

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 04/18
49. (67.) Jahr · A 4834 E

bvkg.

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



Berufsfragen

Sicherstellung der
pädiatrischen Versorgung
in Deutschland

Fortbildung

Keuchhusten –
eine impfpräventable
Erkrankung

Forum

Klatsche
für Jameda

Magazin

„Unsere Jana
ist kein Herzfehler“

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 04 | 2018

Berufsfragen

Aufruf Leserumfrage // Thomas Fischbach	161
Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung in Deutschland // Klaus Rodens	161
Budapest Deklaration // Elke Jäger-Roman	167
PädExpert® gewinnt Praxispreis	170
Beispiel Abrechnung UV-GOÄ // Wolfgang Landendörfer	174
Mutterschutz im Gesundheitswesen // Juliane Netzer-Nawrocki	177
Tagung des BVKJ-Länderrates // Martin Lang	180

Fortbildung

Highlights aus Bad Orb: Pertussis – Impfstoffe und aktuelle Impfeempfehlungen // Markus Knuf, Ruppert Burkhard, Ralph Köllges, Markus Rose, Carl H. Wirsing von König	183
Impressum	186
Highlights aus Bad Orb: Angeborene und erworbene Wachstumsstörungen des Schädels, Teil 1 // Joachim Zöller, Andrea Grandoch	187
Welche Diagnose wird gestellt? // Anne Teichler	192
Suchtforum // Matthias Brockstedt	196
consilium: Gibt es Empfehlungen zu Desinfektionsmitteln für die präoperative Hautdesinfektion bei Kindern? // Christine Geffers	198
Review aus englischsprachigen Zeitschriften	200
Impfforum // Ulrich Heiningner	202

Forum

Klatsche für Jameda? // Michael Stehr	203
Das Leser-Forum	204
Neue Leitlinien zur Beschneidung // Christoph Kupferschmid	206
ZI-Grafik des Monats Februar 2018 // Wolfram Hartmann	208
Kinder bewegen sich anders als früher	209
Pädiatrische Empfehlungen zum Bildschirmmediengebrauch // Uwe Büsching	210
15. BVKJ-Assistentenkongress // Sebastian Bartels	213
BVKJ-Pressesprecherseminar // Michael Stehr	214
4. World Vision Kinderstudie 2018 // Wolfram Hartmann	216
Vorläufige Finanzergebnisse der GKV 2017 // Wolfram Hartmann	218



Jana ist nicht „der Herzfehler“

S. 219

Magazin

Jana ist nicht „der Herzfehler“ // Harry Rätz	219
Dr. Sylvia Schuster zum 65. Geburtstag // Hermann Josef Kahl	221
Dr. Martin Terhardt zum 65. Geburtstag // Hermann Josef Kahl	222
Personalien	223
Pädindex	225
Fortbildungstermine des BVKJ	226
Nachrichten der Industrie	227
Wichtige Adressen des BVKJ	233

Titelbild: © Nkarol - istockphoto.com

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe sind eine Beilagen der Nutricia GmbH sowie einem Teil der Auflage das Programmheft zum Pädiatrie zum Anfassern des LV Baden-Württemberg in Offenburg beigefügt. Wir bitten um Beachtung.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der „Kinder- und Jugendarzt“ ist das meist gelesene pädiatrische Fachjournal in Deutschland. Dies ist kein Zufall, daran arbeiten viele mit, ob als Autoren, Redakteure oder Verlagsmitarbeiter des Hansischen Verlagskontors in Lübeck. Ihnen allen vorab gilt mein besonders herzlicher Dank. Ganz vorneweg danke ich Herrn Norbert Beleke, der den Verlag bis zum Ende des vergangenen Jahres kompetent geleitet und immer ein offenes Ohr für die pädiatrischen Belange hatte. Seit seinem Eintritt in den wohlverdienten Ruhestand ist die Hansische Verlagskontor GmbH ein Teil des Verlagskonsortiums Dr. Ippen. Sie werden jedoch vom Inhaberwechsel nichts bemerken, denn die erfolgrei-

che Zusammenarbeit zwischen dem BVKJ und dem neuen Verlagsseigner wird wie bisher vertrauensvoll fortgesetzt werden.

Dennoch kann Gutes noch besser werden und deshalb wollen wir durch unsere diesjährige Online-Leserumfrage von Ihnen erfahren, was wir noch verbessern sollen, welche Themen Sie interessieren und wo wir Schwerpunkte setzen sollen. In der letzten Zeit haben wir uns stärker dem Themenkomplex „Berufsfragen“ gewidmet und sind sehr interessiert zu erfahren, ob wir damit ins Schwarze getroffen haben. Bitte nehmen Sie sich wenige Minuten Zeit, um die wenigen Fragen zu beantworten, die wir Ihnen stellen möchten. Sie helfen

uns dadurch, noch passgenauer Ihre Erwartungen an ein modernes pädiatrisches Fachjournal zu erfüllen.

Wir freuen uns auf Ihre Beteiligung.

Dr. Thomas Fischbach
Präsident BVKJ

UND SO GEHT ES ZUR UMFRAGE:

Auf unserer Homepage www.kinder-undjugendarzt.de oder in PädInform finden Sie einen entsprechenden Button, den Sie bitte anklicken. Die Erhebung ist in der Zeit vom 15.04.- 15.05.2018 freigeschaltet.

Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung in Deutschland

– Ein Plädoyer des BVKJ für die Stärkung der grundversorgenden Pädiatrie –



Dr. Klaus Rodens

Standortbestimmung 2018

Der Anteil der <20-Jährigen beträgt derzeit **14,6 Mio. (18 %)** der Gesamtbevölkerung und verringerte sich in den letzten Dekaden deutlich. 2000: 17,4 Mio. (21 %), 1980: 21 Mio. (27 %).

Reziprok dazu hat die **Zahl der >65-Jährigen** auf **17,7 Mio. (22 %)** zugenommen. 2000 waren es 14,0 Mio. (17 %), 1980 12,2 Mio. (16 %). Das heißt, die Zahl der älteren, damit auch zunehmend multimorbiden Patienten mit erhöhtem medizinischen Bedarf nimmt stetig zu.

Aktuell kommen in Deutschland wieder mehr Kinder auf die Welt: Die **Zahl der Neugeborenen** ist zwischen 2011 und 2016 um etwa 98 000 auf **760.652** gestiegen. 1980 waren es 865 789 Geburten, 2000: 766 999. Den niedrigsten Stand gab es 2011 mit 662 685 Geburten (Quelle: Statistisches Bundesamt).

Die aktuellste Prognose geht von folgenden Zahlen aus (siehe Tab. 1).

Diese (defensive) Prognose geht noch von einer Geburtenziffer/Frau von 1,5 aus und ab 2020 von einem jährlichen Migra-

tionssaldo von 750.000 im Jahr 2016 abfallend auf 200.000 im Jahr 2021.

Ärztliche Versorgung und Stellenwert der Kinder- und Jugendmedizin

Ende 2016 gab es laut KBV-Statistik (<http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php>) **7.509 Vertragsärzte im Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin** (ca. 8,2 %ige Zunahme seit zehn Jahren) und zum Vergleich eine eher stagnierende Anzahl von **54.881 Allgemeinärzten** (ca. 1,2 %ige Zunahme seit zehn Jahren). Stetig zugenommen hat die jeweilige Facharztanerkennung für Frauen, die inzwischen in der Pädiatrie die 80 %-Marke überschritten hat. In der Niederlassung war der Frauenanteil 2016 52,5 % in der Kinder- und Jugendmedizin und 43,9 % in der Allgemeinmedizin.

Ist	13. Bevölkerungsvorausberechnung Variante 2a 2017					
	2012	2015	2020	2025	2030	2035
0 - 4	3.392.242	3.614.000	3.837.000	3.763.000	3.576.000	3.354.000
5 - 9	3.482.309	3.572.000	3.731.000	3.896.000	3.821.000	3.635.000
0 - 10	6.874.551	7.186.000	7.568.000	7.659.000	7.397.000	6.989.000
10 - 14	3.808.352	3.696.000	3.655.000	3.773.000	3.938.000	3.863.000
15 - 19	4.038.105	4.190.000	3.841.000	3.738.000	3.856.000	4.021.000
10 - 20	7.846.457	7.886.000	7.496.000	7.511.000	7.794.000	7.884.000
<20	14.721.008	15.072.000	15.064.000	15.170.000	15.191.000	14.873.000
insgesamt	82.176.000	83.450.000	83.298.000	82.857.000	82.168.000	82.168.000

Tab. 1: Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungBundeslaender2060_Aktualisiert_5124207179004.pdf;jsessionid=5894324F77A3559ACED5F7B1F4E39862.InternetLive2?__blob=publicationFile)

Beiden Fächern in der Niederlassung gemeinsam ist die wichtige **Steuerfunktion des ärztlichen Koordinators**.

Laut §73 des SGB V (1a) nehmen an der hausärztlichen Versorgung teil:

1. Allgemeinärzte,
2. Kinder-(und Jugend)ärzte,
3. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben.

D. h., in Deutschland existiert **im Bereich der ambulanten hausärztlichen Primärversorgung ein gemischtes System**. Im Bereich der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen hat sich in der Vergangenheit ein duales Versorgungssystem bewährt, das **faktisch zu einer Differenzierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen** geführt hat.

Die aktuelle Versorgungsanalyse spiegelt die reale Welt und spricht für sich: Eine Praxis für Kinder- und Jugendmedizin hatten 67,9 % (95 %-KI: 65,9–69,8 %) und eine Praxis für Allgemeinmedizin 34,1 % (95 %-KI: 31,6–36,3 %) der 0- bis 17-Jährigen in den letzten 12 Monaten aufgesucht. (Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter, KIGGS-Studie, Bundesgesundheitsbl 2014 · 57:878–891 DOI 10.1007/s00103-014-1989-1 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014)

Warum kann ein Primärarztssystem ohne die Pädiater nicht die Alternative sein? Viele untersuchte Qualitätsindikatoren geben Hinweise darauf und finden signifikante Unterschiede in einzelnen Parametern im Vergleich der Systeme

(Antibiotika-Verordnung, Letalität an Meningitis, Asthma etc.).

*Quellen (u.a.):

Lancet 2013, Ingrid Wolfe et al., Health in Europe Series 4, Health services for children in western Europe

Dtsch Med Wochenschr 2010 135: 1792-1797, S. Abbas et al. Unterschiede im Verschreibungsverhalten

Arch Dis Child, April 19, 2010 D. van Esso et al. Paediatric primary care in Europe: variation between countries

Rev Pediatr Aten Primaria. 2010;12:(Suppl 18):s9-s72, JCB Álvarez et al. What Medical Professional is the most adequate, in developed countries, to provide health care to children in primary care, Systematic Review

BMJ 2007;335:268-9 Alan Craft Are health services in England failing our children? Poor outcomes for major childhood diseases reflect the low status of children's NHS services

Was zeichnet unser deutsches Gesundheitswesen im idealen Fall aus und ist erhaltenswert?

- niederschwelliger Zugang für Patienten/Versicherte
- Differenzierung und Qualifizierung (durch Weiter-, Fort- und Ausbildung) der Ärzte als Grundlage einer bestmöglichen Versorgung
- Kooperation und Aufgabenverteilung/-gewichtung der Fachgruppen im Interesse der Patienten/Versicherten
- geordnete intersektorale Strukturen (ambulant-stationär, öffentlicher Gesundheitsdienst)

- geregelte Versichertenversorgung zu Unzeiten
- weitgehend strukturierte Präventionsangebote und Instrument der Krankheitsprävention und Monitor des sich entwickelnden Menschen

Was sind die aktuellen sowie kurz- und mittelfristigen Probleme?

- unsortierte und übermäßige Inanspruchnahme der Strukturen (intersektoral, interdisziplinär) durch die Niederschwelligkeit (Beispiel Notdienst)
- durch fehlgesteuerte maximale Inanspruchnahme Mangel an individueller Zeit für den Patienten (Das betrifft Allgemeinärzte wie Kinder- und Jugendärzte und ist ein wichtiger Punkt für die Vision der künftigen Patientenversorgung: Es darf nicht um mehr Masse gehen, sondern um intensiveres Case Managing)
- Reibungsverluste in der Versorgung durch innerärztlichen Wettbewerb (Allgemeinmedizin versus Pädiatrie, Grundversorger versus Spezialisten, Praxen versus Kliniken)
- ambulant: Erhalt eines flächendeckenden Versorgungsangebots (wegen Zunahme von Teilzeit- und Anstellungsverhältnissen, falschen ökonomischen Anreizsetzungen, unpassender 'Bedarfsplanung', Pseudo-'Vertragsarztsitzen' durch Hobbypraxen mit Ungleichverteilung der Versorgung, Mangel an Nachfolgern für die Nachbesetzung von Praxen, Land-

und Brennpunktflucht der Ärzteschaft hin zu attraktiveren Ökotopten etc.)

- klinisch: Unrentabilität kleiner Kliniken und wenig spezialisierter Abteilungen, künftig Rarefizierung von Spezialambulanzen, fehlender qualifizierter Nachwuchs

Was hat sich im Alltag einer allgemeinen ambulanten pädiatrischen Praxis in den letzten drei Dekaden geändert?

Eine wichtige Domäne der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist nach wie vor die **Akutmedizin**, deren quantitative Bedeutung aber durch vier Entwicklungen der letzten Jahre relativ abgenommen hat. 60 % der Vorstellungsanlässe betreffen akutmedizinische Krankheitsbilder*. Der durchschnittliche Zeitaufwand für diesen Teil der medizinischen Versorgung entspricht dabei nur etwa einem Drittel des gesamten Betreuungsaufwands. Was hat sich gewandelt?

- **Die Präventionsleistungen** (Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen) haben deutlich zugelegt und machen inzwischen ca. 29 % der Vorstellungsanlässe in den pädiatrischen Praxen und 26 % des gesamten Betreuungsaufwandes aus. Aufgrund der seit 2017 eingeführten neuen Kinderrichtlinie mit einer merklichen inhaltlichen Mehrleistung (u.a. Entwicklungsbeurteilung, vorausschauende Beratung) innerhalb des obligatorischen Leistungsinhaltes dürfte sich der zeitliche Umfang für die Vorsorgeuntersuchungen noch einmal vergrößert haben.

Als das Früherkennungsprogramm für Kinder 1971 begonnen wurde, umfasste es noch acht Untersuchungen (U1 bis U8). In den folgenden Jahrzehnten wurde dieses Präventionsportfolio um drei neue ‚gesetzliche‘ Früherkennungsuntersuchungen (U9, J1 und U7a) und drei weitere vom BVKJ entwickelte und empfohlene Vorsorgen (U10, U11 und J2) erweitert. Hinzu kamen zahlreiche Screening-Untersuchungen (erweitertes Neugeborenen-Stoffwechsel-Screening, inzwischen mittels Tandem-Massenspektrometrie), Ultraschalluntersuchungen auf angeborene Hüftdysplasie oder -luxation, Untersuchung auf angeborene Hörstörungen bei Neugeborenen, Brückner-Teste bis

zur U7, Sehscreening im Rahmen der U7a, U8 und U9, Hörscreening im Rahmen der U8 (mittels Mehrfrequenzaudiometrie), Screening auf kritische angeborene Herzfehler bei Neugeborenen mittels Pulsoxymetrie).

Und dann noch: In drei Dekaden hat sich die Zahl der STIKO-empfohlenen Impfungen praktisch verdoppelt.

*(U. Fegeler · E. Jäger-Roman · R. Martin · H.-J. Nentwich, Ambulante allgemeinpädiatrische Grundversorgung. Versorgungsstudie der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin. Monatsschrift Kinderheilkunde 12: 1117–1130)

- Die so genannte **neue Morbidität** (z.B. ADHS, Störungen der sprachlichen und motorischen Entwicklung, Adipositas oder Medienabhängigkeit) schlägt mit einem Zeitaufwand von 26,4 % zu Buche. Zusammen mit den Erkrankungen/Störungsbildern aus dem Bereich der Psychosomatik nimmt sie pro Tag genau so viel Arztzeit in Anspruch wie die Versorgung der Patienten mit somatischen Erkrankungen. Daraus leitet sich auch unmittelbar die Forderung ab, dass Weiterbildungsinhalte in der Kinder- und Jugendmedizin die Facetten der Psychosomatik in diesem Lebensabschnitt darzustellen haben.
- **Komplexe Versorgungsanlässe mit maßgeblich psychosozialen Einflussfaktoren** (mitbedingt durch Alleinerziehung, Armut, schulisches Umfeld etc.) haben zugenommen. Insgesamt 20,2 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren (Jungen

23,4 % und Mädchen 16,9 %) ließen sich laut KIGGS-Studie, KIGGS-Welle 1, publiziert 2014) einer Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten zuordnen. Der individuelle Beratungsaufwand hat deutlich zugenommen.

- Die **Betreuung chronisch kranker Kinder, auch ehemaliger Frühgeborener**, ist intensiver und aufwändiger (Leitlinien) geworden (altersabhängig unterschiedliche Prävalenzen, für 7-10-Jährige: Asthma ca. 5-10 %, atop. Ekzem ca. 6-8 %, Epilepsie 1 % u. a., laut KIGGS-Studie 16,2 % mit einer erheblichen Teilhabebeeinträchtigung bei jedem fünften betroffenen Kind).

Wie sieht die Versorgungsrealität aus?

Die Teilnahmequoten für die U-Untersuchungen (U3 bis U9) zur Früherkennung und Vorsorge von Erkrankungen liegen für die Untersuchungen U3 bis U6 bei über 95 Prozent (KIGGS-Welle 1). Auch an den späteren U-Untersuchungen (U7 bis U9) nehmen inzwischen mehr als 90 Prozent aller Kinder teil.

In einer 2008 im KV-Bereich Baden-Württemberg durchgeführten Analyse der Inanspruchnahme der Vorsorgen im Vergleich zwischen Kinder- und Jugendärzten (n=752) einerseits und Allgemeinärzten (n=5495) andererseits ergab sich für alle Vorsorgen bis zur U9 ein durchschnittliches Verhältnis pro Arzt von ca. 90 (beim KJA):1 (beim AA). Bezüglich der J1 war das Verhältnis 12 (KJA):1 (AA).

Tab. 2: Facharztanerkennungen Allgemeinmedizin und Pädiatrie in den letzten Jahren

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Allgemeinmedizin Bund						
Gesamt Facharztanerkennungen			998	1134	1277	1290
weiblich			632	722	860	815
Prozentual			63,3 %	63,7 %	67,3 %	63,2 %
Pädiatrie Bund						
Gesamt Facharztanerkennungen	633	596	634	683	664	647
Weiblich	446	427	465	502	497	486
Prozentual	70,5 %	71,6 %	73,3 %	73,5 %	74,8 %	75,1 %

Nicht verschwiegen werden soll, dass trotz in den letzten Jahren tendenziell geringer gewordener Stadt-Land-Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen die Betreuung dieser Patienten in dünn besiedelten Gebieten mit geringer Pädiaterdichte oder fehlenden Kinder- und Jugendärzten weiterhin vielfach durch Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner wahrgenommen werden. Der statistische durchschnittliche **'Crossing-Point'**, zu dem gleich viel Kinder und Jugendliche in eine pädiatrische wie in eine allgemeinmedizinische Praxis gehen, liegt bei ca. 13 Jahren.

Die Daten der Versorgungsstudie der DAKJ (2014) zeigen ebenso wie z.B. die Heilmittelverordnungsdaten des HIS, dass mit großem Abstand Kinder- und Jugendärzte für die weiterführende Diagnostik und Therapie bei aufwändigen Krankheitsbildern wie Entwicklungsstörungen, Sprachentwicklungsproblemen, ADHS, chronischen Erkrankungen usw. zuständig sind.

Dass sich **kinder- und jugendärztliche Behandlungskompetenz** von allgemeinärztlicher Behandlungskompetenz bei Kindern und Jugendlichen zwangsläufig unterscheiden muss, hat viele Gründe: Die lange (**fünffährige**) und obligatorische **Weiterbildung**, die **kontinuierliche Fortbildung im Fach**, der (andere) Zugang zu den jungen Patienten, die spezifische praxisinterne **kindgerechte Infrastruktur** und die **Kontinuität der täglichen Arbeit** ausschließlich mit Kindern und Jugendlichen sind dafür verantwortlich.

Es ist auch ein offenes Geheimnis und fließt inzwischen als Maxime in viele gesundheitspolitische Entscheidungen ein (z.B. Richtlinienerrlasse im GBA), dass die Ergebnisqualität in der Behandlung besser wird, wenn **ausreichend Erfahrung** vorhanden ist.

Demographie der Ärzteschaft und notwendige Konsequenzen

Die demographische Entwicklung gibt überdies mit der Macht des Faktischen eine ganz andere Richtung vor und hat einen wenig Ziel führenden Streit um Zuständigkeiten innerhalb der Ärzteschaft eingeholt: Die knapper werdenden Ressourcen an ärztlichem Personal und an ärztlicher **Fachkompetenz müssen zum Wohl aller Altersgruppen so eingesetzt werden, dass überall ein Versorgungs-**

standard auf hohem Niveau aufrechterhalten werden kann.

Der Altersdurchschnitt der Kinder- und Jugendärzte in der Praxis liegt heute bei 52,7 Jahren, bei den Allgemeinärzten bei 55,1 Jahren (<http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php>). **Der Anteil der > 60-Jährigen liegt bei den Kinder- und Jugendärzten bei 23,4 %, bei den Allgemeinärzten 33,5 %.** Das heißt, in den nächsten 5 Jahren werden ca. 25 % der Kinder- und Jugendärzte und jeder dritte Allgemeinarzt (34 %) in den Ruhestand gehen.

Weniger Allgemeinärzte werden alle verfügbaren Energien darauf setzen müssen, einen viel **größeren Bedarf der älter und kränker werdenden Bevölkerung** ärztlich zu versorgen. Schon deshalb können sie die bereits bestehenden Engpässe in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht auffüllen. Wenn es nicht gelingt, in beiden Fachgruppen relativ rasch wirksame Lösungsstrategien zur Nachwuchsrekrutierung* zu finden, werden sich bereits bestehende jeweilige Versorgungsengpässe bei den älteren Menschen durch Allgemeinärzte einerseits wie auch bei den Kindern und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendärzte andererseits zu einem massiven Problem entwickeln. Ein **Gerangel um irgendwelche Klientele ist in dieser Situation nicht nur kontraproduktiv, sondern völlig irrational.** Schlussendlich werden die Patienten selbst mit ihren Füßen abstimmen, wo sie sich am besten aufgehoben fühlen.

Die Perspektive der pädiatrischen Versorgung wird darüber hinaus nicht nur durch die Folgen der **'Feminisierung** in der Ärzteschaft' wie vermehrter Inanspruchnahme von **Teilzeitarbeit**, dem Wunsch nach **geregelten Arbeitszeiten** (ohne 'open end'), **Anstellungsverhältnisse** statt Praxisübernahme und dem zunehmenden **Nachwuchsmangel** an niederlassungswilligen ÄrztInnen gerade für die medizinische Grundversorgung bestimmt. Eine große Rolle spielt auch die nicht mehr zeitgerechte und die Versorgungsrealität ignorierende **überholte Bedarfsplanung** gerade in der Kinder- und Jugendmedizin.

Weitere versorgungsrelevante Änderungen der letzten Zeit betreffen den allmählich flächendeckend etablierten **pädiatrischen Bereitschaftsdienst** in Kooperation mit Kinder- und Jugend-

kliniken (Übernahme der pädiatrischen Notfallversorgung zu Unzeiten), der als positive Entwicklung eine 24-stündige Abdeckung pädiatrischer Notfälle gewährleistet wird, sowie die Installierung von regionalen **Netzwerkstrukturen** wie Frühe Hilfen oder interdisziplinärer Frühförderung, Integration und Inklusion u.a. (z.B. SPZs).

Bedarfsplanung völlig überholt, Versorgung gefährdet

Anachronistisch zu den realen Bedarfen ist die **Zahl** der pädiatrischen Vertragsarztsitze (numerisch) und ihr **Honorar** (finanziell) strikt **gedeckt**. Fachärztliche Pädiater und sogar SPZs werden in der aktuellen Bedarfsplanung wie hausärztlich tätige Kinder- und Jugendärzte behandelt. Verheerendes Resultat ist vor allem im großstädtischen Bereich eine **Ausdünnung der grundversorgenden pädiatrischen Praxen.**

Außerdem haben sich regionale Rahmenbedingungen in den letzten Jahrzehnten seit der Verabschiedung der geltenden bedarfsplanerischen Eckpunkte deutlich geändert. Es sind **soziale Brennpunkte in den Städten** entstanden mit allen Konsequenzen für einen Mehraufwand pädiatrischen Engagements. Hier und in **strukturschwachen ländlichen Regionen** finden bestehende Praxen **keinen Nachfolger** mehr.

Folge ist, dass trotz angeblicher (formaler) Überversorgung in vielen Regionen eine **spürbare Unterversorgung** Einzug gehalten hat, mit dem Effekt, dass in vielen städtischen, aber auch in ländlichen Regionen die **Eltern keinen betreuenden Kinder- und Jugendarzt mehr finden.**

Diese Unterversorgung zeichnet sich auch im klinischen Bereich ab: Die **Zahl der Kinder- und Jugendkliniken und Kinder- und Jugendlichenstationen ist stark rückläufig**, diese sind zudem oft nicht ausreichend finanziert. Spezielle pädiatrische Versorgung mit entsprechenden Angeboten findet dort zunehmend nicht mehr statt. Gedankenspiele zur Übernahme sämtlicher pädiatrischer Aufgaben, auch die der Primärversorgung, an Kliniken, sind blanker Unsinn. Nicht nur durch die merkliche **Zentralisierung und Rarefizierung von Spezialambulanzen** können klinikassoziierte Strukturen (Polikliniken/Fachambulan-

zen) die ambulante Versorgung in der Niederlassung (Praxis) grundsätzlich nicht gleichwertig ersetzen. Ganz zentrale Elemente und Leitbilder einer bewährten und guten Kinderbetreuung würden in solchen Strukturen wegfallen*.

**[(a) Kinder- und Jugendärzte sind die ersten Ansprechpartner für Kinder und ihre Familien bei allen medizinischen und psychosozialen Problemen und Fragen zu Wachstum und Entwicklung und (b) Kinder- und Jugendärzte versorgen Kinder kontinuierlich von der Geburt bis zu ihrer somatischen Reife und dem Übergang in die Erwachsenenmedizin.]*

Die Mehrzahl der **Vorstellungsanlässe sind keine ICD-10-kategorisierten Erkrankungen**, die nach dem Kochbuchrezept einer stringenten Leitlinienanwendung angegangen werden können, sondern resultieren aus einem komplexen Erkrankungsspektrum, das durch viele psychosoziale Einflüsse auf verschiedenen Ebenen beeinflusst wird.

Es fehlt in einer solchen Phantasie die **personale Kontinuität des Arztes/der Ärztin**, die auch in Kenntnis der unmittelbaren Lebensumwelt (des Milieus) der Familie einen Vertrauensaufbau durch gesicherte nichtanonyme Bindung und Entwicklungsbeobachtung über eine lange Zeit garantiert.

Ohne das Engagement der in den pädiatrischen Krankenhäusern tätigen Kollegen schmälern oder gar in Abrede stellen zu wollen, würde der Wegfall einer Pädiatrie in der Niederlassung das Niveau der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen drastisch absacken lassen, weil die völlig überforderten pädiatrischen Kliniken vor der draußen nicht bewältigten pädiatrischen Morbidität zu ersticken drohen. Keine der beiden Strukturen (Praxen und Kliniken) kann die andere ersetzen oder vereinnahmen. Die negativen Folgen für die Patientenversorgung wären gravierend.

Aus allem resultiert:

Die Lösung in der Zukunft kann nur in einer **kooperativen Arbeitsteilung der beteiligten klinischen Sektoren** (Weiterbildungsverbünde, geordnete Zuweisungsstrukturen) **und ambulant tätigen Professionen** bestehen. Zu diesen gehören selbstverständlich auch die Allgemeinmediziner, die Kinder- und Jugendpsychiater und andere kinderversorgende Fachgrup-

pen (Kinderchirurgie, Pädaudiologie/Phoniatrie) sowie relevante Organfächer (Augen, Gynäkologen, HNO, Haut, Orthopäden etc.).

Dem entspricht eine weitere Maxime guter („good clinical practice“) grundversorgender Pädiatrie:

Kinder- und Jugendärzte sind Lotsen im Gesundheits- und Sozialsystem. Sie streben die bestmögliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen an, indem sie

- a) mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen anderer Fachdisziplinen kooperieren, die auf ihrem Gebiet eine besondere pädiatrische Kompetenz erworben haben**
- b) mit pädiatrischen Subspezialisten und Spezialeinrichtungen zusammenarbeiten, die chronisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche multiprofessionell versorgen**
- c) bei notwendiger stationärer Diagnostik und Therapie ausschließlich in Kinder- und Jugendkliniken oder pädiatrischen Fachabteilungen überweisen und**
- d) auf kommunaler Ebene in Netzwerken mit Behörden und Institutionen zusammenarbeiten, die Förder- und Hilfsangebote für Kinder und Jugendliche und Familien vorhalten.**

Das Überleben und die Attraktivität der ambulanten Pädiatrie und damit die **bestmögliche ambulante Versorgung kranker Kinder und Jugendlicher** liegt vielmehr an untereinander abgesprochenen **Vernetzungen der maßgeblichen Akteure** mit definierten Versorgungsaufträgen z. B. an Spezialambulanzen in den Kinder- und Jugendkliniken oder an niedergelassene pädiatrischen Subdisziplinen. (Die Komplexität des Falles könnte hier als Richtschnur für eine reibungslose und zielorientierte Zuweisung gelten.)

