- und Kinder- und Jugendärzten festgestellt, aber es gibt

keine Nachbefragungsdaten der Kinder- und Jugendärzte. Da aber auch die Daten der KiGGS-Studie auf Befragung der Eltern beruhen, ist eine Vergleichbarkeit gegeben.

Förderung der Müttergesundheit

Im Mittelpunkt einer Mutter-Kind-Maßnahme steht die Verbesserung der Gesundheit der Mutter. Diese kann durch länger bestehende Überlastungen so beeinträchtigt sein, dass auch die Erziehungskompetenz und die Mutter-Kind-Beziehung darunter leiden. Die Mütter werden ungeduldig und weniger empathisch. Wenn die Erschöpfung in eine Depression übergeht und dieser Zustand sich zu chronifizieren droht, ist auch die Entwicklung des Kindes gefährdet [13] und es besteht Handlungsbedarf.

Dass Mütter an ihre Belastungsgrenze stoßen, hat meist mehrere Ursachen. 80 % der Mütter, die an einer Mutter-Kind-Maßnahme teilnehmen, sind heute erwerbstätig, überwiegend in Teilzeit [14]. Seit Einführung der 12- bzw. 14-monatigen Elternzeit gehen die Mütter entsprechend früh in den Beruf zurück und die Kinder kommen bereits im zweite Lebensjahr in die außerfamiliäre Betreuung. Sie sind dabei neuen Erregern ausgesetzt und durchleben häufig eine Phase erhöhter Infektanfälligkeit. Diese Phase ist vom Kindergartenalter ins Krippenalter vorverlegt und bedeutet für die Mütter eine Erschwerung der Vereinbarung von Beruf, Haushalt und Betreuung eines zeitweise kranken Kindes.

Chronische Konflikte in der Familie und ein ungünstiges Erziehungsverhalten können zu einem problematischen Verhalten der Kinder führen [15]. Umgekehrt können aber auch Gesundheits-, Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen eines Kindes die Mütter bzw. die Eltern an ihre Belastungsgrenze bringen [16]. Dann kann eine Mütter- oder Mutter-Kind-Maßnahme eine Verbesserung bringen.

Förderung der Kindergesundheit

Die Mitnahme des Kindes oder der Kinder ist naheliegend, wenn die familiäre Struktur eine anderweitige Betreuung nicht zulässt oder wenn die Maßnahme auch als gemeinsame Auszeit von Mut-

ter und Kind genutzt werden soll. Nicht zuletzt haben die Mütter die Erwartung, dass die Maßnahme auch die Gesundheit der Kinder fördert.

In der Untersuchungsstichprobe aus den Mutter-Kind-Kliniken bestand bei der Hälfte der Kinder ärztlich attestierter Behandlungsbedarf. Das Krankheitspektrum entsprach den Ergebnissen der KiGGS-Studie: Atemwegserkrankungen traten am häufigsten auf, aber auch Verhaltensauffälligkeiten waren relevant.

Wie die Ergebnisse nach neun Monaten zeigen, sind gerade in diesen beiden Bereichen die deutlichsten Verbesserungen eingetreten, aber auch alle anderen somatischen Beschwerden waren verringert.

Zwischen den Begleitkindern und den Patientenkinder bestanden zu Beginn der Maßnahme signifikante Unterschiede in allen Krankheitsbereichen. Auch die Begleitkinder hatten nach neun Monaten weniger Atemwegsinfekte, aber eine ähnliche Anzahl Arztkontakte und Antibiotikaverordnungen. Insofern haben sich die Erwartungen der Mütter erfüllt.

Dass die Mütter in Mutter-Kind-Kliniken ihre Kinder überproportional häufig als verhaltensauffällig eingeschätzt haben, kann einerseits am Verhalten der Kinder und andererseits an der Wahrnehmung der überlasteten Teilnehmerinnen liegen. Umso bemerkenswerter ist, dass sie nach neun Monaten – zurück im stressigen Alltag – ihre Kinder immer noch deutlich positiver und weniger auffällig erleben.

Auch für Schulkinder mit Vorsorgebedarf können Mutter-Kind-Maßnahmen nützlich sein. Im Sinne der neuen Morbidität sind viele Schulkinder bereits von Stresssymptomen wie Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Ängsten betroffen. Diese Kinder können in einer Mutter-Kind-Maßnahme lernen, sich zu entspannen und durch ausreichendes Trinken, Bewegung und bewussten Umgang mit neuen Medien das eigene Wohlbefinden zu verbessern.

Interkurrente Erkrankungen

Eine interkurrente Erkrankung der Mutter oder des Kindes kann den Maßnahmeverlauf beeinträchtigen. Gerade wenn die Kinder unter drei Jahren alt sind und möglicherweise zum ersten Mal in einer Gruppe betreut werden, können

Atemwegs- oder Magen-Darm-Infekte auftreten. Wie die Ergebnisse gezeigt haben, waren nur wenige Mütter dadurch stark beeinträchtigt, aber die Kurzzufriedenheit war geringer als bei Müttern ohne Krankheitsereignisse. Wenn eine Mutter mit mehreren kleinen Kindern an einer Mutter-Kind-Maßnahme teilnehmen möchte, muss man Nutzen und Risiko abwägen. Wenn die Mutter erschöpft und depressiv ist, kann ein Ortswechsel mit Entlastung von Haushaltsaufgaben sowie psychosoziale Beratung, Sport, Entspannung und Austausch mit anderen Müttern hilfreich sein, auch wenn der Maßnahmeverlauf durch eine interkurrente Erkrankung beeinträchtigt ist. Dann kann die Vorsorgemaßnahme ihrem Auftrag gerecht werden, eine drohende Erkrankung zu verhindern.

Wenn allerdings eine psychische Erkrankung bei der Mutter besteht, ist zu prüfen, ob eine akutstationäre Behandlung der Mutter erforderlich ist oder eine psychosomatische Reha-Maßnahme in Frage kommt. Entsprechendes gilt für die Kinder. Wenn die Behandlung der chronischen Erkrankung eines Kindes im Fokus steht, ist evtl. eine Kinder-Reha-Maßnahme zielführend. **Fazit** für die Praxis

1. Eine dreiwöchige Mutter-Kind-Maßnahme kann nicht alle gesundheitlichen oder familiären oder psychosozialen Probleme lösen, aber sie fördert neben der Gesundheit der Mutter auch die Gesundheit der Kinder.
2. Eine interkurrente Erkrankung kann vor allem bei Kindern unter drei Jahren den Maßnahmeverlauf beeinträchtigen.
3. Eine Mutter-Kind-Maßnahme ersetzt keine medizinische Rehabilitation

für das Kind, auch wenn in Mutter-Kind-Einrichtungen Kinderärzte tätig sind, die Kinder untersucht werden und – bei attestiertem Behandlungsbedarf – eigene Therapien erhalten. Für chronisch kranke Kinder sind andere Maßnahmen angezeigt.

4. Eine Mutter-Kind-Maßnahme ersetzt keine psychosomatische Reha-Maßnahme für die Mutter. In ausgewählten Kliniken mit Reha-Status können Mütter mit (Wochenbett-)depression oder Angststörungen behandelt werden.
5. Wenn Mütter erschöpft und gesundheitlich beeinträchtigt sind, brauchen sie Erholung und eine multimodale Behandlung, bevor sich eine Phase der Erschöpfungsdepression chronifiziert. Dann kann es sinnvoll sein, die Auszeit zu nutzen, um bspw. auch die eigenen Ansprüche zu reflektieren und das eigene Gesundheitsmanagement zu optimieren. Kinder brauchen eine positiv gestimmte Mutter.

Literatur bei der Verfasserin

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Päd. Friederike Otto
 Wissenschaftliche Leiterin des
 Forschungsverbundes Familiengesundheit
 Medizinische Hochschule Hannover
 Medizinische Soziologie OE 5420
 Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
 Tel.: 0511/5326428
 E-Mail: otto.friederike@mh-hannover.de

Interessenkonflikt: Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Huppertz

Gut zu wissen: Für die Bewilligung einer Mutter-Kind-Maßnahme benötigt die Mutter ein Attest ihres behandelnden Arztes. Wenn das Kind/ die Kinder mitbehandelt werden soll/en, muss der Behandlungsbedarf vom Kinder- und Jugendarzt attestiert werden. Andernfalls wird das Kind nur betreut, in aller Regel nicht nur während der Therapiezeiten der Mutter sondern auch darüber hinaus. Für Schulkinder gibt es wissenserhaltenden Unterricht. Zur Förderung der Kindergesundheit bieten die Kliniken Seminare oder Vorträge bspw. zu gesunder Ernährung oder Klimatherapie, krankheitsspezifische Informationen etwa zu Infektanfälligkeit, Asthma oder Neurodermitis, sowie Erziehungsgespräche und Angebote zur Förderung der Mutter-Kind-Interaktion. Darüber hinaus gibt es Kliniken, die Schwerpunktmaßnahmen für Mütter und Kinder mit Adipositas, für trauernde Familien, für Mehrlingsfamilien oder für Regenbogenfamilien (Familien mit gleichgeschlechtlichen Eltern) durchführen. Einige Kliniken haben sich auf die Aufnahme behinderter Kinder spezialisiert. Auch in diesen Einrichtungen steht die Gesundheit der Mütter im Vordergrund.

Diagnose eines Metabolischen Syndroms bei Kindern im Alter von 3-10 Jahren

Online-Tool zur Unterstützung von Kinder- und Jugendärzten // Die weltweite Zunahme von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter stellt vor allem behandelnde Kinderärzte vor die Herausforderung, die meist regelhaft bis ins Erwachsenenalter persistierende Problematik zu verhindern oder zumindest zu verlangsamen. Das multifaktorielle Zusammenspiel genetischer und epigenetischer Faktoren in Verbindung mit der leichten Verfügbarkeit energiereicher Lebensmittel und einem zunehmend sesshaften Lebensstil, bedingt durch eine obesogene Umwelt, erschweren eine kausale Therapie. Darüber hinaus sind auch die psychologischen Komorbiditäten und Folgen, neben den nicht auf den ersten Blick sichtbaren (Labor-) Befunden, weniger offensichtlich, aber häufig sehr belastend.

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages



Dr. Johann Böhm¹

Prof. Dr. Iris Pigeot²

Prof. Dr. Wolfgang Ahrens²

Dr. Hermann Pohl²

1 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Wildeshäuser Straße 92, 27753 Delmenhorst

2 Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS, Bremen

Die „sehr begrenzten Erfolge“ (1, 2) werden nicht nur von einer Reihe durchgeführter Interventions- und Präventionsprojekte dokumentiert (3), sondern auch von der Mehrzahl aller Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte im Praxisalltag hautnah und häufig frustrierend erlebt (44. Herbstseminarkongress Bad Orb 2016, BVKJ). Viele Präventionsmaßnahmen und Therapien leiden zudem darunter, dass die am häufigsten Betroffenen mit den höchsten Risiken am wenigsten davon profitieren (4). Die

jährlichen Mehrkosten in einer Modellrechnung pro Person von 5.170 US Dollar (Männer) bzw. 3.291 Dollar (Frauen) – nur für die medizinischen Behandlungen (5) – sollten dabei eigentlich auch Kostenträger und Politik zum Handeln anregen.

Gerade darum erscheint es dringend geboten nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand, bei nicht unbegrenzten Ressourcen und fehlenden evidenzbasierten Interventionen, möglichst früh besonders schwere Formen und Verläufe zu erkennen und Interventionen vor allem für diese besonders gefährdete Gruppe mit höchst problematischer Prognose zu entwickeln. Leider fehlt es bisher an eindeutigen diagnostischen Kriterien insbesondere in der frühen Phase der Entwicklung, um so aufwendige und kostenträchtige Behandlungen auf rationaler Basis rechtfertigen zu können.

Auch unter dem Druck der zunehmenden Diskussion über hochwirksame bariatrische Operationen – sie werden zunehmend metabolische Chirurgie genannt – auch bei Kindern und Jugendlichen sowie der Zulassung neuer Medikamente wie Liraglutid bekommt eine klare und auch unter Praxisbedingungen praktikable Diagnostik der bekannten Risikofaktoren zusätzliche Bedeutung.

Eine klare Assoziation zwischen Risikoparametern und kardiovaskulären Erkrankungen – meist im späteren Alter – konnte unter anderem in einer Längsschnittstudie belegt werden (6). Auch ist die Prävalenz zahlreicher kardiometabolischer Risikofaktoren positiv mit dem Schweregrad der Adipositas assoziiert, wie

von Skinner (7) in einer Querschnittstudie mit 8.579 Kindern und Jugendlichen im Alter von 2-19 Jahren gezeigt wurde. Dennoch ist in Einzelfällen oft anhand einzelner Parameter eine eindeutige Einordnung schwierig, da isolierte Befunde aggregiert und gewichtet werden müssen. Ist die exakte Zuordnung schon im Erwachsenenalter in einem weiten Bereich oft nicht einfach möglich, so fehlt für Kinder und Jugendliche vor allem in der Praxis aufgrund wachstumsbedingter natürlicher Änderungen der relevanten Parameter ein ausreichend sicheres und vor allem auch einfach anzuwendendes Verfahren zur Befundung der Untersuchungsergebnisse. Zwar können einzelne klinische Befunde (anthropometrische Messungen) und Laborwerte noch relativ einfach und mit ausreichender Sicherheit erhoben und mit Normwerten verglichen werden, doch ist ihre gleichzeitige, gewichtete Betrachtung und der jeweilige Bezug auf die Wachstumsveränderungen im Praxisalltag kaum mit vertretbarem Aufwand möglich.

Das klassische Metabolische Syndrom in den häufig bei Kindern verwendeten Definitionen von Cook (8), Viner (9) und der International Diabetes Federation (10) beruht auf der Beurteilung folgender vier Komponenten und Hauptrisikofaktoren:

- Adipositas mit abdomineller Fettverteilung
- Dyslipidämie
- Insulinresistenz
- Bluthochdruck.

Diese werden häufig ergänzt durch Hyperurikämie, Mikroalbuminämie, Endotheldysfunktion, polyzystische

Ovarien (PCOS) und Steatosis hepatis (NASH). Sobald drei oder gar vier der oben genannten Risikofaktoren vorgegebene Grenzwerte überschreiten, wird von einem Metabolischen Syndrom gesprochen. Allerdings gibt es zum Teil deutliche Differenzen bei der Festsetzung dieser Grenzwerte (Cut-offs), wodurch es beim Vergleich der verschiedenen Definitionen des Metabolischen Syndroms sowohl zu Unterschieden bei der Gewichtung der betrachteten Risikofaktoren als auch bei der Erstellung der Diagnose kommt.

Basierend auf den Daten von über 18.000 Kindern aus acht europäischen Ländern, erhoben im Rahmen der IDEFICS-Studie (11), wurde 2014 ein Referenzsystem für Kinder zwischen drei und zehn Jahren hergeleitet (12), welches insbesondere die folgenden zwei Bedingungen erfüllt:

- Jeder der oben genannten Hauptrisikofaktoren wird bei der Diagnose des Metabolischen Syndroms annähernd gleichrangig behandelt. (Derzeit gibt es keinen klaren Hinweis darauf, dass eine oder mehrere dieser Komponenten einen stärkeren Einfluss hätten als die anderen).
- Für die Festlegung der Grenzwerte werden nur geschlechts- und altersspezifische Perzentile als Cut-offs verwendet, da die betrachteten Variablen zur Charakterisierung der Risikofaktoren einem starken Einfluss von Geschlecht und Alter unterworfen sind.

Das Referenzsystem wurde 2014 in einem Sonderheft des International Journal

of Obesity veröffentlicht und liegt sowohl tabellarisch (Perzentilwerte) als auch graphisch in Form von Perzentilkurven vor¹.

Um nun die Nutzung dieser Referenzwerte möglichst praxistauglich zu gestalten, wurde in einem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanzierten Projekt ein webbasiertes Online-Tool entwickelt, mit dem auf Basis der IDEFICS-Referenzwerte Kinder- und Jugendärzte anwenderfreundlich unterstützt werden, die bei einer ausführlichen Untersuchung eines Kindes erhobenen metabolischen Marker und anthropometrischen Merkmale in ihrer Gesamtheit zu betrachten und dabei computergestützt möglichst schnell und anschaulich zu einer objektiven Einschätzung der individuellen Gesundheit und des kardiometabolischen Risikos zu kommen.

Das Tool kann über die Internetseite des Leibniz-Instituts für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS (Bremen) unter folgender Adresse aufgerufen werden: <https://www.bips-institut.de/forschung/software/mets-score.html>

Nachfolgend sei an dieser Stelle kurz die Vorgehensweise bei der Herleitung der dem Tool zugrundeliegenden Referenzkurven skizziert.

¹ www.nature.com/ijo/journal/v38/n2s/index.html

Zweistufige Kategorisierung für das Metabolische Syndrom – basierend auf Perzentilen der IDEFICS-Studie

Mit Hilfe eines relativ neu entwickelten statistischen Ansatzes, der GAMLSS-Methode (13), wurden geschlechts- und altersspezifische Perzentile für Variablen hergeleitet, die in der alltäglichen Praxis häufig dazu verwendet werden, die vier oben genannten wichtigsten kardiovaskulären Risikofaktoren zu charakterisieren: Adipositas mit abdomineller Fettverteilung wird dabei anhand des gemessenen Hüftumfangs beurteilt; Triglyzerid- bzw. HDL-Cholesterinwerte werden herangezogen, um Kinder mit schlechten Blutfettwerten zu identifizieren; ein erhöhter HOMA-Index (siehe Tabelle 1) bzw. Nüchternglukosewert wird als Hinweis auf einen gestörten Zuckerstoffwechsel angesehen; anhand der Messungen des systolischen bzw. diastolischen Blutdrucks wird geprüft, ob das Kind bereits Bluthochdruck entwickelt hat. Datenbasis für die Herleitung der Perzentilwerte waren normalgewichtige Kinder der IDEFICS-Studie. Die Kategorisierung des Gewichtsstatus erfolgte basierend auf der Definition von Cole und Lobstein (14).

Tabelle 1 zeigt die im Online-Tool verwendeten Variablen, die (als Ergebnis mehrerer Konsensdiskussionen im IDEFICS-Konsortium) angewandten Ausschlusskriterien für die Herleitung der Referenzwerte sowie technische Informa-

Variable	Messverfahren	Ausschlusskriterium
Bauchumfang	Der Bauchumfang wurde in aufrechter Position, bei entspannten Bauchmuskeln, in der Mitte zwischen dem unteren Rippenbogen und der Oberkante des Hüftknochens mit einem nicht elastischen Umfangmessband gemessen (Seca 200).	Übergewicht/Adipositas oder Untergewicht*
Glukose (Nüchternblutzucker)	Point-of-care-Messung aus venösem bzw. Kapillarblut (Cholestech, Hayward, CA, USA)	Übergewicht/Adipositas oder Untergewicht*
Insulin (Nüchterninsulin)	Elektrochemilumineszenz-Immunoassay (ECLIA) zur In-vitro-Bestimmung von Humaninsulin in Serum und Plasma (Roche Modular System, Mannheim)	Übergewicht/Adipositas oder Untergewicht*
HOMA	HOMA-IR wurde aus den Insulin- und Glucose-Werten wie folgt berechnet: (Insulin nüchtern (µU/ml) x BZ nüchtern (mg/dl) / 405)	Übergewicht/Adipositas oder Untergewicht*
HDL	Point-of-care-Messung (Cholestech LDX, Hayward, CA, USA)	Adipositas*
Triglyzeride	Point-of-care-Messung (Cholestech LDX, Hayward, CA, USA)	Adipositas*
Größe	SECA 225 Stadiometer	Kein Ausschluss
Gewicht	TANITA BC 420 SMA Waage	Kein Ausschluss
Blutdruck	Welch Allyn 4200B-E2 Blutdruckmessgerät	Übergewicht/Adipositas*

*Gemäß Cole und Lobstein (14)

Tab. 1: In der IDEFICS-Studie verwendete Messmethoden / Ausschlusskriterien für die Herleitung der Referenzwerte

Komponenten des Metabolischen Syndroms				
Definition	Adipositas	Blutdruck	Lipide	Glukose/Insulin
Monitoring Level*	WC ≥ 90 %	SBP ≥ 90 % oder DBP ≥ 90 %	Triglyzeride ≥ 90 % oder HDL-Cholesterin ≤ 10 %	HOMA-Index ≥ 90 % oder Nüchtern-glucose ≥ 90 %
Action Level**	WC ≥ 95 %	SBP ≥ 95 % oder DBP ≥ 95 %	Triglyzeride ≥ 95 % oder HDL-Cholesterin ≤ 5 %	HOMA-Index ≥ 95 % oder Nüchtern-glucose ≥ 95 %

* Aufmerksame Beobachtung des Kindes wird empfohlen; ** Pädiatrische Intervention wird empfohlen
Abkürzungen: **WC** Waist circumference, Bauchumfang; **SBP/DBP** systolischer, diastolischer Blutdruck

Tab. 2: Definition des *Monitoring Levels* und *Action Levels* für das Metabolische Syndrom

tionen bzgl. der Verfahren, mit denen die Messungen erhoben wurden.

Auf Basis der hergeleiteten Perzentile wird durch das Online-Tool eine Kategorisierung des Metabolischen Syndroms vorgenommen: Liegen bei mindestens drei der vier Komponenten die Messwerte auf oder über dem 90 %-Perzentil², so wird empfohlen, die weitere Entwicklung des Kindes aufmerksam zu verfolgen (**Monitoring Level**); liegen mindestens drei der vier Komponenten auf oder über dem 95 %-Perzentil², wird empfohlen, eine geeignete pädiatrische Intervention einzuleiten (**Action Level**).

Tabelle 2 zeigt die vier Komponenten des Metabolischen Syndroms sowie die gewählten Cut-offs zur Einstufung in die Kategorien „Monitoring Level“ und „Action Level“ für die Variablen Bauchumfang (waist circumference, WC) Blutdruck (SBP, DBP), Triglyzeride, HDL-Cholesterin, HOMA-Index und Nüchtern-glucose. Dabei bezeichnen die Prozentwerte die aus den entsprechenden Perzentilkurven zu ermittelnden Perzentile.

Da all diese Variablen sowohl alters- als auch geschlechtsabhängig sind, sei noch erwähnt, dass für eine Bewertung und Einordnung der Messwerte mit Hilfe des Online-Tools in jedem Fall auch das Alter und Geschlecht des Kindes erhoben werden müssen – zur Beurteilung der Blutdruckwerte zudem noch die Körpergröße.

Herleitung eines kontinuierlichen Scores (IDEFICS MetS Score)

Auf Basis dieser Referenzwerte wurde zudem ein aggregierter Score gebildet, der sich individuell für jedes Kind berechnen

2 Aufgrund der negativen Assoziation zwischen kardiovaskulären Ereignissen und HDL-Cholesterin werden hier Messwerte kleiner oder gleich dem 10 %-Perzentil (bzw. ≤ 5 %- Perzentil) als auffällig angesehen.

lässt. Dieser Score basiert auf einer sogenannten z-Score-Standardisierung, mit der sich die per GAMLSS-Verfahren hergeleiteten Perzentile in z-Scores umrechnen lassen. Die z-Scores sind im Vergleich zu den Originalwerten für Alter und Geschlecht standardisiert und auf den Wertebereich einer Standardnormalverteilung transformiert. Vereinfacht ausgedrückt gibt der z-Score an, um wieviel Standardabweichungen ein gemessener Wert von dem für gleichaltrige Kinder, gleichen Geschlechts erwarteten Wert der Referenzpopulation abweicht. Der hier vorgeschlagene aggregierte Score (IDEFICS MetS Score) setzt sich zusammen aus der Kombination der z-Scores von Taillenumfang (WC), dem Mittelwert der z-Scores beider Blutdruckmessungen ((SBP+DBP)/2), dem Mittelwert der z-Scores für Triglyzeride und dem negativen z-Score für HDL-Cholesterin ((TRG - HDL)/2) sowie dem z-Score für den HOMA-Index (HOMA):

$$\text{MetS Score} = z_{\text{WC}} + (z_{\text{SBP}} + z_{\text{DBP}})/2 + (z_{\text{TRG}} - z_{\text{HDL}})/2 + z_{\text{HOMA}}$$

Für diesen Score, der die verschiedenen Komponenten des Metabolischen Syndroms vereint, wurden wiederum alters- und geschlechtsspezifische Perzentilkurven hergeleitet, die sich hervorragend für die Diagnostik einsetzen lassen. In der kinder- und jugendärztlichen Praxis besteht damit die Möglichkeit, die bei der medizinischen Untersuchung eines Kindes ermittelten Messwerte in ihrer Gesamtheit zu betrachten und abzuschätzen, wie groß der prozentuale Anteil gleichaltriger Kinder unter- bzw. oberhalb des bei dem jeweiligen Kind ermittelten Score-Werts ist. Das Online-Tool ermöglicht somit einerseits eine für den Einfluss von Alter und Geschlecht kontrollierte Einschätzung des Metabolischen Syndroms bei dem jeweiligen Kind und liefert andererseits mit dem

IDEFICS Mets Score ein aggregiertes stetiges Maß, mit dem sich insbesondere Änderungen im zeitlichen Verlauf beim Kind beobachten lassen.