Verbindliche und von beiden (stationär und ambulant) Seiten tragbare **Regelungen** für die **Patientenversorgung in Unzeiten** (z.B. geordnete Notdienstregelung in Kooperation mit einer Kinder- und Jugendklinik) werden die Regel sein.

Ein flexibles **Nebeneinander von Einzelpraxen und Kooperationsformen** (fachgruppengleich und fachgruppenübergreifend) wird den unterschiedlichen z.B. regionalen ambulanten Bedarfen am ehesten gerecht.

Eine **unproblematische(re) Anstellung von Ärzten** und die Aufhebung von

finanziellen Deckelungen (Beispiel Job-sharing-Praxen) wird erforderlich werden.

Existentielle Sicherheitsgarantien (z.B. Minimierung von Regressbedrohungen, gesichertes und angemessenes Einkommen) werden kommen müssen.

In **Ballungszentren** geht der Trend hin zu einer **stärkeren Sozialraumvernetzung** mit verschiedenen paramedizinischen sowie kommunalen Akteuren (wie z.B. Frühe Hilfen oder Zusammenarbeit mit freien Trägern).

In **strukturschwachen Gebieten** wird es vermehrt **pädiatrische Filialpraxen mit Zeitfensterpräsenz** sowie **fachgruppenübergreifende Kooperationen** geben.

Es gibt weitere wichtige To-do's vor der Niederlassung.

Zur Akquise einer angemessenen Zahl künftiger niederlassungsbereiter Kinder- und Jugendärzte sind viele konzertierte Aktionen nötig. Die müssen schon im **Medizinstudium** (Erhöhung der Zahl der Studienplätze und zumindest Teilkontingentierung ohne die Hürde eines Numerus clausus, Förderung der Famulatur in der Pädiatrie etc.) beginnen und sich in **der Weiterbildung** (finanziertes ambulantes Weiterbildungsjahr analog zur Allgemeinmedizin) mit Implementierung eines Pflichtweiterbildungsjahres vor der Niederlassung fortsetzen. Eine solche Verpflichtung kann motivationsstiftend sein und Kompetenzlücken, die in der klinischen Weiterbildung nicht gelehrt und gelernt werden, stopfen helfen.

Fazit: Es gibt zwar denkbare Alternativen zu einem Versorgungssystem ohne eine grundversorgende Praxispädiatrie. Aber bei weitem keine besseren, sondern nur schlechtere. Wichtig und eigentlich schon zu spät (es ist schon fünf nach zwölf) müssen die notwendigen Rahmenbedingungen zu ihrem Erhalt rasch etabliert und damit dauerhafte Attraktivität geschaffen werden.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Klaus Rodens

89129 Langenau

E-Mail: KlausRodens@t-online.de

Red.: WH

Budapest Deklaration zu Rechten, Gesundheit und Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen auf der Flucht (Budapest Declaration On the Rights, Health and Well-being of Children and Youth on the Move)

(Den englischen Text im Original finden Sie in **PädInform** im Ordner „Kinder- und Jugendarzt“)



Dr. Elke Jäger-Roman

Wir Kinder- und Jugendärzte und Experten für Kindergesundheit haben uns anlässlich der Jahreskonferenz der „International Society of Social Pediatrics and Child Health“ (ISSOP) 2017 in Budapest, Ungarn, auf Kinder und Jugendliche auf der Flucht konzentriert:

- *Im Bewusstsein* einer beispiellosen weltweiten Bewegung von Kindern und Jugendlichen innerhalb und außerhalb ihrer Heimatländer – als Reaktion auf bewaffnete Konflikte, andere Formen von Gewalt, Armut und Naturkatastrophen.
- *In Kenntnis* von den perversen Auswirkungen ihrer Vertreibung – einschließlich physischer, psychischer und sexueller Gewalt, Menschenhandel, Inhaftierung und Trennung von den Eltern – auf ihre Gesundheit und ihr Wohlergehen während der Kindheit und im gesamten weiteren Lebensverlauf.
- *Sich vor Augen führend* die Verletzlichkeit von Neugeborenen, behinderten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, unbegleiteten Minderjährigen und schwangeren Frauen auf der Flucht.

- *Im Wissen* um die tiefgreifenden Verletzungen der Menschenrechte, wie in **der UN-Konvention über die Rechte des Kindes (KRK)** artikuliert, sowie des Verlustes an Würde und Respekt, der vor und während ihrer Reisen auftritt.
- *In Verpflichtung* einer Kinderrechtebasierten Vorgehensweise, die die Prinzipien der Kinderrechte vorantreibt, Kinder und Jugendliche beteiligt und sich mit Schutz, Förderung und Mitwirkung befasst.
- *Eingedenk* der entscheidenden Rolle, die Kinder- und Jugendärzte und Experten für Kindergesundheit zusammen mit anderen Disziplinen in einer multidisziplinären Antwort auf das gesamte Spektrum von Kinderrechtsverletzungen wahrnehmen müssen, um sicherzustellen, dass die grundlegenden Rechte dieser Kinder und jungen Leute auf optimales Überleben, Entwicklung, sowie Gesundheit und medizinische Versorgung verwirklicht werden.
- *In Darlegung* einer globalen Sichtweise und nach Konsultation von Kolleg*Innen und professionellen Organisationen.
- *Im Bewusstsein*, dass diese Kinderrechtsverletzungen in der klinischen Versorgung, Systementwicklung, und in der öffentlichen Politik angegangen werden müssen.
- *In der Erkenntnis*, dass die Versorgungssysteme für diese Kinder- und Jugendlichen, selbst in Ländern mit einem gut funktionierenden Gesundheitssystem, fragmentiert sind und viele Hindernisse für eine optimale Versorgung darstellen.
- *Wissend* a) dass das Alter üblicherweise verwendet wird, um über die Anspruchsberechtigung für Versorgung und Unterbringung zu entschei-

den, b) dass es keine objektive und kulturell valide Altersbestimmung bei Jugendlichen gibt und c) dass eine solche Art der Altersfestlegung ernsthafte Auswirkungen auf die künftige Entwicklung der Jugendlichen haben kann.

- *In Zustimmung* zur WHO-Definition von Gesundheit als einem „Zustand von vollständigem physischen, psychischem und sozialem Wohlbefinden, und nicht nur der Abwesenheit von Krankheit oder Hinfälligkeit“.
- *Unter der Voraussetzung*, dass die Vertragsstaaten der KRK ihrem gesetzlichen Auftrag nachkommen werden und sicherstellen, dass Kindern und Jugendlichen auf der Flucht, insbesondere solchen die unbegleitet sind, alle ihre in der Kinderrechtskonvention formulierten Rechte ohne Diskriminierung gewährt werden, und
- *In Anerkennung* der Verantwortung, die Einhaltung aller Elemente der Konvention zu überwachen und zu dokumentieren.

Entscheiden Sie sich dafür, sich zu beteiligen und eine Führungsrolle bei der Förderung der Rechte, der Gesundheit und des Wohlergehens von Kindern und Jugendlichen auf der Flucht von Geburt bis zum 25. Lebensjahr auf lokaler und globaler Ebene zu übernehmen:

Die KRK gewährt allen Kindern ohne Diskriminierung (Artikel 2) ein optimales Überleben und eine optimale Entwicklung (Artikel 6), das Recht gehört zu werden und das Recht auf Beteiligung an Entscheidungen, die sie betreffen (Artikel 12) und das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit und Gesundheitsversorgung (Artikel 24).

- Kindern und Jugendlichen auf der Flucht sollten dieselben Rechte und

die gleiche Gesundheitsversorgung gewährt werden wie der einheimischen Bevölkerung, unabhängig vom Aufenthaltsstatus des Kindes und ohne Diskriminierung aufgrund von besonderen Merkmalen des Kindes.

- Da die Gesundheit schwangerer Frauen für die Gesundheit und das Wohlergehen ihrer Kinder während der gesamten Kindheit und ihres späteren Lebensweges von entscheidender Bedeutung ist, sollten Pädiater mit anderen für körperliche und psychische Gesundheit zuständigen Versorgern und Systemen zusammenarbeiten, um eine optimale Schwangerschaft und Geburt sicherzustellen.
- Auf der Grundlage des Prinzips der Menschenrechte mit der Interdependenz und Unteilbarkeit von Rechten müssen alle in der KRK verankerten Kinderrechte auf optimales Überleben, Entwicklung, Gesundheit und Gesundheitsversorgung von den Interessenvertretern für physische und psychische Gesundheit und für das Wohlergehen von Kindern angesprochen werden.
- Die Vertragsstaaten sollten für ihre Maßnahmen gegenüber Kindern und Jugendlichen auf der Flucht, die sich innerhalb ihrer Grenzen bewegen, Rechenschaft ablegen müssen, um die vollständige Umsetzung der in der KRK verankerten Rechte zu gewährleisten. Diese Rechenschaftspflicht sollte in den regelmäßigen Berichten an den Ausschuss für Kinderrechte gerichtet werden.

Kinder und Jugendliche auf der Flucht haben besondere körperliche und seelische Risiken und Bedürfnisse.

- Pädiater und andere Gesundheitsdienstleister für Kinder sollten an der Planung und Durchführung von Aufnahme, klinischen und öffentlichen Gesundheitsprogrammen und bei Strategien und Protokollen beteiligt sein.
- Körperliche, psychische und soziale Gesundheitsversorgung sollte auf die verschiedenen Risiken und Gefahrenpotentiale in den Herkunftsländern und auf den Fluchtwegen reagieren.
- Bei der Einreise in sichere Gebiete sollten alle Kinder und Jugendlichen eine umfassende Begutachtung ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit

erhalten, um ihren Bedarf an präventiver und kurativer Versorgung zu ermitteln.

- Die Beurteilung der psychischen Gesundheit sollte die Identifizierung von dringenden Problemen und Risiken sowie von Schutzfaktoren für psychische Erkrankung umfassen, einschließlich des psychischen Gesundheitszustandes ihrer Bezugspersonen, ohne das Kind und die Familie zu stigmatisieren.
- Kinder und Jugendliche sollten eine umfassende Grundversorgung einschließlich der Möglichkeit zur Überweisung und Zugang zu lokal vorhandenen Diensten erhalten, um sicherzustellen, dass ihre körperlichen und psychischen Bedarfe adressiert werden.
- Der Entwicklungsstand und das Verhalten von Jugendlichen sollten primär herangezogen werden, um über eine Unterbringung zu entscheiden, die für ihre körperliche und psychische Gesundheit und ihr Wohlbefinden erforderlich ist.

Die Betreuung von Kindern und Jugendlichen auf der Flucht erfordert kulturelle und sprachliche Kompetenz und die Bereitstellung von Trauma-informierter Versorgung.

- Fachkräfte, die mit Kindern arbeiten, sollten in kultureller und sprachlicher Kompetenz geschult werden, und darin wie man mit Dolmetschern und Trauma-informierter Versorgung arbeitet.
- Beurteilungen des Gesundheitszustandes und die Kontinuität der Versorgung sollten a) in einer Art und Weise erfolgen, die feinfühlig auf die sprachliche, kulturelle und ethnische Herkunft eingeht, b) mit Einwilligung nach Aufklärung erfolgen, c) eine Beteiligung an Entscheidungsprozessen bei der körperlichen und psychischen Gesundheitsversorgung einschließen und d) ein fundiertes Konzept zur Trauma-informierten Versorgung enthalten.
- Dolmetscher sollten in medizinischer Übersetzung geschult werden und sich an strenge Grundsätze und Protokolle bezüglich Schweigepflicht und Professionalität halten.

Pädiater, Fachkräfte und Organisationen, die mit Kindern arbeiten, spielen eine Führungsrolle bei der Einhaltung der

Rechte von Kindern und Jugendlichen auf der Flucht auf optimale Gesundheit und Gesundheitsversorgung.

- Pädiater und andere Fachkräfte für Kindergesundheit, unterstützt von professionellen Organisationen, sollten sich umfassend für die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen auf der Flucht auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene einsetzen unter klarer Festlegung von Funktionen und Verantwortlichkeiten.
- Pädiater und andere Fachkräfte für Kindergesundheit sollten einen ganzheitlichen auf den Kinderrechten basierenden Ansatz für die Gesundheit und das Wohlbefinden dieser Kinder und Jugendlichen entwickeln.
- Pädiater und Kindergesundheitsorganisationen sollten von den UN Kinderhilfswerken (UNICEF), der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dem Hohen Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen (UNHCR), der Internationalen Organisation for Migration (IOM) und anderen regionalen, nationalen und internationalen NGO's und staatlichen Organisationen als wichtige Partner anerkannt und beteiligt werden.
- Die Kapazität sollte von regionalen pädiatrischen Gesellschaften, der Internationalen Pädiatrischen Assoziation und relevanten globalen Organisationen priorisiert werden, um Pädiater, andere Fachkräfte für Kindergesundheit und Organisationen, einschließlich derjenigen aus den Herkunftsländern dieser Kinder und Jugendlichen, zu mobilisieren, damit diese sich auf jeden Fall an der Reaktion auf die Vertreibung beteiligen – auch kurzfristig.

Ein umfassender „Gesundheitsaktionsplan für Kinder und Jugendliche auf der Flucht“, der sich mit der globalen Arbeit von Pädiatern, anderen Fachkräften für Kindergesundheit und Berufsverbänden in der klinischen Versorgung, der Versorgungsentwicklung und Gesundheitspolitik befasst, wird in Zukunft zunehmend wichtiger.

- Klinisch: Kinder und Jugendliche auf der Flucht brauchen öffentlich finanzierte, qualitativ hochwertige physische und psychische Gesundheitsver-

sorgung, die die Regel- und spezielle Versorgung umfasst und unabhängig ist von ihrem Aufenthaltsstatus und frei von Diskriminierung.

- Versorgungsentwicklung: Es sollten Versorgungssysteme geschaffen werden, die auf die besonderen physischen, psychischen, sozialen und allgemeinen Gesundheitsbedürfnisse dieser Kinder und Jugendlichen eingehen in einer Weise, die Voreingenommenheit, Vorurteil und Fremdenfeindlichkeit ausschließt und konsequent ihre Würde und Rechte bekräftigt.
- Gesundheitspolitik: Jeder Staat sollte Herangehensweisen und Verpflichtungen im Sinne von „Gesundheit in allen Politikbereichen und eine allgemeine Krankenversicherung“ anstreben, um die Gleichstellung von Kindern und Jugendlichen auf der Flucht voranzubringen.

Pädiater und Fachkräfte für Kinder- gesundheit sollten evidenz-basierte Me- thoden, Vorschriften und Verfahren für Versorgungsentwicklung, Umsetzung und Evaluation anwenden.

- Pädiater und Fachkräfte für Kinder-
gesundheit sollten mit Kollegen*Innen
in einer multidisziplinären Vorgehens-
weise zusammenarbeiten, um sicher-
zustellen, dass Kinder in fürsorgenden,
die Rechte respektierenden Umgebun-
gen leben; in diesen Lebensräumen
werden physische und psychische Be-
dürfnisse erkannt und angesprochen,
wann immer sie auftreten.
- Trauma-informierte und medizinisch-
verhaltensorientierte Richtlinien und
Praktiken sollten in verbindliche Pro-
grammgestaltung umgesetzt werden.
- Laufende formative und summative
Evaluationen, die zu kontinuierlichen

Qualitätsverbesserungen in Program-
men, Entwicklungen und Staatstätig-
keit beitragen, sollten umgesetzt wer-
den und die Messgrößen Kinderrechte,
soziale Gerechtigkeit und Gesundheit
integrieren.

- Akademische Institutionen sollten
eingesetzt werden, um sämtliche re-
gionale, nationale und weltweit agie-
rende Initiativen zu unterstützen, ein-
schließlich professioneller Ausbildung,
Forschung und Evaluation und Ver-
breitung von Wissen und Erfahrung.

Korrespondenzanschrift und Übersetzung:

Dr. Elke Jäger-Roman

12205 Berlin

E-Mail: jaeger-roman@snaflu.de

Red.: WH

PädExpert® gewinnt Praxispreis der Deutschen Ärztezeitung

Das telemedizinische Konsil „PädExpert®“ ist mit dem Praxispreis der Ärztezeitung ausgezeichnet worden. An der Ausschreibung „Erfolgsrezept Praxis“ nahm Dr. Wolfgang Landendörfer aus Nürnberg teil. Er durfte für seine Praxis den ersten Preis bei der Preisverleihung in Berlin am 2.2.2018 in Empfang nehmen.

In der Laudatio heißt es: „Der Pädiater Dr. Wolfgang Landendörfer aus Nürnberg gehört zu einem Team, das das telemedizinische Konsiliararzt-System PädExpert® entwickelt hat. Die moderne Vernetzung erlaubt es, schwierige, seltene oder chronische Krankheitsbilder direkt und wohnortnah zu behandeln. Hausärztlich tätige Pädiater fordern dazu den Rat eines Spezialisten in einer datensicheren Umgebung an. Der Patient wird gemeinsam von beiden betreut. Das Konzept könnte auch in anderen Fachgebieten eingesetzt werden.“

Für die Firma Monks, die das Telekonsil entwickelt und programmiert hat, war Daniel Schlosser, der Leiter der IT, bei der Preisverleihung anwesend.



Neue Module, neue Verträge und noch mehr Krankenkassen in PädExpert®

Das Programm „PädExpert®“ ist bundesweit verfügbar. Über die Seite www.paedexpert.de kann sich jeder Pädiater in Deutschland mit seiner LANR und seiner BVKJ-Mitgliedsnummer einloggen und das Programm sofort starten.

Ab dem 1.7.2018 wird es wahrscheinlich möglich sein, Kinder oder Jugendliche mit seelischen Problemen einem **Kinder- und Jugendpsychiater** vorzustellen. Der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP) ist nun auch Teil des telekonsiliarischen Netzwerkes und freut sich auf die neue Form der Zusammenarbeit mit den Kinder- und Jugendärzten. Insbesondere auch deshalb, weil die Wartezeiten für Präsenztermine bei Kinder- und Jugendpsychiatern sehr lange sind und man sich daher von der digitalen Vorstellung von Patienten via „PädExpert®“ erhofft, zielgerichtet und schnell Be-

handlungsunterstützung leisten zu können.

Neben der **Barmer** können PädExpert®-Leistungen ab 01.04.2018 auch bei den **Mitgliedskassen der GWQ** (Bertelsmann BKK, BKK Aesculap, BKK Diakonie, BKK Merck, BKK Voralb, Salus BKK, Securivita Krankenkasse, Die Bergische Krankenkasse, Südzucker BKK, BKK Groz-Beckert, BKK firmus, BKK Deutsche Bank AG) abgerechnet werden. Außerdem nimmt auch die **AOK Nordost (nur im Bereich Brandenburg)** am Vertrag teil.

Das ist aber nur ein Teil der Erweiterung des telemedizinischen Angebotes. Auch der Einsatz der **PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“** wird zukünftig im Vertrag der Barmer vergütet. Denn auch die Langzeitbeobachtungen eines **Peak-Flow-Protokolls via App**, wie auch eines **digitalen Rheumatagebuches** werden im neuen Vertrag honoriert. Es lohnt sich also, sich zeitnah für das telemedizinische Konsil zu registrieren oder auch für die Nutzung der **PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“** anzumelden.

Die **Barmer** startet mit den Modulen „Depression im Kindes- und Jugendalter“

und „Unklarer Kopfschmerz“ erst zum 01.07.2018. Die Langzeitdatenerhebung (Asthma, Rheuma, Schreibabys) ist zum 01.07.2018 geplant, aber noch nicht vertraglich fixiert. Gleiches gilt für die Online-Videosprechstunde.

Für **Selbstzahler (PKV, IGeL)** ist die Implementierung der Telemedizin PädExpert® in der Abschlussphase der Vertragsverhandlungen, eine Umsetzung wird rechtzeitig bekannt gegeben.

Weitere Informationen unter

www.paedexpert.de oder unter www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp/praxisapp-mein-kinder-und-jugendarzt/

Ansprechpartner:

Evelyne Bob (Tel: 089-64248223)

Korrespondenzanschrift:

MONKS Ärzte im Netz GmbH
Tegernseer Landstr. 138, 81539 München

Internet:

<https://www.monks-aerzte-im-netz.de>

Red.: WH



PraxisApp Mein Kinder- und Jugendarzt

Die PraxisApp – exklusiv für BVKJ-Mitglieder mit Eintrag im
Ärzteverzeichnis von www.kinderaerzte-im-netz.de

www.kinderaerzte-im-netz.de
Ihre Haus- & Fachärzte von der Geburt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

bvkj.
Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Ihre Anmeldung

Ja, ich/wir bestelle/n die PraxisApp für

- Einzelpraxis**
5 € monatlich zzgl. MwSt.
- Gemeinschaftspraxis bis 3 Ärzte**
10 € monatlich zzgl. MwSt.
- Gemeinschaftspraxis mehr als 3 Ärzte**
15 € monatlich zzgl. MwSt.

Sie erhalten von uns einmalig kostenlos das PraxisApp-Starter-Paket
mit 2 Plakaten und 50 Flyern zur Bewerbung Ihrer PraxisApp.

- Zusätzlich zur PraxisApp bestelle/n ich/wir die Online-
Video-Sprechstunde zum Preis von 2,50 € monatlich
zzgl. MwSt. pro Arzt für folgende Ärzte:**

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

weitere Ärzte

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort, Stadtteil

Telefon

E-Mail Adresse (diese E-Mail-Adresse wird für den Login in die PraxisApp-
Verwaltung benötigt sowie zur Korrespondenz mit Ihnen)

Ich/Wir zahle/n per SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE81ZZZ00000700791. Ihre Mandatsreferenznummer
finden Sie im Buchungstext der halbjährlichen Abbuchung Ihres Kontoauszuges.

Ich ermächtige die Monks-Ärzte im Netz GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels
Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Monks-Ärzte
im Netz GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann inner-
halb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten
Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Monks - Ärzte im Netz GmbH, Tegernseer Landstr. 138, 81539 München, Geschäftsführer:
Sean Monks, Amtsgericht München, HRB 160883, USt-IDNr.: DE 246543509

Kontoinhaber

Geldinstitut (Name und BIC)

DE
IBAN



Datum, Ort und Unterschrift

PraxisApp - exklusiv für Ärzte mit Eintrag im Ärzteverzeichnis von www.kinderaerzte-im-netz.de

- Ich/Wir bestätige/n, dass ich/wir bereits eine Praxis-Homepage bei
www.kinderaerzte-im-netz.de habe/n.

Wenn Sie noch keine Praxis-Homepage haben, können Sie sich hier anmelden:
www.monks-aerzte-im-netz.de/homepage-im-aerzteverzeichnis/anmeldung/

Einverständniserklärung

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich/wir die AGB (www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp/agn) gelesen habe/n und akzeptiere/n. Ich bestätige, dass ich/wir die daten-
schutzrechtlichen und berufsrechtlichen Bestimmungen einhalte/n. Für die von mir/uns in
der Applikation eingestellten Inhalte bin/sind ausschließlich ich/wir verantwortlich.



Datum, Ort und Unterschrift



Viele Informationen zur PraxisApp und
Online-Video-Sprechstunde finden Sie unter
www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp

So können Sie sich anmelden:



per Fax an:
089 / 64 20 95 29



Monks - Ärzte im Netz GmbH
"Kinderärzte im Netz"
Tegernseer Landstraße 138, 81539 München



Im Internet unter:
www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp



Sie haben Fragen?
Rufen Sie uns an unter: 089 / 64 24 82 -12
E-Mail: support@kinderaerzte-im-netz.de

Der Honorarausschuss informiert

Beispiel Abrechnung UV-GOÄ

Der Honorarausschuss hat sich seit dem vergangenen Jahr dem lange Zeit vernachlässigten Thema der Schüler- und Kindergartenunfälle angenommen. Mehrere Arbeitstreffen fanden mit Vertretern der Unfallkassen und der zuständigen Fachabteilungsleitung der KBV statt. Einige strittige Punkte konnten im Konsens bereits geklärt werden. Manches andere ist auf den Weg gebracht und Veränderungen sind in Sichtweite gerückt (z.B. Neudefinition zur Anwendung der GOP 6).



Dr. Wolfgang Landendörfer

Die UV-GOÄ basiert auf der privatärztlichen Gebührenordnung GOÄ und ist mit beschränkenden Steuerelementen aus dem EBM-System gekoppelt. Diese Zwitterstruktur hat eine außerordentlich komplizierte Gebührenordnung UV-GOÄ zur Folge. Im Praxisalltag ist die Handhabung deshalb nicht immer leicht und Abrechnungsfehler auf ärztlicher Seite passieren häufig. Ebenso häufig gibt es fehlerhafte Ablehnungen ärztlicher Leistungen durch die Sachbearbeiter der Unfallkassen.

Der Honorarausschuss startet in dieser Ausgabe eine Artikelserie mit typischen Schüler- und Kindergartenunfällen um beispielhaft die korrekte Abrechnung nach UV-GOÄ darzustellen.

Pädiatrische Fallvignette 1

Schwerpunkthema: Wundversorgung

Fallbeschreibung: Ein 5 Jahre altes Kleinkind wurde auf dem Weg zur KITA von einem Schäferhund in den linken Oberarm gebissen, stürzte dabei und zog sich eine Schürfwunde am rechten Knie zu. Vorstellung in der Praxis in Begleitung des Vaters, der hierfür die Erwerbstätigkeit unterbrechen musste.

Abrechnung:

	GOP		Vergütung in EUR
Primärversorgung	125,	Unfallbericht	8,10
	Porto, 192	Porto + Fax	1,08
	143	Kinderkrankenpflegeverletztengeld	2,96
	1	symptomzentrierte Untersuchung	6,71
	2016 x 3	Wundreinigungsbad	3,43 x 3
	2003 x 7	Große Wunde	9,69 x 7
	Bes. Kosten	Besondere Kosten zum Verband nach GOP 200	1,28 x 4
	Erläuterung	Neben dem Porto darf ein elektronischer Vorabversand des Unfallberichtes mit der GOP 192 angesetzt werden. Die GOP 143 bezieht sich eigentlich auf die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung der Erwachsenenbehandlung. Die GOP 143 darf auch für die Ausstellung der Bescheinigung zum Bezug des Kinderpflege-Verletztengeldes bzw. zum Nachweis der unfallbedingten Erkrankung des Kindes verwendet werden. Die Untersuchungs- und Beratungsleistung darf nur als symptomzentrierte Untersuchung nach GOP 1 (6,71.-EUR) erfolgen. Die besser bewertete umfassende Untersuchung nach GOP 6 (15,66.-EUR) kann regelmäßig angesetzt werden bei einer Kopfverletzung mit Verdacht auf Hirnbeteiligung und bei Knieverletzungen, wenn eine umfassende Untersuchung durchgeführt wird, wie sie nach Nr. 137 (Vordruck F 1004) – Ergänzungsbericht Knie – vorgesehen ist. Letzteres trifft bei einer oberflächlichen Schürfwunde des Knies nicht zu. Das Wundreinigungsbad GOP 2016 darf für jede versorgte Körperregion einzeln berechnet werden. Die Wunden sind aufgrund des Alters des Kindes (unter 6 Jahre) als große Wunden zu klassifizieren. Jede Wunde ist einzeln berechenbar, daher summieren sich die Einzelwunden an Händen und Knie, sowie die 4 Bisseindrücke und es kann die GOP 2003 siebenmal berechnet werden. Das Kind wurde mit 4 Verbänden versorgt. Im Zusammenhang mit einer Wundversorgung nach den Nrn. 2000 bis 2005, 2008, 2009 und 2010 usw. können Wundverbände nach Nr. 200 nicht zusätzlich abgerechnet werden. Die „Besonderen Kosten“ der Nr. 200 (1,28.-EUR) sind neben der Wundversorgung jedoch viermal anzusetzen. In der Summe ergibt sich im genannten Beispiel eine Abrechnungssumme in Höhe von 102,09 EUR .	

Befund: Linker Oberarm mit 4 hautperforierenden Bisseindrücken, rechtes Knie mit blutender und verschmutzter Schürfwunde (2x3cm) sowie Abschürfungen an beiden Handinnenflächen.

Maßnahmen: Klinische Untersuchung des Oberarms auf tiefergehende Verletzungen, Spreizung der Wundeintrittsstellen und desinfizierende Spülungen, Octenidin-Gelverband und Verordnung antibiotischer Therapie sowie Überprüfung des Tetanusschutz. Wundbad der Hände

und des rechten Knie, Exploration nach Fremdkörpern, Wundreinigungsbad und desinfizierende Therapie mit Octenidin-Gelverband an 3 Körperregionen (Hände bds. und Knie).

Korrespondenzanschrift:

Dr. Wolfgang Landendörfer
90482 Nürnberg
E-Mail: praxis@dr-landendoefer.de

Red.: WH

Mutterschutz im Gesundheitswesen – Diese Änderungen sollten Arbeitgeber in Arztpraxen und Kliniken kennen

Das am 1. Januar 2018 in Kraft getretene Mutterschutzgesetz (MuschG) enthält wesentliche Änderungen, die Arbeitgeber in Arztpraxen und Kliniken nicht zuletzt wegen des erhöhten Risikos für schwangere und stillende Frauen im Gesundheitswesen zu beachten haben.

Ziel der Neuregelung der gesetzlichen Vorschriften ist eine Anpassung der seit 1952 fast unverändert bestehenden gesetzlichen Regelungen an die aktuellen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Die Reform soll eine verantwortungsvolle Abwägung zwischen dem Gesundheitsschutz für die schwangere oder stillende Frau und der selbstbestimmten Entscheidung der Frau über ihre berufliche Teilhabe sicherstellen.



Dr. Juliane Netzer-Nawrocki

Wichtige Neuerungen

Neben einer Erweiterung des Anwendungsbereichs auf beispielsweise Schülerinnen, Studentinnen und arbeitnehmerähnliche Positionen, der Verlängerung der nachgeburtlichen Schutzfrist von acht auf zwölf Wochen bei Frauen, die ein behindertes Kind gebären, sowie dem erweiterten Kündigungsschutz für Frauen, die nach der zwölften Schwangerschaftswoche von einer Fehlgeburt betroffen sind, gibt es wesentliche Änderungen für den arbeitszeitlichen und betrieblichen Gesundheitsschutz, bei deren Missachtung Bußgelder bis zu dreißigtausend Euro drohen können (§ 32 MuSchG). Zudem kann das vorsätzliche Gefährden der Frau oder ihres Kindes in Einzelfäl-

len mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe bestraft werden (§ 33 MuSchG).

Arbeitszeitlicher Gesundheitsschutz

Im Bereich des arbeitszeitlichen Gesundheitsschutzes wurden u.a. die Verbote von Mehrarbeit (§ 4 MuSchG), Nachtarbeit (§ 5 MuSchG) und Sonn- und Feiertagsarbeit (§ 6 MuSchG) reformiert.

Im Einzelnen:

- Das bisher geltende Verbot der Mehrarbeit für volljährige Schwangere oder Stillende von mehr als achteinhalb Stunden täglich oder über 90 Stunden in der Doppelwoche bleibt bestehen. **Neu** ist hingegen eine **Regelung für die Beschäftigung von Teilzeitkräften**. Um diese vor überproportional viel Mehrarbeit zu schützen, wird nicht auf die tägliche oder wöchentliche Beschäftigungsdauer abgestellt, sondern eine monatsweise Durchschnittsbetrachtung angesetzt. Der Arbeitgeber darf eine schwangere oder stillende Frau also nicht in einem Umfang beschäftigen, der die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit im Durchschnitt des Monats übersteigt. Bei mehreren Arbeitgebern sind die Arbeitszeiten zusammenzurechnen. Nach Leistung von Mehrarbeitsstunden hat der Arbeitgeber Freizeit in entsprechendem Umfang zu gewähren.
- **Nachtarbeit zwischen 20 und 6 Uhr** ist weiterhin grundsätzlich unzulässig.

Eine Beschäftigung **zwischen 20 Uhr und 22 Uhr kann ausnahmsweise zugelassen** werden, wenn die Aufsichtsbehörde den Einsatz einer schwangeren oder stillenden Frau genehmigt (§ 28 MuSchG). Voraussetzung für die Genehmigung sind die Zustimmung der Frau, eine ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung über den nächtlichen Einsatz sowie ein Ausschluss unverantwortbarer Gefährdungen der Frau durch Alleinarbeit. Nach Beendigung der Tätigkeit muss eine Ruhezeit von elf Stunden gewährt werden. Die schwangere oder stillende Frau kann ihre Zustimmung zur Nachtarbeit jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

- Mit der Gesetzesänderung wurde das Verbot der **Beschäftigung an Sonn- und Feiertagen** modernisiert und in Einklang mit den Regelungen des Arbeitszeitgesetzes gebracht. Sie ist damit **grundsätzlich in allen Branchen möglich**, in denen Sonn- und Feiertagsarbeit nach § 10 Arbeitszeitgesetz zugelassen ist. Hierzu zählt unter anderem der Krankenhausbetrieb. Die Beschäftigung der Schwangeren oder stillenden Mutter an Sonn- und Feiertagen ist jedoch nur dann gestattet, wenn sich die Frau ausdrücklich dazu bereit erklärt, der Frau in jeder Woche im Anschluss an eine ununterbrochene Nachruhezeit von mindestens elf Stunden ein Ersatzruhetag gewährt wird und wenn unverantwortbare Gefährdungen durch Alleinarbeit ausgeschlossen werden.

Betrieblicher Gesundheitsschutz

Künftig ist eine, § 5 Arbeitsschutzgesetz **konkretisierende, anlassunabhängige Gefährdungsbeurteilung** in Bezug auf mutterschutzrechtliche Aspekte durchzuführen, die unabhängig von einer konkreten Schwangerschaft zu gewährleisten ist (§ 10 MuSchG). Diese ist für jede Tätigkeit durchzuführen, die der Arbeitgeber anbietet.

Bei konkretem Anlass ist der Arbeitgeber darüber hinaus verpflichtet, der schwangeren oder stillenden Frau, unter Berücksichtigung ihrer individuellen Fähigkeiten, ein Gespräch über weitere Anpassungen der Arbeitsbedingungen anzubieten. Die Gefährdungen sind nach Art, Ausmaß und ihrer Dauer zu beurteilen. Eine Gefährdung liegt vor, wenn die Möglichkeit besteht, dass die schwangere oder stillende Frau oder ihr Kind durch eine bestimmte Tätigkeit oder Arbeitsbedingung gesundheitlich gefährdet werden. Unverantwortbar ist eine Gefährdung, wenn die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Gesundheitsbeeinträchtigung angesichts der zu erwartenden Schwere des möglichen Gesundheitsschadens nicht hinnehmbar ist.

Liegt eine unverantwortbare Gefährdung vor, so verbietet das Gesetz nun-

mehr das sofortige Aussprechen eines Beschäftigungsverbots, wie es in der Vergangenheit im Gesundheitswesen meist praktiziert wurde.

Der Arbeitgeber hat - unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Gefährdungsbeurteilung - zunächst **Schutzmaßnahmen** zu treffen, um den Arbeitsplatz der schwangeren oder stillenden Frau gefahrlos zu gestalten. Ist die Umgestaltung der Arbeitsbedingungen nicht möglich, ist ein Arbeitsplatzwechsel vorzunehmen. **Nur wenn der Arbeitgeber keinen geeigneten Arbeitsplatz anbieten kann und der Frau ein Wechsel nicht zumutbar ist, erfolgt ein betriebliches Beschäftigungsverbot (§ 13 MuSchG).**

Der Arbeitgeber hat das Ergebnis der Beurteilung, die Festlegung der erforderlichen Schutzmaßnahmen sowie das Angebot eines Gesprächs mit der Frau über weitere Anpassungen gemäß § 14 MuSchG zu dokumentieren.

Zudem wurde die Vorschrift des § 11 MuSchG um Regelungen ergänzt, die bisher in der Mutterschutz-Arbeitsverordnung und deren Anlagen enthalten waren und somit an aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse angepasst. Die Vorschrift bestimmt unzulässige Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen für schwangere Frauen im Hinblick auf Gefahrstoffe, Bio-

stoffe, physikalische Einwirkungen, eine belastende Arbeitsumgebung, körperliche Belastungen, chemische Einwirkungen oder Akkord- und Fließarbeit. Entsprechende Regelungen enthält § 12 MuSchG für stillende Frauen.

Fazit

Die Änderungen zur Modernisierung des Mutterschutzgesetzes sind zu begrüßen. Sie berücksichtigen die Entwicklung der Arbeitswelt und ermöglichen einen flexiblen Einsatz von schwangeren oder stillenden Frauen. Damit werden auch die beruflichen Perspektiven der Mütter grundsätzlich gestärkt. Es bleibt abzuwarten, wie die gesetzlichen Änderungen von Arbeitgebern und Arbeitnehmerinnen angenommen und in der Praxis umgesetzt werden.

Korrespondenzadresse:

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

Red.: WH

Sie lesen Qualität

Damit das auch so bleibt, befragen wir

Sie in Kooperation mit **ifak**

in den nächsten Wochen.

Ihr Urteil ist uns wichtig.

Bitte nehmen Sie teil!



Tagung des BVKJ-Länderrates in Bremen

Der Länderratsworkshop 2018 fand im Januar in Bremen statt. Dabei nahmen wir uns vier Themenschwerpunkte heraus, die wir in Arbeitsgruppen vorbereiteten und gemeinsam aus der Sicht der Länder diskutierten und abstimmten.



Dr. Martin Lang

Themenschwerpunkte des Länderrates 1/18:

- **Weiterbildung zum Facharzt** für Kinder- und Jugendmedizin in der Praxis
- **Studentenausbildung** in der ambulanten Pädiatrie im Masterplan 2020
- **Bereitschaftsdienste** in Kooperation mit den Kinderkliniken
- **Ermächtigungen** für spezialpädiatrische Institutsambulanzen.

Zur Einstimmung in das Wochenende hielt Prof. H.-I. Huppertz, Direktor der Universitätskinderklinik Bremen und Generalsekretär der DAKJ, ein ausführliches Einführungsreferat zu Problemfeldern der Kooperation zwischen den Kinderkliniken und den pädiatrischen Praxen.

In einer Umfrage von 140 Klinikleitern zeigte sich, dass nur die Hälfte der Chefärzte die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten als sehr gut bis befriedigend bewertet (s. auch Heft 2-2018 dieser Zeitschrift). In der anschließenden Diskussion waren sich alle Landesvorsitzenden mit Prof. Huppertz einig, dass die **Einheit der Pädiatrie** durch eine gut abgestimmte **Kooperation zwischen den Kinderkliniken und den pädiatrischen Praxen in den**

Regionen oberstes Ziel bleiben muss. So sollen die Landesverbände dafür sorgen, dass in der berufspolitischen Gremienarbeit des BVKJ auch Repräsentanten der Kliniker vor Ort integriert werden (Koptation, Ombudsleute, o.ä.). Gewünscht sind versorgungsfördernde Kooperationen unter allen Pädiatern auf Augenhöhe und in zufriedenstellender Gegenseitigkeit.

Die fachärztliche Weiterbildung in der Praxis

Die klassischen Tätigkeitsfelder der ambulanten Pädiatrie sind u.a. Prävention, Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, Sozialpädiatrie, Screeningmaßnahmen, die ambulante Behandlung akuter und chronischer Erkrankungen, die kontinuierliche Betreuung im familiären Lebensumfeld, oder die psychosomatische und psychosoziale Pädiatrie sowie Entwicklungsfragen. Diese Weiterbildungsinhalte sollen praxisnah durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte vermittelt werden. Organisatorisch kann eine gemeinsame klinische und ambulante Weiterbildung beispielsweise in verbindlichen Rotationsmodellen oder in regionalen Weiterbildungsverbänden umgesetzt werden.

Ein idealer Zeitraum wäre das vierte Weiterbildungsjahr, prinzipiell sollte eine ambulante Weiterbildung zu jedem Zeitpunkt der pädiatrischen Weiterbildungszeit möglich sein. Um bundesweit und flächendeckend genügend zur Weiterbildung zugelassene Kinder- und Jugendarztpraxen anbieten zu können, werden die Kinder- und Jugendarztpraxen bei der Beantragung von Weiterbildungsermächtigungen in den Ärztekammern vom BVKJ unterstützt. Weiterhin muss die Weiterbildung in den Praxen, analog zur Allgemeinmedizin, auch finanziell nachhaltig und verlässlich gefördert werden.

Daher fordert der Länderrat die im §75a, SGB V verankerte „allgemeinmedizinische Weiterbildungsförderung“ auszuweiten zu einer Förderung der „Weiterbildung in der hausärztlichen Versorgung“ (also allgemeinmedizinisch und pädiatrisch). Dabei muss das finanzielle Fördervolumen für pädiatrische Weiterbildungsstellen an dasjenige der allgemeinmedizinischen Weiterbildungsförderung angeglichen werden.

Studentenausbildung in der pädiatrischen Praxis

Um den drohenden Nachwuchsman- gel in der ambulanten Pädiatrie zu be- seitigen, empfiehlt der Länderrat bereits die Studierenden für die **pädiatrische Grundversorgung** zu begeistern. Im Zuge der Reformierung des Studienganges Medizin (Masterplan Medizinstudium 2020) sollen 25 % der Studenten bereits zu Studienbeginn ein **Neigungsfach Primärversorgung** (primary care) angebo- ten bekommen. Hier können die Kern- kompetenzen der pädiatrischen Grund- versorgung, wie Prävention, Früherken- nung, ganzheitliche Entwicklungsbe- gleitung, Monitoring des Kinderwohls, etc. von Beginn an ausgebildet werden. Dazu sollen in allen Landesverbänden Ausbildungsbeauftragte benannt wer- den und ein reger Austausch mit den Universitäten aufgebaut werden. Es sol- len auch Lehrstühle und Professuren zur Versorgungsforschung und Lehre der ambulanten pädiatrischen Grundversor- gung eingerichtet werden.

Position des Länderrates: die Studen- tenausbildung sollte in Kooperation mit der Allgemeinmedizin und in gegensei- tiger Unterstützung erfolgen. Der BVKJ

stellt hierzu die pädiatrische Expertise und Ressourcen (z.B. eCompenda) zur Ausbildung der Primary Care zur Verfügung. Parallel hierzu wird die Unterstützung beim Aufbau von allgemeinpädiatrischen Lehreinheiten (Lehrstühle, Koordinierungsstellen zur Einrichtung von Lehrpraxen, etc.) erwartet.

Der Länderrat unterstützt die Durchführung eines **Sommerworkshops** am Wochenende 29.6.-1.7. zur Konkretisierung von **Weiterbündungsverbänden** zur ambulanten Facharztausbildung und den Aufbau der **Studentenausbildung** in Umsetzung des Masterplans 2020. Interessierte BVKJ-Mitglieder sind zur Teilnahme herzlich eingeladen.

Ärztliche Bereitschaftsdienste

Auch außerhalb der Praxiszeiten soll Kindern und Jugendlichen im Krankheitsfall eine Behandlung von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin flächendeckend erhalten bleiben. Dieser BVKJ-Forderung steht die begrenzte Anzahl von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten in den Regionen gegenüber. In vielen Regionen ist die Beanspruchung durch die Bereitschaftsdienstzeiten bei den Pädiatern deutlich höher als beispielsweise bei den Allgemeinmedizinerinnen. Dabei sollte die Dienstbelastung außerhalb der Praxistätigkeit erträglich bleiben und seitens der KV limitiert werden.

Daher fordert der Länderrat: Präsenzdienste sollten nach Möglichkeit in räumlicher und medizinischer Kooperation mit einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin erfolgen. Für die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte sind in der Regel zeitlich begrenzte Fensterdienste leistbar. Um die ärztlichen Ressourcen einer 24/7-Versorgung gewährleisten zu können, ist eine Zugangssteuerung der Patienten für die Bereitschaftsdienste unabkömmlich. Dabei sollen sich Krankenkassen und Gesundheitspolitik daran beteiligen, Hilfe suchenden Familien die unterschiedlichen Versorgungspfade edukativ zu vermitteln. Notwendig ist aber auch eine fachkundige, rechtssichere Vorselektion (Triage) für den pädiatrischen Bereitschaftsdienst.

Schließlich muss auch die **Honorierung** so angemessen sein, dass Bereitschaftsdienste für die „stille Reserve“ pädiatrischer Fachärzte (z.B. Elternzeit, ÖGD, Teilzeit-Klinikärzte, Rentner) attraktiv werden. Insbesondere die Dienstzeiten nachts und an Sonn- und Feiertagen müssen adäquat honoriert werden.

Ermächtigungen von Institutsambulanzen

Wie für den Bereitschaftsdienst formuliert, soll auch für die spezialpädiatrische Facharztbetreuung der Zugang zur kinder- und jugendmedizinischen Ver-

sorgung gefördert werden. Dies gilt für den ambulanten wie für den klinischen Bereich gleichermaßen. So sollen die **Ermächtigungsambulanzen** der Kinderkliniken in jedem Falle **vorrangig** vor den Institutionen der Organmedizin für die Erwachsenen eingesetzt werden.

Der Länderrat empfiehlt: Kinder und Jugendliche sollen in pädiatrischen Ermächtigungsambulanzen behandelt werden, wenn die vertragsärztliche Versorgung in diesem pädiatrischen Teilgebiet nicht realisiert werden kann. Dabei gilt grundsätzlich der Überweisungsvorbehalt für ermächtigte Spezialpädiater durch den niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt. Begründete Ausnahmen hiervon kann es im Einzelfall geben. In den Landesverbänden und auf regionaler Ebene sollen die Rahmenbedingungen der Kooperation zwischen ermächtigten Institutsambulanzen und den Praxen festgelegt werden, wie Vordiagnostik, Telemedizin (PädExpert®), Behandlungswege, Befundmitteilung.

Der Dialog zwischen den Allgemeinpädiatern, niedergelassenen Schwerpunktpädiatern und ermächtigten Klinikambulanzen sollte in regionalen Qualitätszirkeln gefördert werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Martin Lang, Länderratsvorsitzender
86150 Augsburg

E-Mail: Dr.Lang@jugendmedizin.de

Red.: WH

Anzeige

Das Unternehmen GlaxoSmithKline informiert in Absprache mit der Europäischen Arzneimittelbehörde und dem Paul-Ehrlich-Institut über undichte Spritzen bei einigen GSK-Impfstoffen.

Folgende Produkte sind betroffen: Boostrix, Boostrix Polio, Encepur Erwachsene, Encepur Kinder, Engerix-B Erwachsene, Engerix-B Kinder, Fendrix, Havrix 1440, Havrix 720 Kinder, Infanrix, Infanrix IPV+Hib, Infanrix hexa, Tetanol pur, Twinrix Erwachsene, Twinrix Kinder.

Weitere Informationen und Hintergründe zum Auftreten von undichten Spritzen sowie Informationen zur möglichen Unterdosierung finden Sie unter <http://bit.ly/undichte-spritzen>

Highlights aus Bad Orb

Pertussis – Impfstoffe und aktuelle Impfempfehlungen

Bei Pertussis handelt es sich um eine Infektionskrankheit mit zunehmender Inzidenz über die letzten Jahre, die insbesondere im Säuglingsalter mit einer hohen Hospitalisierungsrate und Mortalität assoziiert ist. Die Pertussis-Impfung im Säuglings- und Kleinkindesalter vermittelt einen wirksamen Impfschutz vor Pertussis in der geimpften Population. Infolge des erneuten Auftretens von Pertussis-Infektionen etwa fünf Jahre nach Impfung im Kleinkindesalter war die Einführung weiterer Auffrischimpfungen im Vorschulalter und der Adoleszenz erforderlich. Zudem wird Erwachsenen die einmalige dTap-Impfung empfohlen. Infektionsepidemiologische Studien belegen, dass die Schutzdauer nach Pertussis-Impfung nach etwa drei bis vier Jahren kontinuierlich abnimmt. Aktuell fällt eine erneute Zunahme von Pertussis-Infektionen auf, die entweder eine Intensivierung des Impfprogramms, oder aber die Neuentwicklung noch länger wirksamer Impfstoffe erforderlich machen wird.



Prof. Dr. Markus Knuf

Dr. Ruppert Burkhard

Ralph Köllges

Prof. Dr. Markus Rose

Prof. Dr.
Carl H. Wirsing von König

Pertussis („Keuchhusten“) gilt in der Bevölkerung gemeinhin als harmlose Kinderkrankheit, wobei die meist durch *Bordetella pertussis*, seltener durch *B. parapertussis* (ca. 3%) verursachte Infektion insbesondere bei jungen Säuglingen durchaus komplikationsträchtig verlaufen kann. Oft geht eine Übertragung von erkrankten Jugendli-

chen und Erwachsenen aus. Rund 6% der Pertussis-Erkrankten müssen stationär behandelt werden, im Säuglingsalter 55% [8]. Pertussis gehört seit März 2013 gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) bundesweit zu den meldepflichtigen Erkrankungen. Zu melden ist der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod an Pertussis sowie gemäß § 7 Abs. 1 IfSG der direkte oder indirekte Nachweis von *Bordetella pertussis*.

Pertussis-Erkrankungen nehmen in den letzten Jahren zu, so 2016 nach Berichten des RKI (Infektiologisches Jahrbuch) gegenüber dem Vorjahr um 52%. Der insgesamt starke Anstieg von 2015 auf 2016 ist im Einklang mit dem bekannten zyklischen Auftreten des Keuchhustens zu sehen. Keuchhusten-Erkrankungen treten im gesamten Jahresverlauf auf, jedoch häufiger im III. und IV. Quartal. (Abb. 1)

Die bundesweite Inzidenz lag 2016 in Deutschland bei 17 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Die höchsten Inzidenzen traten mit 61 Erkrankungen/100.000 Einwohner bei Säuglingen auf. 15% der gemeldeten Erkrankungen wurden im Rahmen von Häufungen beobachtet [2]. Die bisherigen Meldezahlen zeigen eine nicht unerwartete Untererfassung von Fällen. Insgesamt ist von einer wahren Inzidenz von ungefähr 500 Fällen /100.000 pro Jahr auszugehen, wie aktive

Suchstrategien im Rahmen prospektiver Studien gezeigt haben [3].

Eine große populationsbezogene Studie aus den USA zeigte für den Zeitraum 2005 bis 2010, dass insbesondere *B. pertussis* Infektionen im ersten Lebensjahr nicht nur ein hohes individuelles Risiko für die Erkrankten bedeuten, sondern eine nicht unerhebliche Belastung des Gesundheitssystems [12].

Impfprävention und zur Verfügung stehende Impfstoffe

Eine Impfprävention gegen Pertussis ist möglich. Die Erkrankung gehört laut Robert-Koch-Institut (RKI) nach Rotavirus-Gastroenteritis und Varizellen zu den Top 3 der impfpräventablen Erkrankungen.

Die Impfquoten bei Eintritt in die Schule liegen in Deutschland bei 95%, nehmen mit zunehmendem Alter jedoch deutlich ab. Eine lang anhaltende Immunität, sei es nach abgeschlossener Impfung oder durchgemachter Infektion, ist nicht gegeben, sodass Auffrischungsimpfungen nötig sind. Diese werden nach Angaben des RKI bereits bei Jugendlichen nur noch in 60% der Fälle durchgeführt. So lautet letztlich das Fazit des RKI 2016, dass ein Großteil der Durchbruchinfektionen (86%) hätte verhindert werden können. Der

im Vergleich zu anderen impfpräventablen Krankheiten hohe Anteil an Impfdurchbrüchen steht im Einklang mit früheren Beobachtungen aus den neuen Bundesländern und neueren Erkenntnissen zu einer relativ schnellen Abnahme der Impfeffektivität in den ersten Jahren nach Impfung [7]. Infolge der erfolgreichen Impfung im Kindesalter schwindet die Pertussis-Immunität von Erwachsenen (keine „Wildbooster“). Dies macht zumindest die Intensivierung des Impfprogramms, zukünftig wahrscheinlich auch die Neuentwicklung noch wirksamerer Impfstoffe erforderlich.

Die STIKO (Ständige Impfkommission) sieht eine Grundimmunisierung während des ersten Lebensjahres mit Injektionen im Alter von 2, 3, 4 und 11-14 Monaten vor, gefolgt von zwei Auffrischungsimpfungen im Alter von 5-6 Jahren und bei Jugendlichen zwischen 9-17 Jahren [6].

In Deutschland stehen verschiedene Kombinationsimpfstoffe zur Verfügung [9]. (Tab. 1, Tab. 2)

Die Zusammensetzung der hexavalenten Impfstoffe unterscheidet sich, wobei die Anzahl der verschiedenen Pertussis-Kompositionen (2 versus 3 oder 5 Antigene) im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und Schutzdauer nicht entscheidend ist.

Alle drei hexavalenten Impfstoffe sind zur Grundimmunisierung und Auf-

frischungsimpfung im Säuglings- und Kleinkindesalter zugelassen.

Möglicherweise steht die Abnahme der Pertussisimmunität bereits wenige Jahre nach Impfung auch in Zusammenhang mit dem Wechsel seit den 1990er-Jahren von einem Ganzkeim- (wP) zu einem azellulären Impfstoff (aP).

Dieser besitzt eine bessere Verträglichkeit [18]. Durch den aP-Impfstoff wird insbesondere eine Th1/Th2 Antwort hervorgerufen. Bei Einsatz des wP Impfstoffes war hingegen vorwiegend eine Stimulation von Th17 Zellen zu beobachten, welche in der Wirtsabwehr durch Aktivierung neutrophiler Granulozyten zur Elimination extrazelluläre Pathogene eine bedeutende Rolle einnehmen [18].

Zudem sind Veränderungen der Pertussisolate zu beobachten, u. a. im Hinblick auf Oberflächenmoleküle. Interessanterweise scheinen Pertactin (PRN)-negative Pertussis-Infektionen bei aP-geimpften Individuen einen Selektionsvorteil zu besitzen. So wurden beispielsweise in acht US-Bundesstaaten über einen Zeitraum von knapp zwei Jahren 85 % PRN-negative Pertussisolate isoliert. PRN-spezifische Antikörper behindern die Adhäsion und Invasion von *Bordetella pertussis* im Respirationsepithel [11]. Auch genetische Veränderungen des Pertussistoxins selbst bzw. seines

Promoters (*ptxP*) scheinen eine Rolle in der Virulenz und bei der immunsuppressiven Wirkung von *Bordetella pertussis* zu spielen [10].

Impfung in der Schwangerschaft

Um insbesondere Säuglinge unter sechs Monaten zu schützen, die – unabhängig vom Impfschema – noch nicht über eine vollständige Grundimmunisierung verfügen (können), – wird aktuell auch in Deutschland die Einführung einer dTpa (Diphtherie, Tetanus, Pertussis) Impfung von Schwangeren diskutiert.

Erst seit Ende 2016 stehen dTap-Impfstoffe zur Impfung in der Schwangerschaft zur Verfügung. In einigen Ländern, wie den USA, Argentinien sowie in England, der Schweiz und Australien, wird die Impfung der Schwangeren gegen Pertussis im 3. Trimenon bereits empfohlen und erfolgreich angewandt. Auch die WHO (World Health Organization) sieht in der mütterlichen Impfung während der Schwangerschaft einen eindeutigen Nutzen [19]. Diese ist als sicher eingestuft [2]. Eine bedeutende Rolle scheint bei der perinatalen Pertussisimpfung der Zeitpunkt zu spielen. Die höchste Impfeffektivität in Bezug auf den Schutz des Neugeborenen wurde bei Impfung im letzten Trimester 7-28 Tage vor Entbindung gemessen [1].