Per Download-Button lassen sich nach Eingabe der notwendigen Parameter sämtliche Messwerte mit den dazugehörigen Referenzkurven und der zusammenfassenden Bewertung der Ergebnisse in kompakter Form als pdf-file (zum Ausdrucken bzw. Abspeichern) herunterladen.

Webseite: <https://www.bips-institut.de/forschung/software/mets-score.html>

„Über IN FORM: IN FORM ist Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Sie wurde 2008 vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiiert und ist seitdem bundesweit mit Projektpartnern in allen Lebensbereichen aktiv. Ziel ist, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Menschen dauerhaft zu verbessern. Weitere Informationen unter: www.in-form.de“



Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzanschrift:

Dr. Hermann Pohlabein
Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS
Achterstr. 30, 28359 Bremen
Tel.: 0421/218-56947
E-Mail: pohlabein@leibniz-bips.de

Interessenkonflikt:

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt. Red.: Keller

Kleinkind mit Spulwurm-Nachweis

Frage

Ich betreue einen ca. 1½-jährigen Jungen, bei dem ein *Ascaris lumbricoides* (Spulwurm) nachgewiesen wurde. Dieser wurde mit Pyrantel behandelt. Das Kind hat eine Harnröhrenverschiebung und soll bald hieran operiert werden.

- Kann sich eine Wurmkrankheit auf andere organische Krankheiten auswirken?
- Müssen vor der geplanten Operation noch spezielle Untersuchungen hinsichtlich der Wurmerkrankung durchgeführt werden?

Antwort

Die Frage, die aus der Infektion eines 1,5 Jahre alten Jungen mit *Ascaris lumbricoides* resultiert, hat zwei Aspekte:

1. Mögliche Komplikationen einer solchen Infektion
2. Bestehen nach einer Behandlung mit einem effektiven Medikament weitere Risiken, die vor einer geplanten Operation bedacht werden müssen?

Ad1:

Die Infektion mit *Ascaris lumbricoides* erfolgt fäkal-oral über die Aufnahme infektiöser Eier mit der Nahrung oder infizierten Flüssigkeiten/Getränken. Die Spulwürmer sind die größten der human-pathogenen Nematoden, adulte Weibchen werden bis zu 20-35 cm lang, die Männchen 15-30 cm. Die ausgewachsenen Würmer leben überwiegend

im Dünndarm, nachdem sie in ihrem Lebenszyklus zuvor eine Passage durch den Körper gemacht haben: Nach der Ei-Ingestion schlüpfen die Larven innerhalb von etwa vier Tagen im Darm, durchwandern die Darmwand und werden hämatogen über die Pfortader/Leber bis in die Lunge transportiert. Dort reifen sie über weitere 10-14 Tage aus. Anschließend ascendieren die Larven die Atemwege bzw. werden „hochgehustet“, um dann wiederum verschluckt zu werden und im Dünndarm zum adulten Tier auszuwachsen. Adulte Weibchen werden dann beginnen täglich bis zu 200.000 Eier auszuscheiden, die Lebensdauer der Würmer beträgt ein bis zwei Jahre.

Die meisten infizierten Patienten, zumindest in unseren Breitengraden, sind asymptomatisch und beherbergen nur einen Wurm bzw. eine geringe Wurmanzahl.

Mögliche Komplikationen der Infektion leiten sich aus dem Lebenszyklus des Parasiten ab. Larven in der Leber oder der Gallenblase können dort zu Granulomen bzw. Abszessen führen. Die Durchwanderung der Darmwand durch die Larven kann zu einer Peritonitis führen.

Das sogenannte Löffler-Syndrom steht für die pulmonalen Symptome (Husten, Dyspnoe, im Röntgenbild der Lunge Infiltrate, im Blutbild Eosinophilie), das während der Lungenpassage der Larven entstehen kann. Prinzipiell können höhere Anzahlen adulter Würmer zur Darm-Obstruktion mit entsprechenden Symptomen führen. Ascendieren

Würmer in die Gallenwege, können sie dort zu Obstruktion mit Cholestase und gegebenenfalls Infektion aufgrund von bakterieller Dislokation führen. Ähnlich kann auch das Pankreasgangsystem betroffen sein.

Ad 2:

Die anthelminthische Therapie mit Pyrantel, Mebendazol oder Albendazol ist hocheffektiv. Da jedoch Re-Infektionen möglich sind, empfiehlt sich eine Kontrolle des Therapieerfolgs zum Beispiel nach 2-4 Wochen.

Weitere spezielle Untersuchungen halte ich bei einem ansonsten asymptomatischen Kind nicht für erforderlich. Bei einem symptomatischen Kind sollte gezielte Diagnostik erfolgen, zum Beispiel also Ultraschalluntersuchung des Abdomens bei Zeichen intestinaler Obstruktion bzw. Cholestase oder ein Röntgenbild des Thorax bei respiratorischen Symptomen, jeweils in Kombination mit entsprechender Labordiagnostik.

Literatur:

1. DGPI Handbuch, 6. Auflage Thieme-Verlag 2013.
2. Nelson Textbook of Pediatrics, 20. Auflage, Elsevier Verlag 2016.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Stephan Buderus
GFO-Kliniken Bonn
St. Marien-Hospital, Abt. Pädiatrie
Robert-Koch-Str. 1
53115 Bonn

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Beeinflusst Vitamin D das Risiko von Asthma-Anfällen bei Kindern und Erwachsenen?

Vitamin D for the Management of Asthma

Martineau AR, et al., *Cochrane Database Syst Rev* 5; 9: CD011511, September 2016

Mehrere klinische Vitamin D-Studien zur Prävention von Asthma-Exazerbationen haben bei Kindern und Erwachsenen zu widersprüchlichen Ergebnissen geführt. Es fehlte noch eine Meta-Analyse randomisierter, doppelblind, Plazebo-kontrollierter Studien, die jetzt im Rahmen einer Cochrane Analyse von Martineau et al. durchgeführt wurde.

Ziel der Literatur-Studie war die Erfassung der Wirksamkeit von Vitamin D zur Risikominderung schwerer Asthma-Exazerbationen. Schwere Asthma-Exazerbationen wurden als Erkrankungen definiert, die eine Behandlung mit systemischen Corticosteroiden erforderten. Die Autoren durchsuchten das Cochrane Airways Group Trial Register und weitere Referenzlisten nach randomisierten, doppel-blind, Plazebo-kontrollierten Studien.

Insgesamt 7 Studien mit 435 Kindern und zwei Studien mit 658 Erwachsenen wurden in die primäre Auswertung übernommen werden. Hiervon konnten eine Studie mit 22 Kindern und zwei Studien mit 658 Erwachsenen, die systemische Corticosteroide benötigten, hinsichtlich ihrer Asthma-Exazerbationsraten weiter ausgewertet werden. Die Studiendauer der Studienteilnehmer, die überwiegend an leichtem bis moderatem Asthma erkrankt waren, schwankte zwischen 4 und 12 Monaten.

Die Gabe von Vitamin D verminderte die Häufigkeit der Asthma-Anfälle, die einer systemischen Corticosteroid-Behandlung bedurften (rate ratio 0,63, 95 % KI 0,45-0,88; 680 Studienteilnehmer; 3 Studien; high quality evidence). Das Risiko

wenigstens eines Asthma-Anfalls, der einen Notfallbesuch in der Ambulanz, eine stationäre Aufnahme oder beides erfordert hätte, wurde durch die Vitamin D-Gabe verhindert (Odds Ratio [OR] 0,39, 95 % KI 0,10-0,78; number needed to treat für einen weiteren positiven Ausgang, 27; 963 Studienteilnehmer; 7 Studien, high quality evidence). Es konnte kein Einfluss auf die Lungenfunktionen und den Asthma-Kontrolltest nachgewiesen werden. Die Gabe von Vitamin D führte zu keinen ernstesten Nebenwirkungen. In einer Studie, in der eine niedrige Vitamin D-Dosierung mit einer hohen Dosierung verglichen wurde, konnte bei zwei Probanden, bei einem Probanden in jedem Arm, eine Hypercalciurie nachgewiesen werden. Weitere Nebenwirkungen wurden im Zusammenhang mit Vitamin D nicht beobachtet.

Die Autoren schließen aus ihrer Studie, dass die Gabe von Vitamin D bei leichtem und mäßigem Asthma das Risiko von Asthma-Anfällen reduziert. Kinder und Erwachsene mit schwerem Asthma waren in dieser Studie jedoch unterrepräsentiert, sodass weitere Studien besonders in dieser Gruppe wünschenswert wären.

Kommentar

Die Asthma-Genese ist komplex und wird noch nicht gut verstanden. Die meisten Untersucher gehen von einer genetischen Empfänglichkeit aus, die von Umweltfaktoren wie Viruserkrankungen und Schadstoffbelastungen der Atemwege getriggert wird. Vitamin D-Mangel erhöht an Mäusen, die mit Hausstaubmilben (HSM) belastet werden, die inflammatorische Antwort, die Reagibilität und das Remodeling der Atemwege. Dabei wurde an 9 Genen über eine RNA-Sequenzierung eine veränderte Aktivität nachgewiesen. Britt et al. konnten an Biopsien humaner glatter Muskelzellen der Atemwege von Nicht-Asthmatikern und Asthmatikern zeigen, dass Vitamin D die durch Entzündungen induzierte Kontraktilität und das Remodeling vermindert. Calcitriol (das aktivierte Vitamin D) blockiert die Calcium-Antwort auf den verstärkenden Histamin Effekt von TNF-alpha und IL-13 auf die glatten Muskelzellen. In einer klinischen randomisierten Untersuchung reduzierte eine Vitamin D-Supplementierung während der Schwangerschaft und im Säuglingsalter das Risiko einer Sensibilisierung mit Aero-Allergenen. In einer aktuellen koreanischen Querschnitt-Studie mit 3720 Grundschulkindern wurde gezeigt, dass eine Verbindung zwischen Vitamin D-Mangel und dem Atopie- und Allergie-Risiko besteht. Martineau et al. haben jetzt mit einer Cochrane-Meta-Analyse randomisierter, doppel-blind, Plazebo-kontrollierter Studien einen günstigen Einfluss von Vitamin D auf die Exazerbationshäufigkeit für mittleres bis leichtes Asthma bei Kindern und Erwachsenen nachgewiesen. Wenn auch noch viele Fragen zum Einfluss von Vitamin auf die Atemwege geklärt werden müssen, so scheint jedenfalls der negative Einfluss der Vitamin D-Hypovitaminose auf die Atemwege gesichert zu sein. Es mag deshalb sinnvoll sein, bei Asthma-Patienten für einen suffizienten Vitamin D-Spiegel zu sorgen.

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Beginnt die Prävention rheumatischer Erkrankungen schon mit der Zahnfleischentzündung im Kindesalter?

Aggregatibacter Actinomycetemcomitans-Induced Hypercitrullination Links Periodontal Infection to Autoimmunity in Rheumatoid Arthritis

König MF et al., *Sci Transl Med*, 8(369): 369ra176, Dezember 2016

Eine mikrobielle Ätiologie rheumatischer Erkrankungen wird seit mehr als einem Jahrhundert vermutet. Ein Zusammenhang zwischen Periodontitis und rheumatischen Erkrankungen wird aufgrund vieler Beobachtungen und epidemiologischer Untersuchungen seit langem diskutiert. Die rheumatoide Arthritis (RA) ist eine systemische Autoimmunerkrankung bisher unbekannter Ursache, die mit einer entzündlichen Erkrankung der Synovia (Gelenkinnenhaut), zunehmender Gelenkzerstörung und Auto-Antikörper gegen citrullinierte Proteine assoziiert ist. Die Periodontitis ist eine Infektionserkrankung des Zahnfleisches und des Zahn-Halteapparates, die unbehandelt zum späteren Zahnverlust führen kann. Das epidemiologisch gehäufte Vorkommen von periodontalen Entzündungen bei RA lässt vermuten, dass zwischen den im Mund vorkommenden Erregern und dem Auftreten rheumatischer Autoantikörper ein kausaler Zusammenhang besteht. Die besten Marker für eine RA, die zu etwa 76% im Blut Rheumakrankter nachgewiesen werden können, sind anti-Citrullin-Protein-Antikörper (ACPA). Die Autoren der aktuellen Studie haben die mikrobielle Zusammensetzung und die antigenen Muster der gingivalen krevikulären Flüssigkeit (Flüssigkeit in den Zahntaschen) bei Patienten mit periodontalen Erkrankungen mit denen von gesunden Kontrollpatienten verglichen. Das bei der Periodontitis nachgewiesene Citrullinom spiegelt das bei Rheumapatienten beobachtete Muster der Hypercitrullinierung in den befallenen Gelenken wieder. Bei der Analyse der dentalen Taschenflüssigkeit konnten zwar mehrere proteomische Signaturen von Erregern nachgewiesen werden, aber nur bei einem Erreger, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa), ließ sich ein Einfluss auf die Hypercitrullinierung über die neutrophilen Leukozyten (NL) nachweisen. Die Autoren identifizierten ein Leukotoxin A (LtxA) als molekularbiologischen Mechanismus, der zu Löchern in der Zellmembran führte, wodurch in den NL eine Protein-Hypercitrullinierung aktiviert wird. Die Immuntoleranz scheint gegenüber den in ihrer räumlichen Strukturveränderten hypercitrullinierten Proteinen aufgehoben zu werden, sodass sich Auto-Antikörper bilden können. Dieser Weg über die NL scheint die Citrullinierung in den Gelenken rheumakrankter Patienten zu unterhalten. Eine LtxA-Exposition konnte bei Rheumakranken nachgewiesen werden und war sowohl mit ACPA als auch mit Rheumafaktoren positiv assoziiert. Mit ihrer Studie konnten die Autoren Aa erstmals als einen möglichen kausalen Auslöser für eine auto-immunologisch induzierte RA identifizieren.

Kommentar

Periodontitis und Rheuma treten bereits im Kindesalter auf und können die Betroffenen lebenslang begleiten. Es mag unwahrscheinlich klingen, dass die Besiedlung des Mundes eine Rolle bei der Entstehung von rheumatischen Erkrankungen spielen kann. In mehreren epidemiologischen Studien wurde eine erhöhte Periodontitis-Prävalenz bei erwachsenen Patienten mit chronisch verlaufenden rheumatischen Erkrankungen im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen nachgewiesen. Beide, die Periodontitis und die RA, zeichnen sich durch eine Regulationsstörung der inflammatorischen Antwort aus, die zur Schädigung und Zerstörung des weichen und harten periodontalen Gewebes und der Gelenke führt. Die Empfänglichkeit für beide Erkrankungen wird nach aktuellem Erkenntnisstand über genetische und umgebungsabhängige Faktoren (Bakterien) reguliert. Tierexperimentelle Untersuchungen stützen die Hypothese, dass kreuzreagierende Immunantworten bei Infektionen zu einer molekularen Mimikry zwischen mikrobiellen Erregern und Eigenantigenen führen können. Die RA ist eine immunologisch ausgelöste Arthritis, die überwiegend durch Wirt-Autoimmunität gegen citrullinierte Proteine verursacht wird. Die Citrullinierung ist eine posttranslationale Modifikation von Argininresten an Proteinen, die zu einer Veränderung der Proteinstruktur und damit zu einem Bruch der Immuntoleranz führt. Dabei werden Argininreste an Polypeptiden katalytisch zu Citrullinresten, dem antigenen Ziel bei der RA umgewandelt. Diese Reaktion wird von Calcium abhängigen Protein-Arginin-Deiminasen (PAD), von denen fünf unterschiedliche Formen bekannt sind, gesteuert. Die Citrullinierung, bei der eine Ketamin-Gruppe (=NH) durch eine Keton-Gruppe (=O) ersetzt wird, trägt zur Regulierung immunologischer und genetischer Funktionen (Histon-Modifizierung) bei. Die erhöhte Citrullinierung scheint eine pathogene Rolle bei der Entstehung der RA zu spielen. Citrullinierte Proteine sind in der Synovia und der Synovialflüssigkeit bei der RA angereichert und bilden spezifische Ziele von Autoantikörpern. Die Autoren der aktuellen Studie konnten zeigen, dass LtxA von *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa) citrullinierende Enzyme in neutrophilen Leukozyten aktiviert, was zur Citrullinierung in den rheumatoiden Gelenken und zum Erhalt rheumatischer Entzündung an Mundhöhlen-fernen Stellen beiträgt. Diese Ergebnisse lassen den vorläufigen Schluss zu, dass zumindest ein Bakterium der Mundhöhle (Aa) eine gesicherte auslösende Rolle bei der Entstehung RA spielt, obwohl nur etwa die Hälfte aller Rheumakranken Aa-Antikörper in ihrem Blut aufweisen. Wahrscheinlich führen noch weitere Erreger der Mundhöhle, wie z. B. *Porphyromonas gingivalis*, zu einer autoimmunologisch induzierten RA, was auf Grund vorhandener Studienergebnisse vermutet werden darf. Ob eine Therapie der Aa-Infektion der Mundhöhle einen positiven Einfluss auf den Verlauf einer RA nehmen kann, bleibt noch unklar. Die orale Gesundheit ist in jedem Lebensalter ein wichtiger Faktor für Gesundheit und Wohlbefinden, nicht nur als mögliche Ursache für die Genese einer RE.

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Welche Diagnose wird gestellt?

Maren Fließner

Anamnese

Der acht Monate alte weibliche Säugling wird mit einem rötlichen, scharf begrenzten Plaque am Abdomen vorgestellt. Dieser bestehe seit Geburt und würde langsam, kontinuierlich und überproportional zur Körpergröße wachsen. Die Hautveränderung verursache weder Juckreiz noch Schmerzen. Das Mädchen wurde termingerecht und spontan geboren. Die Schwangerschaft sei komplikationslos verlaufen. Eigen- und Familienanamnese sind leer.

Untersuchungsbefund

Am Abdomen ventral findet sich eine 2,5 x 1,5 cm ausmessende, ovaläre, rötlich-bräunliche, scharf begrenzte Plaque mit derber Konsistenz (Abb.). Das übrige Integument, der abdominelle Tastbefund und die Lymphknotenstationen sind unauffällig.



Abb. 1: Scharf begrenzter, derber, erythematöser Tumor im Bereich des Abdomens

Welche Diagnose wird gestellt?

Diagnose:

Dermatofibrosarcoma protuberans

Das Dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) ist ein seltener (Inzidenz etwa 0,8-5: 100.000), lokal aggressiv wachsender, mesenchymaler Tumor der Dermis und Subkutis. Lokale Rezidive sind häufig. Es handelt sich um das häufigste Sarkom der Haut und umfasst ca. 4 % aller Weichteilsarkome. Typischerweise manifestiert sich das DFSP im 4. Lebensjahrzehnt, kann aber auch schon im Säuglings- und Kleinkindalter auftreten oder bereits bei Geburt bestehen. Am häufigsten ist das DFSP am Stamm lokalisiert (60 %), gefolgt von den Extremitäten (30 %) und dem Kopf- Hals-Bereich (10 %). Klinisch imponiert das DFSP als ein bis mehrere Zentimeter ausmessender rötlich-bräunlicher, derber, knotiger Tumor. Da er sich im Subkutangewebe ausbreitet, ist die Umgebung des sichtbaren Tumors oft plattenartig derb palpabel. Gelegentlich kann das DFSP narbig eingezogen imponieren (1).

Die Ätiologie ist noch nicht vollständig geklärt. Bekannt ist eine reziproke Translokation in den Tumorzellen (t(17;22)(q22;q13)). Dabei fusionieren die Genloci für die α -Kette des Kollagen A1 und die β -Kette des „platelet derived growth factors“ zu einem ausgelagerten Ringchromosom (COL1A1-PDGFB-Gen). Als Folge wird exzessiv der Wachstumsfaktor PDGFB gebildet, der den Tumor autokrin über den tumoreigenen PDGF-Rezeptor zum Wachstum stimuliert. Die Mutation

ist hochspezifisch für das DFSP und ist in 90 % der Tumore nachweisbar (2).

Diagnostik

Eine sichere klinische Diagnose des DFSP ist nicht möglich. Die Diagnose sollte durch eine Biopsie mit nachfolgender histologischer Aufarbeitung gestellt werden. Das für das DFSP typische histologische Bild besteht aus monomorphen, dicht stehenden Spindelzellbündeln. Es findet sich eine gesteigerte Mitoserate. Immunhistochemisch sind die Zellen CD34 positiv (3). Das diskontinuierliche Wachstum des Tumors erschwert die Schnitttrandkontrolle, so dass Lokalrezidive häufig sind.

Sonographie und MRT können sinnvoll zur präoperativen Bestimmung der Tumorausdehnung sein. Bei Verdacht auf ein Rezidiv oder eine Metastasierung muss eine entsprechende Ausbreitungsdiagnostik erfolgen (1).

Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch muss an Dermatofibrome, Fibrosarkome, kutane Lymphome, Keloide, sklerodermiforme Basalzellkarzinome und Neurofibrome gedacht werden.

Therapie und Prognose

Die Therapie des Primärtumors besteht in der vollständigen chirurgischen Exzision. Der Sicherheitsabstand sollte dabei 3 cm im Gesunden betragen. Kann dieser nicht eingehalten werden beträgt

das Risiko für ein Lokalrezidiv über 47 %. Eine Metastasierung ist äußerst selten.

Bei primärer Inoperabilität oder Rezidiv kann eine Radiatio erwogen werden (4). Seit 2011 ist der Multikinase-Inhibitor Imatinib (Glivecá) zur Therapie des inoperablen DFSP bei Erwachsenen zugelassen. Es unterbricht die autokrine PDGF-R-gesteuerte Wachstumssimulation des Tumors und zeigt eine Ansprechrate von 5 % (5).

Literaturangaben

1. Urugel S, Kortmann R-D, Mohr P et al. S1-Leitlinie Dermatofibrosarcoma protuberans (Update 2016). AWMF-Register-Nr.: 032/026.
2. Shimizu A, O'Brien KP, Sjoblom T et al. The dermatofibrosarcoma protuberans associated collagen type Ialpha1/platelet-derived growth factor (PDGF) B-chain fusion gene generates a transforming protein that is processed to functional PDGF-BB. Cancer Res 1999; 59:3719-23.
3. Mentzel T, Beham A, Katenkamp D et al. Fibrosarcomatous ("high-grade") dermatofibrosarcoma protuberans: clinicopathologic and immunohistochemical study of a series of 41 cases with emphasis on prognostic significance. Am J Surg Pathol 1998; 22: 576-87.
4. Chen YT, Tu WT, Lee WR, Huang YC. The efficacy of adjuvant radiotherapy in dermatofibrosarcoma protuberans: a systemic review and meta-analysis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2016; 10.
5. Ugurel S, Mentzel T, Utikal J et al. Neoadjuvant imatinib in advanced primary or locally recurrent dermatofibrosarcoma protuberans: a multicenter phase II DeCOG trial with long-term follow-up. Clin Cancer Res 2014; 20:499-510.

Korrespondenzadresse:

Dr. Maren Fließner

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Abt. Pädiatrische Dermatologie / Allergologie

Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg

Red.: Höger

Service-Nummer der Assekuranz AG für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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

(02 21) 6 89 09 21



Existenzgründung Ärzte 2016: Jeder zehnte Hausarzt ging aufs Land

Hausärzte ließen sich 2016 wieder etwas häufiger auf dem Land nieder: 10,3 Prozent aller hausärztlichen Existenzgründer haben sich für die Praxis auf dem Land entschieden. Damit stieg der Anteil innerhalb eines Jahres um ein Prozent. Das legt die Analyse der Existenzgründungen unter den Ärzten 2016 dar, die jährlich von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank) sowie dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) vorgelegt wird.

Ein Blick auf die Lage der Praxisgründungen zeigt, dass diese im vergangenen Jahr in den ländlichen Regionen und in den Kleinstädten (bis 20.000 Einwohner) anteilig insgesamt um rund vier Prozent zugenommen haben. Im gleichen Maße ist der Anteil der Existenzgründungen in größeren Städten gesunken.

„Wir beobachten einen leichten Anstieg bei den hausärztlichen Existenzgründungen, auch auf dem Land, doch eine Entwarnung gibt es nicht“, sagt Daniel Zehlich, Bereichsleiter Gesundheitsmärkte und -politik der apoBank. „Die monetäre und beratende Unterstützung unter anderem durch Initiativen der Kassenärztlichen Vereinigungen zeigen offenbar Wirkung. Allerdings ist es in erster Linie die Infrastruktur auf dem Land,

die Bedenken bei den Existenzgründern hervorruft.“

Nicht nur auf dem Land, sondern bundesweit bleibt der Hausärztemangel weiterhin eine Herausforderung für die Sicherstellung der Patientenversorgung, denn es rücken nicht genügend Hausärzte nach: 2016 betrug der Anteil der hausärztlichen Existenzgründungen 26,4 Prozent. Zum Vergleich: In der bestehenden ambulanten Versorgung arbeiten 43,3 Prozent aller Vertragsärzte als Hausärzte.

Einzelpraxis bleibt die häufigste Niederlassungsart

Die Niederlassung in einer Einzelpraxis ist bei Ärzten die häufigste Form der Existenzgründung und findet in der Regel durch die Übernahme einer bereits bestehenden Praxis statt. 2016 haben sich 54 Prozent der hausärztlichen Existenzgründer auf diese Weise niedergelassen. Eine Praxisübernahme erforderte mit 134.000 Euro auch die höchsten durchschnittlichen Investitionen. Günstiger gestalteten sich zwar mit 104.000 Euro im Schnitt die Neugründungen von Einzelpraxen, doch diese finden nur sporadisch statt und lagen 2016 bei fünf Prozent.

Kooperationsanteil bleibt stabil

Ähnlich wie im Vorjahr, entschieden sich 41 Prozent der hausärztlichen Existenzgründer 2016 für die Selbständigkeit in Kooperationen. Die Niederlassungsformen hier sind sehr vielfältig, ebenso die dafür benötigten Investitionen: Die günstigste Form war 2016 der Kauf und die Überführung einer Einzelpraxis in eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit 105.000 Euro. Am teuersten war die Übernahme einer BAG zusammen mit anderen Partnern, die mit durchschnittlich 129.000 Euro zu Buche schlug, jedoch ähnlich wie die Neugründung nur selten zustande kommt.

Großstadtpraxen hoch im Kurs

Ein Blick auf die Übernahmepreise zeigt, dass 2016 in der Großstadt mit durchschnittlich 100.000 Euro die höchsten Summen gezahlt wurden. Das bedeutet eine Steigerung um 27 Prozent. Im Gegensatz dazu blieb der Durchschnittspreis für eine hausärztliche Einzelpraxis auf dem Land mit 68.000 Euro relativ konstant.

Red.: ReH

Sonnenschutz mit der Handy-App



Foto: © jivimages - Fotolia.com

Mit der Sunface-App wäre das nicht passiert

205 Schülerinnen und Schüler in Essen haben sie ausprobiert, die Sunface App konnte die jetzt eine

Studie mit insgesamt 205 Schülern im Alter von 13 bis 19 Jahren in Essener Regelschulen durchführen und messen, wie die Zielgruppe auf die App reagiert. Die Ergebnisse wurden in der renommierten internationalen Fachzeitschrift Journal of Medical Internet Research (JIF: 5,2) publiziert (<https://www.jmir.org/2017/9/e319>).

Mit einer Handy-App die Gefahren des Sonnenbadens erkennen – 205 Essener Schülerinnen und Schüler haben ausprobiert, wie das geht. Die Sunface App, von der Klinik für Dermatologie des Universitätsklinikums Essens entwickelt, zeigt dem Nutzer die mittel- und langfristigen Auswirkungen von Son-

nenbaden oder Solarienbesuchen am eigenen Gesicht. Mit dieser App ausgerüstet besuchten Essener Medizinstudierende insgesamt neun Schulklassen in Essener Hauptschulen und Gymnasien. Die Smartphone-Bildschirme der Schüler spiegelten sie mit einer speziellen Software über einen Beamer. Die Jugendlichen konnten dann mit geöffneter Sunface App ihr eigenes Selfie vor der gesamten Klasse bearbeiten: Dabei ging es beispielsweise um die Fragen: „Wie sehe ich in fünf bis 25 Jahren aus, wenn ich jede Woche das Solarium besuche?“, „Wie sehe ich aus, wenn ich mich überhaupt nicht vor der Sonne schütze?“ Gleichzeitig konnten sie aber auch sehen, wie posi-

tiv sich UV-Schutz auf das eigene Gesicht auswirken kann. Währenddessen bekamen sie deutliche Reaktionen von ihren Klassenkameraden. „Die Reaktionen und Normen des sozialen Umfelds sind mitentscheidend für das Verhalten einer Person“, sagt Titus Brinker, Entwickler der Sunface App und Leiter der Studie. Wie sich die Intervention auf das Verhalten der Schüler auswirken kann, und ob grade helle Hauttypen von ihr angesprochen werden, maßen die Wissenschaftler mittels anonymer Fragebögen. Das Ergebnis: Die App motiviert die Risiko-

gruppe, sich besser vor UV-Strahlung zu schützen und das Solarium zu meiden.

Prof. Dr. Sven Schneider, Studienleiter des Nationalen Krebshilfe-Monitorings an der Universität Heidelberg und Leiter der Forschungsabteilung Kinderge-sundheit am Mannheimer Institut für Public Health, kommentierte die Studie der Hautklinik: „Uns fehlen in der Hautkrebsprävention Interventionen, die Jugendlichen in ihrer Lebenswelt direkt erreichen. Smartphones dienen als innovativer und breitenwirksamer Zugangsweg und die persönliche Attraktivität ist ge-

rade für Jugendliche ein zentrales Thema. Damit geht die Hautklinik zielgruppenorientiert und niederschwellig vor, um diese wichtige Risikogruppe zu erreichen. Die vorläufigen Ergebnisse belegen, dass dieser Ansatz äußerst vielversprechend ist.“

Info:

Die Studie wurde veröffentlicht im Journal of Medical Internet Research (JIF: 5,2) (<https://www.jmir.org/2017/9/e319>)

Red.: ReH

Kinderhände weg von heißen Flächen!

Paulinchen e. V. ruft zur Teilnahme am bundesweiten „Tag des brandverletzten Kindes“ am 7. Dezember 2017 auf // Der achte „Tag des brandverletzten Kindes“ am 7. Dezember macht besonders auf Brandverletzungen durch Kontaktverbrennungen aufmerksam.

Paulinchen – Initiative für brandverletzte Kinder e. V., Initiator des Aktionstages, möchte in diesem Jahr mit dem Motto: „Kinderhände weg von heißen Flächen!“ deutlich machen, wie wichtig es ist, auf die Gefahren von heißen Flächen an Kaminöfen, Backofentüren, Herdplatten oder Bügeleisen hinzuweisen, um Kinder vor Kontaktverbrennungen zu schützen.



Die größte Gefahr einer Kontaktverbrennung besteht im häuslichen Umfeld. Prof. Dr. med. Henrik Menke, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin e. V., erklärt: „Schwere Verbrennungen an den Handinnenflächen sind die Folge, wenn kleine Kinder an Kaminofenscheiben oder auf Herdplatten fassen. Diese sind so heiß, dass die Kinder förmlich daran ‚kleben‘ bleiben. Vernarbungen an den Händen sind immer eine besondere Her-

ausforderung. Ziel der Behandlung ist es, Funktionseinschränkungen der Hand zu vermeiden.“

Viele Unfälle lassen sich durch Prävention verhindern.

Paulinchen e. V. ruft Partner wie Kliniken, Feuerwehren, Apotheken, Kitas, Praxen oder Einzelpersonen zum Mitmachen auf, denn je mehr Aktionen stattfinden, desto mehr Aufmerksamkeit erhält das Thema „Gefahr durch heiße Flächen“. Jeder kann sich beteiligen oder eine Aktion im persönlichen Umfeld initiieren.

Praxen können mitmachen

Der „Tag des brandverletzten Kindes“ bietet den Aktionspartnern eine Plattform, um auf die hohen Unfallzahlen hinzuweisen und den Eltern Maßnahmen an die Hand zu geben, wie sie ihre Kinder vor diesen folgenschweren Unfällen schützen können. Je mehr Aktionen stattfinden, desto mehr Aufmerksamkeit wird das Thema „Gefahr durch heiße Flächen“ bekommen. Alle Aktionen und Veranstaltungen zum 7. Dezember werden im Akti-

onskalender auf der Website www.tag-des-brandverletzten-kindes.de veröffentlicht.

Was Pädiater Eltern raten sollten

Tipps zum Schutz vor heißen Oberflächen:

- Eltern von kleinen Kindern sollten sich die Gefahren durch heiße Flächen bewusst machen.
- Kinder von Kaminöfen und Backofentüren fernhalten.
- Oberflächen wie an Kaminöfen oder Heizungen sichern/abdecken.
- Auf den hinteren Herdplatten kochen. Das Kochfeld mit einem Herdschutzgitter sichern.
- Kirschkernkissen nur anwärmen.
- Heizdecken sind für kleine Kinder ungeeignet.
- Bügeleisen immer ausschalten, wenn diese nicht unter direkter Aufsicht sind, und für Kinder unerreichbar abstellen. Auf herabhängende Kabel achten!

Red.: ReH

Schweizer Pädiatrietag – Ein Blick über die Grenze

Der Verband der Schweizer ambulant tätigen Kinder- und Jugendärzte hatte im Januar bei einem Treffen mit unserem Präsidenten Thomas Fischbach eine Einladung zu ihrer Jahrestagung am 7.9.2017 ausgesprochen. Dieser Einladung bin ich als Vertreterin des Präsidiums gefolgt und der Empfang des Vorstandes der KIS (Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis) war sehr herzlich. Die Jahrestagung fand in Pfäffikon statt und stand unter dem Thema Pädiatrie grenzenlos.

Verbandsstruktur KIS

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte in der Praxis (KIS) zählt ca. 700 Mitglieder, der Vorstand besteht aus 8 Personen. Die derzeitige Präsidentin ist Heidi Zinggeler Fuhrer, der Vizepräsident ist Jan Cahlik. Die Statuten gleichen denen des BVKJ. Aktivitäten für die Mitglieder bestehen in der Ausrichtung der Jahrestagung sowie Kursangeboten zur Spezialisierung im Beruf. Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich SFR 300. Strukturell bedingt sind die Kollegen in vielen verschiedenen berufsständischen Verbänden organisiert und zahlen für alle Mitgliedsbeiträge.

Das Gesundheitssystem in der Schweiz unterscheidet sich vom deutschen. Die Krankenversicherungen sind privatwirtschaftliche Unternehmen, es gibt keine staatliche Krankenkasse. Die Honorare der Kollegen liegen über denen in Deutschland. Allseits bekannt sind die höheren Lebenshaltungskosten in der Schweiz.

Die Preise ärztlicher Behandlungen sind mit dem in der gesamten Schweiz gültigen Tarifwerk Tarmed strikt reglementiert. Medizinische Leistungen werden «Taxipunkten» zuordnet, die kantonsunterschiedlich bewertet werden, so dass ein- und dieselbe Behandlung von Kanton zu Kanton unterschiedlich viel wert ist. So kann der Arzt in Genf oder Zürich für die gleiche Arbeitsleistung mehr verdienen, als der Arzt in Thurgau oder Schaffhausen. Diese Unterschiede werden mit den unterschiedlichen Einkommen, Kostenstrukturen, Ärztedich-

ten und Mentalitäten in den Kantonen begründet.

Der Verband hat ähnliche Probleme und Themen wie der BVKJ. An erster Stelle stehen Nachwuchssorgen. Die Ausrichtung des Verbandes insbesondere Erweiterung der politischen Arbeit wird durch finanzielle Ressourcen beeinträchtigt. Alle arbeiten ehrenamtlich mit einer geringen Aufwandsentschädigung und einem großen Zeitaufwand.

Erfreulich war die große Harmonie der Mitgliederversammlung. Sehr gefallen hat mir die Präsentation eines Geschäftsleitfadens mit dem Ziel, mehr Konstanz für die Nachfolger im Vorstand zu sichern, damit der Verband weitergeführt werden kann und die wichtige Funktion des Hüters der Zeit, so dass der zeitliche Rahmen in den Sitzungen eingehalten wird.

Kongressthemen

In Workshops wurden Hauterkrankungen bei Kindern mit dunkler Hautfarbe, „Lost in Transition: Nachfolgeärzte für behinderte oder chronisch kranke Kinder finden“, Hautpricktest, Gesundheitscoaching oder Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bearbeitet. Masterclasses widmeten sich ophthalmologischen und gastroenterologischen Fragen. Das Spektrum wurde ergänzt durch Themen wie Kinderosteopathie im Vergleich zu Craniosacraltherapie/Chiropraktik, vom ätherischen Öl zum Zwiebelwickel – Phytotherapie in der Pädiatrie und Akupunktur in der Kin-

derarztpraxis. Zeitgleich tagten die MPA (Medizinische Praxisangestellte/r).

Medizinische Versorgung auf Haiti

Rolf Maibach, ehemaliger Praxispädiater und Schweizer des Jahres 2010, war Hauptreferent der Jahrestagung und berichtete über die medizinische Arbeit auf Haiti im Hôpital Albert Schweitzer, nördlich von Port-au-Prince gelegen (www.medi-for-help.com). Medizinische und personelle Mittel sind begrenzt, dem gegenüber stehen riesige Bedürfnisse der notleidenden Bevölkerung. Unter seiner Leitung und Initiative wurden einheimische Kräfte ausgebildet und die Tätigkeit im Hospital liegt überwiegend in haitischer Hand. Kurzzeitkräfte aus Europa sind erwünscht, müssen jedoch als Ärzte über sonografische Erfahrungen verfügen. Da zeitgleich der Wirbelsturm Harvey über das Land tobte war Rolf Maibach nahezu mit einem Ohr am Telefon. Er folgt dem Motto Albert Schweitzers „Glück ist das einzige was sich vermehrt, wenn man es teilt“.

Eine Gegeneinladung nach Deutschland zu unserer Jahrestagung in Berlin wurde von mir ausgesprochen.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Sigrid Peter
Vizepräsidentin
E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Red.: WH

Mehrkindfamilien = Mehrwert für die Volkswirtschaft Auf die Ausbildung kommt es an!



Foto: © Robert Kneschke – Fotolia.com

Eltern und sechs Stützen der Gesellschaft

Das Thema „Kinder und Familie“ tut längst kein Politiker mehr als „Gedöns“ ab wie einst Gerhard Schröder. Welchen Nutzen aber vor allem Mehrkindfamilien der Volkswirtschaft bringen (können), das war bisher relativ unbekannt. Der Verband der kinderreichen Familien Deutschland e. V. (KRFD) hat daher das Institut der deutschen Wirtschaft Köln (IW Köln) beauftragt, dieser Frage nachzugehen. Unter dem Titel „Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Mehrkindfamilien in Deutschland“ stellten die Wissenschaftler Musterberechnungen an: Bekommt eine Familie mit zwei Kindern, mittlerem Einkommen und mittlerem Lebenslauf der Mutter ein drittes Kind mit mittlerem Bildungsstand, ergibt sich ein positiver gesamtfiskalischer Wert in Höhe von 58.700 Euro. Erreicht es sogar einen hohen Bildungsabschluss liegt der Wert bei 448.500 Euro. Erreicht das Kind allerdings keinen berufsqualifizie-

renden Abschluss ergeben sich Mehrkosten für die öffentliche Hand. „Nur wenn es gelingt, allen Kindern aus Mehrkindfamilien eine gute Ausbildung zu ermöglichen, können diese ihre volkswirtschaftlichen Potenziale voll entfalten“, sagt hierzu der Studienleiter Prof. Dr. Axel Plünnecke, Leiter des Kompetenzfelds Bildung, Zuwanderung und Innovation beim IW Köln.

Entscheidend: Bildungsangebote und Wiedereinstiegsoptionen für Mütter von Mehrkindfamilien

Ein großer Teil der 890.000 Mehrkindfamilien mit minderjährigen Kindern leben im Allein- oder Zuverdienermodell. So ist bei Dreikindfamilien die Kombination „Ein Elternteil in Vollzeit und einer in Teilzeit“ mit einem Anteil von 42,7 Prozent am häufigsten und bei Vierkindfamilien die Kombination

„Ein Elternteil in Vollzeit / einer nicht erwerbstätig“ mit 44,9 Prozent. „Die allermeisten Mütter in Mehrkindfamilien entscheiden sich ganz bewusst für diese Lebensformen, weil sie genügend Zeit für ihre Kinder haben wollen. Allerdings brauchen sie an ihren Bedarfen ausgerichtete Bildungsangebote und konkrete Optionen für den Wiedereinstieg, damit sie nach langjährigen Berufspausen am Arbeitsmarkt leichter wieder Fuß fassen können“ kommentiert die Bundesvorsitzende des KRFD, Dr. Elisabeth Müller diese Befunde.

Wichtiger Zeitfaktor: Mut zum dritten Kind früh stärken

Das Gutachten betrachtet ferner, welche Faktoren die Entscheidung zu dritten und weiteren Kindern begünstigen oder hemmen. Positiv wirkt sich ihm zufolge insbesondere aus, wenn Familien früh ihre ersten und zweiten Kinder bekommen haben. Aber auch der Gesundheitszustand spielt eine wichtige Rolle. „Damit insbesondere junge Menschen aus der Mittelschicht nicht zu lange mit der Familiengründung zögern und den Mut für das dritte Kind fassen, müssen die kurz- und langfristigen Rahmenbedingungen weiter verbessert werden“, sagt Prof. Dr. Plünnecke und Dr. Müller ergänzt: „Die Forderungen unseres Verbandes – unter anderem bezogen auf steuerliche Entlastungen, Wohnraumsituation und Rentenperspektive – zielen bereits hierauf.“ Schließlich belegt das Gutachten auch eine weitere gesellschaftliche Zukunftsperspektive: Junge Menschen aus Mehrkindfamilien entscheiden sich substanziell häufiger für dritte und weitere Kinder als Einzelkinder.

Red.: ReH

Arme Kinder spielen selten ein Instrument

Eine aktuelle Studie der Bertelsmann-Stiftung belegt: Bildung und Einkommen der Eltern beeinflussen wesentlich musikalische Aktivität von Jugendlichen // Die soziale Schere geht auch beim Thema Musik weit auseinander. Je niedriger der Bildungsstatus und das Einkommen der Eltern, desto unwahrscheinlicher ist es, dass ein junger Mensch Musik macht und damit Werte wie Gemeinschaft, Zusammengehörigkeitsgefühl und Toleranz lernt, seine Sinne und Augen-Ohren-Hand-Koordination schult und seine Kreativität entwickelt.



Foto: © mmphoto - Fotolia.com

Glück gehabt mit dem Elternhaus

In der Musikschule Klavier, Trompete oder Klarinette lernen, in einem Chor das eigene Gesangstalent testen, mit einer Bigband auf Veranstaltungen auftreten – für so manchen Jugendlichen hierzulande ein unerfüllter Wunschtraum. Denn: Die soziale Ungleichheit unseres Bildungssystems setzt sich auch im Musikbereich fort. Ob junge Menschen Musik machen können, hängt entscheidend von Bildung und Einkommen der Eltern ab. Besonders Jugendliche aus einkommensschwachen Haushalten, mit niedrigem Bildungsstatus und Migrationshintergrund schauen oft in die Röhre. Das zeigt die Studie der Bertelsmann-Stiftung, die in Kooperation mit dem Deutschen Musikrat entstand. Sie stützt sich auf umfangreiche Interviews unter Jugendlichen im Alter von 17 Jahren.

Ein Drittel der Jugendlichen ist musikalisch aktiv – Tendenz steigend

Rund ein Viertel der 17-jährigen macht Musik – etwas mehr als die Hälfte hauptsächlich Rock-, Pop-, Hip-Hop-

und Technomusik, 27 Prozent klassische Musik und 20 Prozent Unterhaltungs- und Volksmusik. Der Langzeittrend zwischen 2001 und 2015 zeigt außerdem: Immer mehr Jugendliche singen oder spielen ein Instrument. Waren zwischen 2001 und 2015 nur 19 Prozent musikalisch aktiv, so waren es 2010 bereits 28 und 2015 schon 29 Prozent. Doch trotz dieses Aufwärtstrends bleibt die soziale Schere in der musikalischen Bildung weiter erhalten.

Ob Jugendliche Musik machen, hängt erheblich vom Bildungsgrad und den finanziellen Möglichkeiten ihrer Eltern ab

Hat beispielsweise der Vater Abitur, verdoppelt sich die Wahrscheinlichkeit, dass Tochter oder Sohn Musik machen. Und während 33 Prozent der Jugendlichen aus einkommensstärkeren Haushalten (über 30.000 Euro Netto im Jahr) bezahlten Gesangs- oder Instrument-Unterricht erhalten, nehmen nur acht Prozent ihrer Altersgenossen aus Haushalten mit niedrigem Einkommen (unter 15.000 Euro Netto im Jahr) solche Angebote wahr.

Auch die Schulform beeinflusst, ob Jugendliche musikalisch aktiv sind oder nicht: Bei Jugendlichen, die nicht aufs Gymnasium gehen, ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie Musik machen, um 50 Prozent geringer als bei Gymnasiasten. Gymnasiasten starten im Vergleich zu anderen Schülern als Kind im Schnitt früher mit Musik (acht Jahre zu zehn Jahre), engagieren sich häufiger im Chor und Orchester der Schule (33 zu 16 Prozent) und erhalten häufiger bezahlten Musikunterricht (28 zu zehn Prozent).

Kommunen müssen die Möglichkeit haben, Fördermittel für benachteiligte Jugendliche flexibel und bedarfsgerecht zu verteilen

Was sollte getan werden, damit mehr Jugendliche aus Familien mit niedrigem Bildungsstatus und geringem Einkommen ein Instrument lernen oder Gesangsunterricht nehmen können? Allein mehr Förderprogramme reichen nach Ansicht der Studienautoren nicht aus. Es braucht neue Ideen, die stärker als bisher benachteiligte Jugendliche ansprechen. Ganztagschulen aller Schulformen bieten dazu besonders gute Möglichkeiten.

Eine Reform des Bildungs- und Teilhabepakets des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales ist notwendig, fordert die Bertelsmann-Stiftung. Damit auch Jugendliche aus einkommensschwachen Haushalten gleichermaßen Angebote der musikalischen Bildung nutzen können, sollten beispielsweise Musikschulen und Musikvereine gezielt gestärkt werden. So könnten sie ihre Angebote dort durchführen, wo die Jugendlichen bereits sind, beispielsweise in Kita oder Ganztagschule, und das ohne Bürokratie, Sprachbarrieren und das Risiko, dass die jungen Menschen vorverurteilt werden.

Dass immer mehr Jugendliche in Deutschland Musik machen, zeige, dass handgemachte Musik bei Kindern und Jugendlichen Trumpf sei, unterstreicht Prof. Christian Höppner, Generalsekretär des Deutschen Musikrats. Schule und Musikschule müssten gestärkt werden, die soziale Schere zu Gunsten bildungsbenachteiligter Kinder zu schließen.