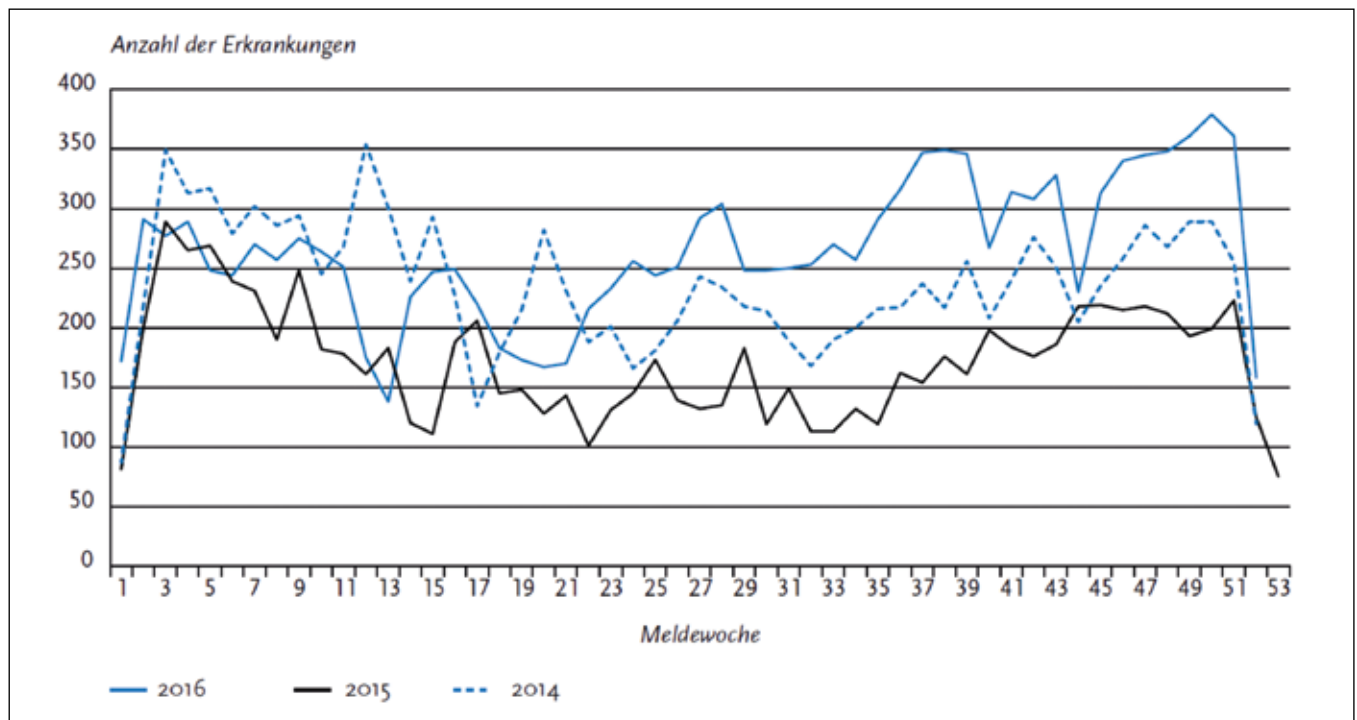


Abb. 1: Übermittelte Keuchhusten-Erkrankungen nach Meldewoche, Deutschland 2014 bis 2016 (modifiziert nach [7])

Tab. 1: Sechsfachimpfstoffe im Vergleich, Inhaltsstoffe, erstellt nach [5, 14, 15]

	Hexyon [®] (Sanofi Pasteur)	Infanrix hexa [®] (GalaxoSmithKline)	Vaxelis [®] (MSD)
Angaben aus Fachinfo			
Stand	Oktober 2017	Januar 2017	Januar 2017
Antigen			
Diphtherie-Toxoid	mind. 20 I.E.	mind. 30 I.E.	mind. 20 I.E.
Tetanus-Toxoid	mind. 40 I.E.	mind. 40 I.E.	mind. 40 I.E.
Pertussis-Toxoid	25 µg	25 µg	20 µg
Filamentöses Hämagglutinin	25 µg	25 µg	20 µg
Pertactin	--	8 µg	3 µg
Fimbrientypen 2 und 3	--	--	5 µg
Haemophilus-influenzae Typ B-Polysaccharid (Polyribosylribitolphosphat)	12 µg (konjugiert an Tetanus-Protein 22-36 µg)	10 µg (konjugiert an Tetanus-Toxoid ca. 25 µg)	3 µg (konjugiert an Meningokokken-Protein 50 µg)
Polio 1	40 D-Antigen-Einheiten	40 D-Antigen-Einheiten	40 D-Antigen-Einheiten
Polio 2	8 D-Antigen-Einheiten	8 D-Antigen-Einheiten	8 D-Antigen-Einheiten
Polio 3	32 D-Antigen-Einheiten	32 D-Antigen-Einheiten	32 D-Antigen-Einheiten
HbsAg	10 µg	10 µg	10 µg
Adjuvantien und sonstige Bestandteile			
Aluminiumsalze	hydratisiertes Aluminiumhydroxid 0,6 mg Al ³⁺	Aluminiumhydroxid 0,5 mg Al ³⁺ Aluminiumphosphat 0,32 mg Al ³⁺	Aluminiumphosphat 0,17 mg Al ³⁺ Aluminiumhydroxyphosphatsulfat 0,15 mg Al ³⁺
Sonstige Bestandteile	Dinatriumhydrogenphosphat Kaliumdihydrogenphosphat Trometamol Saccharose Essenzielle Aminosäuren einschließlich L-Phenylalanin Wasser für Injektionszwecke	Pulver mit der Hib-Komponente: Laktose (wasserfrei) Suspension mit der DTPa-HBV-IPV-Komponente: Natriumchlorid (NaCl) Medium 199, bestehend hauptsächlich aus Aminosäuren, Mineralsalzen, Vitaminen Wasser für Injektionszwecke	Natriumphosphat Wasser für Injektionszwecke
mögliche Spuren aus der Herstellung	Glutaraldehyd, Formaldehyd, Neomycin, Streptomycin und Polymyxin B	Formaldehyd, Neomycin und Polymyxin	Glutaraldehyd, Formaldehyd, Neomycin, Streptomycin und Polymyxin B

Tab. 2: Handelsnamen und Anwendungsalter von Pertussis-Kombinationsimpfstoffen in Deutschland (ohne Gewähr auf Vollständigkeit), modifiziert nach [6]

Antigenkombination	Handelsname	Zulassung ab ^a	Anwendung bis ^a
DTaP	Infanrix [®]	2 Monate	6. Geburtstag (72 Monate)
DTaP-IPV-Hib	Infanrix-IPV+Hib [®]	2 Monate	keine Angabe
	Pentavac [®]	2 Monate	keine Angabe
DTaP-IPV-HepB-Hib	Infanrix hexa [®]	keine Angabe	einschließlich Kleinkindalter ^c
	Hexyon [®]	6 Wochen	einschließlich Kleinkindalter ^c
	Vaxelis [®]	6 Wochen	einschließlich Kleinkindalter ^c
Tdap	Boostrix [®]	4. Geburtstag (48 Monate) ^d	ohne Altersgrenze
	Covaxis [®] (derzeit nicht vermarktet)	4. Geburtstag (48 Monate) ^d	ohne Altersgrenze
	Tdap-Immun [®]	4. Geburtstag (48 Monate) ^e	ohne Altersgrenze
Tdap-IPV	Boostrix-Polio [®]	4. Geburtstag (48 Monate) ^d	ohne Altersgrenze
	Repevax [®]	3. Geburtstag (36 Monate) ^d	ohne Altersgrenze
Td-IPV	Revaxis [®]	5. Geburtstag (60 Monate)	ohne Altersgrenze

Langzeitwirksamkeit der Pertussisimpfung

In einer Metaanalyse von McGirr et al. aus dem Jahr 2015, in der zwölf Studien zwischen 2001 und 2013 berücksichtigt wurden, wird ein um 33 % steigendes Infektionsrisiko für jedes Jahr nach der letzten dTap-Impfdosis gezeigt.

Dieses bedeutet, dass bereits (vier-) sieben Jahre nach Impfung mit dem azelulären Pertussisimpfstoff nur noch ein minimaler Impfschutz besteht [13].

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen aktuelle Studien aus den USA bzw. auch eine Untersuchung aus Kanada [16, 17].

Neben der Einführung einer Impfeempfehlung von Schwangeren und einer Umgebungsprophylaxe (Kokonstrategie,

Impfung von Angehörigen in Familien mit Neugeborenen) erscheint auch eine **regelmäßige Auffrischimpfung gegen Pertussis im Erwachsenenalter, analog zu Tetanus und Diphtherie spätestens alle 10 Jahre, als sinnvoll.**

Hierüber wäre vermutlich ein guter bevölkerungsbezogener Impfschutz für Pertussis zu erzielen. Dies ist in den Empfehlungen der STIKO bisher nicht erhalten, wird aber in anderen Ländern wie beispielsweise in Österreich und Belgien bereits praktiziert [4].

Danksagung: Frau Oberärztin Dr. Alexa Kunze, Helios HSK Wiesbaden hat wesentlich an der Erstellung des Manuskriptes mitgewirkt.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Markus Knuf
 HELIOS Dr. Horst Schmidt Kliniken
 Direktor der Klinik für Kinder und Jugendliche
 Ludwig-Erhard-Straße 100
 65199 Wiesbaden
 Tel.: 0611/43-2555
 E-Mail: markus.knuf@helios-gesundheit.de

Interessenkonflikt:

Prof. Dr. Markus Knuf erklärt, dass er an Advisory Boards und wissenschaftlichen Veranstaltungen für Sanofi, MSD, GSK u. a. Firmen teilnimmt. Er erhält keine Honorare und nimmt die Tätigkeiten als Dienstaufgabe wahr.

Red.: Keller

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



IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

Begründet als „der Kinderarzt“ von Prof. 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 Wölbeling, Tel.: (0221) 68909-13, Fax: (0221) 6890979, armin.woelbeling@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 Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Wiesbaden, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-gesundheit.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 12.700
 lt. IVW IV 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) 8130-130, 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) – **Redaktionschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 51 vom 1. Oktober 2017

Bezugspreis: Einzelheft € 11,40 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 114,90 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.



Highlights aus Bad Orb

Angeborene und erworbene Wachstumsstörungen des Schädels

Teil 1: Klassifikation, Ätiologie und Symptomatik // Das frühzeitige Erkennen von Wachstumsstörungen des Schädels ist oftmals für deren Therapie entscheidend. Durch die Fortschritte in der sogenannten kranio-fazialen Chirurgie wurden für die Behandlung von angeborenen kindlichen Schädeldefektbildungen standardisierte Eingriffe im Kleinkindesalter entwickelt. Als günstigstes Operationsalter wird meist das zweite Lebenshalbjahr angesehen. Differenzialdiagnostisch müssen lagebedingte Schädeldeformitäten abgegrenzt werden. Diese werden rein konservativ behandelt.



Prof. Dr. Joachim Zöllner



Dr. Andrea Grandoch

Einleitung und Definition

Die häufigsten kranio-fazialen Entwicklungsstörungen sind die **vorzeitigen Schädelnahtverschlüsse**, seltener treten Gesichtsspalten oder Meningo(enzephalo)cele auf. Bei vorzeitigem Schädelnahtverschluss bleibt die Wachstumshemmung meist nicht auf den Hirnschädel beschränkt, sondern schließt den Gesichtsschädel ein. Hieraus resultieren ästhetische Beeinträchtigungen und funktionelle Auswirkungen. Die klinische Symptomatik der Krankheitsbilder wird durch Lokalisation und Anzahl der Kraniosynostosen sowie deren Schweregrad bestimmt. Besondere Bedeutung kommt einer zusätzlichen Wachstumsstörung im Bereich der Schädelbasis zu. Von diesen echten Synostosen sind die **lagebedingten Wachstumsstörungen** zu unterscheiden. Im Folgenden soll ein Überblick über die Diagnostik und die Therapie der Schädeldefektbildungen erfolgen.

Lagebedingte Wachstumsstörungen

In der letzten Dekade haben die lagebedingten Schädeldeformitäten stark zugenommen. Dies hängt in erster Linie mit der empfohlenen Lagerung auf dem Rücken zur Vermeidung des „Plötzlichen Kindstodes“ zusammen. Diese Maßnahme ist gerechtfertigt und führt aber bei einer Disposition zu einer Wachstumsbehinderung. Der Hinterkopf ist ein- oder beidseitig abgeflacht. Es tritt ein okzipi-

taler Plagiocephalus oder ein Brachycephalus auf. Die okzipitale Abflachung der betroffenen Seite reicht dabei bis in die Parietalregion (Abb. 1). Auf der kontralateralen Seite ist die Hinterhauptregion verstärkt vorgewölbt. Wegen der ebenfalls involvierten Schädelbasis ist das äußere Ohr auf der betroffenen Seite nach ventro-kaudal verlagert. Ein erhöhter intrakranieller Druck tritt in der Regel nicht auf. Bei der **bilateralen funktionellen Lambdanahtsynostose** (lagebedingter Brachycephalus) ist der gesamte Hinterkopf abgeflacht und verbreitert. Beide Ohren imponieren tiefstehend und sind nach ventral verlagert. Ein erhöhter intrakranieller Druck ist äußerst selten zu beobachten und nur in Fällen mit besonders starker Ausprägung.

Die Diagnose einer „echten“ **Lambdanahtsynostose**, d.h. eine Fusion einer oder beider entsprechenden Schädelnähte, ist sehr selten zu stellen. Der radiologische



Abb. 1: Einseitige Abflachung des Hinterkopfes bei lagebedingtem Plagiocephalus

Befund geht meist nicht mit der Ausprägung des klinischen Erscheinungsbildes einher. Neue Untersuchungen deuten eine isolierte Fusion der Tabula interna hin.

Kraniosynostosen

Ätiologie und Symptomatik

Unter Kraniosynostosen sind vorzeitige Schädelnahtverschlüsse zu verstehen, die zur Schädeldeformierung mit Einengung des Schädelinnenraumes führen. Die Ätiopathogenese ist bis heute noch weitgehend ungeklärt. In jüngster Zeit mehren sich die molekularbiologischen Hinweise, dass eine Mutation des Fibroblasten-Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 Gens (Fibroblast Growth Factor Receptor-2; FGFR-2) vorliegt. Für verschiedene kraniofaziale Synostosen und Syndrome wurden bereits spezifische Mutationen einzelner Gene nachgewiesen (Tab. 1).

Das Wachstum des Knochens ist senkrecht zur befallenen Naht gehemmt und

in Richtung derselben verstärkt. Die **Symptomatik** der prämaturnen Schädelnahtsynostosen ist vielschichtig. Sie wird durch Lokalisation und Anzahl der Kraniosynostosen sowie deren Schweregrad bestimmt. Je früher der Nahtverschluss einsetzt, umso stärker ist das Ausmaß der Wachstumshemmung und umso früher muss auch mit funktionellen Beeinträchtigungen gerechnet werden. So kann beim gleichen Krankheitsbild sowohl ein leichte Form auftreten, die keiner operativen Behandlung bedarf, als auch die Extremform, die zu einer massiven Beeinträchtigung von Funktion und Ästhetik führen kann, sodass eine frühzeitige Operation unumgänglich ist. Da es sich beim Wachstum um einen dynamischen Prozess handelt, muss bei einem gestörten Wachstumsverlauf mit einer Verstärkung der Symptomatik gerechnet werden [6,7].

Aus dem pathologischen Schädelwachstum resultieren *funktionelle Auswirkungen und ästhetische Beeinträchtigungen* der Proportionen des Hirn- und Gesichtsschädels.

gungen der Proportionen des Hirn- und Gesichtsschädels.

Funktionsstörungen aufgrund einer Wachstumsbehinderung des **Neurokraniums** werden durch das Missverhältnis zwischen dem Volumen der Schädelkapsel und dem wachsendem Gehirn verursacht, was bei Befall von mehreren Nähten zum Anstieg des **intrakraniellen Druckes** führen kann. Als Folge kann es durch die Einengung des Gehirns zu **Liquorzirkulationsstörungen** kommen. Da auch der venöse Abfluss eingeschränkt ist, entstehen Umgehungskreisläufe, besonders über die Emissarvenen der Schädelkalotte, was bei der späteren operativen Korrektur zu einer erheblichen Blutung führen kann. Ferner kann in schweren Fällen die **zerebrale Durchblutung** beeinträchtigt sein, sodass die Gefahr von Hirninfarkten besteht (Tab. 2).

Zu den häufigsten **neurologischen Symptomen** zählen Kopfschmerzen, die jedoch nur bei älteren Kindern eruiert werden können. Bei Kleinkindern äußert sich ein erhöhter intrakranieller Druck meist durch Unruhe, Schlafstörungen, häufiges Weinen, Erbrechen und Trinkschwäche. Insgesamt kann die psychomotorische Entwicklung deutlich beeinträchtigt sein. Daneben kann durch den erhöhten intrakraniellen Druck der **Nervus opticus** geschädigt werden. Röntgenologisch stellt sich die Kalotte aufgrund des Hirndrucks in Verbindung mit der beschriebenen Dymorphie in typischer Weise als „Wolken-“ oder „Wabenschädel“ dar (Abb. 2a). Klinisch zeigt sich dies im Operationsbefund als die sog. Impressiones digitatae an der Kalotteninnenseite (Abb. 2b).

Bei Störungen des Schädelbasiswachstums ist neben einer Wachstumshemmung des Neurokraniums auch das **Viszerokranium** betroffen. Die antero-kaudale Rotation des Wachstums des Mittelgesichts ist behindert. Als Folge tritt eine **Hypoplasie** des gesamten Mittelgesichts auf, wobei das Gesicht zu transversalem Wachstum tendiert und ein **Hypertelorismus** entsteht. Da die Infraorbitalränder weit zurückliegen, ist der **Exophthalmus** der auffälligste Befund (Abb. 3). Durch die Wachstumsbehinderung ist der Orbitatrichter mitunter so flach ausgebildet, dass eine Protrusio bulbi mit mangelndem Lidschluss vorliegt. Dadurch besteht die Gefahr einer chronischen Keratokonjunktivitis mit Hornhauterosion und Visusbeeinträchtigung. Durch

Tab. 1: Gene und diverse Mutationsorte bei Syndromen, die mit Synostosen einhergehen

Syndrom	Gen	Hotspot-Mutationsregion (Region/Exon)
Apert	FRFR2	IgII-IgIII-Linker (p.Ser252Trp;p.Pro253Arg)
Pfeiffer	FRFR2, FRFR3	IgII-IgIII-Linker, IgIIIa-IgIIIc
Crouzon	FRFR2	IgII-IgIII-Linker, IgIIIa-IgIIIc
Saethre-Chotzen	TWIST1	Exon1
Muenke	FRFR3	IgII-IgIII-Linker (p.Pro253Arg)

Tab. 2: Folgen der prämaturnen Schädelnahtsynostosen

A Wachstumsbehinderung des Neurokraniums
Chronisch erhöhter intrakranieller Druck
Verminderung der zerebralen Durchblutung (evtl. Grenzzoneninfarkte)
Hirnatrophie mit irreversiblen Ausfällen
Ausbildung von Umgehungskreisläufen über die Emissarvenen der Schädelkalotte
Behinderung der Liquorzirkulation mit Gefahr eines Hydrozephalus
Schädigung des Nervus opticus mit Visusverschlechterung in Extremfällen mit Erblindung
Beeinträchtigung der psychomotorischen Entwicklung
B Wachstumsbehinderung des Viszerokraniums
flache Orbitatrichter mit Protrusio bulbi und chronischer Keratokonjunktivitis und Hornhauterosionen
Mittelgesichtshypoplasie mit Behinderung der Nasenatmung (Tracheotomienotwendigkeit, chronische Atemwegsinfektionen, ernsthafte Gedeihstörung der Kinder, und Rechtherzbelastung)
Fehllage der Kiefer mit Beeinträchtigung des stomatognathen Systems (Kaufunktion und Sprache)

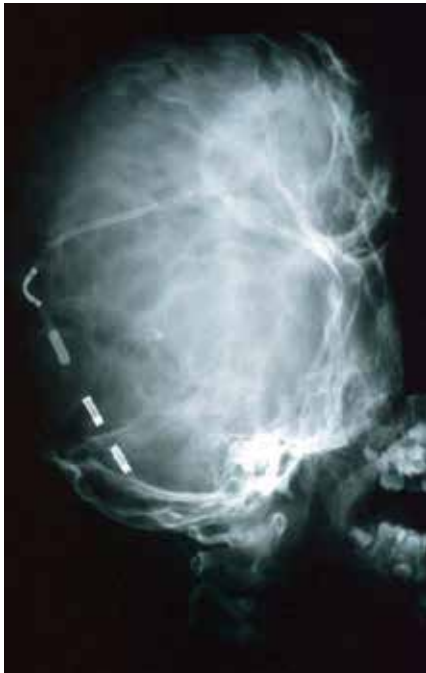


Abb. 2a: Röntgenbild eines „Wolken-“ oder „Wabenschädels“ bei Pansynostose

den *eingengten Nasen-Rachen-Raum* wird das Mittelohr über die Tuba auditiva nur mangelhaft belüftet, sodass rezidivierende Paukenergüsse und Mittelohrentzündungen resultieren. Die Kinder entwickeln sich zu reinen Mundatmern, was zur Gingivahyperplasie mit chronischen Entzündungen führt. Häufig treten auch bronchopulmonale Infekte auf. In Extremfällen kann zeitweilig eine Tracheotomie unmittelbar postnatal erforderlich werden.

Die Wachstumsbeeinträchtigung des Viszerokraniums hat auch direkte Auswirkungen auf das **stomatognathe System**. Je nach Ausprägung der Erkrankung kommt es zum frontal-offenen Biss, der so stark ausgeprägt sein kann, dass die Zähne nur noch im Molarenbereich Kontakt finden. Oft treten Zahnfehlstellungen infolge Platzmangels durch den zu kleinen Oberkieferbogen auf. Die Unterentwicklung der Maxilla begünstigt auch eine Rhinolalia clausa. Zusätzlich kann es durch die hohe und schmale Gaumenform und die abnorme Unterkieferlage mit offenem Biss zu Zungenfehlfunktionen kommen, die die sprachliche Entwicklung behindern. Da der Unterkiefer nicht betroffen und normal ausgebildet ist, entsteht das Bild einer *Pseudoprogenie* mit positiver Frontzahn- bzw. Lippenstufe.

Klassifikation

Die Klassifikation der Kraniosynostosen kann nach verschiedenen Kriterien

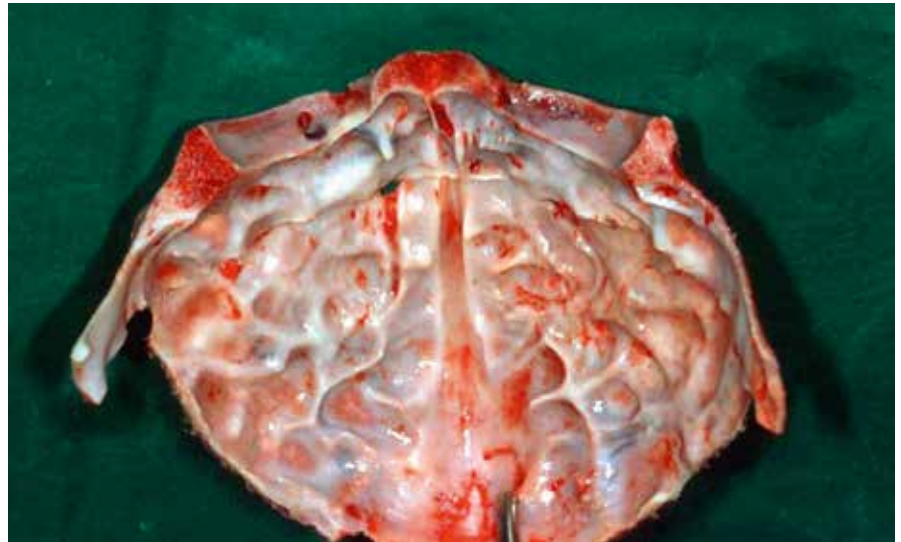


Abb. 2b: Operationspräparat mit Impressiones digitatae an der Kalotteninnenseite bei chronisch erhöhtem intrakraniellen Druck



Abb. 3: 11-jähriges Mädchen mit M. Crouzon (Exophthalmus und Hypertelorismus)

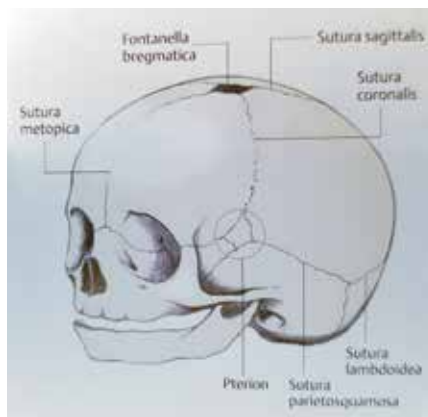


Abb. 4a: Schematische Darstellung der Schädelnähte

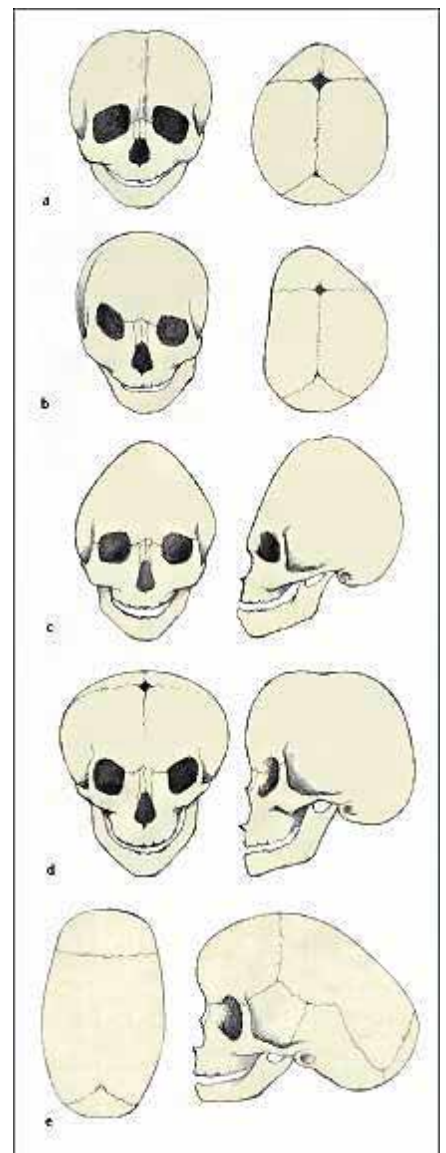


Abb. 4b: Schematische Darstellung der typischen Schädelformen bei Kraniosynostosen

erfolgen. *Virchow* teilt die Schädelbildungen nach der Schädelform, also nach dem äußeren Erscheinungsbild ein. Er erkannte, dass durch eine prämaturne Synostose die Entwicklung des Knochens **senkrecht zur befallenen Naht gehemmt wird, wobei gleichzeitig eine verstärkte Ausdehnung in Richtung der betroffenen Naht stattfindet**. Diese Einteilung der Schädelform hat sich gegenüber der Klassifikation nach der betroffenen Naht bzw. nach ätiologischen Gesichtspunkten durchgesetzt. Für die operative Therapie hat sich (aufbauend auf der *Virchow*-schen Einteilung) eine Klassifikation in nur fünf typische Schädelformen bewährt (Abb. 4a, b):

- der Trigonocephalus
- der Plagiocephalus
- der Oxycephalus
- der Brachycephalus
- und der Skaphocephalus.

Innerhalb dieser vereinfachten Typisierung der Schädeldeformitäten infolge prämaturner Synostosierung werden eine Vielzahl von Kombinationsformen beobachtet.

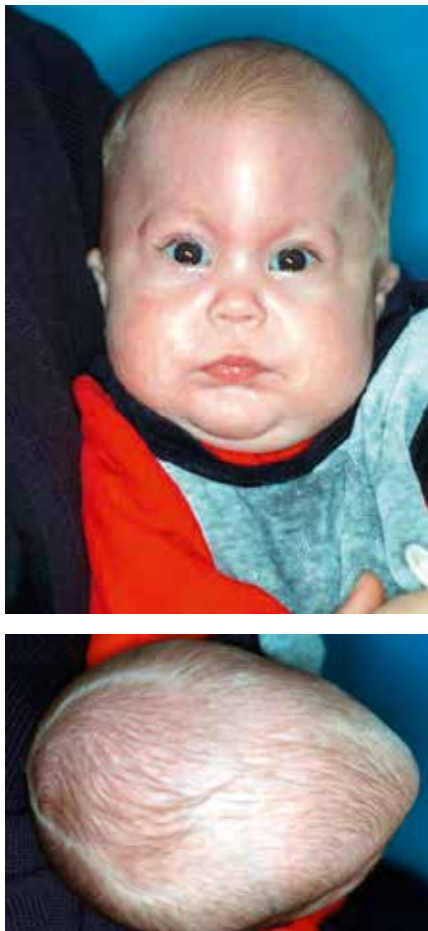


Abb. 5a, b: Klinische Bilder eines Trigonocephalus durch Synostosierung der metopischen Naht

Trigonocephalus

Der Trigonocephalus entsteht durch vorzeitige Verknöcherung der metopischen Naht (Abb. 5a, b). Die Fehlbildung setzt meist bei der frühen intrauterinen Schädelentwicklung ein und ist häufig schon bei Geburt deutlich erkennbar. Durch die Synostose der metopischen Naht kommt es zu einer Aufwulstung im Bereich der Stirnmitte, die bei manchen Patienten als deutliche Knochenleiste erkennbar ist. Die stärkste Verdickung findet sich in der Region der Glabella. Durch die gleichzeitige Abflachung der fronto-lateralen Region nimmt das Os frontale im horizontalen Schnitt die **Form eines Dreiecks** an. Die Supraorbitalwülste flachen sich nach lateral ab. Durch Einschnürung des Knochens fronto-lateral beidseits wird das Erscheinungsbild zusätzlich verstärkt, wodurch vornehmlich die Region der Frontallappen eingeengt wird. Die Augen liegen im Sinne eines **Hypotelorismus** eng zusammen. Sämtliche Ausbildungsformen, von der leichten Aufwulstung im Bereich der Stirnmitte bis zur Extremform, können auftreten. **Auffällige neurologische Symptome und Funktionsstörungen fehlen meist vollständig**. Eine geistige Retardierung im Zusammenhang mit der Trigonocephalie wird in der Regel nur bei ausgeprägten Krankheitsbildern beobachtet.

Plagiocephalus

Dem Plagiocephalus liegt eine unilaterale Koronarnahtsynostose zugrunde



Abb. 6: Klinisches Bild eines Plagiocephalus linksseitig bei einseitiger Koronarnahtsynostose

(Abb. 6). Die Fehlbildung ist meist schon bei Geburt erkennbar, wird jedoch oft als Geburtstrauma oder Lagerungsschaden fehlgedeutet. Das Erscheinungsbild verstärkt sich im Verlauf des Wachstums. Durch die Wachstumshemmung kommt es zu einer **Abflachung der Stirn auf der betroffenen Seite**. Die Asymmetrie des Schädels reicht bis in das Hinterhaupt. Oft findet sich auf der betroffenen Seite fronto-lateral eine Einschnürung. Der Orbitatrichter ist verkürzt. Durch das verstärkte Wachstum in Richtung der befallenen Naht **weicht die Gesichtssache zur gesunden Seite ab**. Dadurch neigt sich die **Augenachse zur gesunden Seite**, während die Okklusionsebene zur kranken Seite abfällt. Eine Diplopie kann auftreten. Das Erscheinungsbild kann verschieden stark ausgeprägt sein. **Neurologische Störungen sind meist nicht ausgebildet**.

Oxycephalus

Die Ursache des Oxycephalus oder Turmschädels wird von verschiedenen Autoren unterschiedlich beurteilt. Meist wird hierfür eine beidseitige Koronarnahtsynostose verantwortlich gemacht (Abb. 7). Sind zusätzlich andere Nähte involviert, spricht man von oxyzephalem Schädelwachstum. Da bei der reinen Oxyzephalie die Schädelbasisnähte nicht betroffen sind, liegt auch keine direkte Wachstumshemmung des Mittelgesichts vor.