Red.: ReH

Aus dem BMFSFJ

Unterstützung für pflegende Kinder und Jugendliche

Start der Vorbereitungen für bundesweit einmaliges Beratungsprojekt „Pausentaste“

Nicht nur Erwachsene kümmern sich um kranke oder pflegebedürftige Angehörige – nach einer Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) versorgen und pflegen rund **230.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland regelmäßig Angehörige**.

Um diese jungen Menschen zu unterstützen, hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) das Projekt **„Pausentaste – Wer anderen hilft, braucht manchmal selber Hilfe. Das Angebot für Kinder und Jugendliche, die sich um ihre Fa-**

milie kümmern“ ins Leben gerufen. Jetzt laufen die Vorbereitungen zum **Start am 1. Januar 2018**.

Die **Bundesfamilienministerin** betont: „Oft sind pflegende Kinder und Jugendliche körperlich überanstrengt, haben weniger Freizeit als ihre Freunde, und viele stehen mit ihren Sorgen und Ängsten allein da. Für diese Kinder und Jugendlichen wird es mit dem Projekt „Pausentaste“ erstmals auf Bundesebene ein Unterstützungsangebot geben. Denn: Wer anderen hilft, braucht eben manchmal auch selber Hilfe“, so die Bundesfamilienministerin.

Ab dem 1. Januar 2018 bekommen betroffene Kinder und Jugendliche Hilfe und Rat beim **Kinder- und Jugendtelefon**

der **„Nummer gegen Kummer“** – unter der **kostenlosen Nummer 116 111**. Die Beratung ist anonym und wird von Montag bis Samstag jeweils von 14 bis 20 Uhr angeboten. An Samstagen findet auch eine „Peer-to-Peer“-Beratung **durch speziell ausgebildete Beraterinnen und Berater im Alter von 16 bis 21 Jahren** statt.

Auch online können sich Betroffene unter www.nummergegenkummer.de Rat und Hilfe holen. Eine Website wird zudem Informationen und Kontaktadressen zu weiteren Hilfsangeboten zur Verfügung stellen.

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

12.12.2012 – Fünf Jahre Jungenbeschneidung per Gesetz

Höchste Zeit für eine neue Fokussierung

Bereits 2014 hatte Dr. Christoph Kupferschmid in dieser Zeitschrift vorgerechnet, dass rund 28.000 Jungen pro Jahr in Deutschland ohne religiösen Hintergrund nur aufgrund von veralteten Normvorstellungen ohne konkrete Beschwerden beschnitten werden. Dagegen stehen nicht mehr als ein paar hundert jüdische Säuglingsbeschneidungen pro Jahr, also weniger als ein Prozent aller Beschneidungen.

28.000 Jungen pro Jahr – beschnitten ohne Grund

Trotzdem wird das Thema „Jungenbeschneidung“ in Deutschland auch fünf Jahre nach dem Inkrafttreten des Beschneidungs-Erlaubnisgesetzes (§ 1631 d BGB) vorwiegend im Kontext religiöser Beschneidung und hier vor allem der jüdischen Neugeborenen-Beschneidung diskutiert und allgemein im Vergleich zur Genitalverstümmelung an Mädchen verharmlöst, was schon die unterschiedliche Begrifflichkeit verdeutlicht.

Eingeführt mit Rücksicht auf Juden und Muslime erlaubt der § 1631 d BGB den Sorgeberechtigten sogar medizinisch nicht notwendige Vorhaut-Entfernungen an den ihnen anvertrauten Jungen zu veranlassen – und zwar aus jeglichem Grund.

Dass die Jungenbeschneidung ein Eingriff mit irreversiblen Folgen ist, der oft viel zu leichtfertig vorgenommen wird, darüber waren sich alle auf der Fachtagung an der Universität Düsseldorf „Jungenbeschneidung in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme“ (www.jungenbeschneidung.de) vertretenen Ärztinnen und Ärzte einig.

92 Prozent der Jungen sind kerngesund

Kinderchirurg Maximilian Stehr, Chefarzt für Kinderchirurgie an der Cnopf'schen Kinderklinik Nürnberg, erklärte, eine Beschneidung entferne die zentrale erogone Zone am männlichen Glied und sei deshalb kein harmloser Eingriff, zumal es auch bei perfekter medizinischer Ausführung eine Komplikationsrate von fünf Prozent gebe. Vorhautver-

klebungen und -engen seien normal und wüchsen sich meist in der Pubertät von selbst aus. Die einst aufgestellte Norm, die Vorhaut müsse bei Schuleintritt komplett zurückziehbar sein, sei wissenschaftlich überholt. 92 Prozent der Jungen, die ihm zur Beschneidung überwiesen werden, hätten einen ihrem Alter entsprechenden, normalen Entwicklungsstand ohne irgendwelche Beschwerden. Sie müssten nicht beschnitten werden.

Urologe Wolfgang Bühmann verdeutlichte, dass Ärzte zu heilen haben und nicht etwas abzuschneiden, was eine wichtige Funktion hat: sowohl für die Immunabwehr also auch für das sexuelle Funktionieren und dies für beide Partner. Bühmann erklärte die Fälle, in denen eine Beschneidung heute wirklich noch geboten ist: bei Vorhautverengungen des erwachsenen Mannes, die auf Kortison-salben nicht ansprechen und im Fall von Entzündungen, bei denen die Salbenbehandlung versagt hat, was meist lediglich bei der seltenen Autoimmunerkrankung Lichen Sklerosus der Fall ist.

Elisabeth-Krankenhaus Essen: Beschneidungsrate um 94 Prozent gesenkt

Die muslimische Hämatologin Susan Halimeh berichtete, dass sie häufig Komplikationen nach Beschneidungen zu behandeln habe, ebenso wie Kinderchirurg Peter Liedgens, Chefarzt der Kinderchirurgie am Essener Elisabeth-Krankenhaus, der die Studien seines Oberarztes Kolja Eckert vorstellte. Durch dessen Einsatz wurden die Beschneidungsraten an der Klinik seit 2015 um 94 Prozent gesenkt.

„Das Beschneidungs- Erlaubnisgesetz widerspricht unseren Grundrechten!“

Juraprofessor Jörg Scheinfeld legte dar, dass das Beschneidungs-Erlaubnisgesetz, das Jungenbeschneidungen aus jeglichem Grund erlaubt, ein juristisches Kuriosum darstelle. Es widerspreche gleich mehreren unserer Grundrechte: Persönlichkeitsrecht, körperliche Unversehrtheit, Selbstbestimmung, Gleichheitsgrundsatz und sei somit verfassungswidrig.

Die türkische Sozialwissenschaftlerin Necla Kelek kritisierte den Islam als Unterwerfungsreligion. Die Beschneidung der Jungen gelte dort unumstritten als Initiationsritus, ohne den ein Mann nicht akzeptiert werde, denn ein Mann müsse beweisen, dass er Schmerzen ertragen könne. Eine kritische Diskussion hierzu fehle sowohl im Islam als auch in der türkischen Gemeinde.

Der dänische Religionswissenschaftler Mikael Aktor, selbst Jude, berichtete vom Stand der Beschneidungsdebatte in Dänemark, dem dort existierenden Kinderschutztelefon: der Möglichkeit, dass Kinder sich dort Hilfe holen können, wenn sie nicht beschnitten werden wollen. Auch berichtete er, dass jede Beschneidung in Dänemark von einem obligatorisch anwesenden Arzt dokumentiert wird.

„Wir brauchen professionelle Hilfe“

Die Betroffenen Önder Özgeday, Türke, und Victor Schiering, der die große Gruppe der Phimose-Diagnose-Opfer vertrat, sprachen von ihren eigenen Erfahrungen und denen der in ihrem Verein organi-

sierten Mitbetroffenen. Sie erklärten, wie schwer es den meisten falle, über das erlittene Leid zu sprechen, insbesondere, weil sie häufig dafür diffamiert würden. Sie forderten eine offene gesellschaftliche Diskussion sowie professionelle Hilfen für Betroffene und präsentierten sich als Beispiel gelungener Integration: „als Väter, vereint im Schutz um unsere Kinder“ in einem interkulturellen Miteinander, das bisweilen auch den Weg schwieriger Debatten um unveräußerliche Werte gehen müsse.

„Erwachsene haben an den Genitalien von Kindern nichts zu suchen!“

Der Psychoanalytiker Matthias Franz erklärte die psychohistorischen Wurzeln des Beschneidungsrituals und betonte: Eine unkritisch über Generationen unter hohem Gruppendruck aus Loyalität praktizierte Tradition ersetze auf Dauer nicht das Nachdenken. Auch wenn dies „aufgrund unserer bleibenden Verantwortung für die Opfer des Holocaust und ihrer berechtigten Ängste historisch abgründig“ sei, müsse die Psychoanalyse auf guter empirischer Grundlage hier zwei grundlegende Regeln des Kinderschutzes einbringen: „Man tut Kindern nicht weh“ und „Erwachsene haben an den Genitalien von Kindern nichts zu suchen“. Am Umgang mit den Schwächsten, entscheide sich schließlich der Fortschritt der Gewaltingrenzung einer sich zivilisierenden Gesellschaft. Auch habe der religionskritische Jude, und Begründer der Psychoanalyse Sigmund Freud schon vor über hundert Jahren seinen Söhnen die Beschneidung erspart.

Genitalbeschneidungen – ein Fall für die Genderforschung

Für meinen eigenen Vortrag untersuchte ich, wie die Beschneidungsdebatte in deutschen Zeitungen geführt wurde: 2012



Demonstration in Köln am weltweiten Tag der Genitalen Selbstbestimmung www.genitale-selbstbestimmung.de

hoch emotionalisiert und von Unwissen geprägt, mit der Einführung des Beschneidungserlaubnisgesetzes beruhigt, doch die falsche Fokussierung auf Beschneidung und Judentum blendet wichtige Bereiche des Themas weiterhin komplett aus: etwa die Sicht der negativ Betroffenen, die massive Beschneidungskampagne der WHO in Afrika und die enorme Zahl der Phimose-Beschneidungen ohne medizinische Notwendigkeit. Auch die allgemeine Überzeugung, weibliche Genitalverstümmelung und Jungenbeschneidung seien unvergleichbar, zeugt von weit verbreitem Unwissen. Genitalbeschneidungen haben Einfluss auf das Geschlechterverhältnis und sollten deshalb auch Gegenstand der Genderforschung werden.

Abschluss-Resolution

Die 130 Teilnehmer der Fachtagung, die von der Ärztekammer zertifiziert wurde, verabschiedeten eine Abschluss-Resolution, im wesentlichen mit diesen Punkten: Genitale Unversehrtheit ist ein Menschenrecht aller Kinder. Ärzte sollten ausschließlich bei medizinischer Indikation beschneiden. Es braucht Aufklärungsinitiativen sowie flächendeckende Beratung

für Eltern mit Beschneidungswunsch. Der Staat muss Therapie- und Beratungsangebote sowie Forschung zu akuten wie langfristigen physischen und psychischen Folgen fördern, auch in Bezug auf die Weitergabe traditioneller Männerbilder. Die umfassende Erlaubnis von Vorhautamputationen im Personensorgerecht muss aufgehoben und die Klagemöglichkeit von Betroffenen gegenüber Beschneidern und Sorgenberechtigten wiederhergestellt werden. Es kann nicht sein, dass Betroffene selbst bei schwersten Folgen keine Entschädigung geltend machen können.

Renate Bernhard

Info: Die Autorin ist freie Journalistin und hält seit 2002 mit ihren Dokumentarfilmen Vorträge zur genitalen Selbstbestimmung. 2012/13 war sie im Vorstand von pro familia NRW an der Entwicklung einer Stellungnahme zur Jungenbeschneidung beteiligt.

Korrespondenzadresse:

E-Mail: RMBernhard@web.de
www.Renate-Bernhard.de

Red.: ReH

DGAAP

Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie

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

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

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

Stillen und Säuglingsernährung in Deutschland – die neue Studie SuSe II 2017/18

Aktuelles Forschungsvorhaben erhebt umfassende Daten für die praxisnahe Beratung junger Familien

Warum ist die SuSe II Studie notwendig?

Mit der Ernährung in der frühen Kindheit werden Weichen für die Gesundheitsförderung und Prävention weitverbreiteter Krankheiten im Erwachsenenalter gestellt. Zwar gibt es in Deutschland wissenschaftlich basierte Empfehlungen für die Ernährung von Säuglingen, wie den ‚Ernährungsplan für das 1. Lebensjahr‘ des FKE und die darauf aufbauenden ‚Handlungsempfehlungen‘ des Netzwerks Junge Familie; es fehlen aber Daten, ob und wie gut diese Empfehlungen in der Praxis umgesetzt werden.

Hier setzt die neue, groß angelegte Studie zum Stillen und zur Säuglingsernährung SuSe II an. Sie ist eine Fortschreibung der vor 20 Jahren am damaligen Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE) durchgeführten SuSe Studie. Die neue Studie kann somit untersuchen, wie sich das Stillverhalten und die Ernährung von Säuglingen im 1. Lebensjahr in Deutschland seither entwickelt haben und welche Faktoren die Einhaltung der Empfehlungen fördern oder aber behindern.

Was wird in der SuSe II Studie untersucht?

Wichtige Fragestellungen der Studie sind beispielsweise,

- wie die Stillförderung und das Stillen in Geburtskliniken gehandhabt werden,
- wie viele Mütter ihr Kind wie lange ausschließlich oder überhaupt stillen,
- welche Muttermilchersatznahrung und welche Beikost wann eingesetzt werden,
- welche Faktoren das Still- und Ernährungsverhalten beeinflussen,
- welche Informationsquellen die Mütter hauptsächlich nutzen.

Mit SuSe II werden auch Erkenntnisse zur Rolle der verschiedenen Professionen in der Gesundheitsversorgung und Ernährungsberatung werdender und junger Eltern gewonnen.

Wie läuft die SuSe II Studie ab?

Die Studie läuft über zwei Jahre. Wie in der Vorgängerstudie handelt es sich

um eine Querschnittstudie zum Stillmanagement in zufällig ausgewählten bundesdeutschen Geburtskliniken und daran anschließend prospektive Follow-up Befragungen bei dort rekrutierten Mutter-Kind-Paaren im 1. Lebensjahr des Kindes. Planungsgrößen sind etwa 170 Geburtskliniken und 1500 Mutter-Kind-Paare. Der Aufwand für Kliniken und Mütter ist gering. Die Rekrutierung beschränkt sich auf einen Zeitraum von 1-2 Wochen pro Klinik und die Befragungen der Mütter erfolgen online im Alter der Säuglinge von 14 Tagen, 2, 4, 6 und 12 Monaten.

Wer ist an der SuSe II Studie beteiligt?

Durchgeführt wird die Studie durch das neue Forschungsdepartment Kinderernährung (FKE, Leitung Prof. Dr. troph. Mathilde Kersting) der Universitätskinderklinik Bochum (Direktor: Prof. Dr. med. Thomas Lücke) unter Beteiligung von PD Dr. med. Hermann Kalhoff, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Dortmund. Der **Expertenbeirat der Studie** ist multiprofessionell besetzt mit Prof. Dr. Nicola Bauer (Hochschule für Gesundheit, Bochum), Aleyd von Gartzen (Deutscher Hebammenverband), Dr. Burkhard Lawrenz (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte), PD Dr. Erika Sievers (Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf), PD Dr. Cornelia Weikert (Bundesinstitut für Risikobewertung) und Prof. Dr. Klaus Vetter (Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin).

Für die Datenerhebung und -auswertung wurden namhafte Partner gewonnen: das Fraunhofer Institut für Systemtechnik und Software (ISST), Dortmund (Dr. Sven Meister), und die Ruhr-Universität Bochum mit der Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (Prof. Dr. Hans Trampisch).

Wie wird die SuSe II Studie finanziert?

Die Studie wird mit Mitteln des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft durchgeführt. Auftraggeber ist die **Deutsche Gesellschaft für Ernährung**

(DGE), die die Stillstudie in den 14. DGE-Ernährungsbericht 2020 aufnimmt. Die wissenschaftlichen Forschungsergebnisse sind Grundlage für gesundheits- und ernährungspolitische Maßnahmen und sollen die praxisnahe, professionelle Beratung junger Familien zum Stillen und zur Säuglingsernährung erleichtern.

Was kann man für das Gelingen der SuSe II Studie tun?

Perinatologische Kliniken, die an der Studie teilnehmen, können durch Information über die Studie die Rekrutierung von Mutter-Kind-Paaren unterstützen. Für den Erfolg der anschließenden prospektiven Erhebungen sind **Ermunterung und Motivation der teilnehmenden Mütter im ganzen 1. Lebensjahr des Kindes** wichtig. Hierfür bieten sich vielfältige Gelegenheiten, wie beispielsweise

- die frauenärztliche Vor- und Nachsorge,
- die Hebammenbetreuung vor und nach der Geburt,
- die **pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen im 1. Lebensjahr**,
- die Still- und Laktationsberatung,
- die ‚Frühen Hilfen‘
- die Betreuung junger Familien über den **Öffentlichen Gesundheitsdienst**,
- die allgemeine Ernährungsberatung und -aufklärung.

Stillen und eine gesunde Säuglingsernährung können am besten in einem multiprofessionellen und sektorübergreifenden Konzept weiter verbessert werden.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Thomas Lücke
Prof. Dr. troph. Mathilde Kersting
Universitätskinderklinik Bochum,
Forschungsdepartment Kinderernährung (FKE)

Alexandrinestraße 5
44791 Bochum

E-Mail: t.luecke@klinikum-bochum.de,
mathilde.kersting@ruhr-uni-bochum.de

Red.: WH

Veränderte Familienverhältnisse

Immer mehr Kinder in Deutschland wachsen nicht mit beiden Elternteilen auf. Rund 26 Prozent der zwischen 1996 und 1998 Geborenen wurden in den ersten 15 Lebensjahren zumindest zeitweise von einem Elternteil allein erzogen. Jeder Zehnte hat einen Teil seiner Kindheit in Stief- und Patchworkfamilien verbracht. Einflussfaktoren sind unter anderem der Wohnort, Nationalität und Bildungsgrad der Eltern.



Foto: © mizina - Fotolia.com

Die Familienkonstellationen, in denen Kinder in Deutschland aufwachsen, haben sich in den letzten Jahren deutlich verändert. Lebten im Jahr 1996 noch knapp 84 Prozent der Minderjährigen mit ihren verheirateten Eltern zusammen, sank dieser Anteil laut Mikrozensus bis 2015 um mehr als 10 Punkte auf nur noch 73 Prozent. Gleichzeitig wuchsen mehr Kinder mit einem alleinerziehenden Elternteil auf. Die Quote stieg von knapp zwölf Prozent im Jahr 1996 auf fast 18 Prozent im Jahr 2015. Nicht eheliche Lebensgemeinschaften mit Kindern nahmen ebenfalls zu – von rund vier auf gut neun Prozent.

Wohnort

Beim Blick auf die einzelnen Bundesländer fällt ein Ost-West-Gefälle auf: In den neuen Bundesländern leben Kinder deutlich häufiger bei Alleinerziehenden oder in nicht ehelichen Lebensgemeinschaften.

Sortiert man die Städte und Gemeinden nach ihrer Größe, so gibt es auch hier deutliche Unterschiede: Während in Orten mit weniger als 5.000 Einwohnern 77 Prozent der Kinder bei Ehepaaren le-

ben, sind es in Großstädten mit mehr als 500.000 Einwohnern nur noch 65 Prozent.

Nationalität

Auch die Nationalität spielt bei den Familienverhältnissen eine Rolle. Zuwandererkinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit leben mit einem Anteil von 78 Prozent deutlich häufiger bei einem verheirateten Elternpaar als deutsche Kinder (72 Prozent).

Allerdings sind in der Datenerfassung nicht nur die leiblichen Eltern ein Ehepaar, sondern auch verheiratete Stiefeltern. Inwiefern dies der Fall ist, lässt sich auf Basis der amtlichen Statistik nicht ermitteln, da die entsprechenden Angaben fehlen.

Zur genaueren Auswertung der Familienverhältnisse sind die Daten des Sozio-oekonomischen Panels hilfreich. Darin wurden 17-Jährige befragt, bei wem sie während ihrer ersten 15 Lebensjahre wie lange gelebt haben – bei beiden Elternteilen, nur bei Vater oder Mutter, in Stieffamilien, in denen der leibliche Vater oder die Mutter mit einem neuen Partner zusammenwohnt, oder außerhalb der Kern-

familie, also bei Verwandten, in Pflegefamilien oder Heimen.

Aufgewachsen bei beiden Elternteilen

Von den Befragten, die zwischen 1996 und 1998 geboren wurden, haben 70 Prozent ihre gesamte Kindheit mit Mutter und Vater verbracht. Allerdings bestehen große Unterschiede zwischen Einheimischen und Migranten. So lebten vier von fünf Kindern von Ausländerinnen ihre ersten 15 Lebensjahre bei den Eltern, aber nur 69 Prozent der Kinder von Frauen mit deutscher Staatsangehörigkeit.

Bildungshintergrund der Mütter

Kinder mit beruflich qualifizierten Müttern haben etwas häufiger bei beiden Eltern (72 Prozent) gelebt als Kinder von Müttern ohne Abschluss (70 Prozent). Für Akademikerinnen lag die Quote bei knapp 68 Prozent.

Noch deutlicher wird das Bild, wenn man nur die einheimischen Familien betrachtet. Knapp 72 Prozent der Kinder von Müttern mit Berufsabschluss verbringen demnach ihre ersten 15 Lebensjahre bei beiden Eltern. Wenn die Mutter einen Hochschulabschluss besitzt, sind es noch zwei Drittel, ist kein berufsqualifizierender Abschluss vorhanden, sinkt der Wert auf knapp 60 Prozent.

Aufgewachsen bei einem Elternteil

Mehr als ein Viertel der Befragten lebte bis zum 16. Geburtstag zumindest zeitweise nur mit einem Elternteil zusammen. Für drei Prozent war dies sogar ein Dauerzustand.

Die Dauer unterscheidet sich allerdings, wenn man wiederum den Bildungsgrad der Mütter einbezieht: Ohne berufsqualifizierenden Abschluss betrug sie 7,7 Jahre, mit beruflichem Abschluss sank sie auf 7,3 Jahren, bei Müttern mit Hochschulabschluss lag sie nur noch bei 6,1 Jahren.

Aufgewachsen in Patchworkfamilien

Jedes zehnte Kind ist zeitweise in einer Stieffamilie aufgewachsen – im Durchschnitt sieben Jahre lang. In ausländischen Familien kam dies mit knapp drei Prozent deutlich seltener vor als in deutschen Familien (zwölf Prozent).

Die Politik ist gefragt

Die Politik muss auf die veränderten Familienverhältnisse reagieren und entsprechende Maßnahmen ergreifen, fordert das Institut der deutschen Wirtschaft:

Die Betreuungsstruktur muss – wie von den Parteien im Wahlkampf versprochen – insbesondere für Alleinerziehende verbessert werden.

Außerdem wird ein stimmiges Gesamtkonzept benötigt, wie die Einkommen von getrennt lebenden leiblichen Eltern oder Stiefeltern bei der Gewährung von staatlichen Leistungen berücksichtigt werden. Derzeit gibt es große Unterschiede: Während für die Leistungen nach ALG II und den Kinderzuschlag das Haushaltseinkommen und somit der neue Partner relevant ist, wird der Kinderfrei-

betrag dem leiblichen Elternteil gewährt und der Unterhalt um den entsprechenden Anteil am Kindergeld gekürzt.

Bei der Berechnung von Kita- und Kindergartenengebühren werden häufig weder das Einkommen des getrennt lebenden leiblichen Elternteils noch das Einkommen des neuen Partners berücksichtigt.

Quelle:

Statistisches Bundesamt
IWD

Red.: ReH

Trend zum Nichtrauchen setzt sich fort

Neue Studienergebnisse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum Rauchverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener

Anlässlich des Deutschen Suchtkongresses, der vom 18. bis 20. September 2017 in Lübeck stattfand, stellte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) neue Erhebungsdaten zum Rauchverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland vor.