Die Fehlbildung wird im frühen Säuglingsalter häufig nicht gleich diagnos-



Abb. 7: Klinisches Bild eines Oxycephalus bei beidseitiger Koronarnahtsynostose

tiziert. Meist werden die Kinder erst bei Auftreten von funktionellen Störungen bzw. stärkerer Ausprägung des Krankheitsbildes im Verlauf des Wachstums vorgestellt. Durch die Wachstumshemmung senkrecht zur befallenen Naht und durch das verstärkte Wachstum in Richtung der betroffenen Naht entwickelt sich eine **flache und hohe Stirn**. Im Profil betrachtet setzt sich der Nasenrücken annähernd gerade in der Stirn fort. Durch die flachen Orbitalwülste entsteht ein **Exophthalmus im oberen Bereich**. Die Infraorbitalränder sind normal ausgeprägt. **Durch den meist erhöhten intrakraniellen Druck besteht beim Oxyzephalus die Gefahr neurologischer Störungen.**

Brachycephalus

Der Brachycephalus wird durch eine vorzeitige Verknöcherung der beiden Kranznähte bei **gleichzeitiger Fusion der Schädelbasisnähte** und zum Teil auch der Sagittalnaht verursacht (Abb. 8). Das Wachstum des Keilbeinmassivs ist in toto gehemmt. Die Fehlbildung bleibt somit nicht wie bei den anderen Formen hauptsächlich auf das Neurokranium beschränkt, sondern hat erhebliche Auswirkungen auf das Viszerokranium bis in das stomatognathe System. Zusätzlich können Nähte des Gesichtschädels betroffen sein. Die Erkrankung ist meist schon bei der Geburt erkennbar.

Der Schädel ist kurz, breit und rund. Die Supraorbitalregion liegt zurück,

während sich meist der obere Anteil der Stirn nach vorne wölbt. Auffallend ist der häufig stark ausgeprägte **Exophthalmus** durch die zu flachen Orbitatrichter sowie der **Hypertelorismus**. Zusätzlich können Einziehungen fronto-lateral beidseits auftreten. Durch die Hemmung im Bereich der Schädelbasis kann sich die Kalotte nicht wie beim Oxyzephalus turmschädelartig ausdehnen. Kompensatorisch kommt es deshalb aufgrund des Wachstumsdrucks des Gehirns zur Vorwölbung der Stirn- und Temporalregion. Durch die gehemmte antero-kaudale Rotation des Oberkiefers resultiert eine Hypoplasie der Maxilla mit den o.e. Symptomen. **Wegen der meist starken intrakraniellen Druck-erhöhung ist die Gefahr von neurologischen Ausfällen, geistiger Retardierung oder Visusbeeinträchtigung erhöht.**

Kleeblattschädel (Triphyllocephalus)

Diese Bezeichnung ist ein rein deskriptiver Begriff für eine Kranio- und Faziostenose, bei der umschriebene, kleeblattähnliche Vorwölbungen der Scheitel- und der Schläfenregion auftreten, die meist mit einer Totalverknöcherung aller Schädelnähte, einer Pansynostose, einhergehen (Abb. 9a, b). Als Folge der ausgeprägten knöchernen Konstriktion ist schon **bei Geburt der intrakranielle Druck deutlich erhöht**. Meist besteht ein Hydrozephalus, der mutmaßlich durch eine funktionelle aquäduktale Stenose und einen erhöhten Widerstand des ve-

nösen Abflusses verursacht wird. Diese Fehlbildung wird als eine Extremform des Brachycephalus angesehen.

Skaphozephalus

Der Skaphozephalus entsteht durch prämatüre Synostosierung der sagittalen Naht (Abb. 10a, b). Durch die Wachstumshemmung senkrecht zur befallenen Suture kommt es zur **transversalen Versmälerung** des Schädels, während kompensatorisch ein **verstärktes Wachstum in sagittaler Richtung** erfolgt. Die Sagittalnahtstenose kann isoliert oder mit weiteren Synostosen auftreten. Meist ist die Erkrankung schon bei Geburt zu erkennen. Das Erscheinungsbild des Skaphozephalus ist durch einen langen schmalen Schädel mit hoher Stirn gekennzeichnet. Der fronto-ozzipitale Schädelumfang ist vergrößert. Oft ist ein Knochenwulst im Bereich der Sagittalnaht sichtbar bzw. tastbar.

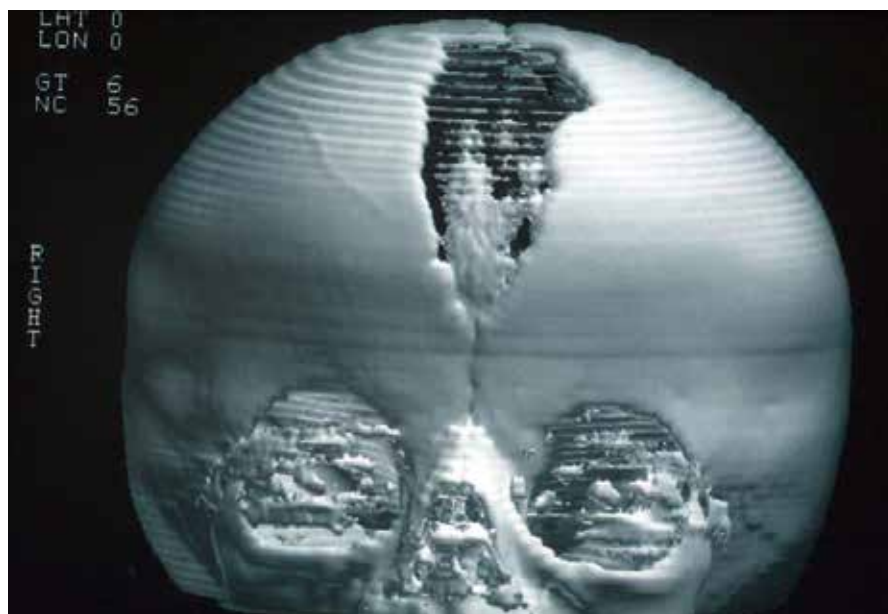


Abb. 8: Das 3D-CT eines Brachycephalus. Es zeigt die beiden bis in die Schädelbasis verknöcherten Koronarnähte, wobei die frontale Fontanelle druckbedingt weit geöffnet ist



Abb. 9a: klinisches Bild eines Kleeblattschädels mit ausgeprägtem Exophthalmus

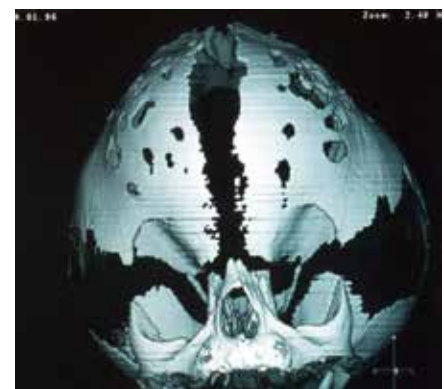


Abb. 9b: 3D-CT eines Kleeblattschädels mit druckbedingten Kalottenresorptionen



Abb. 10a: Klinisches Bild eines Skaphozephalus durch vorzeitige Verknöcherung der Sagittalnaht

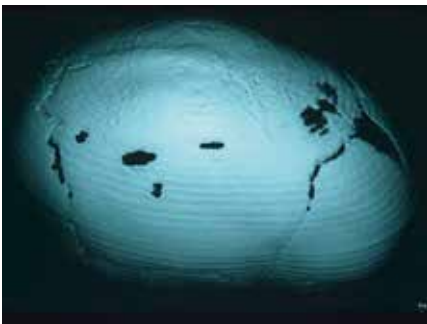


Abb. 10b: 3D-CT des Schädels mit Synostose der Sagittalnaht

Kraniofaziale Syndrome

Prämature Nahtsynostosen können mit multiplen weiteren Fehlbildungen kombiniert sein. Für die operative Therapie ist die Einordnung der Krankheitsbilder nach Syndromen unbedeutend, da sich die Korrektur einer Kraniosynostose nur nach



Abb. 16a: 10-jähriges Mädchen mit Morbus Crouzon und Mittelgesichtshypoplasie und Exophthalmus

der äußeren Erscheinungsform richtet. Jedoch sind aus dieser Klassifikation gewisse Rückschlüsse auf die Prognose und die Vererbbarkeit möglich. Cohen hat 1975 [1] die Syndrome, die mit Kraniosynostosen einhergehen, zusammengefasst. Aus der Vielzahl der kraniofazialen Fehlbildungssyndrome zählen zu den häufigsten: Das **Apert-Syndrom**, das **Crouzon-Syndrom** (Abb. 3, 16a), das **Pfeiffer-Syndrom** und das **Saethre-Chatzen-Syndrom**.

Den zweiten Teil dieses Beitrages finden Sie in der nächsten Ausgabe unserer Zeitschrift.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller
 Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Uniklinik Köln
 Kerpenerstr. 62, 50931 Köln
 Tel.: 0221/47896551
 E-Mail: zoeller@uni-koeln.de

Interessenkonflikt:

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

Welche Diagnose wird gestellt?

Anne Teichler

Anamnese

Ein vier Monate alter Junge wird mit einem seit Geburt unverändert bestehenden haarlosen Areal am Capillitium vorgestellt. Die weitere Eigen- und Familienanamnese sind unauffällig.

Untersuchungsbefund

Vier Monate alter männlicher Säugling in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Links parieto-temporal findet sich eine 5,6x3,7cm durchmessende, flache, haarlose Plaque mit gelblich-orangefarbener Eigenfarbe. Das übrige Integument ist unauffällig.

Welche Diagnose wird gestellt?



Abb. 1: Scharf begrenzte haarlose Plaque mit gelblich-orangefarbener Eigenfarbe

Diagnose

Naevus sebaceus

Beim Naevus sebaceus oder Talgdrüsennaevus handelt es sich um eine embryonale Fehlbildung (Hamartom), die sich vornehmlich aus Talgdrüsen zusammensetzt, aber in variablem Umfang auch epidermale Strukturen, Schweißdrüsen und Haarfollikel betreffen kann und auf einer postzygotischen Mutation von *HRAS* oder *KRAS* beruht. Talgdrüsennaevi treten bei 0,3 % aller Neugeborenen auf.

Klinisch finden sich bereits bei der Geburt rundliche oder lineare, scharf begrenzte, gelbliche Plaques mit einer glatten oder leicht samtigen Oberfläche.

In der Regel handelt es sich um solitäre und lokal begrenzte Läsionen. Seltener kommen auch ausgedehnte, systematisierte Talgdrüsennaevi vor, die Ausdruck eines Schimmelpenning-Feuerstein-Mims-Syndroms sein können, das mit multiplen Fehlbildungen, u.a. an Haut, Augen und Gehirn einhergeht.

Am häufigsten sind Naevi sebacei als haarlose Plaque am behaarten Kopf zu finden, gelegentlich aber auch im Bereich des Gesichts oder Halses.

Das klinische Erscheinungsbild ändert sich im Verlauf unter dem Einfluss hormoneller Faktoren und kann in drei Phasen unterteilt werden: Direkt postpartal und insbesondere bei gestillten Säuglingen ist die Oberfläche der Naevi sebacei aufgrund der Stimulation der Talgdrüsen durch mütterliche Androgene leicht prominent. Ab der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres tritt eine Ruhephase ein, in der die Naevi eine glatte Oberfläche aufweisen und kaum erhaben sind. Kurz vor Beginn der Pubertät kommt es unter Hormoneinfluss erneut zu einem Dickenwachstum mit zunehmend unregelmäßiger, teils knotiger Oberfläche.

Bis zum 16.-18. Lebensjahr sind Naevi sebacei allenfalls aufgrund der Haarlosigkeit kosmetisch störend. Nach diesem Alter können sich innerhalb eines Naevus sebaceus bei etwa 24 % aller betroffenen Patienten überwiegend gutartige Adnextumoren bilden. Meist handelt es sich hierbei um Trichoblastome (7,4 %), Syringozystenadenome (5,2 %) oder Trichoepitheliome. Seltener (in etwa 2,5-8 % aller Fälle) wurde über das Auftreten semimaligner Tumore berichtet, unter denen das Basalzellkarzinom mit 1,1 % am häufigsten zu finden ist, gefolgt vom spinzellulären Karzinom. Das Risiko für die Entwicklung von Basaliomen wurde allerdings lange überschätzt, aufgrund der Fehlinterpretation basaloider Zellproliferationen.

Diagnostik und Differenzialdiagnosen

Die Diagnose eines Naevus sebaceus ist meist eine Blickdiagnose. Histologisch zeigt sich ab der Pubertät eine Akkumulation reifer Talgdrüsen mit assoziierter Hyperkeratose und Papillomatose der darüber liegenden Epidermis. In jüngeren Jahren sind die Talgdrüsen in den Naevi sebacei noch unreif, sodass das histologische Bild eher an einen verrukösen epidermalen Naevus erinnert. Es finden sich aber bereits in frühen Naevi sebacei strangförmig angeordnete, undifferenzierte epitheliale Zellen, die Vorstufen von Haarfollikeln entsprechen. Ausgereifte Haarfollikel finden sich in Naevi sebacei hingegen allenfalls spärlich.

Differenzialdiagnostisch muss eine Aplasia cutis congenita ausgeschlossen werden. Letztere weist in der Regel eine glattere und atrophe Oberfläche auf und zeigt häufig einen umgebenden Haarkranz. Weitere Differenzialdiagnosen sind kongenitale juvenile Xanthogranulome, Naevi psilolipari und solitäre Mastozytome.

Therapie

Um die Ausbildung sekundärer Tumore oder – bei größeren Naevi sebacei – ästhetische Beeinträchtigungen zu vermeiden, wird häufig eine prophylaktische Exzision empfohlen. Hierfür bietet sich aufgrund der stärkeren Dehnungsfähigkeit der Haut und daher meist guter Operabilität und besseren kosmetischen Ergebnissen das Kleinkindesalter an. Andererseits kann eine Exzision bei älteren Kinder oder Jugendlichen oftmals in Lokalanästhesie durchgeführt werden, sodass gerade bei weniger großen und ästhetisch weniger beeinträchtigenden Talgdrüsennaevi durchaus ein späterer Zeitpunkt für die Exzision gewählt werden kann. Eine Abtragung mit dem CO₂-Laser wird aufgrund der zu geringen Eindringtiefe und aufgrund des Nachteils einer fehlenden histologischen Begutachtung nicht empfohlen.

Bei sehr kleinen, kosmetisch nicht störenden Naevi sebacei kann auch zugewartet werden. In diesem Fall sollten jedoch zumindest ab dem Erwachsenenalter regelmäßige dermatologische Kontrollen erfolgen.

Literaturangaben

1. Groesser L, Herschberger E, Ruetten A et al. Postzygotic *HRAS* and *KRAS* mutations cause nevus sebaceus and Schimmelpenning syndrome. *Nat Genet.* 2012;44:783-7.
2. Idriss MH, Elston DM. Secondary neoplasms associated with nevus sebaceus of Jadassohn: a study of 707 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70:332-7
3. Moss C, Shahidullah H. Naevi and other developmental defects. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C (Eds). *Rook's Textbook of Dermatology*, 8th edition, Oxford: Wiley-Blackwell; 2010. pp18.8-9

Korrespondenzanschrift:

Dr. Anne Teichler

Abt. Pädiatrische Dermatologie
und Allergologie

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Lilientronstraße 130, 22149 Hamburg

Red.: Höger

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

Steckbrief zu: Ketamin

Chemische Bezeichnung: chirales Cyclohexanonderivat ähnlich dem Phencyclidin (PCP), das als R- und S- Isomer vorkommt, das S- Isomer ist doppelt so stark wirksam, als Droge wird aber bevorzugt das racemische (R)(S) – Ketamin verwandt.

Straßennamen(n): Special K, Vitamin K, Kate, Ket, K.

Dosierung(en): zur akuten Schmerzbekämpfung werden 0,125 – 0,25 mg /kG KG i.v. als Bolus verwandt, zur Narkose 0,5 – 1,0 mg / kG KG i. v. gefolgt von der halben Dosierung alle 15- 20 Minuten; als Drogeneinnahme werden z.B. 50 mg geschnupft. Der Wirkeintritt bei i.v. – Gabe ist rasch in 30 Sekunden, die Wirkdauer beträgt 5-10 Minuten; beim Schnupfen der Substanz tritt die Wirkung nach Minuten ein und hält ein bis zwei (- drei) Stunden an.

Einnahmeform: bevorzugt geschnupft als weißes Pulver über Röhrchen wie Kokain, aber auch Rauchen der Kristalle oder Injektion (i.v. oder i.m.) sind möglich; bei oraler Aufnahme wegen der zeitgleichen Demethylierung in der Leber nur geringe halluzinogene Wirkungen.

Interaktionen: Wirkverstärkung durch zeitgleiche Einnahme von Alkohol, GHB, Opiaten oder Benzodiazepinen; Senkung der Krampfschwelle in Kombination mit Aminophyllin/ Theophyllin.

Straßenpreis(e): 1 Gramm kosten 25 – 45 Euro, so dass die Einzeldosis weniger als 2 Euro kostet.

Erwünschte Wirkung(en): halluzinogene Effekte (NW des Arzneimittels als Narkotikum in der Aufwachphase); verzerrte Raum- und Zeitwahrnehmung, lebhafte Farbeindrücke ; Nah-todeserlebnisse mit Gefühl der Ich-Auflösung („K – Hole“).

Unerwünschte Wirkung(en): Übelkeit und Erbrechen, Tachykardie und Blutdruckanstieg, Angst- und Panikattacken, schizophrene Psychose (drogeninduzierte Psychosen). Desorientierung, Schwindel und verschwommenes Sehen zusammen mit Bewegungsunfähigkeit durch erhöhten Muskeltonus erhöhen das Risiko für Unfälle.

Symptome bei Überdosierung: Bewusstlosigkeit bis Koma, selten auch Atemdepression, bei Kindern auch Laryngospasmus;



Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfall bei vorgeschädigten Patienten deutlich erhöht.

Nachweismethoden: im normalen Drogenscreening nicht enthalten, aber im Urin bei Suche nach „general unknown“ (HPLC oder GC-MS) sind Ketamin und seine Derivate nachweisbar; Achtung: im Drogenscreening kann es wegen der chemischen Ähnlichkeit falsch positive Reaktionen geben für die Droge PCP („Angelsdust“).

Therapieoptionen akut: Sicherung der Vitalfunktionen, es gibt kein spezifisches Antidot, bei zerebralen Krampfanfällen wirken Benzodiazepine. Benzodiazepine können auch die unerwünschten Wirkungen abmildern.

Langzeitfolgen: rasche Toleranzentwicklung, die zu Dosissteigerungen zwingt mit relevantem physischen Abhängigkeitspotential; bereits nach mehr als dreitägigem Gebrauch sind Leberfunktionsschäden möglich; bei Langzeitmissbrauch werden Gedächtnisstörungen beschrieben und irreversible Schädigungen des Harntraktes mit Dysurie, Pollakisurie, Inkontinenz und Blut im Urin; daneben berichten Süchtige von rezidivierenden krampfartigen Bauchschmerzen ohne physiologisches Korrelat.

Korrespondenzadresse:

Dr. Matthias Brockstedt
Am Hirschsprung 43, 14195 Berlin
E-Mail: mabrock@zedat.fu-berlin.de

Red.: Heinen

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.



Gibt es Empfehlungen zu Desinfektionsmitteln für die präoperative Hautdesinfektion bei Kindern?

Frage

Gibt es besondere Empfehlungen, welches Hautdesinfektionsmittel bei Kindern bzw. bei Kleinkindern/Neonaten zur OP-Vorbereitung verwendet werden soll? Die allgemein übliche gebrauchsfertige, alkoholische Povidon-Iod-Lösung ist jodhaltig und ist m. E. für Kinder nicht so geeignet.

Antwort

Es existieren zwei ganz aktuelle internationale Empfehlungen zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen in denen auch auf die Durchführung einer präoperativen Hautdesinfektion Bezug genommen wird:

1. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection. JAMA Surg. 2017, 152(8): 784-791.

In den US-amerikanischen Guidelines der CDC wird die Empfehlung ausgesprochen ein alkoholbasiertes Hautdesinfektionsmittel zu nutzen.

Diese Empfehlung basiert auf systematischen Reviews, die der Empfehlung zugrunde liegen und die einen deutlichen Vorteil von alkoholischen chlorhexidinhaltigen Desinfektionsmitteln versus wässrigen jodhaltigen Desinfektionsmitteln zeigten, während der direkte Vergleich alkoholhaltiger Mittel gegeneinander (Alkohol-Jod vs. Alkohol-Chlorhexidin) keine relevanten Unterschiede ergab.

In diesen US-Guidelines wird keine Unterscheidung der Hautdesinfektionsmittel für die Anwendung bei Erwachsenen oder Kindern vorgenommen und es

findet sich kein Hinweis auf die Population, für die diese Empfehlung ausgesprochen wird.

2. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. World Health Organization 2016.

In den WHO-Guidelines wird explizit eine Empfehlung für alkoholische chlorhexidinhaltige Desinfektionsmittel ausgesprochen. Auch diese Empfehlung ist das Ergebnis systematischer Reviews zum Thema. In den WHO Guidelines wird zur Gültigkeit der Empfehlung bei Kindern folgendes aufgeführt: Die Evidenz aus Studien beschränkt sich auf Populationen außerhalb des Kindesalters. Die Handelsprodukte sind teilweise für Kinder nicht zugelassen, da Studien in dieser Population fehlen. Es ist unwahrscheinlich, dass in Zukunft Studien bei Kindern oder Neonaten zur Verfügung stehen werden. Bei der Verwendung von alkoholischen Hautdesinfektionsmitteln bei Neonaten sind möglichen Risiken zu beachten.

Entsprechende Empfehlungen aus Deutschland sind inzwischen 10 Jahre alt und wurden 2007 veröffentlicht (Prävention postoperativer Infektionen im Operationsgebiet Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007, 50: 377-393).

In den aktuellen KRINKO Empfehlungen für Deutschland wird keinerlei Hinweis auf die zu verwendenden Substanzen gegeben.

In den KRINKO Empfehlungen für Frühgeborene, ebenfalls aus 2007 (Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g. Bundesgesundheitsbl

– Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007, 50: 1265–1303) wird für die Hautdesinfektion allgemein Octenidin 0,1 % ohne Phenoxyethanol empfohlen. PVP-Iod hat den Nachteil der systemischen Jodresorption und ist daher bei extrem unreifen Frühgeborenen primär kontraindiziert und Chlorhexidin kann bei extrem unreifen Frühgeborenen lokale Unverträglichkeitsreaktionen auslösen.

Die Anfrage, ob es Empfehlungen zum Hautdesinfektionsmittel zur OP-Vorbereitung bei Kindern/Kleinkindern/Neonaten gibt, kann daher zusammenfassend damit beantwortet werden, dass bei unreifen Frühgeborenen primär Octenidin 0,1 % ohne Phenoxyethanol zum Einsatz kommen sollte und abhängig vom Reifegrad der Haut später auf andere Produkte ausgewichen werden kann.

Für Kinder außerhalb der Population der unreifen Frühgeborenen existieren keine speziellen Empfehlungen. Hier sollten die Hinweise der Guidelines, wie sie für Erwachsene gelten, beachtet werden. Zum Beispiel könnten alkoholische Präparate mit Octenidin (selbst für Frühgeborene gut verträglicher Kombinationswirkstoff) zur Anwendung kommen. Evtl. Hinweise des Herstellers zu Altersbeschränkungen sind bei der Auswahl ebenfalls zu beachten.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Christine Geffers
Charité
Institut für Hygiene
Hindenburgdamm 27
12203 Berlin

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

Paracetamol oder NSAR allein oder in Kombination gegen Schmerzen bei Kindern mit einer Otitis media

Paracetamol (Acetaminophen) or Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs, Alone or Combined, for Pain Relief in Acute Otitis Media in Children

Sjoukes, A et al. Cochrane Database Syst Rev 15; 12:CD011534, Dezember 2016

Die akute Otitis media (AOM) gehört zu den häufigsten Infektionserkrankungen im Kindesalter und ist weltweit ein häufiger Grund für die Verschreibung eines Antibiotikums. Zu den zentralen Symptomen einer AOM, die von den Kindern und Eltern wahrgenommen werden, gehören Ohrenschmerzen. Da Antibiotika in der akuten Phase nur einen marginalen Nutzen bieten, wird die Therapie zunächst mit schmerzlindernden Medikamenten, Paracetamol und/oder NSARs (Nicht-Steroidale Anti-Rheumatika) eingeleitet.

Die Autoren haben einen Literatur-Review durchgeführt und untersucht, wie wirksam die jeweiligen schmerzstillenden Substanzen allein oder in Kombination sind. In die Auswertung wurden randomisierte, kontrollierte Studien (RCTs) übernommen, in denen die Wirksamkeit von Paracetamol mit NSAR oder Placebo bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 6 Monaten und 16 Jahren verglichen wurde. Außerdem wurden Studien eingeschlossen, bei denen Paracetamol oder NSARs allein oder in Kombination wegen Fieber bei Infekten der oberen Atemwege verwendet worden waren, wenn Subgruppen-Daten für eine gleichzeitig vorhandene AOM ausgewertet werden konnten. An einer zweiten randomisierten Studie nahmen 156 fiebernde Kinder teil, von denen 26 unter einer AOM litten.

Im Ergebnis konnten drei randomisierte RCTs (327 Kinder) in die Auswertung übernommen werden. In einer dreiarmligen

RCT (219 Kinder mit einer AOM) wurde Paracetamol mit Ibuprofen und Placebo verglichen. Alle Kinder erhielten ein Antibiotikum und die Studienmedikation und konnten bei Fieber $> 39^\circ\text{C}$ zusätzlich zur Studienmedikation zwischen 30-60 mg Paracetamol erhalten. In einer zweiten RCT wurden Paracetamol mit Ibuprofen versus Ibuprofen plus Paracetamol verglichen. An dieser Studie nahmen 156 Kinder teil, von denen 26 Kinder unter einer AOM litten. An der dritten RCT nahmen 889 Kinder mit einem Atemwegsinfekt teil, von denen 82 unter einer AOM litten. In dieser Studie wurden jeweils Paracetamol und Ibuprofen miteinander und mit der Kombination Paracetamol plus Ibuprofen verglichen.

Die Analyse der Daten zeigte ein geringes bis hohes Bias-Risiko und eine insgesamt geringe Evidenz für die Wirksamkeit sowohl von Paracetamol als auch von Ibuprofen gegen Ohrenschmerzen nach 48 Stunden. Für Paracetamol versus Placebo betrug der Anteil der Kinder mit Schmerzen 10 % versus 25 % (RR 0,38, 95 % KI 0,17 bis 0,85 (NNTB 7; - Number needed to treat to benefit), für Ibuprofen versus Placebo der Anteil der Kinder mit Schmerzen 7 % versus 25 % (RR 0,28, 95 % KI 0,11 bis 0,70 NNTB 6).

Bei der Wirksamkeit konnte in den Studien kein relevanter Unterschied in der analgetischen Wirkung zwischen Paracetamol und Ibuprofen nach 24 und 48 Stunden nachgewiesen werden. Die Wirksamkeit von Paracetamol plus Ibuprofen konnte wegen unzureichender Daten nicht erfasst werden. Die Ergebnisse lassen keinen Unterschied bei den Nebenwirkungen erkennen.

Allein die Monotherapie von Paracetamol oder Ibuprofen wies gegenüber Placebo eine kurzzeitige Schmerzlinderung bei Kindern mit einer AOM auf.

Kommentar

Die akute Otitis media (AOM) gehört zu den häufigsten Infektionen in der kinderärztlichen Praxis. Schmerzen sind hierfür ein charakteristisches Zeichen. Sie werden üblicherweise oral mit Analgetika, Paracetamol oder Ibuprofen, behandelt. Reviews zur Wirksamkeit von Paracetamol und NSAR, allein oder in Kombination, lagen bisher nicht vor. Die Ergebnisse von Sjoukes et al. zeigen, dass eine Monotherapie mit einer der beiden Substanzen jeweils wirksamer ist als ein Placebo. Von Kindern, die ein Placebo erhalten hatten, klagten nach 48 Stunden noch 25 %, von denen, die Paracetamol erhalten hatten, noch 10 % und von denen, die Ibuprofen erhalten hatten, noch 7 % über Ohrenschmerzen. Der Wirkungsunterschied zwischen Paracetamol und Ibuprofen war mit 3 % nicht signifikant. Beide Substanzen unterschieden sich nicht in der Häufigkeit ihrer Nebenwirkungen.

Die Ergebnisse sind wegen der wenigen Daten und der Heterogenität der Studien, die für die Auswertung zur Verfügung standen, wenig gesichert und sollten in weiteren Studien bestätigt werden. Paracetamol und Ibuprofen haben sich in der täglichen Praxis bei Ohrenschmerzen gleichermaßen bewährt, was die Ergebnisse der Autoren bestätigen. Über die häufig geübte Praxis, bei Fieber und Schmerzen Paracetamol mit Ibuprofen zu kombinieren, lässt die aktuelle Studie wegen fehlender Daten keine Schlüsse zu.

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Antibiotika bei stationär behandelten Kindern mit Atemwegs-Viren, diagnostiziert mittels Multiplex PCR (mPCR)

Antibiotic Use in Hospitalized Children with Respiratory Viruses Detected by Multiplex Polymerase Chain Reaction

Goriacko P, Saiman L, Zachariah P, *The Pediatric Infectious Disease Journal*, doi: 10.1097/INF.0000000000001775, September 2017

Die Autoren vom New York-Presbyterian Morgan Stanley Children's Hospital (NYP-MSCH), einem 200 Betten Kinderkrankenhaus in New York City, untersuchten vom 1. Oktober 2012 bis 1. Oktober 2015 bei stationär behandelten Kindern und Jugendlichen unter 21 Jahren, mittels mPCR-Test die vermutlichen Erreger. Diese Untersuchung wurde bei allen Patienten <21 Jahren innerhalb von 2 Tagen nach stationärer Aufnahme wegen akuter Atemwegs-Symptomatik durchgeführt.

Während der Studien-Periode wurden 2571 Patienten < 21 Lebensjahren mittels mPCR für ein oder mehrere Atemwegsviren positiv getestet, von denen 1416 (55 %) die Inklusions-Kriterien der Studie erfüllten. Ausgeschlossen wurden 863 Patienten, die erst 48 Stunden nach der stationären Aufnahme getestet wurden und 292 Patienten, die in den elektronischen Kranken-Akten keine stationäre Aufnahme erkennen liessen.

Die erfassten Patienten hatten ein mittleres Alter von 2.1 Jahren (IQR 0.6-6.2 Jahre); 801 (57 %) waren männlich. Die am häufigsten nachgewiesenen Viren waren RV/EV (n=760, 54 %), RSV (n=225), PTV – parainfluenza Virus- (n=116, 8 %), CoV – Coronavirus – (n= 88, 6 %), Influenza-Virus (n=89, 6 %) Adenovirus (n=69, 5 %) und HMPV – humanes Metapneumovirus – (n=66, 5 %). Lediglich 2 Patienten wurden für mehr als 2 Viren positiv getestet, für RV/EV und PTV. Influenza Virus positive Patienten waren signifikant älter mit 5 J. (median 2 J.). 494 Pat. wurden auf der Intensiv-Station aufgenommen, unabhängig vom Virus-Typ.

Patienten mit einem positiven Test für Influenza oder HMPV erhielten häufiger > 2 Tage Antibiotika als Patienten mit einem

positiven Test für RSV. Andere Variable, die eine längere Antibiotika-Gabe zur Folge hatten, waren Atem-Hilfe, primär nicht respiratorische Diagnose, komplexe Co-Morbidität. Aufnahme auf der Intensiv-Station.

Antibiotika wurden häufiger bei nicht-RSV infizierten Patienten eingesetzt als bei mit RSV infizierten Patienten. Dies deutet daraufhin, dass eine bakterielle Superinfektion bei diesen Infektionen eher befürchtet wird und weist auf fehlende Erfahrungen mit diesen Erregern hin.

Die am häufigsten verwendeten Antibiotika für > 2 Tage waren Vancomycin (13 %), Ampicillin/Amoxicillin (11 %), und Ceftriaxon (7 %).

Kommentar

Multiplex polymerase chain reaction (mPCR) Methoden werden zunehmend für Respirations-Viren eingesetzt um die Atemwegs-Pathogene bei Kindern nachzuweisen. Während Virus-Schnelltests den Antibiotika-Einsatz nachweislich reduzieren, konnte dies für den Nachweis spezifischer Viren bisher nicht gesichert werden. Die vorliegende Studie vergleicht die Antibiotika-Anwendung bei stationär behandelten Kindern, die bei der Aufnahme positiv für verschiedene Atemwegs-Viren getestet wurden.

Die vorliegende Studie weist auf die bedeutenden Vorteile des mPCR bei Kindern mit stationär behandlungsbedürftigen Atemwegsinfekten hin. Die Schwächen der Studie liegen in der, allerdings sehr differenzierten, retrospektiven Auswertung der Krankenakten und der Begrenzung auf ein Hospital, was allerdings auch Vorteile bezüglich der einheitlichen Handhabung darstellen kann.

Für deutsche Verhältnisse ergibt sich die Schlussfolgerung, bei schweren Atemwegsinfektionen von Kindern die mPCR einzusetzen.

Korrespondenzadresse:

Helmut Helwig, Freiburg



Ihre Meinung zählt!

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

ifak

Machen Sie mit!

FSME Fälle nehmen zu

Viele Länder in Europa haben im vergangenen Jahr einen deutlichen Anstieg an FSME-Fällen verzeichnet. So waren es 2017 in Deutschland 476 Fälle (Stand Meldungen Ende Januar 2018) im Vergleich zu ca. 220-260 in den Jahren 2014-2016 und 411 in 2013. In der Schweiz hatten wir 2017 ca. 280 gemeldete Fälle, im Vergleich zu ca. 220 und 120 in den beiden Vorjahren. In diesem Zusammenhang wurde ich gefragt, ob der Anstieg der Fallzahlen in der Schweiz wohl mit unserer Empfehlung, nach erfolgter Grundimmunisierung den Impfschutz nur alle 10 Jahre (statt 3-5, wie von den Herstellern empfohlen und zugelassen) aufzufrischen, zu tun habe. Antwort: nein. Die überwiegende Mehrheit (>90%) der FSME-Fälle betreffen ungeimpfte Personen, gefolgt von solchen mit unvollständiger Grundimmunisierung. Impfersager mit letzter Impfdosis vor weniger als 10 Jahren, welche durch frühere Auffrischung möglicherweise hätten geschützt werden können, sind selten. Die *number needed to vaccinate* dafür wäre ausserordentlich hoch. Viel wichtiger ist es, und das gilt für alle anderen Länder mit FSME-Endemiegebieten auch, den Großteil der gefährdeten Bevölkerung erst einmal zur vollständigen Grundimmunisierung zu motivieren. Wenn das gelungen ist, kann man die Frage des idealen Auffrischintervalls evidenzbasiert diskutieren. Im Laufe der Jahre wird man dazu dann auch mehr Erkenntnisse aus weiteren Fallbeobachtungen mit Impfdurchbrüchen in Ländern mit FSME-Endemiegebieten gesammelt haben.

Quadrivalente Influenza-Impfung

Die ablaufende Influenzasaison war nach längerer Zeit mal wieder für eine Überraschung gut. Nicht nur in der Hinsicht, dass der prognostizierte Influenza-B-Typ von der Victorialinie nicht aufgetaucht war, sondern auch dass der stattdessen zirkulierende B-Typ der Yamagatalinie mit ca. 75% aller typisierten Influenzafälle die Epidemie dominierte. Da hatten die Patienten, welche trivalent geimpft waren im Vergleich zu denjenigen, welche quadrivalent geimpft waren, das Nachsehen (wenn auch von einer partiellen Kreuzimmunität zwischen den beiden B-Linien ausgegangen werden darf, siehe Epid Bull 6/2018). Der Zufall will es, dass die STIKO schon im November 2017 beschlossen hatte (publiziert im Epid Bull 2/2018) für die Influenzasaison 2018/2019 (!) ausschließlich quadrivalente Influenza-Impfstoffe zu empfehlen. Wenn der GBA kein Veto einlegt, wird, darf und muss dieser neue medizinische Standard von der Ärzteschaft zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung umgesetzt werden. Das dürfte dann auch das Ende der teils ärgerlichen Rabattverträge für trivalente Influenza-Impfstoffe sein. Diese hatten Vertragsärzte gezwungen (§ 132e Abs. 2 Satz 2 SGB V), aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots die günstigeren trivalenten Impfstoffe zu verordnen. Wir dürfen gespannt sein, ob damit auch diejenigen Impfstoff-Rabattverträge unwirksam werden, welche vor Inkrafttreten der neuen STIKO-Empfehlung geschlossen wurden. Decken Sie sich jedenfalls rechtzeitig mit quadrivalenten Influenza-Impfstoffen ein, denn die Nachfrage nach wird meiner Einschätzung nach erheblich sein.

Urteil: Kein Herz und eine Seele

Wenn Vater „hüh“ und Mutter „hott“ zu den Impfungen für das gemeinsame Kind sagen, sitzen Kinderärztin oder -arzt und das Kind zwischen den Stühlen. Wessen Wunsch folgt man nun? Im Zweifelsfall erfüllt eine Impfung ohne rechtsgültige Einwilligung ja den Strafbestand der Körperverletzung. Zum Glück gibt es nun



Foto: © stalnyk - Fotolia.com

eine höchstrichterliche Entscheidung zu diesem Dilemma (im Originalwortlaut nachzulesen wenn man „Bundesgerichtshof XII ZB 157/16“ in die Internetsuchmaschine eingibt). Die gute Nachricht, wie meiner Meinung nach nicht anders zu erwarten war: Wer die Impfungen für das minderjährige Kind befürwortet, bekommt Recht. Immerhin gibt es ja die STIKO-Empfehlungen, welche vor Gericht als medizinischer Standard anerkannt sind. Im konkreten Fall war es so, dass ein Vater die Impfungen wünschte, die Mutter hingegen das Risiko für Impfschäden für grösser hielt als das Risiko der durch die Impfungen zu verhindernden Krankheiten. Und beide beantragten das alleinige Recht zur Gesundheitsorge des Kindes. In „Angelegenheiten des täglichen Lebens“ kann ein Elternteil, bei dem sich das Kind gewöhnlich befindet, alleine entscheiden. In „Angelegenheiten von erheblicher Bedeutung“ hingegen ist gegenseitiges Einvernehmen erforderlich. Wie sind hier Impfungen gelagert? Von erheblicher Bedeutung, meinen die Richter, also müssen beide Eltern einwilligen. Und hier beginnt wieder die Zwickmühle. Selten erscheinen beide Elternteile zum Impfen; wir dürfen dann davon ausgehen, dass der abwesende Elternteil weiß was geschieht. Wissen wir jedoch von Uneinigkeit der Eltern, so müssen wir die Impfungen zurückstellen bis sich entweder die Eltern geeinigt haben oder aber ein Gericht die Gesundheitsorge auf ein Elternteil übertragen hat. Das entscheidende am neuen Urteil ist, dass das Gericht in der Frage des Nutzens der Impfungen kein Sachverständigengutachten einholen muss sondern sich auf die STIKO-Empfehlungen stützen darf und dem impfbefürwortenden Elternteil die Gesundheitsorge übertragen darf. Gut so.

Impfasyl

Was es nicht alles gibt. Kein Witz: 14 Familien aus Italien haben in der Schweiz Asylantrag stellen wollen um sich im italienischsprachigen Tessin anzusiedeln, weil sie der in Italien nun ausgerufenen Impfpflicht für ihre Kinder entgehen möchten (WOZ – Die Wochenzeitung, 16.11.2017). Nicht geimpfte Kinder dürfen nämlich seit Sommer 2017 in Italien keinen Kindergarten besuchen, zusätzlich wird den impfunwilligen Eltern ein Bussgeld von bis zu 1000 Euro auferlegt. Gemäss dem Schweizer Staatssekretariat für Migration wurden die Asylanträge zurückgewiesen, weil Impfverweigerung nicht als Fluchtgrund anerkannt wird. Die Schweiz ist wie viele andere europäische Länder mit den bereits ansässigen Impfverweigerern gut beschäftigt (Stichwort „Maserneliminaton“) und möchte nicht den Ruf erwerben, ein Hafen für Unbelehrbare „denialists“ aus allen Ländern zu sein.

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

auf den • gebracht

Klatsche für Jameda?

Das Arztbewertungsportal Jameda hat am 20. Februar in der Revision vor dem Bundesgerichtshof gegen eine klagende Ärztin den Kürzeren gezogen.

Ist dies nun die von vielen Ärzten erhoffte Kehrtwende in der Frage, wie sich Patienten im Internet über Ärzte informieren?

Auf jeden Fall wird die Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) weitreichende Folgen haben. Die Kölner Der-

matologin hatte gegen das Portal geklagt, nachdem sie dort mehrere schlechte Bewertungen erhalten hatte. Die Ärztin war wie so viele andere Ärzte gegen ihren Willen in die Datenbank aufgenommen worden. Sie hatte auch keines der kostenpflichtigen Premium-Pakete gebucht. Auf der Rangliste stand sie mit einer Schnittnote von 4,7 weit unten. Die schlechtesten Bewertungen hatte die Ärztin beanstandet mit der Begründung, dass sie deren Urheber nie behandelt habe. In 17 Fällen konnte Jameda nicht das Gegenteil nachweisen und entfernte die Einträge deshalb. Die Ärztin stieg mit einer Note von 1,5 weit nach oben.

Trotzdem wollte sie ihre Daten vollständig aus dem Portal gelöscht sehen und klagte daher durch alle Instanzen. Denn ein weiteres Ärgernis mit wirtschaftlich nachteiligen Wirkungen bestand für die Ärztin darin, dass auf ihrer von Jameda eingerichteten Seite andere Arztprofile präsentiert wurden, und zwar von örtlichen Konkurrenten, die bei Jameda teure Premiumpakete gebucht hatten. Während die nichtzahlende Ärztin nur mit dem Basisprofil bei Jameda vertreten war, wurden die zahlenden Ärzte mit Bild und weiteren Informationen präsentiert, zudem wurden die unmittelbaren Konkurrenten gleicher Fachrichtung im örtlichen

gungen Arztes, über die eigenen Daten zu verfügen – und blieben damit einer langjährig gefestigten Rechtsprechung treu. Allein: Die Vermischung von Bewertung und kommerzieller Werbung stand im damaligen Verfahren nicht zur Debatte.

Der 6. Senat stellte nunmehr fest: Durch die oben beschriebene Vorgehensweise, Werbeanzeigen von zahlenden Konkurrenten zu schalten, verlasse Jameda die „Stellung als ‚neutraler‘ Informationsvermittler“. Daher überwiege hier das Schutzinteresse der klagenden Ärztin.

„Jameda hat eingblendete Anzeigen zahlender Kunden auf den Basisprofilen nicht zahlender Ärzte „nach Vorgaben der Bundesrichter mit sofortiger Wirkung entfernt“, wie es in einer Stellungnahme schon kurz nach dem Urteil hieß. Jameda betonte aber auch, dass sich Mediziner grundsätzlich „nach wie vor nicht aus Jameda löschen lassen“ können.

Zum Redaktionsschluss war der geschriebene Urteilstext noch nicht veröffentlicht. Sagen lässt sich aber schon heute, dass das Urteil dem Treiben von Bewertungsportalen Grenzen setzen wird. Informationsfreiheit rechtfertigt nicht jedes Geschäftsmodell

Fürs Erste ist das Problem der Konkurrenten-Werbung wohl abgestellt. Aber erst nach Prüfung des vollständigen Urteilstextes wird man sagen können, inwieweit sich die Rechtsposition betroffener Ärzte auch beim Vorgehen gegen schlechte Bewertungen verbessern wird. Zudem gilt es aufzupassen; die Portalbetreiber finden womöglich neue Geschäftsmodelle. Bleibt die Hoffnung, dass das Urteil das Bewusstsein der Patienten bzw. Patienteltern dafür schärft, dass Arztbewertungen im Internet alles andere als objektiv und interessefrei sind.

Korrespondenzadresse:

Dr. jur. Michael Stehr

Der Autor ist Geschäftsführer des BVKJ
51069 Köln

E-Mail: michael.stehr@uminfo.de

Red.: ReH



matologin hatte gegen das Portal geklagt, nachdem sie dort mehrere schlechte Bewertungen erhalten hatte. Die Ärztin war wie so viele andere Ärzte gegen ihren Willen in die Datenbank aufgenommen worden. Sie hatte auch keines der kostenpflichtigen Premium-Pakete gebucht. Auf der Rangliste stand sie mit einer Schnittnote von 4,7 weit unten. Die schlechtesten Bewertungen hatte die Ärztin beanstandet mit der Begründung, dass sie deren Urheber nie behandelt habe. In 17 Fällen konnte Jameda nicht das Gegenteil nachweisen und entfernte die Einträge deshalb. Die Ärztin stieg mit einer Note von 1,5 weit nach oben.

Umfeld mit Entfernungsangaben und Noten angezeigt. Demgegenüber blendet Jameda bei Ärzten, die sich bei dem Bewertungsportal kostenpflichtig registriert und ein „Premium-Paket“ gebucht haben, keine Konkurrenten auf deren Profil ein. In den vorhergehenden Instanzen hatten die Rechtsanwälte der Ärztin dieses Geschäftsmodell von Jameda als „Schutzgelderpressung“ bezeichnet.

Dass es auf Löschung grundsätzlich keinen Anspruch gibt, hat der BGH 2016 in einem anderen Verfahren entschieden. Die Richter stufte seinerzeit das Informationsbedürfnis der Öffentlichkeit höher ein als das Recht des damals kla-

Das Leser-Forum

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

„Jameda schafft nichts Gutes“

Nach dem Jameda-Urteil des BGH ging die FAZ am 21.2.18 in mehreren Artikeln auf das Thema ein. Unter anderem erschien: „Nur zu informieren ist die beste Medizin“ von Kim Björn Becker und Constantin van Lijnden, in dem auch der Jameda Geschäftsführer zu Wort kam um für sich und sein Portal zu proklamieren, dass Jameda ja etwas „Gutes schaffe“ durch Informationen über Ärzte, da nur auf diese Weise ein Wahlfreiheit des Patienten tatsächlich möglich sei.

Schon die Überschrift des Artikels auf Seite 4 der FAZ ist falsch. Beste Medizin ist beste Medizin. Und die Darstellungen des Jameda Geschäftsführers, Jameda täte etwas „Gutes“ ist daneben und zynisch. Jameda bringt, wie andere soziale Medien auch, das Schlechte im Menschen hervor. Z.T. hemmungslose Beschimpfungen im Schutz der Anonymität. Politiker kennen das. Wir Ärzte müssen das dulden, obwohl wir uns nicht ausgesucht haben in der Öffentlichkeit zu stehen. Es kostet Stunden eine vernünftige Begründung zu schreiben, warum die jeweilige Bewertung falsch ist. Es kostet viel Energie, nach vielleicht 50 Stunden Patientenversorgung, in unserer letzten freien Zeit am Wochenende vernünftig gegen eine Hassbewertung zu argumentieren. Das ist quälend und demotivierend. Sicher, diese Bewertungen verschwinden dann auch wieder, andere bleiben aber. Ein Beispiel: Mit einem nicht-impfenden Paar aus Augsburg, deren Kind gar nicht bei mir Patient ist, und das Hilfe während meiner Dienstzeit in der Notfallpra-

xis am Sonntag suchte, kam es über das Thema Impfen zu einem ernsten Disput, als ich ihnen erklärte, wie gefährlich ihr fieberndes Kind u.U. für andere Kinder und auch immungeschwächte Erwachsene sei. Eine Tatsache. Eine verheerende Bewertung war die Folge. Um also keine miesen Jameda-Einträge zu bekommen, müssten wir solche wichtigen Anliegen nicht mehr ansprechen.. Das wäre die Konsequenz und das kann man dann getrost als „schlechte Medzin influenced by Jameda“ bezeichnen. In einer anderen Bewertung kam eine psychisch kranke Frau zu Wort. Dies kann ich jedoch in der Begründung der Ablehnung der Bewertung nicht ausführen, selbst wenn die Frau gerade deswegen in ihrer Wahrnehmung unseres Gesprächs völlig daneben lag. Dies anzuführen verböte sich erstens von selbst und wäre zweitens schwer verständlich zu machen auf einem platten öffentlichen Diffamierungsportal. Zu kompliziert, zu differenziert. Übrigens ist Jameda gerade dabei, eine Plattform für Onlineterminale aufzubauen und bewirbt diese. In Zukunft wirbt man im Premium-Eintrag mit seinen Leistungen und die Patienten können sich gleich online einbuchen. Faire Information? Ist Jameda nicht doch dabei, eine Krake zu werden? Wir Ärzte müssten das Recht haben, unseren Eintrag von dem Portal löschen zu lassen. Zufriedene Patienten posten nur, wenn sie dazu aufgefordert werden oder wenn sie eine außergewöhnlich gute Behandlung erfahren haben. Wenn man sich dagegen ärgert, was natürlich in jeder Praxis vorkommt, dann haut man schon mal eine schlechte Bewertung raus. Ob

es dann so ganz den Tatsachen entspricht oder nicht. Und nicht jede/r Ärztin/Arzt wehrt sich. Denn das kostet Zeit. Darüber hinaus dient ein anonymes Portal nicht der Qualitätssteigerung in unseren Praxen, denn dazu müsste man den Fall und den Verlauf, wenn wirklich mal etwas schief gelaufen wäre, untersuchen können. Das geht bei anonymen Beschwerden nicht. Qualitätssteigerung ist aber seitens Jameda auch nicht intendiert. Juristen empfehlen, dass wir, um schlechte Bewertungen abzuwehren, erstmal abstreiten, dass der Patient in der Praxis war. Auch so ein Scheingefecht. Zusammengefasst ergibt sich auf Bewertungsportalen also ein völlig verzerrtes Bild, denn das „Seinem Ärger in der Öffentlichkeit Luft machen“ nimmt zu. Meines Erachtens sind die über Jameda gesammelten Informationen zumindest teilweise „fake“ und verfehlen ihr Ziel Informationen bereit zu stellen, die den Patienten tatsächlich nützen. Es ist Grippezeit. Gestern und vorgestern war ich jeweils bis 21.30 Uhr in der Praxis. Heute wieder Dienst in der Notfallpraxis von 14 bis 21 Uhr. Vermutlich extrem viele Patienten. Hoffentlich übersehe ich nichts und bleibe immer freundlich im Maximalstress. Denn das mache ich gerne: Kindern in meinem Beruf helfen. Auch nachts und am Wochenende. Und dennoch: Hoffentlich kommt kein merkwürdiges Elternpaar, das mich über die Risiken des Impfens und die fehlenden Risiken der Masernerkrankung belehrt. Sonst gibt es wieder den nächsten schlechten Eintrag. Und das kann es einem wirklich vermiesen, ohne dass etwas für die Patienten gewonnen wäre.

Korrespondenzadresse:

Dr. Achim Timnik
Kinder- und Jugendarzt,
Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie
86356 Neusäß
E-Mail: ATimnik@t-online.de

Red.: ReH

Neue Leitlinien zur Beschneidung

Die AWMF-Leitlinie „Phimose und Paraphimose“ wurde grundlegend überarbeitet und ist seit Dezember 2017 wirksam. Sie ersetzt die Version von 2008, die zuletzt 2013 überarbeitet wurde. Erstmals wurden Erkenntnisse zur Entwicklung der Vorhaut eingearbeitet, die zwar schon früher bekannt waren, aber niemals berücksichtigt wurden. Erstmals erfolgt auch eine Abwägung der physiologischen und psychologischen Nebenwirkungen der Beschneidung gegenüber dem Nutzen. Ausdrücklich beschäftigt sich die Leitlinie nicht mit Beschneidungen aus soziokulturellen und religiösen Gründen. Sie ersetzt damit nicht den dringend notwendigen gesellschaftlichen Dialog. Allerdings gibt es auf der Basis der neuen Leitlinie keinen Raum mehr, in Deutschland rituelle Beschneidungen als eine grundsätzlich medizinisch sinnvolle Vorbeugemaßnahme für kleine Jungen zu bezeichnen. Alle 18 Empfehlungen der Leitlinie wurden in starkem Konsens der Beteiligten Verbände aus Medizin, Psychosomatik, Psychotherapie und von Betroffenen verabschiedet.



Dr. Christoph Kupferschmid

Es ist eine Operation

Häufig wird die Beschneidung von Jungen als ein „kleiner Eingriff“, als „snip“ bezeichnet, der im Grunde keine wirkliche Verletzung darstelle. Die Leitlinie stellt klar, dass es sich um einen operativen Eingriff handelt, der einer medizinischen Indikation bedarf. Diese darf sich hinsichtlich ihres Anspruchs nicht von derjenigen anderer operativer Eingriffe unterscheiden. Medizinisch gesehen ist diese Aussage eigentlich trivial, bezüglich einer Beschneidung klingt sie aber fast revolutionär. Genauso mutet auch die Feststellung an, dass die männliche Vorhaut ein physiologisches Organ ist. Sie hat einen biologischen Sinn. Ihre Enge und die Synechie mit der Eichel sind eine normale anatomische Gegebenheit, die sich bei über 98 Prozent der gesunden Jungen bis zum Abschluss der Pubertät spontan löst.

Nicht die Vorhautenge als solche ist pathologisch, sondern die ausbleibende

physiologische Entwicklung über einen langen Zeitraum und akute oder bald zu erwartende Beschwerden mit Krankheitswert. Das alltägliche Ballonieren der Vorhaut kleiner Jungen ist kein Grund, diese abzuschneiden. Noch nie wurde ein Harnstau durch eine physiologische Vorhautenge beschrieben. Im Säuglingsalter besteht in aller Regel überhaupt keine medizinische Indikation zur Therapie einer Vorhautenge. Nur in einigen ausgewählten Fällen kann bei Säuglingen und Kleinkindern mit schweren Harntransportstörungen eine Zirkumzision sinnvoll sein.

Sekundär Phimosen

Die Horrorvorstellung vieler kleiner Jungen ist, dass sich die Vorhaut im Reißverschluss einklemmt. Dann berichten Anekdoten davon, dass sich Narben bilden und der Arzt die Vorhaut abschneiden muss. Es bleiben Anekdoten. Über die Häufigkeit sekundärer Phimosen gibt es keine verlässlichen Angaben. Es gibt auch keine Angaben darüber, in welchem Prozentsatz Entzündungen zu narbigen Veränderungen und sekundären Engen führen. Auch wenn die Balanoposthitis im Windelalter immer wieder kommt, kann man dem Jungen seine Vorhaut lassen. Nur wenige Einzelfälle müssen behandelt werden.

Dass die autoimmune Erkrankung der Vorhaut zur Enge führt, ist belegt und bekannt. Lange galt entgegen anderslautender wissenschaftlicher Erkenntnisse, dass der Lichen Sklerosus an der Vorhaut eine absolute Indikation zur Beschnei-

dung darstelle. Ein Lichen betrifft weniger als ein Prozent aller Jungen und tritt selten vor dem sechsten Lebensjahr auf. Er ist kein Notfall. Daher kann man als Alternative zur radikalen Zirkumzision auch bei den Jungen zunächst eine lokale Therapie mit Clobetasonpropionat versuchen, wie sie bei den Mädchen durchgeführt wird.

Beschneidung als Prophylaxe

Mitten in der aufgeregten Debatte 2012 in Deutschland zur Legalität und zum Sinn von Beschneidungen veröffentlichte die American Academy of Pediatrics (aap) eine Stellungnahme, in der sie einen überwiegenden Nutzen des Eingriffs gegenüber den Risiken feststellte. Die aap begründete dies unter anderem mit der Vorbeugung sexuell übertragener Krankheiten. Weil die Inzidenz und Prävalenz der meisten dieser Krankheiten in West-Europa durch eine Zirkumzision nicht beeinflusst werden kann, empfiehlt die neue Leitlinie keine Beschneidung zur Prävention. Auch zur Vorbeugung eines Peniskarzinoms wird die routinemäßige Beschneidung bei uns nicht empfohlen, weil bis zu 322.000 Beschneidungen zur Verhinderung eines einzigen Karzinoms nötig wären.

Statistisch bekommen beschnittene Jungen weniger Harnwegsinfekte als unbeschnittene. Allerdings wären nach der Statistik 111 Zirkumzisionen nötig, um einen Harnwegsinfekt zu verhindern, der nach antibiotischer Behandlung meist komplikationslos ausheilt. Lediglich Kinder mit schweren Fehlbildungen der

Harnableitung können von einer Behandlung der Vorhaut profitieren. Hierunter fallen solche mit einem vesico-ureteralen Reflux Grad 3 oder höher und mit hinterer Harnröhrenklappe, insbesondere wenn sie bereits Harnwegsinfekte hatten.

Es gibt Hinweise, dass eine frühe rituelle Beschneidung die Anzahl der Harnwegsinfekte postoperativ erhöht.

Risiken und Nebenwirkungen

Bei einer korrekt durchgeführten Zirkumzision werden bis zu 50 Prozent der Penishaut entfernt. Dabei handelt es sich aufgrund ihrer nervalen Ausstattung um den sensibelsten Teil. Dies hat einen spürbaren und messbaren Sensibilitätsverlust zur Folge. Dadurch lassen sich negative Auswirkungen der Zirkumzision auf das Erleben von Sexualität als Komplikation erklären, die eindrücklich von Patienten geschildert werden, die erst im späten Jugend- oder Erwachsenenalter beschnitten wurden. Auch wenn die Studienlage hierzu heterogen ist, muss heute zumindest in Betracht gezogen werden, dass das Entfernen der sensibel stark innervierten Vorhaut zu einem relevanten Verlust an (sexueller) Sensibilität führen kann.

Zu den psychologischen Folgen bei Kindern gibt es wenig gesichertes Wissen. Sie können in der Regel die Tragweite des Eingriffes nicht verstehen. Man kann daher davon ausgehen, dass bei manchen traumatische Störungen mit Ängsten und Verhaltensauffälligkeiten ausgelöst werden. Wenn Neugeborene ohne ausreichende Anästhesie beschnitten werden, was immer noch geschieht, führt dies zu einer anhaltenden Sensibilisierung des nozizeptiven Systems mit einer gesteigerten Schmerzreagibilität des Säuglings. Derartige frühe Schmerzerfahrungen können darüber hinaus zu einer jahrelang wirksamen Absenkung der Schmerzschwelle und Hypersensitivität gegenüber Schmerzreizen führen.