Die aktuellen Studiendaten zeigen eine insgesamt positive Entwicklung beim Nichtraucherverhalten junger Menschen. So ist die Raucherquote bei Jugendlichen im Alter von zwölf bis 17 Jahren seit 2001 von 27,5 Prozent auf 7,4 Prozent im Jahr 2016 gesunken. Auch bei den 18- bis 25-Jährigen ist die Zahl der Rauchenden mit 26,1 Prozent im Jahr 2016 deutlich niedriger als in der Vergangenheit. Im Jahr 2008 rauchten noch 43,1 Prozent der jungen Erwachsenen.

E-Zigaretten: die neue Gefahr

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, **Marlene Mortler**, betonte: „Die Studie der BZgA zum Suchtmittelkonsum junger Menschen bestätigt den erfreulichen Trend zum Nichtrauchen der letzten Jahre. Nachdem die Raucherquote bei den 12- bis 17-Jährigen schon seit längerem rückläufig ist, ist seit 2008 auch bei den 18- bis 25-Jährigen ein erfreulicher Rückgang zu verzeichnen. Das ist ein echter Erfolg unserer Präventionsanstrengungen!

Aber wir müssen wachsam sein: Anders als konventionelle Zigaretten sind E-Zigaretten und Co. auch bei jungen Menschen auf dem Vormarsch, und die Industrie tut viel, damit sich dieser Trend fortsetzt. Einige dieser Produkte werden im Moment massiv beworben. Man darf sich von den hübschen Bildchen nicht täuschen lassen: Niemand kann heute verlässlich sagen, wie gefährlich die neuen Produkte wirklich sind.“

Mehr junge Nie-Raucher

Dr. Heidrun Thaiss, Leiterin der BZgA, erläuterte: „Unsere neuen Daten belegen einen historischen Tiefstand der Zahl rauchender Jugendlicher. 80,9 Prozent der Zwölf- bis 17-Jährigen haben noch nie in ihrem Leben geraucht. Das ist der höchste Wert jugendlicher Nie-Raucher seit der ersten BZgA-Studie zum Rauchverhalten junger Menschen in den 1970er-Jahren. Auch bei den 18- bis 25-Jährigen erreicht die Nie-Raucherquote im Jahr 2016 mit 40,4 Prozent einen Höchststand. Die zunehmende Distanz der Jugend zum Rauchen ist das Ergebnis nachhaltiger Präventionsarbeit. Diese Entwicklung spornt uns an, unsere Bemühungen in der Prävention konsequent fortzusetzen.“

Die BZgA-Daten zeigen auch, dass insbesondere bei den 18- bis 25-Jährigen Anstiege im Konsum von Wasserpipe

und E-Zigarette zu verzeichnen sind. So haben 18,1 Prozent der 18- bis 25-Jährigen in den vergangenen 30 Tagen Wasserpipe geraucht. Im Jahr 2008 waren es noch 7,8 Prozent. Aktuell geben 5,5 Prozent der jungen Erwachsenen an, innerhalb der letzten 30 Tage vor der Befragung E-Zigaretten konsumiert zu haben, im Vergleich zu 3,9 Prozent im Jahr 2012.

Info

BZgA-Studie „Rauchverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland“: Für die wissenschaftliche Erhebung der BZgA zum Rauchverhalten junger Menschen wurden im Zeitraum von März bis Juni 2016 bundesweit 7.003 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren befragt. Zu den Daten zum Rauchverhalten der 12- bis 25-Jährigen steht ab sofort ein Faktenblatt mit ausgewählten Ergebnissen unter www.bzga.de/presse/daten-und-fakten/suchtpraevention_zur_verfuegung.

Mehr Informationen der BZgA zum Thema unter: www.rauch-frei.info
Informationen rund um die Aktion „Rauchfrei unterwegs – Du und Dein Kind“ sowie zum Thema Tabak finden Sie unter: www.drogenbeauftragte.de

Red.: ReH



Fotos © Nicola Deipser

„Justus geht's heute gut“

Der medizinische Fortschritt hat dazu geführt, dass heute selbst Kinder mit schweren körperlichen und auch geistigen Einschränkungen erwachsen werden. Jeder sechste Patient, den Kinder- und Jugendärzte heute medizinisch versorgen, leidet unter einer chronischen Grunderkrankung. Der BVKJ hat daher das Thema „Chronische Erkrankungen im Kinder und Jugendalter“ zu seinem Jahresthema gemacht. Auf dem diesjährigen Kinder- und Jugendärztetag in Berlin waren auch Eltern chronisch kranker Kinder als Referenten eingeladen. Ihre Berichte, die wir hier in leicht veränderter Form abdrucken, sind Nahaufnahmen aus dem Alltag mit chronisch kranken Kindern. Sie können helfen, die Bedürfnisse der betroffenen Patienten und ihrer Familien besser zu verstehen und ihnen zu helfen.

„Wie geht es Justus?“ – Das ist oft eine ganz schön schwierige Frage. Da möchte ich nur zu gerne antworten: alles prima! Justus ist voll in seinem Alltag: Er geht in die Schule, zum Rollisport, zum Schwimmen, zum Gitarrenunterricht. Also alles in Ordnung – oder etwa nicht? Nein, nicht ganz. Denn gleichzeitig brummt mir im Kopf: Das letzte MRT-Bild lässt befürchten, dass der

Zustand womöglich nicht mehr lange so bleibt, wie er jetzt ist. Die skeptischen Bemerkungen der Neurochirurgin, irgendetwas stimme wohl nicht mit dem Shunt, bekräftigen dieses Unwohlsein. Wie lange mag der „normale“ Alltag noch anhalten? Vielleicht die nächsten Stunden, Tage, Wochen oder sogar Monate?

Justus ist unser drittes Kind, zwölf Jahre alt und geboren mit Spina bifida und

Hydrocephalus mit einer Arnold-Chiari-II-Malformation. Er ist Rollstuhlfahrer mit einer Lähmungshöhe von etwa L3/4. Zu unserer Familie gehören noch zwei ältere Kinder im Alter von 14 und 16 Jahren und die jüngere Schwester von Justus. Sie ist sechs Jahre alt. 52 MRT's, eine Vielzahl von Ultraschall- und Röntgenuntersuchungen und Ambulanzterminen, 13 OP's, insgesamt über 32 Wochen



Krankenhausaufenthalt: das sind Zahlen zu Justus' Krankengeschichte. Neben der plastischen Deckung der Cele, Myelolyse und Syringostomie waren zwei cranio-spinale Dekompressionen besondere Herausforderungen.

Die sogenannte „unsichtbare Behinderung“ – der Hydrocephalus – ist in

den letzten Jahren der unberechenbare Begleiter unserer Familie geworden. Innerhalb weniger Stunden kann sich dann eine normale Alltagssituation in einen lebensbedrohlichen Zustand verwandeln: Morgens noch sind wir in froher Aufbruchstimmung zu einem Schulausflug in einen Schmetterlingspark, der Schulbe-

gleiter kommt, das Wetter ist schön, wir könnten los. Dann ein Anflug von Kopfschmerz, Justus legt sich hin, wird müde, der Nystagmus nimmt zu; ich sage Justus' Teilnahme ab und melde ihn stattdessen in der Klinik an. Am Nachmittag fällt Justus immer wieder in tiefe Bewusstlosigkeit und kommt auf die Intensivstation.

Das ist kein einzelner Vorfall. In den vergangenen fünf Jahren gab es sechs Shuntrevisionen und weitere Hirndruckkrisen. Selbst wenn man Anzeichen sieht, dass es Hirndruckschwankungen gibt, entwickelten sich die Krisen sehr plötzlich und schnell. Die Symptome bei Justus' Hirndruckkrisen sind leider nicht lehrbuchgemäß und daher nicht klar einem Über- oder einem Unterdruck zuzuordnen. Damit ist auch für uns zunächst die Gefahr nicht abzuschätzen. Aufschluss darüber gibt erst ein MRT oder z. B. Nackenschmerzen, die darauf hin deuten, dass der vierte Ventrikel nicht ausreichend drainiert wird. Den Shuntrevisionen der letzten Jahre gingen lange und ausführliche Diskussionen über die geeigneten operativen Maßnahmen vo-



raus, weil man eigentlich nur selten ein klar definierbares Problem, gestützt und verifiziert durch entsprechende MRT-Bilder, hatte. D. h. wir hatten auch Situationen, in denen eine OP nicht das Problem behoben hat, sondern weitere schuf. Oder bei denen man nicht auf den dauerhaften Erfolg der Maßnahme zu hoffen wagte. Insbesondere auf Verstellungen des Ventils oder des Shuntassistenten hat Justus extrem empfindlich reagiert. Auch wenn man immer hofft, dass man mit der Verstellbarkeit der Ventile den Hydrozephalus optimal einstellen kann, haben wir doch mehrmals erlebt, dass die Verstellung um einen Zentimeter Wassersäule Justus von einer Unterdrucksituation in einen deutlichen Überdruck schicken kann.

Der plötzliche Aufbruch ins Krankenhaus, der Krankenwagen vor der Tür oder der Notarzt im Zimmer, die Ungewissheit, die Sorgen und Ängste: natürlich macht das etwas mit uns – für jeden aus der Familie ist es dabei etwas anders. Wenn es ihm schlecht geht, lässt sich Justus voll und ganz auf die Situation ein. Er bedauert dann nicht den versäumten Ausflug, sondern konzentriert sich ganz auf sich. Die großen Geschwister sind voller Sorgen. Je älter sie werden, desto mehr möchten sie verstehen und lassen sich auf medizinische Erklärungen ein. Die Kleinste sucht Mamas Nähe und erträgt ihr langes Wegbleiben nur schwer. Wir Eltern wechseln uns bei Justus in der Klinik ab. Und doch geht der Familienalltag

irgendwie weiter: Schule, Kindergarten, Sport und Musik. Und auch wenn ich erschöpft gegen zwei Uhr nachts in der Nikolausnacht nach Hause komme und Vater und Sohn auf der Intensivstation zurückgelassen habe, werde ich doch noch meinem Namenspatron gerecht und fülle die bereitgestellten, glänzend geschrubbten Schuhe.

Ich denke, die größte Stabilität geht in den Krankenhauszeiten für uns Eltern und vor allem für die Geschwister von der Rhythmisierung durch den Alltag aus. Sie können in ihrem Umfeld sein, das frei ist von den häuslichen Emotionen. Sie finden Stabilität in ihrer Schul- und Hobbywelt. Ich bin sehr froh, dass ich für die beiden älteren Kinder ein wirklich wunderbares Angebot für Geschwister gefunden hatte. 2013 und 2014 konnten sie an einem Seminar für jeweils eine Woche teilnehmen. Dieser Austausch zwischen den Kindern, die alle ein behindertes Geschwister hatten, ist durch nichts zu ersetzen: Wie wohltuend war es zu erfahren, dass andere ganz genauso Angst um das Geschwister, andere ganz genauso in ihrer Sorge gebundene Eltern haben. Sie teilten ihre Erfahrungen in der Schule und im Alltag. Es wäre schön, gäbe es hierzu mehr solche Angebote.

Und wir Eltern? Wir haben von Justus' Behinderung vor der Geburt erfahren. Für uns stand zweifelsfrei fest, dass dieses Kind zu uns gehört. Das war keine religiöse oder sonst irgendeine ethisch-moralische Grundeinstellung. Dieses schon in

der Schwangerschaft so fühlbar fröhliche Kind würde uns Aufgaben stellen, die wir annehmen müssten. Während wir die Verantwortung für unsere Kinder beide wahrnehmen, gibt es uns als Paar jedoch schon seit einigen Jahren nicht mehr.

Justus ist eines der ersten Kinder der schulischen Inklusion. Derzeit besucht er die sechste Klasse einer Gesamtschule – eine Regelschule. Vorher war er in der Grundschule, in der auch schon die Geschwister waren. Über die Vorteile und Schwierigkeiten der schulischen Inklusion zu sprechen, wäre allerdings ein eigenes Thema. Neben den Herausforderungen, sich in der Welt der Fußgänger zu behaupten, ist es für ihn ungemein wichtig, auch mit Rollifahrern in Kontakt zu bleiben. Nur selten fehlt er im wöchentlichen Rollisport, er liebt die Freizeiten, bei denen er sich mit anderen Spina-bifida-Kindern trifft. Ich denke, dass er dabei am besten seine Fähigkeit zur Selbstständigkeit erfährt, etwas, was in seinem Alter immer wichtiger wird. Das Messen mit anderen Jungs, insbesondere im Sport, scheint für ihn nicht so wichtig zu sein, auch sehen wir nicht viel von Traurigkeit über die Einschränkungen, die seine Behinderung mit sich bringt. Er hat für sich die Nische der kognitiven Leistungen gefunden und erfährt hierüber Bestätigung und Anerkennung. Natürlich ist es Justus bewusst, dass er oft Anlass zur Sorge ist. Er hat ein hohes Maß an Sozialkompetenz. Rücksichtnahme auf die Ressourcen der Eltern ist seine große Sorge. Dennoch gilt es, ihn auch immer wieder dazu zu ermuntern, diese Rücksichtnahme hinter die eigenen Bedürfnisse zu stellen.

Natürlich gibt es für uns auch einen normalen Alltag mit Veranstaltungen, an denen wir teilnehmen, Ferien und Urlaub. Wenn wir mit Justus gemeinsam unterwegs sind, dann setzen wir weniger auf Spontaneität, sondern auf sorgfältige Planung mit barrierefreien Strecken oder rollstuhlgänglichen Spazierwegen. Weil wir auf einen regelmäßigen Trink- und Katheterrhythmus achten müssen, brauchen wir circa alle zwei bis drei Stunden eine behindertengerechte Toilette. Ein Wandertag im Wald kommt daher für uns z. B. eher nicht in Frage. Dass man zunehmend nicht nur in öffentlichen Gebäuden auf Barrierefreiheit achtet, entsprechende Toiletten anbietet, den Euro-Schlüssel und Parkplätze für Behinderte

zur Verfügung stellt, sind dabei echte Erleichterungen. Im Urlaub fühlen wir uns in Deutschland am sichersten. Hier suchen wir uns im Voraus eine Klinik aus, die wir im Bedarfsfall ansteuern könnten.

Was bedeutet dies nun alles für unsere Kinder- und Jugendärztin? Im Laufe der Jahre haben wir kompetente Fachärzte – Neurochirurgen, Urologe, Orthopäde, Radiologe und Augenarzt – gefunden, die die spezifischen Fragen seiner Behinderung beantworten können. Außerdem besuchen wir das „Kinderneurologische Zentrum“ in Mainz, das eine spezielle Spina-bifida-Ambulanz anbietet. Hier kann ich Fragen zur Pflege und zu Hilfsmitteln klären oder eine psychologische oder soziale Beratung in Anspruch nehmen. Am wichtigsten für uns ist jedoch derzeit die Beratung mit Physiotherapeutin, Ärztin, Orthopäden und Technikern zur Orthesenversorgung. Ein wirklich tolles Gremium, um eine gute Versorgung gemeinsam zu diskutieren und zu erarbeiten.

Was bleibt dann noch für unsere Kinder- und Jugendärztin an Arbeit? Wir kommen derzeit natürlich bei allgemeinen Erkrankungen der Kinder, aber auch für Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Fädenziehen nach OP's, Allergietests bzw. Beratungen und für Verordnungen in die Praxis. Ich bin froh, wenn Justus z. B. nach einer OP und längerem Krankenhausaufenthalt zum Fäden ziehen nicht in das Wartezimmer mit niesenden und hustenden Kindern geschickt wird, sondern terminpünktlich gleich dran kommt. Denn vielleicht bleibt nicht viel Zeit bis zur nächsten Hirndruckkrise, auf jeden Fall ist die Zeit zu Hause sehr kostbar. Und ich möchte wirklich keinen Infekt mit Kopfschmerzen und Spucken nach Hause mitnehmen, etwas, was man von Hirndrucksymptomen praktisch nicht unterscheiden kann! Ich bin froh, wenn das Ausstellen von Rezepten vereinfacht ist. Wir haben einen relativ hohen Umsatz und oft sind es bloß Wiederholungsrezepte. Ich bin froh, wenn mich jemand unterstützt, die Geschwister im Blick zu behalten: Wie schaut es aus mit Vorsorge- und Impfterminen? Vielleicht kann ich auch hier einen Hinweis für Geschwisterseminare oder bei Bedarf für eine psychologische Beratungsstelle für Geschwister mitnehmen. Auch bei Terminen von den Geschwistern bin ich sehr dankbar über Pünktlichkeit, damit die Betreuung von Justus zu Hause ge-



währleistet bleibt. Ich bin froh, wenn ich mit jemandem Fragen erörtern kann, z. B. über verschiedene Therapieangebote oder ob eine Reha sinnvoll wäre. Dabei erwarte ich keine Fachkenntnisse zu der Behinderung im Detail und in der Tiefe. Aber in der Regel ist die Kinder- und Jugendärztin die einzige Person im Umfeld, abgesehen vom anderen Elternteil, mit der man Fachfragen besprechen kann.

Ich wünsche mir eine noch größere Kontinuität in der ärztlichen Behandlung. Da die Krankengeschichte von Justus inzwischen sehr komplex ist, ist es hilfreich und entlastend, wenn ein Arzt den aktuellen Stand lediglich ergänzen muss. Ich wünsche mir Transparenz und Offenheit bei Ärzten, damit ich die Hintergründe ihres Handelns verstehen kann. Ein Beispiel hierfür im Kleinen: Eher könnte ich den Hinweis verstehen, ein Gespräch könne man nicht abrechnen als ein Schweigen oder Ausweichen auf meine Fragen zu erleben. Ich wünsche mir Zusammenarbeit und Austausch zwischen den Fachärzten und den Kliniken national aber auch international. Gerade auch dann, wenn man keine eindeutige Diagnose erstellen kann und deshalb keine erfolgsversprechende Therapie findet. In Zeiten der vereinfachten Datenübertragung und Möglichkeit zur Videokonferenz kann Kommunikation gut unterstützt werden. Hier wäre es toll, wenn jemand dazu die fachärztliche Initiative und Organisation ergreift. Für Justus führen wir eine Notfallmappe,

die dick gefüllt ist mit den Shuntausweisen, den letzten Arztberichten, CD's mit MRT- und Röntgenaufnahmen, den Listen zu OP's, radiologischen Untersuchungen und Krankenhausaufhalten, Medikamentenunverträglichkeiten, Allergien etc. Hier sehe ich deutlichen Verbesserungsbedarf: Es wäre sinnvoll, nicht nur aktuelle Informationen, sondern auch die Patientengeschichte so zusammen zu stellen, dass sich auch fremde Kliniken im Notfall einen raschen Überblick verschaffen können. Dazu müssten auch fremde Datenträger zügig genutzt werden können. Hier wäre die Vereinheitlichung von Formaten national wie international hilfreich. Angesichts der weiter zunehmenden Digitalisierung der Daten, wäre hier eine Entwicklung hin zu einer aktuellen, digitalen Notfallpatientenakte wünschenswert.

Und heute, wie geht es Justus heute? – Mein Handy ist angeschaltet, Nachrichten von zu Hause kommen durch. Ich hoffe, es ist zwischenzeitlich keine eingegangen, denn sie würde den unsanften Abbruch meines heutigen Vorhabens bedeuten.

Korrespondenzadresse:

Nicola Deipser

Heidelberg

E-Mail: nicola.deipser@gmx.de

Red.: ReH, Keller

Der Herbst in Bad Orb: Zeit für Ehrungen

Jedes Jahr im Herbst ehrt der Präsident in Bad Orb Menschen, die sich in besonderer Weise für den Berufsverband und seine Ziele einsetzen. In diesem Jahr zeichnete Dr. Thomas Fischbach zu Beginn des Herbstkongresses seinen Vorgänger im Amt, Dr. Wolfram Hartmann, mit der Goldenen Ehrennadel des Berufsverbandes für sein umfassendes und langes berufspolitisches Engagement aus, die Ehrennadel in Silber ging an Dr. Monika Niehaus für jahrelangen Einsatz in zahlreichen Ehrenämtern für den BVKJ, insbesondere für ihre berufspolitische Aufbauarbeit nach der Wende. Dr. Herbert Schade erhielt die Meinhard von Pfaundler-Medaille für seine äußerst erfolgreichen Aktivitäten als Fortbildungsbeauftragter des BVKJ, zu denen unter anderem auch die aufwändige Organisation des Herbstkongresses gehört. Der Vizepräsident des Berufsverbandes, Prof. Dr. Ronald Schmid empfing aus der Hand von Thomas Fischbach den August-Steffen-Preis für seine Verdienste um die Weiterbildung des pädiatrischen Nachwuchses.

Aus den Laudationes



„Mit seinem Einsatz hat Dr. Wolfram Hartmann viel erreicht. Er hat uns Kinder- und Jugendärzte auf die enorme Bedeutung des Aufgabenbereiches der „Neuen Morbidität“ hingewiesen und uns für dieses Thema sensibilisiert. Die Gesellschaft und auch die Politik sind heute für das Thema der „vergessenen Kinder“ sensibilisierter als noch vor 20 Jahren. Er hat maßgeblich dazu beigetragen, dass die

außerfamiliäre Betreuung von Kindern heute vor allem unter dem Gesichtspunkt der frühen Bildungs- und Förderchancen gesehen werden und dass das Netz der Vorsorgeuntersuchungen weiter ausgebaut wurde und alle Kinder in unserem Land heute medizinisch besser versorgt werden als noch vor 20 Jahren. Er hat die öffentliche Strahlkraft des BVKJ enorm gesteigert.“



„Prof. Ronald Schmid ist Brückenbauer zwischen Jung und Alt, zwischen Klinikern und Niedergelassenen, zwischen dem Berufsverband und seinen jungen Mitgliedern. Er sorgt dafür, dass unser Berufsstand nicht ausstirbt, sondern dass ständig gut ausgebildete junge Kinder- und Jugendärzte nachkommen. Und er sorgt für die frühe Einbeziehung

der Jungen auch in die berufspolitische Arbeit. Denn dass Kinder und Jugendliche in Deutschland die bestmögliche medizinische Versorgung bekommen, hängt nicht nur von guter Medizin vor Ort ab, sondern auch davon, dass wir als Berufsverband die Interessen unserer Patienten und die unseren gegenüber der Politik vertreten.“



„Dr. Herbert Schade ist der Garant dafür, dass der Berufsverband in der Lage ist, junge und auch nicht mehr so junge Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte fortlaufend fortzubilden. Vor allem der Herbstkongress in Bad Orb ist ohne Herbert Schade nicht mehr vorstellbar. Seine

ruhige und freundliche Art, seine hohe Fachkompetenz und seine Fähigkeit, Wissen zu vermitteln, bekommt dieser wichtigen Veranstaltung gut, das zeigt das durchweg gute Feed-Back der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.“



Fotos: © Dr. Helmut Hoffmann

„Monika Niehaus hat nicht nur ihre eigene Praxis aufgebaut, sondern hat von Weimar aus ganz entschieden beim Aufbau Ost des BVKJ und auch bundesweit gewirkt. Mit Eröffnung der eigenen, sehr bald schon sehr beliebten Praxis wurde sie Mitglied im Berufsverband. Sie engagierte sich bis zur Aufgabe ihrer Praxis vor vier Jahren als Obfrau und als unermüdliche Presssprecherin für den BVKJ, sie bildete junge Kolleginnen und Kollegen in ihrer Praxis aus, zugleich

begann sie, deutschlandweit die Fortbildungsreihe Pädiatrice mit zu organisieren.