Chirurgische Komplikationen treten bei zwei bis zehn Prozent der Jungen auf. In einem qualifizierten kinderchirurgischen Zentrum waren es immerhin 5,1 Prozent. Am häufigsten sind Nachblutungen, Wundinfektionen sowie die Penisdeviation bzw. -torsion durch fehlerhafte asymmetrische Annäherung der Penishaut an das verbliebene innere Vorhautblatt. Selten sind eine Verletzung der

Eichel bis hin zur Amputation oder eine Urethralfistel. Bei der Zirkumzision von Neugeborenen mit der Plastibell-Methode oder verwandten Verfahren kann durch die technisch bedingte Ungenauigkeit des Verfahrens ein Vorhautrest verbleiben, der zu unschönen Verhältnissen führt. Die spätere Meatusstenose wurde

auch nicht zugelassen. Die Operation soll daher in Allgemeinanästhesie durchgeführt werden. Diese wird ergänzt durch regionalanästhetische Verfahren, am besten durch eine zirkuläre Infiltration. Hiermit kann man Narkosemittel sparen und den postoperativen Wundschmerz vermindern.



Foto: © Stockwerk-Fotodesign - Fotolia.com

bereits 1881 als die häufigste Komplikation nach Zirkumzision von Neugeborenen publiziert. Die Inzidenz der Meatusstenose ist besonders nach der Zirkumzision im Neugeborenenalter erhöht und beträgt dort möglicherweise bis zu 20 Prozent.

Über alle Risiken müssen die Sorgeberechtigten nach dem Patientenrechtegesetz zwingend und umfassend aufgeklärt werden. Auch den Kindern muss man die Operation, ihren Sinn und die Folgen in altersgemäßer Form sorgsam erklären. Selbstverständlich müssen auch die Alternativen einer konservativen Therapie in der Aufklärung abgewogen werden. Bei Auftreten vermehrter Ängste und Verhaltensauffälligkeiten im Zusammenhang mit der erfolgten Zirkumzision sollten den betroffenen Kindern und ggf. auch den Eltern entsprechende Behandlungsangebote unterbreitet werden.

Die Narkose ist ein Muss

Eine regionale Betäubung durch Penisschmerzblock kann wegen der nervalen Versorgung des Penis die Schmerzausschaltung nicht vollständig gewährleisten. Die Anwendung von lokal anästhetischen Salben ist völlig ungenügend und zur Beschneidung bei Kindern bei uns

Am Anfang steht die topische Behandlung

Vor einer operativen Therapie (Zirkumzision) soll zunächst eine topische Behandlung der Vorhaut mit einer steroidhaltigen Creme vorgenommen werden. Hiermit kann in bis zu 90 Prozent der Fälle eine Vorhautlösung und Erweiterung erreicht werden. Umfangreiche Studien zur Verhinderung von Harnwegsinfektionen bei Jungen durch eine Therapie der Vorhautenge mit Kortikosteroiden liegen bislang nicht vor. Aufgrund von pathophysiologischen Überlegungen ist diese Behandlung in den genannten Situationen vermutlich ähnlich wirksam wie die Beschneidung.

Quelle: AWMF-Leitlinie Phimose/Paraphimose unter : http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/006-052l_S2k_Phimose-Paraphimose_2017-12_01.pdf

Korrespondenzadresse:

Dr. Christoph Kupferschmid
89075 Ulm

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

Red.: ReH

ZI-Grafik des Monats Februar 2018

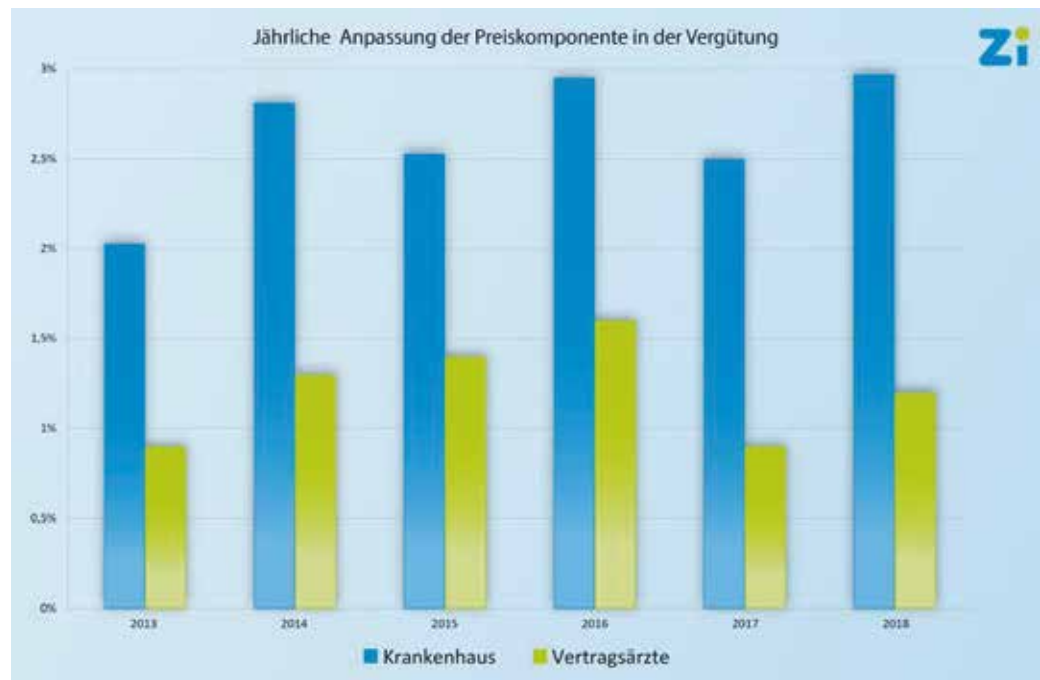
Unterschiede in der jährlichen Anpassung der Preiskomponente in der Vergütung von Krankenhäusern und Vertragsarztpraxen

Die jährliche Anpassung der Preiskomponente verläuft bei den Vertragsärzten und im Krankenhausbereich seit Jahren sehr unterschiedlich. Im Zeitraum 2013 bis 2018 stieg die Preiskomponente im Krankenhausbereich insgesamt um 15,8 Prozent, während die Vertragsärzte im gleichen Zeitraum lediglich 7,3 Prozent mehr erhielten. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Auswertung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi).

Pro Jahr betrug die Differenz jeweils zwischen 1,1 bis 1,8 Prozent, so dass den Vertragsärzten im gesamten Zeitraum von 2013 bis 2018 8,5 Prozent weniger zugestanden wurde. Die Preisfestlegung für Krankenhausleistungen war in den sechs Jahren folglich mehr als doppelt so hoch wie für vertragsärztliche Leistungen.

Der Grund für die unterschiedliche Entwicklung liegt in den gesetzlichen Vorgaben: Nach § 10 Abs. 6 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) richtet sich die jährliche Veränderungsrate für den Basisfallwert grundsätzlich nach dem Anstieg der Kosten. Steigen die beitragspflichtigen Löhne und Gehälter der Versicherten stärker als die Kosten, wird diese höhere Rate an die Krankenhäuser weitergegeben (Meistbegünstigungsklausel).

Auch für die Leistungen der niedergelassenen Ärzte wird jährlich ein Punktwert festgelegt. Dieser muss aber mit den Krankenkassen ausgehandelt werden. Zwar soll die Entwicklung der Praxiskosten berücksichtigt werden, Abschlüsse



für sogenannte Wirtschaftlichkeitsreserven sind aber auch möglich. Es fehlt eine entsprechende Regelung wie im Krankenhausentgeltgesetz, durch die sichergestellt würde, dass die Krankenkassen Erträge in wirtschaftlich guten Zeiten auch an die Praxen weitergeben.

Durch die Meistbegünstigungsklausel sollen insbesondere die Personalkosten in den Krankenhäusern finanziert werden. Die Personalkosten machen etwa 66 Prozent aller Kosten eines Krankenhauses aus. Dabei stieg der Basisfallwert für die Krankenhäuser deutlich stärker als der Nominallohnindex des Statistischen Bundesamts, so dass im Vergleich zur allgemeinen Lohnentwicklung mehr Geld in die Krankenhäuser floss.

In den Arztpraxen liegt der Personalkostenanteil mit etwa 75 Prozent deutlich höher als in den Krankenhäusern. Die Entwicklung des Orientierungswerts blieb aber ein Drittel hinter der allgemeinen Nominallohnentwicklung zurück.

„Im Ergebnis führt dies dazu, dass Arztpraxen immer weniger Wert werden. Im Vergleich zu den Krankenhäusern ist das eine einseitige und nicht nachvollziehbare Benachteiligung der Vertragsärzte. Wer die Niederlassung fördern will, muss hier ansetzen“, erklärt Dr. Dominik von Stillfried, Geschäftsführer des Zi.

Quelle:

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi):

Entwicklung der Preiskomponente der Jahre 2013-2018.

<https://www.zi.de/presse/grafikdesmonats/>

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Kinder bewegen sich anders als früher

Die Hamburger Gesundheitsbehörde veröffentlichte Anfang Februar einen Bericht, nachdem sich Kinder nicht weniger, aber anders bewegen als vor zehn Jahren. Laut Bericht bewegt sich mehr als ein Drittel der Kinder intensiv, während rund ein Viertel zu inaktiv ist. Jungen sind insgesamt etwa aktiver als die Mädchen.

Mehr Kinder als früher benutzen laut Bericht Fahrrad oder Roller und gehen dafür seltener zu Fuß. Unter dem Strich aber hat sich die Bewegungsintensität nach Einschätzung der Behörde nicht verändert.

Schulweg als Bewegungsanlass

Den meisten Kindern bieten Schulweg und das private Wohnumfeld noch immer Anlass zur Bewegung. Auch der organisierte Vereinssport bleibe wesentlicher Aspekt der Freizeitgestaltung. Auffällig sei, dass die Vorbildfunktion der Eltern immer wichtiger werde. Jedes zweite Kind wachse

nach den Ergebnissen der Befragung mit Eltern auf, die gerne Sport treiben. Auch der Einfluss der Geschwister spiele hier eine wichtige Rolle.

Zusätzlicher Bedarf an einer Bewegungsförderung besteht laut Bericht in Schulen mit niedrigem Sozialindex und bei Mädchen mit Migrationshintergrund. Hier seien spezifische Maßnahmen nötig, um diese Zielgruppe zu erreichen und um sie beispielsweise in Sportvereine zu integrieren, forderte die Gesundheitsbehörde mit.

Auch für Kinder aus wohlhabenden Familien gibt es eine Empfehlung: Sie sollten ihren Schulweg häufiger selbst bewältigen, als sich von den Eltern zur Schule fahren zu lassen, hieß es. Als intensive Bewegung gilt, wenn sich ein Kind am Vortag drei Mal und in der Vorwoche täglich bewegt hat.



Foto: © manu - Fotolia.com

Läuft er gleich?

Wer nur zwei Mal am Vortag aktiv war und keine tägliche Bewegung hat, gilt als zu inaktiv. Für den Bericht hatte die Gesundheitsbehörde 1500 Viertklässler repräsentativ befragen lassen.

Red.: ReH

auf den • gebracht

Wir müssen Kinder in Bewegung bringen

Das Positive vorneweg: In den letzten zehn Jahren hat sich die Bewegungsintensität Hamburger Schulkinder nicht verändert, und wie vor zehn Jahren sind zwei Drittel der Hamburger Schulkinder Mitglied in einem Sportverein.



Das Ergebnis der in Hamburg durchgeführten Befragung steht allerdings im Widerspruch zum 2015 vorgestellten Deutschen Kinder- und Jugendsportbericht der Krupp-Stiftung, der feststellt, dass in Folge der längeren Schulzeiten im Rahmen von G8 die Bewegungszeiten von Schülern in diesem Zeitraum abgenommen haben. Ob die divergierenden Ergebnisse auf methodische Unterschiede oder regionale Besonderheiten zurück-

zuführen sind, lässt sich leider nicht klären.

Auch geht aus der Hamburger Untersuchung, die als Befragung von Schülern der vierten Klasse durchgeführt wurde, nicht hervor, ob die Kinder die von vielen Experten geforderte und von der WHO empfohlene Bewegungszeit von 90 Minuten täglich erreichen.

Auch zeigt sich sowohl in der Hamburger Untersuchung als auch im Kinder- und Jugendsportbericht der Krupp-Stiftung, dass bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und bei Mädchen mit Migrationshintergrund ein besonderer Bedarf an Bewegungsförderung besteht.

Deswegen dürfen die Ergebnisse aus Hamburg bei uns Kinder- und Jugendärzten nicht dazu führen, dass wir uns

zurücklehnen, da der Trend zu weniger Bewegung aufgehalten sei. Körperliche Aktivität und Sport sind elementare Bestandteile der Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen, Adipositas, Diabetes Typ II und anderen Erkrankungen. Daher sollten wir uns weiterhin dafür einsetzen, dass die Kinder und Jugendlichen, die wir betreuen, sich regelmäßig bewegen und Sport treiben, nach Möglichkeit jeden Tag.

Dr. Wolfgang Lawrenz

Der Autor ist Vorsitzender der Kommission Kinder- und Jugendsport der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention

Red.: ReH

Pädiatrische Empfehlungen für Eltern zum achtsamen Bildschirmmediengebrauch



Pressekonferenz in der Kinder- und Jugendarztpraxis

Am 2. März 2018 veröffentlichten in Berlin die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlen Mortler, und die Deutsche Akademie der Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) Pädiatrische Empfehlungen für Eltern zum achtsamen Bildschirmmediengebrauch.

Viele Kinder- und Jugendärztinnen und Ärzte wünschen sich mehr Informationsangebote für Eltern, um die digitale Welt kindgerecht vermitteln zu können. Vertreter der drei pädiatrischen Fachgesellschaften haben in den vergangenen Monaten unter dem Dach der DAKJ und in Abstimmung mit den Gesellschaften 24 Empfehlungen formuliert, die nun jedem Pädiater aber auch einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung stehen. (https://www.bvkj.de/fileadmin/pdf/presse/Paediatrische_Empfehlungen_fuer_Eltern_zum_achtsamen_Bildschirmmediengebrauch oder <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/mediathek/empfehlungen-zum-bildschirmmediengebrauch/>).

Die Autoren stellen sich mit den Empfehlungen gegen die Klagen und Akzeptanz der schweren nachteiligen Folgen eines dysregulierten Medienkonsums, sie wollen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen und anderer Anlässe Sorge tragen, durch Prävention die Kollateralschäden der ausufernden Mediennutzung zu mindern. Marlen Mortler: „Mir geht es darum, Eltern beim Thema Medienkonsum Orientierung zu geben, sie fit zu machen für die digitale Welt. Dabei werden die neuen Empfehlungen der Kinder- und Jugendärzte helfen. Es ist einfach wichtig, dass wir es sind, die die Medien steuern, nicht sie uns.“

BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach verwies in seinem Statement auf den Koalitionsvertrag, der viele, für einen Koalitionsvertrag eher unübliche, präzise Vorgaben bezüglich der Mediennutzung von Kindern und Jugendlichen listet.

Der Arbeitsgruppe war die Meinungsvielfalt zur Mediennutzung im Kindes-

und Jugendalter bekannt, die Empfehlungen sollten angesichts der Realität in den Familien Eltern auch nicht überfordern durch allzu strenge Regeln. Die Empfehlungen entsprechen dennoch den Ergebnissen wissenschaftlicher Forschung und ausführlicher Diskussionen. Wir wissen inzwischen: die digitale Bildmedienwelt birgt Gefahren für Kinder und Jugendliche, die in weiten Bereichen unbekannt sind. Weitere Forschung ist dringend notwendig! Der BVKJ und seine Stiftung sehen diese Notwendigkeit und sind bereit, sich intensiv einzubringen.

Es ist schon bezeichnend für unsere Gesellschaft, dass sich nur die Drogenbeauftragte des Bundes dem Thema des dysregulierten Mediengebrauchs im Kindes und Jugendalter annimmt, von anderen potentiellen Sponsoren bekamen wir nur Ablehnungen. Sich gegen den Medienhype zu stellen, könnte Ansehen und wirtschaftlichen Erfolg erheblich schaden. Benötigt wird daher die finanzielle Unterstützung durch die Stiftung Kind und Jugend des BVKJ.

Die 24 Empfehlungen sind nur ein Anfang. Sie werden in der Folgezeit durch umfassende Darstellung von Literaturergebnissen durch Dr. Till Reckert im KJA ergänzt, damit der beratende Pädiater durch Fachwissen die Empfehlungen bei Nachfrage vertiefend erklären kann.

Korrespondenzadresse:

Dr. Uwe Büsching
33611 Bielefeld
E-Mail: ubbbs@gmx.de

Red.: ReH

Pädiatrische Empfehlungen für Eltern zum achtsamen Bildschirmmediengebrauch

Die wichtigsten Tipps und Empfehlungen für Eltern zum Mediengebrauch hat der BVKJ übersichtlich und leicht lesbar in einem Flyer zusammengestellt. Sie basieren auf Erfahrungen aus der täglichen Arbeit mit Kindern und

auf wissenschaftlichen Daten aus der Medienpädagogik. Die Initiatoren erhoffen sich, dass Kinder- und Jugendärzte den Flyer allen Eltern schon bei den ersten Vorsorgen mitgeben. Er kann kostenlos unter <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/mediathek/empfehlungen-zum-bildschirmmediengebrauch/>

<https://www.kinderaerzte-im-netz.de/mediathek/empfehlungen-zum-bildschirmmediengebrauch/> abgerufen und heruntergeladen werden.

ReH

15. BVKJ-Assistentenkongress in Hamburg

Bereits Mitte Februar, also besonders früh, fand in diesem Jahr der BVKJ-Assistentenkongress in Hamburg statt – die großartige Stadt war genau der richtige Ort für das 15. Jubiläum des erfolgreichen Kongresses!

Auch diesmal blieb man dem bewährten Grundkonzept der Tagung treu. Den etwa 400 Teilnehmern wurde ein umfangreiches Themen- und Fortbildungsprogramm in Form von Vorträgen und Seminaren geboten. Die wissenschaftliche Leitung vor Ort hatte in diesem Jahr Professor Ania C. Muntau (UKE) übernommen, die trotz infektbedingter Abgeschlagenheit am Samstagvormittag das gesamte Auditorium mit Ihrer Leidenschaft für Stoffwechselerkrankungen für 30 Minuten zu fesseln vermochte. Darüber hinaus war es natürlich nur durch die großartige Zusammenarbeit der vielen Mitarbeiter der Hamburger Kinderkliniken und auch einiger niedergelassenen Kollegen möglich, das komplexe Tagungsprogramm auf die Beine zu stellen.

Am Donnerstag startete der Kongress mit ganztägigen praktisch-orientierten Seminarblöcken, die querbeet in Hamburg stattfanden. An den unterschiedlichen Standorten standen der interaktive Austausch mit den Teilnehmern und



vor allem die Vermittlung praktischer Fähigkeiten im Vordergrund. Am Freitagmorgen wurde der Kongress feierlich im proppenvollem Hörsaal am Campus Eppendorf eröffnet. Die folgenden Hauptvorlesungen, nach Spezialgebieten geordnet, hatten den Anspruch das wesentliche Basiswissen der jeweiligen Teilgebiete möglichst praxisnah und anhand konkreter Fallbeispiele zu vermitteln. Das Herausarbeiten einiger essentieller



Weigerungsinhalte und prüfungsrelevanter Fakten für die Weiterzubildenden steht hierbei mehr im Vordergrund als das Ziel, das entsprechende Spezialgebiet möglichst in aller Vollständigkeit darzustellen. Nicht immer gelingt dieser anspruchsvolle Ansatz, aber man kann mit Sicherheit sagen, dass der Großteil der breit gefächerten und hochqualifizierten Referenten die Hörer zu begeistern wusste und für ein anhaltend spannendes und abwechslungsreiches Programm sorgte. Am Samstag und Sonntag wurden die Plenarsitzungen zudem noch durch etliche Sonderseminare für Kleingruppen ergänzt, um ganz gezielt spezielle Kenntnisse zu vertiefen. Den traditionellen Abschluss bildete am Sonntagmittag das interaktive Televoting-Quiz zu den unterschiedlichen klinischen Fallpräsentationen und Fragestellungen.

Neben dem Fachprogramm gab es zusätzlich zur Stadtrally durch die faszinierende Hansestadt am Freitag natürlich noch den traditionellen bunten Samstagabend. Hierfür ging die „Kongress-Mannschaft“ bei den St. Pauli Landungsbrücken an Bord des „Rickmer Rickmers

Windjammer“, ein Drei-Mast-Segelschiff, und wurde wie üblich von der lateinamerikanischen Band „Los Chiccos“ eingeeht.

Der 15. Assistentenkongress ist nach meinem persönlichen Eindruck und in Anbetracht des lautstarken Applauses im Hörsaal bei den Weiterbildungsassistenten/Innen auf breiter Linie gut angekommen. Wie kein anderer Kongress verbindet er ein breitgefächertes, abwechslungsreiches Fachprogramm mit der idealen Möglichkeit des informellen Austauschs und einem gemeinsamen Miteinander von angehenden Kinder- und Jugendärzten/Innen aus ganz Deutschland.

Ich freue mich schon jetzt, nächstes Jahr hoffentlich einige altbekannte und viele neue Gesichter auf dem 16. Assistentenkongress in Berlin begrüßen zu dürfen!

Dr. Sebastian Bartels
 BVKJ Assistentensprecher
 56073 Koblenz
 E-Mail: s.bartels@daad-alumni.de

Red.: ReH

BVKJ-Pressesprecherseminar 2018

Das diesjährige Pressesprecherseminar des BVKJ e.V. hat in seinem Ablauf bewährte Elemente aufgegriffen und mit einem Vortrag zum Bildschirm-Mediengebrauch im Kindesalter ein neues Highlight gesetzt.

Spannender Fachvortrag zum Auftakt

Den Auftakt des Seminars bildete der Vortrag von Prof. Dr. Paula Bleckmann, Expertin für Medien-(Sucht)-Prävention, Digitale Bildungspolitik und Elternberatung am Institut für Schulpädagogik und Lehrerbildung der Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft in Alfter. Unter dem Titel „Medienmündig statt mediensüchtig werden - Segeln zwischen Szylla (unzulässige Vereinfachung) und Charybdis (Nicht-Gehört-Werden)“ referierte sie nicht nur jüngste Ergebnisse der eigenen medienpädagogischen Forschung, sondern befasste sich zugleich mit den Manipulationsstrategien großer Konzerne und Lobbyisten der Computerspieleindustrie und formulierte Tipps für Pädiater bei der Elternberatung.

Die Kernforderung der Referentin lautet: „Keine Bildschirmmedien vor dem dritten Geburtstag!“ Zur Begründung erläuterte sie ihre durch Forschungsergebnisse untermauerten Thesen:

Durch den frühen Umgang mit Bildschirmmedien werden die Bildungschancen, die Gesundheitschancen und die Po-

tentiale der Kinder für das Erlernen von IT-Berufen reduziert.

Kinder lernen mit dem Monitor lediglich die Fähigkeit ihn zu bedienen, nicht jedoch die Inhalte zu verstehen, so Bleckmann. Eine Medien-Mündigkeit trete nicht oder kaum ein.

Mit diesen Thesen traf Paula Bleckmann auf große Resonanz bei den anwesenden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten. Das Thema Mediennutzung wird zur Zeit intensiv bearbeitet im BVKJ, etwa durch die BLIKK-Studie. Intensive Diskussionen mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Seminars mit großem Erkenntnisgewinn für beide Seiten waren die Folge. Man war sich einig, dass man die begonnene fruchtbare Auseinandersetzung unbedingt auf größeren Fortbildungsveranstaltungen des Verbandes fortsetzen und das Thema Medienmündigkeit mit Hilfe einer langfristigen Kampagne in die Öffentlichkeit tragen müsse, auch um ein Gegengewicht zur Lobbyarbeit der Spielekonzerne zu bilden und Eltern wahrheitsgemäß über die Folgen zu frühen und ausgedehnten Mediengebrauchs zu informieren.



Professionelle Schulungen für die tägliche Arbeit der Pressesprecher

Nach dem Vortrag ging es weiter mit dem eigentlichen Thema Pressearbeit. Raimund Schmid konnte den Pressesprecherinnen und Pressesprechern des BVKJ vermitteln, wie enorm erfolgreich sie arbeiten. Für das Jahr 2017 gab er einen Überblick in Daten und Fakten: die vom beauftragten Suchdienst gefundenen auf Basis von BVKJ-Pressemeldungen erzeugten Artikel erschienen 2017 in bundesweiten Printmedien mit einer Gesamtauflage von 120 Millionen Exemplaren. Das bundesweite Pendant im Online-Bereich bezifferte Schmid auf geschätzte 350 Millionen Klicks. Entsprechende Artikel in Regionalzeitungen haben demnach eine Gesamtauflage von 80 Millionen erreicht. In der Summe haben Botschaften des BVKJ 550 Millionen Mal Leser erreicht. Große Medienresonanz hatten dank der Verbreitung durch die Nachrichtenagentur DPA und ARD-Journalisten auch die Pressekonferenzen in Weimar, Berlin und Bad Orb. Die Landespressesprecher lobte Raimund Schmid für ihre anhaltend starke Autorenpresenz in Elternzeitschriften. Die Zahl der Interviews in Radio und TV von Präsident, Bundespressesprecher und Landespressesprechern konnte nicht exakt beziffert werden, sie bewegt sich aber im hohen dreistelligen Bereich.



Harmonisches Team nahm viele Erkenntnisse mit nach Hause

Wie im Vorjahr tauschten sich die Pressesprecher über ihre Aktivitäten und Erfahrungen aus. Die Pressesprecher bilden ein harmonisches Team und unterstützen sich gegenseitig. Alle „Neuen“ wurden schnell integriert. Die Schulungen durch Regine Hauch und Dr. Ulrich Fegeler (Auftritt vor Kamera und Mikrofon) sowie Raimund Schmid (Text) waren professionell – in den praktischen Übungen



konnte jeder Teilnehmer sein Können demonstrieren und dazulernen. Die Stimm-schulung mit musikalischen Elementen durch Edwin Ackermann war ein sinnvoller und die Veranstaltung auflockern-der Teil, den sich alle auch für das nächste Mal wünschen.

Alle Teilnehmer haben viel Nützliches von dem Wochenende mitgenommen, das gilt auch für mich. Meine Teilnahme war sinnvoll, auch wenn ich eigentlich nicht im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit „unterwegs“ bin, weil

auch das Thema Koordination von politischer Arbeit und Öffentlichkeitsarbeit angesprochen werden konnte. Im nächsten Jahr soll dies mit Hilfe von Kathrin Jackel-Neusser (Geschäftsstelle Berlin) vertieft werden.

Der Termin für das Pressesprecherseminar 2019 steht bereits fest: 15.-17. Februar.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Michael Stehr
Geschäftsführer BVKJ, 51069 Köln
E-Mail: michael.stehr@uminfo.de*

Red.: ReH

Wichtiger Schritt zu mehr Chancengerechtigkeit im größten Bundesland: NRW fördert bis zu 150 neue Familienzentren

Die Landesregierung NRW plant, im Kitajahr 2018/2019 bis zu 150 neue Familienzentren zu fördern. Ziel ist es, das Unterstützungsangebot für Familien in den Kommunen weiter auszubauen. Familienminister Joachim Stamp erklärte: „Wir wollen allen Eltern und Kindern, insbesondere aber benachteiligten Familien, gute Bildungschancen ermöglichen. Dabei ist die Förderung von bis zu 150 neuen Familienzentren ein wichtiger Schritt zu mehr Chancengerechtigkeit.“ Daher hat die Landesregierung die Verteilung der Kontingente an die örtlichen Jugendämter für das Kindergartenjahr 2018/2019 weiterentwickelt, so dass nun sowohl soziale als auch demographische Bedarfslagen berücksichtigt werden.

Bei der Verteilung wurden deshalb neben dem Kriterium „Kinder unter sieben Jahren“ auch „SGB II Regelleistungsberechtigte Kinder unter sieben Jahren“ für den jeweiligen Jugendamtsbezirk zu-

grunde gelegt. „Damit erhalten die örtlichen Jugendämter mehr Flexibilität und Gestaltungsspielraum bei ihrer Standortentscheidung. Priorität soll weiterhin der Ausbau der Familienzentren in benachteiligten Gebieten haben. Aber es ist nun auch möglich, die Einrichtungen in anderen Stadtteilen zu etablieren“, so Minister Stamp.

BVKJ-Forderung wird entsprochen

Der BVKJ fordert bereits seit Jahren die Aufhebung der Versäulung der Hilfsysteme und setzt sich für den Ausbau von Familienzentren ein. Denn die Familienzentren nehmen bei der Prävention eine Schlüsselstellung ein. Sie bieten unter anderem offene niedrigschwellige Sprechstunden für Erziehungs- bzw. Familienberatung an oder vermitteln und begleiten in eine weitergehende Beratung. Ergänzend gehören Elterncafés,

Elternveranstaltungen zu pädagogischen Themen oder auch Erziehungs-Kompetenz-Kurse zum Angebot. Wegen ihres niedrigschwelligem Zugangs sind Familienzentren besonders geeignet, möglichst viele Eltern und ihre Kinder, aber auch die Bevölkerung im Wohnviertel insgesamt mit familienunterstützenden Angeboten zu erreichen. Gerade im frühen Kindesalter können so prekäre Entwicklungsverläufe und Erziehungssituationen rechtzeitig erkannt und pädagogische Maßnahmen wirksam initiiert werden.

In Nordrhein-Westfalen gibt es im Kindergartenjahr 2017/2018 insgesamt 2.495 Familienzentren, die vom Land mit 36,9 Millionen Euro gefördert werden. Mit den neuen Einrichtungen wird es dann im Kindergartenjahr 2018/2019 bis zu 2.645 Familienzentren geben.