Schier endlos ist die Liste ihrer Ehrenämter. Es gibt nicht so viele Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, die sich so unermüdlich für ihren Berufsstand, für unseren Berufsverband einsetzen wie Monika Niehaus. Ohne Kollegen wie sie gäbe es unseren Berufsverband nicht.“

Red.: ReH

Mitteilungen aus dem Verband

Geburtstage im Dezember 2017

65. Geburtstag

Herr **Hans-Jürgen Sandig**, Bensheim, am 02.12.1952
 Frau Dr. med. **Sigrid Andiel**, Plauen, am 02.12.1952
 Frau Dr. med. **Heida Ewertowski**, Klötze, am 05.12.1952
 Frau **Rose Bahrenberg**, Marl, am 06.12.1952
 Frau Dr. med. **Stella Salama**, Ergolding, am 09.12.1952
 Frau Dr. med. **Cornelia Schwer**, Ratingen, am 11.12.1952
 Herr **Rainer W. Eickhoff**, Neuhofen, am 12.12.1952
 Herr Dr. med. **Stefan Strauch**, Münster, am 13.12.1952
 Frau Dr. med. **Irmgard Schlotfeldt-Schäfer**, Lehrte, am 13.12.1952
 Herr Dr. med. **Dietrich Lasius**, Berlin, am 14.12.1952
 Herr Dr. med. **Hana Laioun**, Duisburg, am 15.12.1952
 Herr Dr. med. **Wolf-Rüdiger Kühnert**, Schortens, am 21.12.1952
 Herr Dr. med. **Werner Stolle**, Köln, am 23.12.1952
 Frau **Christiane von Gaertner**, Bremen, am 30.12.1952
 Herr **Günter Hotes**, Köln, am 30.12.1952

70. Geburtstag

Herr **Ulrich Usadel**, Weißenhorn, am 03.12.1947
 Herr Dr. med. **Christian Köpcke**, Berlin, am 08.12.1947
 Frau Dipl.-Med. **Sabine Zoepf**, Burg, am 09.12.1947
 Frau Dr. med. **Inge Hagen**, Ochtrup, am 09.12.1947
 Herr Dr. med. **Bernd-Rüdiger Mund**, Schriesheim, am 15.12.1947
 Herr **Bruno Naß**, Siegen, am 20.12.1947
 Frau **Christiane Nahler**, Berlin, am 25.12.1947
 Herr **Hosain El Karkani**, Weilerswist, am 27.12.1947
 Frau Dr. med. **Claudia Bakowski**, Herrsching, am 31.12.1947

75. Geburtstag

Herr Dr. med. **Wolfgang Knopp**, Weißenfels, am 01.12.1942
 Herr Dr. med. **Muwafak Al-Midani**, Datteln, am 01.12.1942
 Herr Dr. med. **Stanislav Zeleny**, Augsburg, am 03.12.1942
 Frau Dipl.-Med. **Helga Iwohn**, Berlin, am 03.12.1942
 Frau Dr. med. **Ulla Köhle**, Ostfildern, am 08.12.1942
 Herr Dr. med. **Joachim Zastrow**, Reinbek, am 12.12.1942
 Herr Prof. Dr. med. **Hein Christoph Dominick**, Mutterstadt, am 13.12.1942
 Herr Dr. med. **Lutz Lovis**, Münster, am 16.12.1942
 Herr Dr. med. **Kord Wagenfeld**, Staufen, am 17.12.1942
 Herr **Peter Springmann**, Stuhr, am 19.12.1942
 Frau **Barbara Ebschner**, Hochkirch, am 20.12.1942
 Herr Dr. med. **Rainer Uhlig**, Lippstadt, am 29.12.1942
 Herr Dr. med. **Carsten Tjarks**, Bremen, am 29.12.1942
 Frau Dr. med. **Elke Jäger-Roman**, Berlin, am 29.12.1942

80. Geburtstag und älter

Frau Dr. med. **Inge Baader**, Köln, am 01.12.1923
 Herr Dr. med. **Hans Jörg Baumann**, Göttingen, am 02.12.1935
 Frau Dr. med. **Helga Kämmerer**, Jena, am 02.12.1936
 Herr Dr. med. **Peter Mohrmann**, Ortenburg, am 04.12.1937
 Herr Dr. med. **Wolfgang Kröckel**, Ahrensfelde, am 06.12.1936
 Frau Dr. med. **Wilma Krümmel**, Saarbrücken, am 06.12.1934
 Herr Dr. med. **Hans Johann Hager**, Köln, am 08.12.1924
 Frau **Ursula Dethloff**, Stade, am 09.12.1936
 Frau Dr. med. **Elfriede Philipp**, Oberursel, am 09.12.1935
 Frau Dr. med. **Isis Elbern**, München, am 10.12.1925
 Frau Dr. med. **Ursula Eulner**, Göttingen, am 11.12.1922
 Herr Dr. med. **Rolf Hille**, Niederwartha, am 11.12.1935
 Frau Dr. med. **Ina Beckel**, Faistenau, am 11.12.1936
 Herr MR Dr. med. **Fredy Pathenheimer**, Rostock, am 12.12.1931
 Herr Dr. med. **Winfried Rath**, Forchheim, am 12.12.1935
 Frau Dr. med. **Angela Bahr**, Münster, am 12.12.1923
 Herr Dr. med. **Günter Mann**, Dietzenbach, am 14.12.1933
 Herr Dr. med. **Marwan Hafez**, Berlin, am 15.12.1934
 Frau Dr. med. **Helga Carstensen**, Lübeck, am 16.12.1935
 Herr Dr. med. **Harald Hauser**, Stockdorf, am 17.12.1932
 Herr Dr. med. **Dieter Lensing**, München, am 17.12.1937
 Frau **Marlene Zacharias**, Berlin, am 17.12.1928
 Herr Dr. med. **Horst Hoffmann**, Kiel, am 18.12.1934
 Frau SR Dr. med. **Christa Hentschel**, Freital, am 19.12.1937
 Frau Dr. med. **Anna-Maria Brumberg**, Bielefeld, am 19.12.1935
 Herr Dr. med. **Harro Schirmer**, Friedrichsdorf, am 20.12.1930
 Frau Dr. med. **Hildegard Geiger**, Offenburg, am 20.12.1922
 Herr Dr. med. **Theodor Jouck**, Mönchengladbach, am 21.12.1937
 Frau Dr. med. **Marianne Kremer**, Essen, am 22.12.1923
 Frau Dr. med. **Renate Stefan**, Ingolstadt, am 22.12.1923
 Herr **Hans-Jürgen Hildebrandt**, Dessau, am 24.12.1935
 Herr Dr. med. **Mohammad Tahbasian Saleh**, Hannover, am 24.12.1932
 Frau Dr. med.(R) **Gabriela Ganea**, Mülheim, am 25.12.1937
 Frau Dr. med. **Helga Claußen**, Magdeburg, am 28.12.1932
 Frau Dr. med. **Lilli Meurer**, Monschau, am 29.12.1929
 Herr Dr. med. **Günter Voigt**, Lutherstadt Eisleben, am 30.12.1935
 Herr Prof. Dr. med. **Lothar Pelz**, Rostock, am 30.12.1934
 Herr Prof. Dr. med. **Gerhard Schöch**, Ibbenbüren, am 31.12.1936

Wir trauern um:

Dr. **Gerlinde Otto**, Dessau
 PD Dr. med. **Joachim Riethmüller**, Tübingen
 Frau **Doris Weigelt**, Jena

**Im Monat September
durften wir 13 neue
Mitglieder begrüßen.**

Inzwischen haben uns
folgende Mitglieder die
Genehmigung erteilt,
sie auch öffentlich in
der Verbandszeitschrift
willkommen zu heißen.



Baden-Württemberg

Frau Dr. med. **Karin Eckert**



Bayern

Herrn Dr. med.
Johannes Aicher
Frau **Anne Bukowski**
Herrn **Christian Schlick**



Berlin

Frau **Sabrina Morlino**



Brandenburg

Frau **Inna Sperling**



Mecklenburg-Vorpommern

Herrn Dr. med.
Florian Schmid



Niedersachsen

Herrn **Martin Brachmann**
Frau Dr. med. **Birthe Leniger**
Herrn Dr. med. **Gerrit Peters**



Nordrhein

Frau Dr. med.
Judith Herrdum
Frau **Katharina Nowak**



Westfalen-Lippe

Frau **Birgit Sophia Schneider**

Mitteilungen aus dem Verband

Fortbildungstermine

Programme und Anmeldeformulare finden Sie immer aktuell unter: www.bvkj.de/kongresse

22. November 2017

„Immer etwas Neues“ in Leverkusen
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

15.-18. Februar 2018

Päd-Ass 2018 15. Assistentenkongress des BVKJ in Hamburg
Leitung: Prof. Dr. Ronald G. Schmid
Auskunft: ⑤

10. März 2018

27. Pädiatrie zum Anfassen in Rostock des BVKJ LV Mecklenburg-Vorpommern
Leitung: Dr. A. Michel Greifswald/St. Büchner, Güstrow
Auskunft: ①

13.-15. April 2018

24. Kongress für Jugendmedizin in Weimar
Leitung: Dr. Uwe Büsching, Bielefeld
Auskunft: ⑤

21. April 2018

41. Pädiatref 2018 in Düsseldorf des BVKJ LV Nordrhein
Leitung: Dr. Herbert Schade, Mechernich/
Dr. Andreas Weckelmann, Mülheim a.d.R.
Auskunft: ④

und

10. Kongress PRAXISfieber-regio für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen
Leitung: Christiane Thiele, Viersen/Dr. Herbert Schade, Mechernich
Auskunft: ④

5. Mai 2018

31. Pädiatrie zum Anfassen in Worms des BVKJ LV Rheinland-Pfalz und Saarland
Leitung: Prof. Dr. Heino Skopnik, Worms
Auskunft: ①

1.-2. Juni 2018

28. Pädiatrie zum Anfassen in Erfurt des BVKJ LV Thüringen
Leitung: N.N.
Auskunft: ①

22.-24. Juni 2018

48. Kinder- und Jugendärztetag Jahrestagung des BVKJ e.V. in Berlin

Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden
Auskunft: ⑤

und

**13. PRAXISfieber-live Kongress für MFA in Kinder- und Jugend-
arztpraxen in Berlin**
Leitung: Dr. Michael Mühlshlegel, Lauffen
Auskunft: ⑤

13.-14. Juli 2018

Pädiatrie zum Anfassen in Offenburg des BVKJ LV Baden-Württemberg
Leitung: Dr. Christof Wettach/Dr. Andreas Bruch/Dr. Markus Wössner
Auskunft: ③

25. August 2018

Jahrestagung des LV Sachsen in Dresden
Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul
Auskunft: ①

1.-2. September 2018

22. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck
Leitung: Dr. Stefan Trapp, Bremen/Dr. Stefan Renz, Hamburg/
Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe/Dr. Volker Dittmar, Celle
Auskunft: ②

11.-14. Oktober 2018

46. Herbst-Seminar-Kongress des BVKJ in Bad Orb
Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden
Auskunft: ⑤

5. September 2018

Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern in Rostock
Leitung: Dr. A. Michel, Greifswald
Auskunft: ①

3. November 2018

Jahrestagung des LV Sachsen-Anhalt in Magdeburg
Leitung Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben
Auskunft: ①

3. November 2018

bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen in Verden/Aller
Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham/
Dr. Ulrike Gitmans, Rhaderfehn
Auskunft: ③

9.-10. November 2018

17. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg des LV Bayern
Leitung: Prof. Dr. Carl-Peter Bauer, Gaißach/
Dr. Martin Lang, Augsburg
Auskunft: ③

① **CCJ GmbH**

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

② **Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck**

Tel.: 0451-7031-205, Fax: 0451-7031-214
kongresse@schmidt-roemhild.com

③ **DI-TEXT**

Tel.: 04736-102534, Fax: 04736-102536
Digel.F@t-online.de

④ **Interface GmbH & Co. KG**

Tel.: 09321-3907300, Fax: 09321-3907399
info@interface-congress.de

⑤ **Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.**

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln, Tel.: 0221-68909-26,
Fax: 0221-68909-78, bvkj.kongress@uminfo.de

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).

Im Titel und in unseren Artikeln verwenden wir das „generische Maskulinum“: Kinder- und Jugendarzt.

ISSN 1436-9559

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführer: Dr. Michael Stehr, Tel.: (0221) 68909-11, michael.stehr@uminfo.de; Geschäftsstellenleiter: Armin Wöbeling, Tel.: (0221) 68909-13, Fax: (0221) 6890979, armin.woebeling@uminfo.de.

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Prof.-Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen, Tel.: (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian Heinen, Dr. v. Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München, Tel.: (089) 5160-7850, E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelm-

stift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@khh-wilhelmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Wiesbaden, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-kliniken.de

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf, Tel.: (0211) 5560838, E-Mail: regine.hauch@arcor.de; Dr. Wolfram Hartmann, Im Wenigen Bruch 5, 57223 Kreuztal, Tel.: (02732) 81414, E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Die abgedruckten Aufsätze geben nicht unbedingt die Meinung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. wieder. – Die Herstellerinformationen innerhalb der Rubrik „Nachrichten der Industrie“ sowie die Rubrik „Seltene Erkrankungen“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“ (V.i.S.d.P. Christiane Kermel, Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck).

Druckauflage 12.900
lt. IVW III 2017

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
Kommunikationsforschung im
Gesundheitswesen

Redaktionsausschuss: Prof. Dr. Florian Heinen, München, Prof. Dr. Peter H. Höger, Hamburg, Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden, Regine Hauch, Düsseldorf, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, und zwei weitere Beisitzer.

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 51 vom 1. Oktober 2017

Bezugspreis: Einzelheft € 11,20 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 112,- zzgl. Versandkosten (€ 7,80 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

Für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. ist der Bezug im Mitgliedsbeitrag enthalten.

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

Hinweise zum Urheberrecht:

Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

© 2017. 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.



Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

Die Justitiare des BVKJ e.V., die **Kanzlei Dr. Möller und Partner**, stehen an **jedem 1. und 3. Donnerstag** eines Monats von **17.00 bis 19.00 Uhr** unter der Telefonnummer **0211 / 758 488-14** für telefonische Beratungen zur Berufsausübung zur Verfügung.



Ihre Meinung zählt!

Deshalb befragen wir Sie zur **Qualität in der medizinischen Fachpresse** in den nächsten Wochen zusammen mit



Machen Sie mit!

Kunterbunte Injektionspflaster von Piratoplast

Seit November gibt es farbenfrohe, hautfreundliche Injektionspflaster von Piratoplast als Sprechstundenbedarf (SSB). Der Marktführer im Bereich der Okklusionspflaster und Hersteller apothekenexklusiver Pflasterstrips erweitert damit sein Angebot um Produkte für die Kinderarztpraxis. Dabei profitiert Piratoplast von mehr als 100 Jahren Erfahrung in der Wundversorgung, die im Unternehmen über die Marke DRACO vorhanden ist.

Damit die Injektionspflaster Jungen und Mädchen gefallen, wurden die vier bunten Motive in Workshops mit Schul- und Kindergartenkindern entwickelt und ausgewählt. Sie sorgen für Ablenkung nach der Injektion, so dass der Einstich schnell in Vergessenheit gerät. Der hypoallergene Kleber garantiert gute Haftung und sanftes Ablösen, das atmungsaktive Oberflächenmaterial sorgt für einen optimalen Tragekomfort. Die Piratoplast Injektionspflaster sind kinderdermatologisch getestet und damit sehr gut für anspruchsvolle Kinderhaut geeignet.

Jede Packung enthält 400 Pflaster und wird in Behindertenwerkstätten gepackt. Dem sozial engagierten Unternehmen Dr. Ausbüttel & Co. GmbH, das hinter Piratoplast steht, ist es wichtig, Menschen mit Behinderung einen geregelten Tagesablauf und sinnvolle Aufgaben zu ermöglichen. Das Unternehmen selber gewinnt dadurch flexible Partner vor Ort.

Piratoplast Injektionspflaster unterscheiden sich preislich nicht von den weißen Pflastern und sind als SSB verordnungsfähig. Sie können direkt beim Hersteller oder in der ortsansässigen Apotheke bestellt werden. Piratoplast kündigte an, in den kommenden Monaten weitere neue Produkte für die Kinderarztpraxis auf den Markt zu bringen.

Für weitere Informationen zu den bunten Injektionspflastern und SSB-Bestellungen besuchen Sie www.piratoplast.de oder wählen Tel.-Nr. 02302/9 56 66 -10 unter Angabe der PZN 12537395. Das Bestellfax finden Sie unter www.piratoplast.de/bestellfax.

**Nach Informationen von
Dr. Ausbüttel & Co. GmbH,
Witten-Annen**



Symptome des festsitzenden Schnupfens nachhaltig lindern

5-Pflanzen-Kombination wirkt an mehreren Angriffspunkten // Ein festsitzender Schnupfen ist nicht nur für das betroffene Kind belastend, die gesamte Familie leidet mit. Denn wenn die Nase zu ist, beeinträchtigt dies die Tagesaktivitäten und den Nachtschlaf. Daher sollte man die Ursachen des festsitzenden Schnupfens gezielt und nachhaltig angehen. Aufgrund seines multimodalen Wirkansatzes ist Sinupret® Saft dazu sehr gut geeignet. Die 5-Pflanzen-Kombination wirkt sekretolytisch, antiinflammatorisch, antiviral und antibakteriell.

Von Oktober bis April ist vor allem bei den kleinen Kindern 'Schnupfenzeit' – eine Infektion folgt der anderen. Die Eltern klagen über verstopfte Nasen und erschwerte Atmung durch zähflüssiges Sekret. Je älter die Kinder werden, desto häufiger betrifft das entzündliche Geschehen auch die Schleimhäute der Nasennebenhöhlen, die sich im Laufe der Kindheit erst entwickeln. Die Kieferhöhle ist im dritten bis vierten Lebensjahr soweit ausgebildet, dass sich die Infektion auch hier ausbreitet, gleiches gilt für die Stirnhöhle und die hinteren Siebbeinzellen ab dem sechsten bis achten Lebensjahr sowie die Keilbeinhöhle ab dem zehnten Lebensjahr¹. Reizhusten und Kopfschmerzen ergänzen das Krankheitsbild häufig.

Die Gabe eines Antibiotikums hilft in der Regel nicht, da eine akute Rhinosinusitis größtenteils aus einer primär viralen Infektion mit Adeno-, Parainfluenza-, Influenza- oder Rhino-Viren entsteht². Auch Komplikationen lassen sich mittels Antibiose nicht unbedingt vermeiden. Zieht man die zunehmenden Antibiotika-Resistenzen in Betracht, sollte diese Me-

dikation bei einer akuten Rhinosinusitis nicht vorschnell eingesetzt werden².

Aktivierung der mukoziliären Clearance

Für Kinder ab zwei Jahren steht die 5-Pflanzen-Kombination als wohlschmeckender Saft zur Verfügung. Die Inhaltsstoffe der 5-Pflanzen-Kombination (Enzianwurzel, Eisenkraut, Holunderblüten, Ampferkraut und Schlüsselblumenblüten) setzen an mehreren typischen Symptomen des festsitzenden Schnupfens gleichzeitig an. So steigern etwa die enthaltenen Bioflavonoide die Chlorid-Sekretion über die Atemwegsschleimhaut. Dadurch verflüssigt sich das zähe Sekret und kann besser abtransportiert werden. Die 5-Pflanzen-Kombination aktiviert den natürlichen Selbstreinigungsmechanismus der Atemwegsschleimhaut. Die sog. mukoziliäre Clearance funktioniert wieder.

Die sekretolytische Wirksamkeit konnte in einer multizentrischen, nicht-interventionellen Studie unter Praxisbedingungen gezeigt werden². Fast

1.000 niedergelassene Pädiater rekrutierten dafür über 3.100 an akuter Rhinosinusitis erkrankte Kinder zwischen zwei und zwölf Jahren. In der Aufnahmeuntersuchung beklagten 83 % aller Kinder ein dickflüssiges, zähes Nasen-Rachensekret. Nach der Behandlung mit der 5-Pflanzen-Kombination (Tag 12) zeigte sich nur noch bei 7 % ein zähes Sekret, bei 93 % war es hingegen dünnflüssig und klar. Dieses Ergebnis verdeutlicht die schleimlösende Wirkung der 5-Pflanzen-Kombination.

5-Pflanzen-Kombination öffnet die Nase

Zu den dominierenden Symptomen des festsitzenden Schnupfens gehört die verlegte Nasenatmung durch entzündete und geschwollene Nasenschleimhäute. In der Untersuchung bestätigten sich die abschwellenden und entzündungshemmenden Eigenschaften der 5-Pflanzen-Kombination: Während anfangs 82 % der Teilgruppe der zwei- bis sechsjährigen Kinder eine mäßig bis stark verlegte Nasenatmung zeigten, verringerte sich dieser Anteil auf nur mehr 3 % bei der Abschlussuntersuchung an Tag 12. Somit können die Kinder schneller wieder frei durchatmen und die Nächte werden – auch für die Eltern – wieder erholsamer.

Linderung von Gesichts- und Kopfschmerz

Gesichts- und Kopfschmerzen gehören v. a. bei kleinen Kindern zwar nicht unbedingt zu den typischen Symptomen eines festsitzenden Schnupfens, dennoch litten darunter viele der kleinen Studienteilnehmer (62,5 % der 2-6-Jährigen und 83,5 % der 7-12-Jährigen). Nach der Behandlung

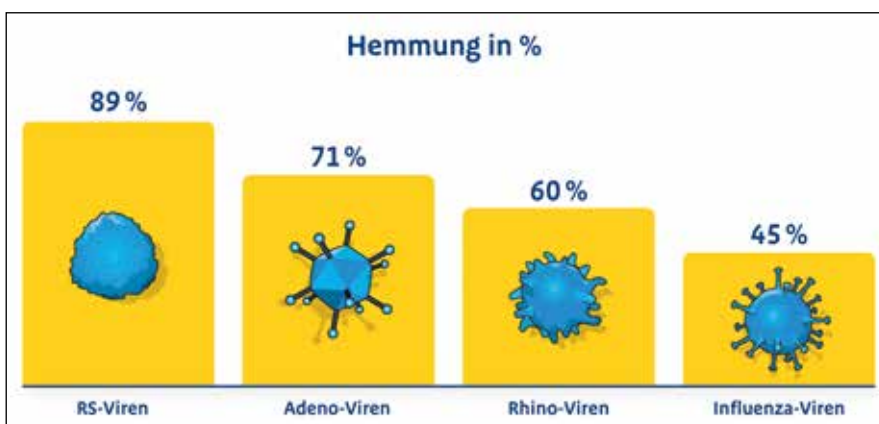


Abb. 1: 5-Pflanzen-Kombination hemmt die Replikation typischer Erkältungsviren im in vitro Modell (Plaque-Reduktionstest)⁴

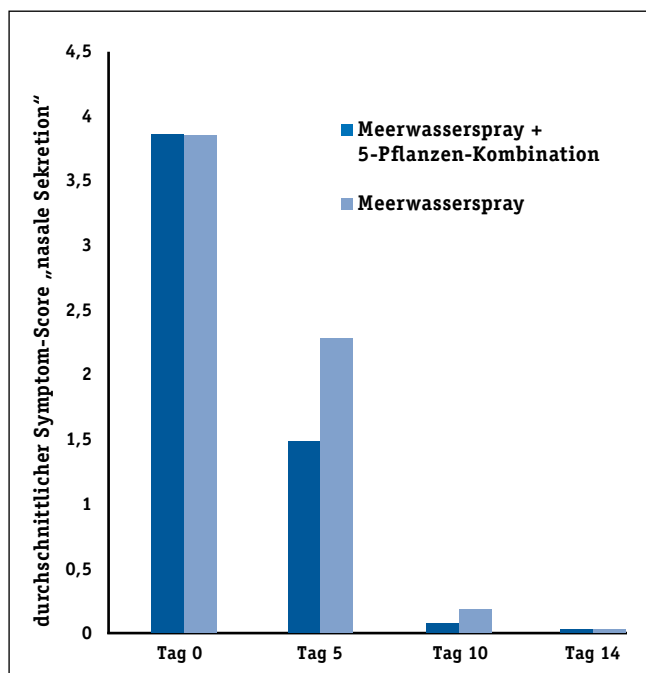


Abb. 2: Mit der 5-Pflanzen-Kombination zeigte sich an Tag 5 eine deutliche Besserung der nasalen Sekretion³.

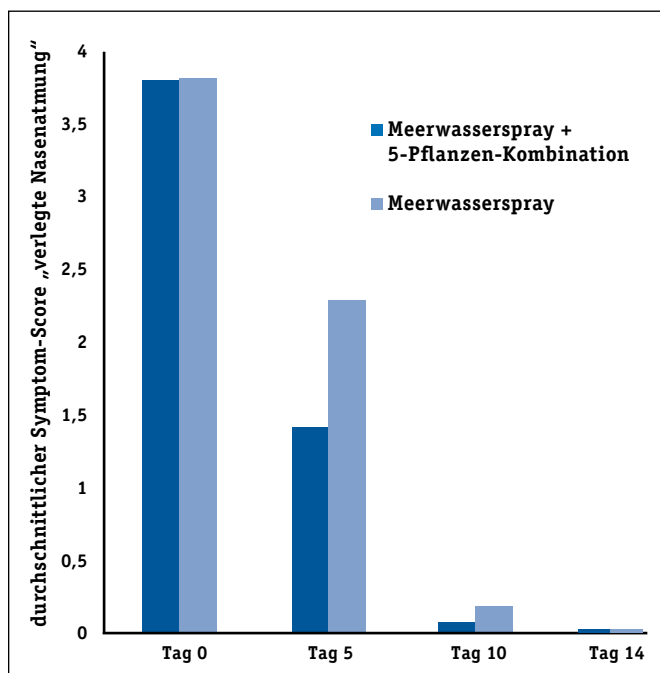


Abb. 3: Die 5-Pflanzen-Kombination reduzierte die verlegte Nasenatmung signifikant³.

mit der 5-Pflanzen-Kombination hatten sich diese Schmerzen bei fast allen Patienten stark verringert: 96 % bzw. 92 % waren schmerzfrei. Wie die Autoren der Studie resümierten, weist die 5-Pflanzen-Kombination bei der Behandlung von Kindern mit akuter Rhinosinusitis eine ausgezeichnete Wirksamkeit auf.

Effektive Symptomlinderung

In einer weiteren aktuellen Studie wurde die Wirksamkeit von Sinupret® Saft mit einer Meerwasserspray-Medikation verglichen³. Insgesamt 120 Kinder (6-11 Jahre) mit Rhinosinusitis erhielten entweder das Meerwasserspray alleine oder zusätzlich die 5-Pflanzen-Kombination. Der Saft überzeugte hier mit effektiver Symptomlinderung. Die behandelnden Ärzte dokumentierten, dass sich in der Verum-Gruppe sowohl die nasale Sekretion als auch die verlegte Nasenatmung bereits nach fünf Tagen signifikant verbessert hatten, verglichen mit der Kontrollgruppe. (Abb. 2, Abb. 3) Auch der Kopf- bzw. Gesichtsschmerz unterschied sich zugunsten der 5-Pflanzen-Kombination. Die Patienten selbst beurteilten die Verbesserung ihrer Schnupfsymptomatik in der Verum-Gruppe ab Tag 3 ebenfalls deutlich positiver als in der Kontrollgruppe. Für die Linderung von Gesicht- und Kopfschmerzen gaben sie ähnlich gute Wertungen ab.

An der Ursache ansetzen

Festsitzender Schnupfen geht meist auf einen viralen Infekt zurück. Dass die 5-Pflanzen-Kombination neben den sekretolytischen und antiinflammatorischen auch über antivirale Effekte verfügt, unterstreicht eine in-vitro-Studie⁴. Die Forscher beobachteten eine deutliche antivirale Aktivität gegenüber einem breiten Spektrum humanpathogener Viren. Dazu zählten gängige Verursacher von Infektionen der oberen Atemwege wie etwa Rhino-Viren, Respiratory Syncytial (RS)-Viren, Adeno-Viren oder Influenza-Viren (Abb. 1). Diese Daten belegen, dass eine Behandlung mit der 5-Pflanzen-Kombination nicht nur die Symptome bekämpft, sondern auch zusätzlich direkt an der Ursache des Infekts ansetzen kann.

5-Pflanzen-Kombination frühzeitig anwenden

Zum Leidwesen vieler Eltern wird aus einem festsitzenden Schnupfen häufig eine Mittelohrentzündung. Dies liegt zum einen daran, dass sich das kindliche Immunsystem mit vielen Viren zum ersten Mal auseinandersetzen muss. Andererseits ist die Eustachische Röhre bei Kindern kürzer und enger als bei Erwachsenen, wodurch sich eine Infektion im Nasenrachenraum leichter über die Ohrtrompete ins Mittelohr ausbreiten kann. Die Anfälligkeit für

eine Mittelohrentzündung verringert sich erst zwischen dem siebten und zehnten Lebensjahr, wenn die Tubenentwicklung abgeschlossen und die Funktionsfähigkeit voll entwickelt ist. Daher ist eine rechtzeitige Behandlung bei festsitzendem Schnupfen erforderlich. Das Phytopharmakon kann hier mit seiner schleimlösenden und entzündungshemmenden Wirkung möglichen Komplikationen vorbeugen.

Fazit

Die 5-Pflanzen-Kombination überzeugt mit einem multimodalen Wirkprinzip bei der Therapie von Nasennebenhöhlenentzündungen. Sie wirkt sekretolytisch und antiinflammatorisch, sowie antiviral und antibakteriell. Das gut verträgliche Phytopharmakon löst den Schleim, öffnet die Nase und befreit vom Druckkopfschmerz. Der Saft ist für kleine Patienten ab 2 Jahren mit festsitzenden Schnupfen und Nasennebenhöhlenbeschwerden eine wohlschmeckende und geeignete Therapieoption, die eine Verschlimmerung der Beschwerden entgegen wirken kann.

Autorin:
Dr. Marion Hofmann-Abmus, Fürstenfeldbruck

Literatur bei der Verfasserin

Nach Informationen von
Bionorica SE, Neumarkt

Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen früh therapieren

Psoriasis wird bei Heranwachsenden oft erst spät erkannt. Eine frühzeitige Therapie ist jedoch wichtig, um Begleiterkrankungen vorzubeugen. Zudem kann eine Stigmatisierung die emotionale und soziale Entwicklung der jungen Patienten hemmen. Gemeinsam mit den Betroffenen Lösungswege zu finden, ist ein wichtiger Teil der Therapie. Ein erster Schritt kann die Verbesserung des Hautbildes durch die Entfernung stigmatisierender Schuppen sein. Bei Kindern ist auf eine schonende Keratolyse zu achten, wie sie mit LOYON® möglich ist.

Psoriasis ist eine genetisch bedingte, chronisch entzündliche Erkrankung, die häufig schon im Kindes- und Jugendalter auftritt. Die Prävalenz bei Kindern aller Altersgruppen liegt bei insgesamt 0,7 %, nimmt jedoch mit steigendem Alter zu: von 0,1 % bei Säuglingen bis auf 1,2 % bei 17-Jährigen.¹

Andere Ausprägung bei Kindern und Jugendlichen

Im Kindesalter kann die Psoriasis anders aussehen als bei Erwachsenen – oftmals hat sie eher einen Ekzem-Charakter. Gesicht, Kopf, Nägel und der Leistenbereich sind im Vergleich zu Erwachsenen häufiger betroffen und auch die Psoriasis guttata tritt bei Heranwachsenden häufiger auf.² Psoriasis guttata ist eine Unterform der Psoriasis vulgaris, die als Folge von Infektionen, insbesondere mit Streptokokken, oder infolge psychologischer Stresssituationen entstehen kann.³ Sie ist durch kleine, tropfenförmige Läsionen gekennzeichnet.

Lebensqualität stark eingeschränkt

Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen kann deren Lebensqualität signifikant beeinflussen⁴ und Selbstwertgefühl, Familie, soziale Beziehungen, Schule und Arbeit beeinträchtigen. Eine Untersuchung zeigte, wie stark auch die Eltern von Kindern mit Psoriasis betroffen sind. Sie sorgten sich um die physischen und psychischen Probleme sowie um die Zukunft ihrer Kinder. Dabei bewerteten sie die psychischen Beschwerden ihrer Kinder belastender als die körperlichen.⁵ (Tab. 1)

Schon bei Kindern und Jugendlichen können die bekannten Komorbiditäten auftreten. Adipositas, Hyperlipidämie, Hypertension, Diabetes mellitus, rheumatoide Arthritis und Morbus Crohn kommen bereits bei Kindern und Jugendlichen mit Psoriasis etwa doppelt so häufig vor wie bei Kindern ohne die Erkrankung.^{1,3} Aufgrund der Belastung durch die Psoriasis und die Komorbiditäten ist eine frühe Diagnose und Therapie unerlässlich.⁴ (Abb. 1)

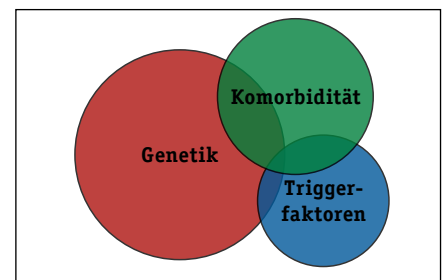


Abb. 1: Ätiologie der Psoriasis [mod. nach 1]

Keratolyse ebnet den Weg zur antiinflammatorischen Therapie

Der erste Schritt der Behandlung ist die Abschuppung hyperkeratotischer Plaques.¹ Die S3-Leitlinie zu Psoriasis empfiehlt eine Keratolyse als Basistherapie, um den Heilungsprozess der Haut zu unterstützen und sie auf eine antientzündliche Behandlung vorzubereiten. Die Entfernung der stigmatisierenden Schuppen hat darüber hinaus einen wichtigen ästhetischen und psychologischen Effekt. LOYON® (Dicaprylyl Carbonat / Dimeticon) ist aufgrund der rein physikalischen Wirkweise und dem Verzicht auf Konservierungsmittel, Farb- und Duftstoffe besonders gut verträglich. Das Keratolytikum fließt unter die Keratinozyten und verringert dort den interzellulären Zusammenhalt. Schuppen und Krusten werden schonend und ohne blutige Abrisspunkte gelöst. Es kann daher auch bei Kindern ab dem ersten Lebensmonat, Schwangeren und Patienten mit eingeschränkter Leber- oder Nierenfunktion angewendet werden.

Mehr zu den Herausforderungen der Psoriasis-Therapie bei Kindern und Jugendlichen erfahren Sie im nachfolgenden Interview.

(1 = gar nicht, 2 = etwas, 3 =mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr)	Median	(ziemlich/sehr) %
Zukunft des Kindes mit seiner Erkrankung	4,0	59,1
psychische Beschwerden des Kindes	4,0	57,6
körperliche Beschwerden des Kindes	3,0	46,9
zusätzliche Kosten für Behandlung	3,5	50,0
erforderlicher Zeitaufwand für Behandlung	3,0	43,9
Reaktion des Umfeldes in der Öffentlichkeit	3,0	37,9
problematische Beziehung zum Kind	3,0	36,4
Risiko der Vererbung/ Auswirkungen auf Familienplanung	2,0	34,8

Tab. 1: Belastung der Eltern (n = 66) durch die Psoriasis ihrer Kinder [mod. nach 5]

Interview

Professorin Dr. Petra Staubach-Renz, Fachärztin für Dermatologie und Allergologie, Hautklinik und Poliklinik Mainz

Wodurch kennzeichnet sich die Psoriasis im Kindes- und Jugendalter?

Die Psoriasis gerade bei Kleinkindern hat oftmals eher einen Ekzem-Charakter und die Herde können weniger induriert oder schuppig sein. Zudem kann sie in Arealen auftreten, die bei Erwachsenen eher selten betroffen sind, wie zum Beispiel dem Windelbereich. Daher werden Kinder manchmal verspätet diagnostiziert. Man muss den Mut haben, bei einer Änderung des klinischen Bildes die Diagnose zu wechseln. Bei Kindern sehen wir auch oft kleinere Herde, die weniger schuppen und etwas dünner ausgebildet sind (Psoriasis guttata). Hier sollte immer an einen Infekt als Triggerfaktor gedacht werden.

Wie wirkt sich eine Psoriasis auf die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen aus?

Die Lebensqualität ist abhängig von der Stärke der Erkrankung. Die Kinder kommen erfahrungsgemäß dann zum Arzt, wenn sie leiden. Bekannt ist, dass die Psoriasis umso häufiger und ausgeprägter vorkommt, je älter die Kinder werden, sprich häufig erst in der Pubertät. Gerade bei Jugendlichen, bei denen sich der Körper entwickelt und die kritisch in den Spiegel schauen, verursacht die Psoriasis natürlich Leiden. Mit Blick auf Schule, Sport, Schwimmbad, Partnerschaften und erste sexuelle Erfahrungen kann das für junge Menschen schwierig sein. Die Heranwachsenden mit Psoriasis leiden unter dem Hautbild und damit unter einer Stigmatisierung.

Gehen Kinder anders damit um als Erwachsene?

Das ist vom Alter abhängig und ähnlich wie bei Erwachsenen: Wir haben sehr viele Kinder, die einen guten Weg zum Umgang mit der Erkrankung gefunden haben, doch andere leiden sehr darunter. Deswegen ist es wichtig, das Thema anzusprechen und eine engmaschige Begleitung anzubieten. Wir zei-

gen Lösungswege auf und suchen mit jedem Kind zusammen einen individuellen Weg.

Welche Herausforderungen ergeben sich für den Arzt?

Die Psoriasis ist eine Systemerkrankung. Durch eine generalisierte Entzündung wird die Komorbidität gefördert. Neben dem metabolischen Syndrom und den psychischen Belastungen müssen wir die Gelenksproblematik im Auge behalten. Auch bei Kindern kann eine Psoriasisarthritis auftreten. Hier gilt es, erste Zeichen zu erkennen. Gezielte Fragen zu Gelenkproblemen, Anlaufproblemen am Morgen sowie Ruheschmerzen sind regelmäßig zu stellen. Auch eine Assoziation mit Darmerkrankungen ist bei Kindern zu prüfen. Haben Kinder Bauchschmerzen, so muss dem nachgegangen werden. Grundsätzlich gilt: Bei Psoriasis-Patienten muss man insistieren und genauer nachfragen, um ggf. einen Zusammenhang mit anderen Erkrankungen und/oder Therapien zu erkennen – auch wenn die Patienten nicht so gerne darüber sprechen.

Warum sollte frühzeitig therapiert werden?

Die Lebensqualität ist von Stärke und Ausmaß der Erkrankung, aber auch von der Komorbidität abhängig. Kinder können die gleichen Begleiterkrankungen wie Erwachsene entwickeln und sollten daher frühzeitig allumfassend und ausreichend behandelt werden. Da die Psoriasis eine systemische Erkrankung ist, sollte in bestimmten Fällen auch eine systemische Therapie in Betracht gezogen werden. In den letzten Jahren sind einige Optionen zur Behandlung der Psoriasis hinzugekommen – auch solche, die für die jungen Patienten geeignet und zugelassen sind. Bei den topischen Therapien sind die Besonderheiten der Kinderhaut und eine gute Verträglichkeit auch bei Langzeitanwendung zu berücksichtigen.



Welche Bedeutung hat die Keratolyse bei Psoriasis insgesamt?

Durch die Entfernung der Schuppen können Folgetherapien besser in die dadurch weniger schuppigen, entzündeten Areale kommen und in die Haut eindringen. Deshalb ist die Keratolyse eine wichtige Basistherapie. Auch die Optik spielt eine große Rolle, denn die Entfernung der Plaques verbessert das Hautbild. Speziell bei Kindern und Jugendlichen ist die gute Verträglichkeit auch bei Langzeitanwendung zu beachten.

Wie wird LOYON® diesen Anforderungen gerecht?

Wir haben bereits Erfahrungen mit LOYON® von anderen Indikationen. Man kann es sogar bei Säuglingen einsetzen. Selbst bei entzündeter Haut ist eine Anwendung möglich.

Autorin: Sabine Theobald

Quellen:

- 1 Höger PH, Hamm H Hautarzt 2015; 66: 267-276
- 2 Sticherling M Kinder- und Jugendmedizin 2009; 9: 23-30
- 3 Augustin M et al. Dermatology 2015; 231: 35-40
- 4 Bronckers I et al. Pediatric Drugs 2015; 17: 373-384
- 5 Matusiewicz D et al. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2013; 18: 229-236

Mit freundlicher Unterstützung der G. Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG, Hohenlockstedt

Kinderimpfstoffe – eine Erfolgsgeschichte, die weitergeht

Dank der heute verfügbaren Impfstoffe treten viele Erkrankungen mittlerweile so selten auf, dass sie aus dem kollektiven Bewusstsein verschwunden sind. Leider geht das nicht mit ihrem tatsächlichen Verschwinden einher – dies verdeutlicht die seit Ende 2016 anhaltende Masernepidemie¹. Wie die aktuellen Impfquoten bei Kindern zeigen, besteht insbesondere beim zeitgerechten Abschluss der Impfserien noch Verbesserungspotential.

Bei den Pocken ist es bereits gelungen, bei Polio steht man dicht vor der Ausrottung und die Masern bilden das nächste Ziel. Hier musste man allerdings einen Rückschlag hinnehmen. Seit September 2016 steigen die Masernfälle in einigen Ländern Europas deutlich an. Alleine in Deutschland wurden bis Mitte März bereits 203 Fälle gemeldet¹.

Wie Dr. Jens Vollmar, Leiter Medizinischer Fachbereich Impfstoffe, Reise- und Tropenmedizin bei GlaxoSmithKline München, berichtete, führte die aktuelle Masernepidemie in Italien und Frankreich zur Impfpflicht bzw. deren Ausweitung². „Wir sollten alle Möglichkeiten zur Aufklärung über Nutzen und Risiken von Impfungen ausschöpfen, um eine Impfpflicht wie in Italien oder Frankreich zu verhindern“, betonte Vollmar. Besonderes Augenmerk erfordert die zweite MMR-Impfung, da die Impfquote hier das WHO-Ziel von $\geq 95\%$ nicht erreicht. Zudem hapert es bei der zeitgerechten Impfung und damit beim frühzeitigen Schutz der Kinder.

Rotaviren-Impfung zeitgerecht durchführen

Seit die STIKO die Impfung gegen Rotaviren (RV) empfiehlt, hat sich die Anzahl der RV-Erkrankungen verringert. Auch die Hospitalisierungen sind seit 2013 rückläufig. Die Impfquote liegt derzeit bei 66% – und ist somit noch verbesserungsfähig³. Als Vorbild könnte Großbritannien dienen, wo bei einer Impfquote von etwa 85% deutlich weniger Kinder an RV erkranken⁴. In Deutschland stehen zwei RV-Impfstoffe zur Verfügung, wobei Rotarix[®] mit nur zwei Impfdosen den Vorteil bietet, den Impfzyklus frühzeitig (bereits im Alter von 16 Wochen) abzuschließen. „Im internationalen Vergleich wird deutlich, dass der größtmögliche Schutz vor schweren RV-Gastroenteritiden nur durch

eine zeitgerechte und hohe Impfquote erreicht werden kann“, erklärte Dr. Gunnar Kattenstroth, Leiter Abt. Kinder-Impfstoffe bei GlaxoSmithKline München.

Bewährte 6-fach-Impfung

Für den 6-fach-Impfstoff (Infanrix hexa) liegen über 16 Jahre praktische Erfahrung und eine breite Datenbasis vor. „Weltweit wurden bereits über 150 Mio. Dosen Infanrix hexa verimpft. Um eine möglichst konstante Impfstoffversorgung sicherzustellen, investiert GSK in hochmoderne Produktionsanlagen“, erklärte Dr. Melanie Schneider, Medical Advisor bei GlaxoSmithKline München. Im Jahr 2016 wiesen Säuglinge die höchste Pertussis-Inzidenz auf (61/100 000 Einwohner) mit 52% Hospitalisierungsrate und drei Todesfällen⁵. Die Pertussis-Komponente verfügt über eine sehr gute Wirksamkeit. Laut Robert-Koch-Institut könnten die Mehrzahl der Fälle verhindert werden – allerdings liegt die Impfquote im Alter von 24 Monaten nur bei etwa 80%⁵.

Erfolgreiche Impfkampagne

Eine Meningokokken-Infektion kann sich innerhalb weniger Stunden zu einem lebensbedrohlichen Krankheitsbild entwickeln. Säuglinge aber auch Kleinkinder und Jugendliche tragen das größte Infektionsrisiko. Auch für die Serogruppe B, welche die meisten Erkrankungen in Deutschland verursacht, steht eine Impfung zur Verfügung (Bexsero). Im Rahmen einer umfangreichen Impfkampagne in Kanada wurden über 48.000 Personen zwischen 2 Monaten und 20 Jahren geimpft (82% der Zielpopulation). Wie Dr. Markus Kirchner, Medical Advisor bei GlaxoSmithKline in München berichtete, traten auch zwei Jahre nach der Impfkampagne keine Meningokokken-B-Fälle unter den Geimpften auf⁶.

Varizellen

Die Impfquoten für Varizellen hinken denen von MMR deutlich hinterher. Daher verwundert es nicht, dass 2016 hierzulande über 25.000 Varizellen-Erkrankungen auftraten³. Dr. Christoph Gallinger, Medical Advisor bei GlaxoSmithKline in München verwies auf die möglichen Komplikationen bei Kindern und die schweren Fehlbildungen von Ungeborenen durch die Infektion einer Schwangeren. „Varizellen sind immer noch eine der meist unterschätztesten Krankheiten hier in Deutschland und Europa“, betonte Gallinger. Einen Langzeitschutz über sechs Jahre gegen Varizelleninfektionen belegen Studien für den MMRV-Impfstoff Priorix-Tetra⁷. Das gute Sicherheitsprofil bestätigte eine aktuelle Studie⁸.

Autorin

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Pressegespräch „Neues zu GSKs Kinderimpfstoffen“, anlässlich des 113. Kongresses für Kinder- und Jugendmedizin 2017 in Köln, veranstaltet von GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, München

Literatur

- <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/73676/Masern-Epidemie-hat-sich-in-Europa-weiter-ausgebreitet>
- <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/italien-parlament-beschliesst-impfpflicht-gegen-zehn-krankheiten-a-1160179.html>; http://www.t-online.de/gesundheit/gesund-leben/id_81628198/frankreich-verschaerft-impfpflicht-zieht-deutschland-jetzt-nach-.html
- Robert Koch Institut: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten 2016
- PHE Weekly National Norovirus Report – Summary of surveillance of norovirus and rotavirus, 06 July 2016 – reporting weeks 22-25
- Robert Koch Institut: Epi Bull 21 2017
- De Wals P et al. CID 2017
- Fachinformation Priorix-Tetra, Stand Juni 2017
- Cocchio S et al. Hum Vaccin Immunother. 2016; 12(3):651-4

**Nach Informationen von
GlaxoSmithKline GmbH, München**

Schmerzen bei Kindern richtig einordnen und adäquat behandeln

Kinder sollten starke Schmerzen ebenso wenig erdulden müssen wie Erwachsene. Dies gilt sowohl für die weit verbreiteten Kopfschmerzen als auch für postoperative oder krankheitsbedingte Schmerzen. Wie die Experten auf dem diesjährigen DGKJ-Kongress im Rahmen des Symposiums der Initiative Schmerzlos betonten, sollten Pädiater diese Schmerzen ernst nehmen und rechtzeitig eine ganzheitliche, altersgerechte Therapie einleiten. Um eine Chronifizierung zu vermeiden, ist der Einsatz von Schmerzmitteln in adäquater Dosierung erforderlich.

Moderne Lebensumstände führen dazu, dass Kinder heute häufiger über Kopfschmerzen klagen. Laut einer Studie leidet etwa jeder vierte 11- bis 17-Jährige mindestens einmal pro Woche unter Kopfschmerzen¹. Wie PD Dr. Friedrich Ebinger aus Paderborn darlegte, konnten in Studien zahlreiche auslösende Faktoren ermittelt werden^{2,3}. Dazu zählen mangelnde körperliche Aktivität, Rauchen, wenig Schlaf, eine geringe Flüssigkeitszufuhr sowie hoher Kaffeeconsum, Stress und Mobbing.

Schmerzverstärkend kann auch das elterliche Verhalten wirken – sofern es dazu beiträgt, dass die Schmerzen mit angenehmen Begleitumständen verknüpft werden. Man unterscheidet hier zwischen positiver, negativer oder mangelnder Verstärkung. Eine positive Verstärkung erfolgt etwa durch intensive Zuwendung der Mutter aufgrund der Schmerzen. Bei einer negativen Verstärkung kann das Kind ungeliebte Tätigkeiten vermeiden, sobald es Schmerzen hat und eine mangelnde Verstärkung liegt vor, wenn die Eltern gesundes Verhalten nicht unterstützen.

Seitens der Ärzte bemängelte Ebinger eine häufig unzureichende Behandlung von Kopfschmerzen bzw. Migräneattacken. „Eine konsequente Therapie des akuten Schmerzes ist unbedingt erforderlich, um eine Chronifizierung zu vermeiden“, betonte der Pädiater. Daher sei die pharmakologische Akuttherapie mit einem Analgetikum wie Ibuprofen in korrekter Dosierung wichtig⁴. „Bei Migräneattacken präferiere ich Ibuprofen in einer Dosierung von 10-15 mg/kg Körpergewicht“, erklärte Ebinger.

Nicht-organische Schmerzursachen

Dr. Raymund Pothmann aus Hamburg machte darauf aufmerksam, dass Schmerzen auch aufgrund von bio-psycho-sozialen Störungen (somatoforme Schmerzstörung) auftreten können. Betroffen sind überwiegend Mädchen mit ängstlich-unsicherer Persönlichkeit, bei denen seelische Belastungen, emotionaler Stress und Konflikte zur Entstehung und Aufrechterhaltung des Schmerzes führen. Oft wird die Erkrankung von Angst oder Depressionen begleitet.

Folgende Anhaltspunkte deuten auf eine somatoforme Störung hin:

- hoch eingeschätzte Schmerzintensität bei abweichendem Erscheinungsbild
- vage affektive Schmerzbeschreibung (ohne anatomische Grenzen)
- frühzeitig unwirksame pharmakologische Schmerztherapie.

Als Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie empfiehlt Pothmann, eine tragfähige Vertrauensbasis zu schaffen. „Dafür ist es wichtig, die Schmerzen des Patienten vorbehaltlos zu akzeptieren“, betonte der Kinderarzt. Im Vordergrund steht eine psychotherapeutische Behandlung mit aktivierenden und dekontingierenden Ansätzen, ggf. auch eine stationäre, psychosomatisch ausgerichtete Schmerztherapie.

Schmerztherapie: Unterdosierung vermeiden

Eine adäquate Schmerzbehandlung ist schon von klein auf wichtig, um Auswirkungen bis ins Erwachsenenalter zu vermeiden. „Diese Menschen verschleppen teilweise selbst bei gravierenden Erkran-

kungen den notwendigen Arztbesuch“, berichtete Prof. Sven Gottschling, Homburg/Saar. Dieser Vermeidungstendenz lässt sich bereits im Kindesalter durch eine gute Versorgung mit wirksamen schmerzstillenden Therapien entgegenwirken.

Allerdings zeigte eine aktuelle Studie, dass die erforderlichen Schmerzmittel bei rund 60 % der Kinder unterdosiert wurden – selbst in Kinderkliniken und sogar, wenn ein Standard für die korrekte Dosierung vorlag⁵. Am häufigsten wurden Ibuprofen und Paracetamol verabreicht. „Wie wir aus zahlreichen Publikationen wissen, ist Paracetamol kein ernstzunehmendes Analgetikum“, gab Gottschling zu bedenken. Bei kurzfristigen Schmerzen (z. B. Mittelohrentzündung, Wachstumsschmerzen) sei daher eine wirksame antientzündliche Substanz wie Ibuprofen in ausreichender Dosierung zu verabreichen.

Optimal ist zudem, ein Team aus Patient, Eltern und Behandler zu bilden, bei dem der Patient mitbestimmen darf – z. B. wo geipiekt wird – und die Eltern ablenken, statt zu katastrophisieren.

Autorin:

Dr. Marion Hofmann-Abmus, Fürstenfeldbruck

Literatur:

- 1 Ellert U et al. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (2007) 711-717
- 2 Milde-Busch A et al. Headache 2010;50: 1104-14
- 3 Milde-Busch A et al. Cephalgia 2011; 31(7): 774-85
- 4 Bonfert et al. Neuropediatrics 2013; 44:3-19
- 5 Milani G et al. Eur J Pediatr 2017; 176:979-82

Quelle:

Symposium „Schmerzmanagement bei Jugendlichen“ anlässlich des 113. Kongresses für Kinder- und Jugendmedizin 2017, mit freundlicher Unterstützung der Initiative Schmerzlos – Eine Aufklärungskampagne von RB (Reckitt Benckiser Deutschland GmbH)

1. Neuropädiatrie-Forum

Praxisrelevantes Update zu Epilepsie // Der interaktive Austausch zu aktuellen Themen rund um die Epilepsie bei Kindern und Jugendlichen stand im Mittelpunkt des 1. Neuropädiatrie-Forums in Schloss Hohenkammer. Unter der Leitung von Prof. Gerhard Kurlemann und Prof. Bernd Wilken diskutierten namhafte Referenten mit den rund 40 Teilnehmern über Notfallmedikation, Maßnahmen bei Fieberkrämpfen und Differenzialdiagnosen der Epilepsie.

In Deutschland leben zwischen 60.000 und 80.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit Epilepsie.^{1,2} Die Mehrzahl der Betroffenen ist aufgrund einer Dauermedikation anfallsfrei. Rund 20.000 Kinder und Jugendliche können hingegen jederzeit – und an jedem beliebigen Ort – einen Krampfanfall erleiden. Obwohl die meisten Krampfanfälle selbstlimitierend sind und nach wenigen Minuten enden, erfordern sie rasches Handeln. Denn einen Status epilepticus – darin waren sich alle Neuropädiater einig – gilt es unbedingt zu verhindern. „Ein Krampfanfall sollte spätestens nach drei Minuten mit Hilfe eines Medikaments unterbrochen werden“, betonte Prof. Bernd Wilken, Direktor der Klinik für Neuropädiatrie und des Sozialpädiatrischen Zentrums am Klinikum Kassel. Er gab zu bedenken, dass ein Anfall, der nach fünf Minuten nicht unterbrochen

ist, mit 80-prozentiger Wahrscheinlichkeit länger als 30 Minuten andauert³. Mit zunehmender Anfallsdauer wird es erfahrungsgemäß immer schwieriger, ihn wieder zu beenden. Dazu kommt, dass ein prolongierter Anfall mit einem erhöhten Risiko für neurologische und kognitive Langzeitfolgen sowie mit einer erhöhten Mortalität einhergeht^{4,5}. Derzeit erleiden 17 bis 23 pro 100.000 Kinder jedes Jahr einen Status epilepticus⁶.

Weniger Anfallsrezidive

Zur Anfallsunterbrechung bei Kindern und Jugendlichen sind hierzulande zwei Medikamente zugelassen: das bukkale Midazolam (Buccolam[®]) sowie rektales Diazepam^{7,8}. In Studien erwies sich bukkales Midazolam hinsichtlich Wirksamkeit und Schnelligkeit des Wirkeintritts der bisherigen Standardbehandlung mit

rektalem Diazepam als vergleichbar oder überlegen. So konnte bukkales Midazolam laut einer 2005 in Lancet publizierten Studie 65 Prozent der Anfälle innerhalb von 10 Minuten unterbrechen, rektales Diazepam 41 Prozent⁹. Ein deutlicher Unterschied zeigte sich auch hinsichtlich des Anfallsrezidivs innerhalb einer Stunde. Während unter rektalem Diazepam 17,5 Prozent der Kinder und Jugendlichen ein Rezidiv erlitten, waren es unter bukkalem Midazolam nur 8,0 Prozent ($p=0,026$)¹⁰. Überdies wird bukkales Midazolam deutlich rascher eliminiert als rektales Diazepam (in 27 min bis 3,4 h versus 21 bis 70 h).

Bukkale Applikation beliebter

Wie wichtig die frühzeitige Unterbrechung länger andauernder Krampfanfälle ist, belegt die internationale PERFECT-

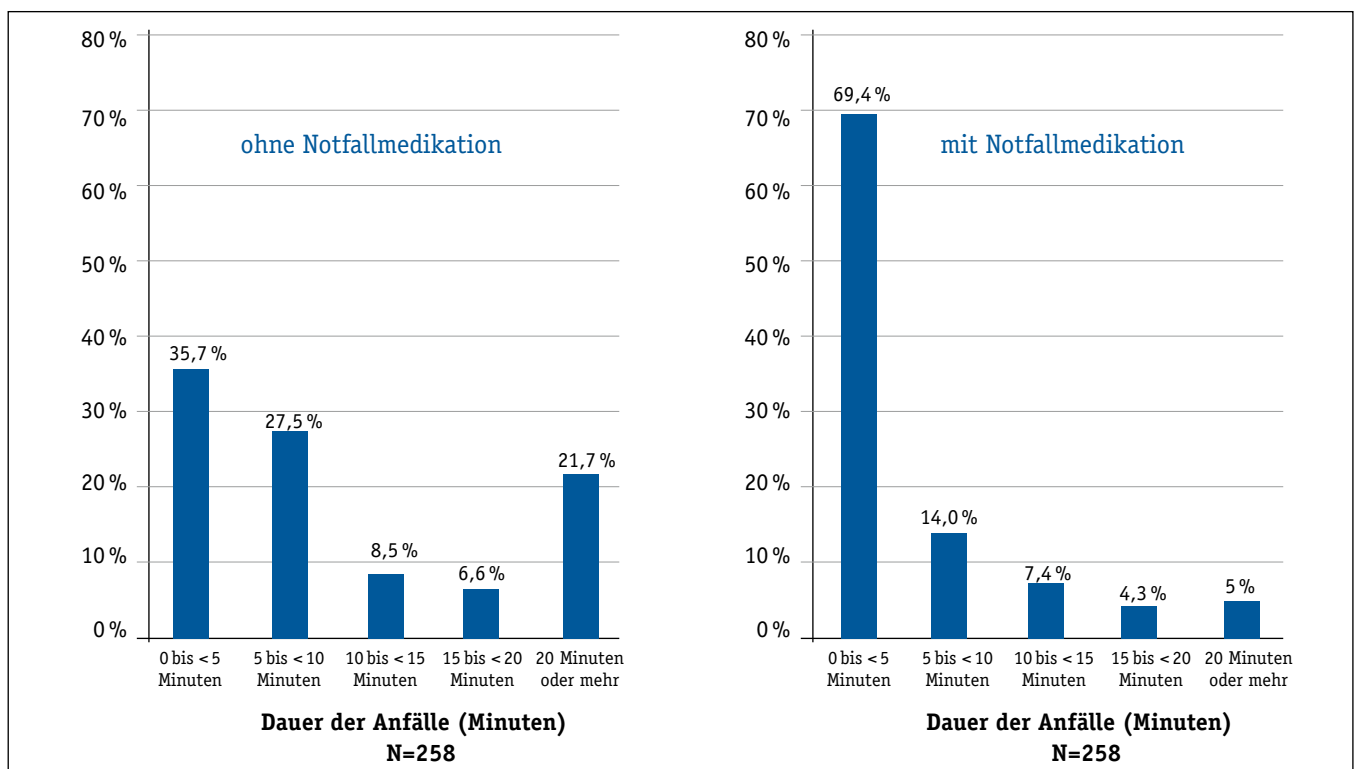


Abb. 1: Eine Notfallmedikation reduziert die Anfallsdauer und verhindert in vielen Fällen einen Status epilepticus

Studie (Practices in Emergency and Rescue medication For Epilepsy managed with Community administered Therapy)¹¹. Ohne adäquate Hilfe kamen 21,7 Prozent der Kinder in einen Status epilepticus, mit Medikation nur 5,0 Prozent. [Abb. 1]

Besonders auffällig war, dass durchschnittlich 76,9 Prozent der Kinder mit verlängerten Krampfanfällen Lernstörungen aufwiesen. Diese nahmen mit steigendem Alter noch zu. Mit 13 bis 16 Jahren zeigten 83,3 Prozent Lernschwierigkeiten¹¹.

Bei einem Krampfanfall in einer Schule, erhielten 56 Prozent der Betroffenen in Deutschland eine Notfallmedikation, 40 Prozent bukkal, 60 Prozent rektal. „Die rektale Anwendung hat den Nachteil, dass ein Lehrer in den Intimbereich der Schüler bzw. der Schülerin eingreifen muss. Noch größer ist die Hemmschwelle, wenn ein männlicher Lehrer einem Mädchen rektales Diazepam geben müsste“, verdeutlichte Wilken. Aufgrund der angenehmeren Applikationsform bevorzugten in einer Studie 94 Prozent der Familien die bukkale Applikation von Midazolam gegenüber der rektalen Anwendung von Diazepam¹².

Epilepsie sicher erkennen

Bei einer fokalen Epilepsie können in den ersten zwei Lebensjahren verschiedene Anfallstypen auftreten. Wie PD Dr. Thomas Bast, Epilepsiezentrum Kork, erläuterte, ist die Unterscheidung der Ursache wichtig, um epilepsiechirurgische Kandidaten möglichst frühzeitig zu identifizieren. Erschwert werde die Differenzierung dadurch, dass sich fokale Epilepsien im Säuglings- und Kleinkindalter häufig mit scheinbar generalisierten Anfallssymptomen präsentieren.

Die Anzahl möglicher nicht-epileptischer Differentialdiagnosen ist hoch¹³. „Es lohnt sich, die eigene Diagnose zu hinterfragen, sofern das Kind ein Jahr nach der Diagnosestellung trotz zweier unterschiedlicher Antiepileptika in Monotherapie oder Kombination nicht beschwerdefrei ist“, konstatierte Bast. Fehldiagnosen kommen insbesondere bei jungen Kindern (< 6 Jahren), zusätzlicher Behinderung und/oder unspezifischer MRT-Pathologie vor. Darüber hinaus kann eine scheinbare Pharmakoresistenz gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufig auf eine Non-Adhärenz zurückgeführt werden¹⁴.

Medikamenten- Wechselwirkungen beachten

Pädiatrische Patienten, die Antiepileptika erhalten, haben ein erhöhtes Risiko für Arzneimittel-Interaktionen – vor allem wenn sie zusätzlich unter onkologischen Erkrankungen oder Immunsuppressiva erhalten. Darauf verwies Christian Philipp Jüttner, Apotheker am Klinikum Kassel. Denn mit zunehmender Komplexität des Medikationsregimes erhöhe sich die Rate klinisch manifester Wechselwirkungen. Wilken nannte einige Medikamente, die man keinesfalls kombinieren sollte. Dazu zählen etwa die Kombinationen Carbamazepin/Phenytoin, Carbamazepin/Lamotrigin oder Oxcarbazepin/Lamotrigin sowie Phenobarbital/Natriumkanalblocker. Generell sollten Medikamente mit identischen Wirkmechanismen nicht zusammen verabreicht werden.

Autorin:

Dr. Marion Hofmann-Aßmus, Fürstenfeldbruck

Literatur:

- 1 Forsgen L et al. Eur J Neurol 2005 Apr;12(4):245-253
- 2 Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/197783/umfrage/minderjaehrige-kinder-in-deutschland/>
- 3 Metsäranta P et al. Dev Med Child Neurol 2004; 46:4-8
- 4 Kravljanc R et al. Eur J Pediatr Neurol 2015; 19:584-590



Abb. 2: Vorträge wurden eingehend diskutiert, interessante Fragen per Abstimmung analysiert

- 5 Chin RF Epileptic disorder 2014; 16:50-58
- 6 Chin RF et al. Lancet 2006; 368:222-229
- 7 Fachinformation BUCCOLAM®, Stand: Mai 2016
- 8 Fachinformation Diazepam Desitin® rectal tube, Stand: Dezember 2013
- 9 McIntyre J et al. Lancet 2005;366:205-10
- 10 Mpimbaza A et al. Pediatrics 2008; 121:e58-e64
- 11 Wilken B et al. P162 (88. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, 23.-26. September 2015, Düsseldorf, Deutschland)
- 12 Ashrafi MR et al. Eur J Paediatr Neurol. 2010; 14(5):434-438
- 13 Kim SH et al. Epilepsy Behav 2012; 24:336-340
- 14 Shetty J et al. Dev Med Child Neurol 2016;58:469-474
- 15 Shinnar S et al. Neurology 2012; 79(9):871-877
- 16 Strengell T et al. Arch Pediatr Adolesc Med 2009;163:799-804

Nach Informationen der Shire Deutschland GmbH

Fieberkrampf rasch unterbrechen

Ein unkomplizierter Fieberkrampf (FK) ist vor allem für die Eltern ein dramatisches Ereignis, medizinisch bleibt er in der Regel folgenlos. Wie Prof. Kurlemann, Leiter der Neuropädiatrie an der Universitäts-Kinderklinik Münster, anhand der FEBSTAT-Studie verdeutlichte, verursacht ein unkomplizierter, kurz andauernder FK keine Veränderungen im Hippocampus¹⁵.

Bei einem länger als fünf Minuten andauernden Anfall besteht hingegen ein erhöhtes Risiko für einen febrilen Status epilepticus, dessen Folgen teilweise früh im Hippocampus erkennbar sind¹⁵. Daher entscheidet auch hier die adäquate und rechtzeitige Einleitung einer Notfalltherapie über den weiteren Verlauf. „Eine Akuttherapie mit Benzodiazepinen kann einerseits einen febrilen Status epilepticus verhindern. Andererseits vermittelt sie den oft extrem besorgten Eltern ein Sicherheitsgefühl“, erklärte Dr. Jonas Kreth, Leiter Sozialpädiatrisches Zentrum und Neuropädiatrie am Klinikum Leverkusen. Fiebersenkende Medikamente verringern das Wiederholungsrisiko für Fieberkrämpfe nicht¹⁶. Sie sollten laut Kreth nach den gleichen Kriterien eingesetzt werden, die auch für Kinder ohne Fieberkrampf in der Vorgeschichte gelten.

Die Gabe von Antikonvulsiva zur Prophylaxe rezidivierender Fieberkrämpfe sieht er kritisch. Angesichts der meist harmlosen Fieberkrämpfe und der hohen Nebenwirkungsrate von Antikonvulsiva rät Kreth zu einer eingehenden Nutzen-Risiko-Analyse. Relevant sei eine ausführliche Aufklärung der Eltern über die gute Gesamtprognose.

Jetzt noch FSME-Infektion mit Schutzimpfung vorbeugen

Zecken auch im Herbst aktiv // Auch wenn sich die Zeckensaison im Herbst langsam dem Ende neigt, besteht das Risiko einer Infektion mit dem Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)-Virus, welches durch den Stich einer infizierten Zecke übertragen werden kann. Einer FSME-Infektion kann aber durch eine Schutzimpfung vorgebeugt werden. Mittels Schnellimmunisierung ist dies sogar kurzfristig noch vor den Herbstferien möglich. Aber auch der Zeckensaison im kommenden Jahr sollte frühzeitig mit dem richtigen Impfschutz entgegenschaut werden.

Die durch den Stich einer infizierten Zecke übertragenen FSME-Viren können zu einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und der Hirnhäute führen. Mögliche schwerwiegende Folgen dieser Erkrankungen können Schluck- oder Sprechstörungen, Bewusstseinsstörungen, Lähmungen der Gesichts- und Halsmuskulatur, Atemlähmungen oder Lähmungen von Extremitäten sein.¹ Neben den schweren Folgen zeigen auch aktuelle FSME-Fallzahlen, wie wichtig die Vorsorge ist: Bis zur 28. Kalenderwoche 2017 sind in Deutschland die gemeldeten FSME-Fallzahlen im Vergleich zum Vorjahreszeitpunkt um 14 % gestiegen. Abgesehen vom Jahr 2011 wurden in diesem Zeitraum seit Einführung der Meldepflicht (2001) noch nie so viele FSME-Fälle gemeldet.² Dennoch stagnieren bzw. fallen die Impfquoten seit 2009/2010 in den FSME-Risikogebieten.³ Zu diesen zählen laut Robert Koch-Institut (RKI) 146 Land- und Stadtkreise vor allem in Baden-Württemberg, Bayern, Südhessen und dem südöstlichen Teil Thüringens.³

Für die Herbstferien mit der Schnellimmunisierung vorsorgen

Um einer FSME-Infektion vorzubeugen, empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) Menschen, die in FSME-Risikogebieten Zecken exponiert sind, neben allgemeinen Vorsorgemaßnahmen, wie dem Tragen langer Kleidung und der Verwendung von Repellents, eine FSME-Schutzimpfung.^{3,4} Auch für die laufende Zeckensaison ist es dazu noch nicht zu spät. Denn dank Schnellimmunisierung lässt sich auch kurzfristig ein schützender Antikörpertiter aufbauen. Dabei werden die ersten zwei Impfdosen, zum Beispiel



beim Einsatz von FSME-IMMUN Erwachsene® (ab 16 Jahren)⁵ oder FSME-IMMUN 0,25 ml Junior® (1 bis 15 Jahre)⁶, in einem Abstand von 14 Tagen verabreicht – mehr als 89 % der geimpften Erwachsenen sind 2 Wochen danach bereits seropositiv.⁵ Die dritte Dosis sowie regelmäßige Auffrischimpfungen erfolgen wieder gemäß dem regulären Impfschema der Grundimmunisierung.^{5,6}

Grundimmunisierung im Winter beginnen

Auch wenn kein kurzfristiger FSME-Schutz benötigt wird, sollte bereits jetzt an eine Schutzimpfung für die nächste Zeckensaison gedacht werden. Denn um möglichst zu Beginn der saisonalen Zeckenaktivität im Frühjahr über einen ausreichenden Impfschutz zu verfügen, empfiehlt es sich mit dem regulären Grundimmunisierungsschema idealerweise in den Wintermonaten zu beginnen. Die beiden ersten Impf-Dosen werden dabei in einem ein- bis dreimonatigen Abstand verabreicht. Die dritte Impfung erfolgt nach fünf bis zwölf Monaten, gefolgt von einer

ersten Auffrischimpfung nach drei Jahren und weiteren Auffrischimpfungen, je nach Alter, alle drei bis fünf Jahre.^{5,6} Ob für die letzten warmen Tage oder die kommende Zeckensaison – bei Einhaltung der Impfschemata lässt sich einer FSME-Infektion bestmöglich ganzjährig vorbeugen.

Quellen:

1. Kaiser R et al. S1-Leitlinie Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME). AWMF-Registernummer: 030/035. Abrufbar unter: http://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2016/PDFs_Download/030035_LL_FSME_2016.pdf. Letzter Zugriff: 07.08.2017.
2. SurvStat@RKI 2.0. Datum der Abfrage: 02.08.2017.
3. Robert Koch-Institut: FSME: Risikogebiete in Deutschland (Stand: April 2017). Bewertung des örtlichen Erkrankungsrisikos. Epid Bull. 2017; 17: 149-160.
4. Robert Koch-Institut: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut – 2017/2018. Epidemiologisches Bulletin 34/2017.
5. Fachinformation FSME-IMMUN Erwachsene®, Stand: Februar 2017.
6. Fachinformation FSME-IMMUN 0,25 ml Junior®, Stand: Januar 2017.

**Nach Informationen von
Pfizer Deutschland GmbH, Berlin**

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Dr. med. Roland Ulmer

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartzky

E-Mail: dr@bartzky.de

Sie finden die Kontaktdaten sämtlicher Funktionsträger des BVKJ unter www.bvkj.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

E-Mail: klaus-michael.keller@helios-kliniken.de

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann (WH)

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

Regine Hauch (ReH)

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/6 89 09-0, www.bvkj.de

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag/Mittwoch/Donnerstag von 8.00–16.30 Uhr,
Dienstag von 8.00–17.00 Uhr, Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführer:

Dr. Michael Stehr

Tel.: 0221/68909-11

michael.stehr@uminfo.de

Geschäftsstellenleiter:

Armin Wölbeling

Tel.: 0221/68909-0

armin.woelbeling@uminfo.de

**Teamleiterin Bereich Mitglieder-
service/Organisation:**

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

**Teamleiterin Bereich
Gremien/Funktionsträger**

Martina Scharschmidt

Tel.: 0221/68909-10

martina.scharschmidt@uminfo.de

Teamleiterin Bereich

Monika Kraushaar

Fortbildung/Veranstaltungen:

Tel.: 0221/68909-15

monika.kraushaar@uminfo.de

**Politische Referentin
des BVKJ in Berlin:**

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag/Mittwoch/Donnerstag von 8.00–16.30 Uhr,
Dienstag von 8.00–17.00 Uhr, Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaezrte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de