Quelle: www.mkffi.nrw.

Red.: ReH

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter www.kinder-undjugendarzt.de



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

4. World Vision Kinderstudie 2018

Die 4. World Vision Kinderstudie stützt sich auf eine deutschlandweit repräsentative Stichprobe von 2.550 Kindern im Alter von 6 bis 11 Jahren. Die Kinder wurden persönlich-mündlich auf Basis eines hierfür entwickelten vollstandardisierten Erhebungsinstruments zu Hause befragt. Zusätzlich wurde ein Elternteil um ergänzende Auskünfte zu Herkunft und sozialer Lage der Familie gebeten. Die Befragung fand im Zeitraum von Ende Januar bis Ende März 2017 statt.

Soziale Komponente immer noch prägend für Teilhabechancen von Kindern

Auch in der neuen Kinderstudie bleibt auffällig, dass sich die »Herkunftsschicht« noch immer wie ein roter Faden durch die Lebenssituation der Kinder und die damit verbundenen Teilhabechancen zieht. Die große Mehrheit fühlt sich sehr wohl und kann bei uns auf vielfältige Angebote zurückgreifen und diese je nach Fähigkeit und Neigung nutzen. Etwa ein Fünftel der Kinder muss allerdings mit Armut leben und bleibt deshalb im Alltag an vielen Stellen ausgeschlossen. Diese Kinder sind vielfältig benachteiligt: in der Schule, in der Freizeit und auch im Freundeskreis, obwohl sie selber »unverschuldet« in diese prekäre Lage gekommen sind und in der Regel noch über keine eigenen hinreichenden Möglichkeiten verfügen, dieser zu entkommen.

Familie – Vielfältige Formen

Kinder wachsen in vielfältigen Familienformen auf. Neben den klassischen Kernfamilien sind dies vor allem Familien mit einem Elternteil sowie rekombinierte Familien mit »neuen« Elternteilen. **Mit 70 Prozent wächst die Mehrheit der Kinder im Alter von sechs bis elf Jahren zusammen mit beiden leiblichen und miteinander verheirateten Elternteilen auf.** Dabei kommen Kernfamilien mit zwei Kindern im Haushalt am häufigsten vor; dies ist die Familienform von etwa einem Drittel aller sechs- bis elfjährigen Kinder in Deutschland. In Kernfamilien mit verheirateten Eltern, jedoch ohne Geschwister im Haushalt leben etwa 13 Prozent der Kinder. Mehr als jedes fünfte Kind in Kernfamilien hat mehr als ein Geschwister. Der Anteil der Kinder mit Eltern in nicht ehelichen Lebensgemeinschaften liegt bei sieben Prozent. 18 Pro-

zent der Kinder leben in Alleinerziehenden-Familien, vier Prozent in Familien mit einem Stiefelternteil und zwei Prozent in Drei-Generationen-Familien.

Weiterhin Rückgang des klassischen „Ein-Mann-Versorger“-Modells

Familien mit Kindern im Alter von sechs bis elf Jahren leben in sehr unterschiedlichen Erwerbsarrangements. Bei 6- bis 11-jährigen Kindern sind am häufigsten Mutter und Vater erwerbstätig, und zwar entweder beide in Teilzeit oder ein Elternteil Vollzeit und das andere Teilzeit. **Der Anteil der Familien, in denen nur ein Elternteil erwerbstätig ist, geht weiter zurück.** 28 Prozent der Kinder leben in Familien mit diesem klassischen Erwerbsarrangement. Die Variante »beide Eltern Vollzeit erwerbstätig« ist nach wie vor mit 14 Prozent nicht sehr weit verbreitet. Im Vergleich der Bundesländer scheinen Unterschiede in der Arbeitsmarktsituation sowie kulturelle Unterschiede bei der Erwerbsorientierung durch. **In den neuen Bundesländern sind fast dreimal so oft beide Eltern erwerbstätig.** Außerdem ist das „Ein-Ernährer“-Modell im Osten (ohne Berlin) (16 Prozent) nur halb so oft anzutreffen wie im Westen (30 Prozent).

Mehr als ein Drittel der Kinder in Deutschland haben einen Migrationshintergrund

In Deutschland liegt der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund bei Kindern im Alter von sechs bis elf Jahren bei 36 Prozent. Bezogen auf alle sechs- bis elfjährigen gehören 28 Prozent von ihnen zur Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund und deutscher Staatsangehörigkeit (teilweise zusätzlich zu einer ausländischen Staatsangehörigkeit) und 8 Prozent zur Gruppe

ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Der Anteil von in Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten ist bis heute regional sehr unterschiedlich, so verteilen sich auch die Kinder mit Migrationshintergrund unterschiedlich auf die Regionen. **Die überwiegende Mehrheit der Kinder mit Migrationshintergrund lebt in den alten Bundesländern bzw. in Berlin (41 Prozent)** im Vergleich dazu leben zwölf Prozent in den neuen Bundesländern (ohne Berlin). In der (Groß-)Stadt ist der Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund höher (54 Prozent) als im ländlichen Raum (20 Prozent). 41 Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund sprechen zu Hause eher die Muttersprache der Eltern. Kommen beide Elternteile aus einem anderen Land, liegt der Anteil sogar bei 65 Prozent. Dies kann auf einen spezifischen Förderbedarf hinweisen, aber auch das Potenzial der Mehrsprachigkeit sollte mit berücksichtigt werden.

Schicht als Herkunftshintergrund

2017 ließen sich 19 Prozent der Kinder der Oberschicht zuordnen, 30 Prozent der oberen Mittelschicht, 27 Prozent der Mittelschicht, 15 Prozent der unteren Mittelschicht und 9 Prozent der unteren Schicht. Im Trend ist über die Jahre eine leichte Verschiebung in Richtung obere Schichten zu sehen. Die untere Schicht scheint von dieser Entwicklung ausgenommen und der Anteil der Kinder aus sozial benachteiligten Elternhäusern mit geringeren Einkommen bleibt bei 9 Prozent.

Elterliche Zuwendung

Kinder finden aktuell etwas häufiger als in den vergangenen Befragungen, dass ihre Mütter genügend Zeit für sie haben (2017: 66 Prozent, 2010 und 2013:

jeweils 64 Prozent). Der etwas höhere Wert (67 Prozent) im Jahr 2007 resultiert aus dem anderen Alterszuschnitt der 1. Kinderstudie; hier wurden acht- bis elfjährige Kinder befragt. Und ältere Kinder stufen tendenziell die Zeit der Mutter eher als genügend ein. Ein ähnliches Muster zeigt sich bei der geäußerten Zuwendung der Väter. **Insgesamt sind die Kinder jedoch unzufriedener mit der zur Verfügung stehenden Zeit der Väter.** 2017 stufen 36 Prozent der sechs- bis elfjährigen Kinder die Zeit, die ihre Väter mit ihnen verbringen, als ausreichend ein. 44 Prozent antworten „mal so, mal so“ und 13 Prozent bewerten die Zeit der Väter als unzureichend.

Erwerbsbeteiligung der Eltern geht nicht mit Defiziten bei der Zuwendung einher

Kinder, die ein Zuwendungsdefizit benennen, kommen seltener in Zwei-Eltern-Familien mit Erwerbsbeteiligung vor. Jeweils sieben Prozent der Kinder in Familien, in denen nur ein Elternteil erwerbstätig ist bzw. in denen ein Elternteil Vollzeit und eines Teilzeit oder beide Teilzeit arbeiten, beklagen ein Zuwendungsdefizit. Sind beide Eltern Vollzeit beschäftigt, so liegt der Anteil bei acht Prozent. Eine andere Situation liegt bei Familien mit **erwerbstätigen Alleinerziehenden** vor. Hier **klagen 34 Prozent der Kinder**

über zu wenig Zeit der Eltern. Auch die dazugehörigen alleinerziehenden Elternteile berichten, dass Familie und Beruf mittelmäßig (33 Prozent) bzw. nur (sehr) schwer (10 Prozent) unter einen Hut zu bringen sind.

Die vollständige Studie finden Sie unter: <https://www.worldvision.de/informieren/institut/vierte-kinderstudie>

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Beratungstelefon Kinderernährung: ein Angebot des neuen FKE der Unikinderklinik Bochum

Eine gesunde Ernährung von Anfang ist eine wichtige Voraussetzung für Gesundheit, Wachstum, Entwicklung und Leistungsfähigkeit. Sie kann darüber hinaus zur Prävention weit verbreiteter Krankheiten im Erwachsenenalter wie Adipositas und Diabetes beitragen.



Katholisches Klinikum Bochum®

**Beratungstelefon
Kinderernährung**

Forschungsdepartment Kinderernährung (FKE)
der Universitätskinderklinik Bochum
montags von 9:00 bis 13:00 Uhr • 0234 / 509-2649



LR St. Josef-Hospital | LR St. Elisabeth-Hospital | Klinik Blankenstein
St. Maria-Hilf-Krankenhaus | Marien-Hospital Watternscheid
Anton-Lanke-Denkmal - Seniorenstift Marien-Hilf

Mit dem „Ernährungsplan für das 1. Lebensjahr“ und der „Optimierten Mischkost“ für Kinder und Jugendliche gibt es detailliert ausgearbeitete und in der pädiatrischen Ernährungsberatung bewährte Konzepte des FKE.

Dennoch stellen sich in der täglichen **Ernährungs- und Beratungspraxis viele Fragen**, wie zum Beispiel:

- „Ist es besser, den Babybrei selbst zu kochen oder Gläschenkost zu verwenden?“
- „Wann kann mein Kind die handelsübliche Milch bekommen?“
- „Was kann ich als Kinder- und Jugendarzt Eltern raten, die ihr Kind vegan ernähren möchten?“

Der Kinder- und Jugendarzt genießt bei Eltern einen Vertrauensvorschuss, auch in der Ernährungsberatung. Allerdings ist das Zeitbudget für die persönliche Beratung oft begrenzt. Da kann es hilfreich sein, wenn an eine seriöse, wissenschaftlich fundierte und ökonomisch unabhängige Stelle verwiesen werden kann:

Das neue Forschungsdepartment Kinderernährung (FKE, Leitung: Prof. Dr. troph. Mathilde Kersting) der Universitätskinderklinik Bochum (Direktor: Prof. Dr. med. Thomas Lücke).

Hier wurde jetzt ein **Beratungstelefon Kinderernährung** eingerichtet, als niederschwellige Plattform für Eltern und für Multiplikatoren wie Kinder- und Jugendärzte, Hebammen, Ernährungsberater, die sich hier persönlich informieren und beraten lassen können. Durch die Einbindung des FKE in die Universitätskinderklinik sind darüber hinaus bei speziellen Fragen die Wege zu entsprechenden Fachabteilungen schon vorgebahnt.

Sprechzeiten: Montags 9:00-13:00 Uhr, Telefon: 0234-509-2649

Das Beratungstelefon Kinderernährung wurde ermöglicht durch eine Spende des Rotary-Club Bochum-Mark.

Red.: WH

Vorläufige Finanzergebnisse der GKV 2017: Finanzreserven der Krankenkassen steigen auf Rekordwert von 19,2 Mrd. Euro

Aus einer Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums vom 02. März 2018 //

Die gesetzlichen Krankenkassen haben im Jahr 2017 einen **Überschuss von rund 3,15 Milliarden Euro** erzielt. Dieser Überschuss lag damit nahezu doppelt so hoch wie im Vorjahr (2016: 1,62 Milliarden Euro). Die **Finanzreserven** der Krankenkassen stiegen damit bis **Ende 2017 auf rund 19,2 Milliarden Euro**. Die durchschnittliche Finanzreserve sämtlicher Krankenkassen beträgt etwa eine Monatsausgabe und liegt damit viermal so hoch wie die gesetzlich vorgesehene Mindestreserve.

Entwicklungen in den einzelnen Leistungsbereichen

Im Bereich der **vertragsärztlichen Behandlung** stiegen die Ausgaben um rund **4,9 Prozent** an. Bei den Ausgaben für die ärztliche Behandlung ist zu beachten, dass es ab 2017 bei einigen Kassenärztlichen Vereinigungen mit einem bislang vergleichsweise niedrigeren Gesamtvergütungsniveau auf Grund der sog. „Konvergenzregel“ zu höheren Vergütungen gekommen ist.

Im Rahmen des Leistungsbereichs stiegen die Ausgaben für **Hochschulambulanz** um **12,8 Prozent** und für die **psychotherapeutische Versorgung** um **4,9 Prozent**.

Bei den Ausgaben für **zahnärztlichen Versorgung** blieb der Anstieg deutlich niedriger. Er betrug bei **zahnärztlicher Behandlung** **1,9 Prozent**, beim **Zahnersatz** **1,0 Prozent**.

Die **Arzneimittelausgaben** der Krankenkassen sind um **4,0 Prozent** gestiegen. Die Zuwächse bewegen sich damit in

etwa im Rahmen der durchschnittlichen Steigerungsrate der gesamten Leistungsausgaben. Die Einsparungen, die die Krankenkassen durch Vertragsrabatte mit pharmazeutischen Unternehmen erzielten, stiegen um 4,3 Prozent.

Die Ausgaben für **Krankenhausbehandlung** haben sich um **2,6 Prozent** erhöht. Insgesamt erhielten die Krankenhäuser damit von den gesetzlichen Krankenkassen 2017 rund 1,9 Milliarden Euro höhere Finanzmittel als im entsprechenden Vorjahreszeitraum.

Überproportionale Zuwächse ergeben sich mit 4,5 Prozent bei den Ausgaben für **Heilmittel**. Hier sind Honorarerhöhungen der Heilmittelerbringer nach Inkrafttreten des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes ab dem 2. Quartal 2017 finanzwirksam geworden. Der Anstieg bei den Ausgaben für **Hilfsmittel** in Höhe von **2,8 Prozent** ist demgegenüber deutlich niedriger.

Hohe Zuwächse bei Prävention sowie Hospiz- und Palliativversorgung

Bei den Ausgaben für **Präventionsleistungen nach §§ 20 ff. SGB V** verzeichneten die Krankenkassen 2017 gegenüber dem Vorjahreszeitraum einen weiteren Zuwachs von rund **6,5 Prozent**, nachdem in diesem Bereich bereits 2016 ein Zuwachs von rund 49,3 Prozent erzielt wurde. Die Ausgaben für Leistungen zur primären Prävention nach dem Individualansatz gingen zwar im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um -3,3 Prozent zurück, jedoch stiegen die Ausgaben für betriebliche Gesundheitsförderung um 8,5 Prozent und für

die **Prävention in nichtbetrieblichen Lebenswelten** sogar um **21,4 Prozent**. Die weiterhin erfreuliche Entwicklung gerade in den betrieblichen und nichtbetrieblichen Lebenswelten, also in den Bereichen, in denen wichtige Weichenstellungen für ein gesundheitsbewusstes Leben vorgenommen werden können (z. B. in **Kitas, Schulen** und Betrieben), ist in erster Linie auf das **Präventionsgesetz** zurückzuführen. Mit den Regelungen dieses Gesetzes wurden die Krankenkassen ab 2016 verpflichtet, ihr bisher sehr geringes Engagement in den Lebenswelten deutlich auszubauen. Nach den sehr hohen Zuwächsen im vergangenen Jahr setzt sich die erfreuliche Entwicklung auch im Jahr 2017 fort.

Somit wurden die **gesetzlich vorgegebenen Ausgaben-Sollwerte von mindestens 2,05 Euro je Versicherten für die Gesundheitsförderung** in betrieblichen und nichtbetrieblichen Lebenswelten in diesem Jahr im Schnitt mit **2,15 Euro bzw. 2,10 Euro im Durchschnitt sogar überschritten**. Gleiches gilt für die Ausgaben für die **Unterstützung von Selbsthilfeorganisationen**, bei denen die Ausgaben um **8,9 Prozent** gestiegen sind.

Link: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/4_Pressemittellungen/2018/2018_1/180302-03_PM_GKV-Finanzergebnisse_1.-4._Quartal_2018.pdf

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann
57223 Kreuztal

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

**Liebe Leserin, lieber Leser
des Kinder- und Jugendarztes,**

im Titel und in unseren Artikeln möchten wir männliche und weibliche Pädiater gleichermaßen und in knapper Form ansprechen. Daher verwenden wir das verallgemeinernde „generische Maskulinum“: Kinder- und Jugendarzt.

ReH



Jana ist nicht „der Herzfehler“

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“ 2017 zu seinem Jahresthema gemacht. Seitdem veröffentlichen wir in loser Folge Berichte von Eltern chronisch kranker Kinder. Es sind Nahaufnahmen aus ihrem schwierigen und oft auch reichen Familienalltag, die Kinder- und Jugendärzten neue Perspektiven ermöglichen und dazu beitragen können, die Bedürfnisse der betroffenen Patienten und ihrer Familien besser zu verstehen und ihnen zu helfen. In dieser Ausgabe bringen wir den Erfahrungsbericht des Ehepaars Rätz über das Leben mit Jana, die mit einem schweren Herzfehler zur Welt kam.

Wir sind Nadine (38) und Harry (47) mit den Kindern Jana (9) und Ella (5). Jana ist unser herzkrankes Kind. Bei ihr wurde bei der U2 noch im Krankenhaus ein Herznebengeräusch festgestellt. Da man dort keine tiefergehenden Diagnosen stellen konnte, hat man uns an eine Herzklinik zur weiteren Untersuchung verwiesen.

Jana wurde Anfang Oktober geboren, ein Anruf in der wohnortnahen Kinderherzklinik ergab zunächst einen Termin im Januar. Erst der Hinweis, dass Jana über meine Frau privat versichert ist, ermöglichte einen Termin bereits Mitte Oktober. Eigentlich ist diese Ungleichbe-

handlung ein Unding, für uns aber vorteilhaft – auch weil sich bei den späteren Untersuchungen im Januar Janas Zustand bereits verschlechtert hatte. Normalerweise hätten wir dann erst erfahren, was unserer Tochter fehlt und wie sie weiterhin behandelt werden soll.

Bei dem Termin in der Klinik wurde eine Aortenstenose mit Fehlbildung der Aortenklappe diagnostiziert – ein Schock für uns. Nie hatten wir während der Schwangerschaft über eine eventuelle Behinderung oder chronische Erkrankung unseres Kindes nachgedacht. Viel Zeit uns auf die Situation und die Folgen einzustellen blieb uns nicht. Mit drei Monaten wurden erste

Eingriffe geplant, weil sich Janas Zustand verschlechtert hatte. Mit vier Monaten wurde dann zuerst ein Herzkatheter mit Ballondilatation durchgeführt. Leider mit mäßigem Erfolg, so dass Jana mit sechs Monaten dann zum ersten Mal operiert werden musste. Dabei wurde die Herzklappe rekonstruiert. Die OP verlief gut, der erhoffte Erfolg stellte sich aber wegen schwererer Fehlbildungen der Klappe, die zuvor nicht erkannt werden konnten, nicht ein.

Das Zusammenleben mit einem herzkranken Kind stellte uns im Alltag immer wieder vor neue Herausforderungen. Wir mussten von Anfang an darauf achten, dass Jana sich nicht überanstrengte. Ja-

na bekam das Fläschchen und bereits das Saugen strengte sie sehr an. Die Mahlzeiten dauerten dadurch sehr lange. Durch die erste OP kam es zu Entwicklungsverzögerungen im motorischen Bereich, die in den Folgejahren zum Glück durch Ergotherapie und Physiotherapie weitgehend aufgeholt werden konnten. Mit zunehmendem Alter und Verschlechterung ihres Zustandes wurde es immer wichtiger, dass Jana sich nicht überanstrengte. So hatte sie z.B. in den ersten beiden Schuljahren ein komplettes Sportverbot. Für die Schulzeit haben wir eine Integrationshelferin beantragt und vom Sozialamt genehmigt bekommen. Sie achtete in den Pausen und in der Spielzeit darauf, dass unsere Tochter



sich beim Spielen mit anderen Kindern nicht zu sehr verausgabte. In der Freizeit mussten wir Jana z.B. beim Toben im Garten, beim Trampolinspringen, beim Spielen mit anderen Kindern, aber auch beim Reiten und anderen Aktivitäten immer wieder bremsen, das sorgte natürlich für Frust und Ärger auf beiden Seiten.

War Jana im integrativen Kindergarten noch gut aufgehoben, wurde es in der Grundschulzeit schwierig. Man sieht Jana die Behinderung nicht unmittelbar an,

deswegen sind viele Menschen, die mit ihr zu tun haben, verunsichert. Das führt dazu, dass einige ihr gar nichts zutrauen und alles verbieten, weil sie kein Risiko eingehen wollen, sich aber auch nicht eingehender mit Janas Bedürfnissen und Einschränkungen beschäftigen wollen oder können. Andere wiederum muten ihr zu viel zu. Zum Glück gab und gibt es auch viele Eltern von Janas Freundinnen, die mit Janas Besonderheiten relativ entspannt umgehen.

Kleine Infekte, große Folgen

Sobald Jana Fieber hat, müssen wir einen Kinder- und Jugendarzt aufsuchen um abzuklären, ob es sich um eine Endokarditis handelt. Das ist auch häufig abends oder am Wochenende der Fall, so dass wir öfter den Notdienst der Kinderklinik in Anspruch nehmen müssen. Einfache Erkältungen ziehen fast immer eine Lungenentzündung nach sich, und Infekte hatte sie viele, besonders in der Kleinkindzeit war Jana extrem infektanfällig. Auch Besuche beim Zahnarzt sind nicht einfach Routine, er muss auf die Endokarditisprophylaxe achten. Jana hat in ihren jungen Jahren bereits mehr Antibiotika zu sich genommen als viele Erwachsene im ganzen Leben. Hier besteht natürlich das Risiko, dass sich Resistenzen entwickeln – ohne geht es aber auch nicht.

Die OP mit sechs Monaten, in einem Alter in dem wir unserer Tochter nicht erklären konnten, was auf sie zukommt und warum operiert werden muss, und der anschließende Aufenthalt auf der Intensivstation, wo sie die meiste Zeit alleine war, da es dort auch für die Eltern eingeschränkte Besuchszeiten gibt, hat bei ihr tiefe Spuren hinterlassen. Besonders auffällig ist dies bei Janas Schlafverhalten. Sowohl das Einschlafen als auch das Durchschlafen fällt ihr bis heute extrem schwer. Teilerfolge durch diverse Therapien helfen kurzzeitig, sind aber bisher nicht nachhaltig. Das problematische Schlafverhalten und der damit verbundene Schlafmangel werden mittlerweile zur großen Belastung für Jana und auch für uns.

Behörden und Krankenkassen

Jana hat seit dem ersten Lebensjahr einen Schwerbehindertenausweis. Gerade zu einer Zeit, als die regelmäßigen kardiologischen Untersuchungen auf eine

Verschlechterung des Zustands hindeuteten, erhielten wir ein Schreiben vom Sozialamt, dass es Jana aufgrund ihres Älterwerdens und der damit einhergehenden körperlichen Entwicklung ja besser gehe und man deshalb den Grad der Behinderung (GdB) runtersetzen und die vorher erteilten Merkzeichen streichen würde. Wir legten Widerspruch inklusive Gutachten der behandelnden Ärzte ein. Daraufhin wurde erst ein Besuch beim Amtsarzt angeordnet und danach nochmal ein Gutachten nach Aktenlage beauftragt. Beide Gutachten kamen übereinstimmend zu dem Schluss, dass Janas Zustand sich nicht verbessert habe und ihr der Behindertenausweis in der bisherigen Form weiterhin zustehe.

Regelmäßig müssen wir auch mit der Krankenkasse bezüglich Kostenübernahmen streiten. Es werden scheinbar willkürlich Posten gestrichen. Einmal wurde sogar die medizinische Notwendigkeit einer von den Ärzten angeordneten Herzkatheteruntersuchung von der Krankenkasse angezweifelt, sie schrieb uns, dass sie die Kosten nicht übernehmen wolle.

Wir wollen Alltag als Familie

Wir versuchen, die Sorgen um Jana und ihren Herzfehler nicht überhand nehmen zu lassen und auch Janas sowie das eigene Denken und Tun nicht immer nur mit dem Herzfehler in Verbindung zu setzen. Immer wieder sagen wir uns: nicht alles, was nicht gut läuft im Alltag, hat mit dem Herzfehler zu tun bzw. ist durch den Herzfehler bedingt. Jana ist nicht „der Herzfehler“, Jana hat nur ein krankes Herz, ist aber unabhängig davon ein großartiges, aufgewecktes und lebhaftes Kind. Nicht immer gelingt es uns, den Herzfehler zu ignorieren. Janas kleine Schwester Ella muss immer wieder mal zurückstehen, oftmals wird uns das erst hinterher bewusst. Ella ist in vielen Dingen „unkomplizierter“ als Jana, eventuell auch, weil sie gelernt hat, dass Jana teilweise mehr Raum braucht. Wir versuchen aber, auch Ella gerecht zu werden und sie nicht in die Rolle des „Schattenkindes“ zu drängen.

Die Zeit als Paar und auch für uns als Einzelpersonen ist bei uns wie bei allen Eltern knapp. Bei herzkranken Kindern nimmt die Elternrolle teilweise noch mehr Raum ein. Hier ist es schwierig, aber auch immens wichtig, sich dennoch Freiräume zu schaffen. Da sind wir einer-

seits den Großeltern sehr dankbar, die immer wieder und auch gerne einspringen. Eine andere große Hilfe sind die Familienwochenenden und Elterncoachings des Bundesverbandes Herzkranker Kinder (BVHK e.V.) und auch der lokalen Selbsthilfegruppen.

Auf den Familienwochenenden geht es in erster Linie um ein Kennenlernen und Erfahrungsaustausch mit anderen Familien, die Ähnliches erlebt haben. Wir haben aufgrund der herzkranken Kinder eine gemeinsame Basis und begegnen uns auf Augenhöhe. Informative Vorträge rund um angeborene Herzfehler runden das Programm ab.

Für uns noch hilfreicher und nachhaltiger sind und waren die diversen Elterncoachings, an denen wir teilgenommen haben und die hoffentlich auch weiterhin angeboten werden. Hier gibt es konkrete Hilfestellungen im täglichen Umgang mit unseren herzkranken Kindern, z.B. zur Krisenprävention und -bewältigung, Vorbereitung auf Arztbesuche und OPs, Stressbewältigung, Umgang mit Geschwisterkindern und viele weitere Themen. Auch aufgrund dieser Erfahrungen war es für mich selbstverständlich, im BVHK e.V. mitzuwirken, als Ende letzten Jahres die Anfrage kam.

In den letzten Jahren hat sich Janas Zustand stetig verschlechtert, so dass eine weitere OP ins Haus stand. Wir haben uns

für die Transplantation einer menschlichen Spenderklappe (TE-Klappe) in der MH Hannover als beste Möglichkeit für Jana entschieden. Die erste OP war für November 2015 geplant, kurze Zeit vorher hat Jana Fieber bekommen, die OP wurde abgesagt. Eine weitere OP im Februar 2016 wurde ebenfalls abgesagt, aufgrund von Janas Wachstum war die vorhandene Spenderklappe mittlerweile zu klein. Nachdem wir dann ein weiteres Jahr auf eine Spenderklappe gewartet und gebangt haben, hat dann Ende März 2017 endlich die OP stattgefunden. Sie ist sehr gut verlaufen, allerdings musste Jana im Anschluss aufgrund einer Endokarditis fast neun Wochen im Krankenhaus bleiben. Mittlerweile geht es ihr aber körperlich besser als jemals zuvor und die weiteren Prognosen sind durchweg positiv. Die lange Krankenhauszeit hat allerdings bei uns allen Spuren hinterlassen. Im November 2017 ging es, nach langem Ringen mit den Krankenkassen und der Rentenversicherung, endlich in eine familienorientierte Reha (FOR) in der Nachsorgeklinik Tannheim, unter anderem auch um das letzte Jahr aufzuarbeiten.

Die immer wieder an uns gestellte Frage, wie man das alles schaffen kann, stellt sich uns eigentlich nicht. Jana ist unser Kind und deswegen ist es für uns selbstverständlich, dass wir uns den Herausforderungen stellen und auch mit



ihnen wachsen. Und auch wenn das Zusammenleben mit einem chronisch kranken Kind nicht immer einfach ist, so hat es uns zu den Menschen gemacht, die wir sind, und das ist gut so. Wir haben eine neue Sicht auf das Leben gewonnen, und die Beschäftigung mit Janas Herzfehler rückt viele Dinge immer wieder mal in eine andere als die alltägliche Perspektive.

Korrespondenzadresse:

Harry Rätz, 53757 St. Augustin

E-Mail h.raetz@bvhk.de

Red.: ReH

Dr. Sylvia Schuster zum 65. Geburtstag

Dr. Sylvia Schuster ist in Bielefeld geboren, dort aufgewachsen, besuchte die Grundschule und das Gymnasium in Frankfurt. Sie machte das Abitur in Düsseldorf, hat dort Medizin studiert, die Facharztausbildung gemacht und eine große erfolgreiche Kinder- und Jugendarztpraxis geführt. Früh ist sie in den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte eingetreten, als eine engagierte und elegante Kollegin.

Liebe Sylvia, von Anfang an hat Dich die Öffentlichkeitsarbeit interessiert, Du hast erkannt, wie wichtig es ist, dem



BVKJ öffentlich eine Stimme zu geben für seine Anliegen, hauptsächlich den Erhalt und Ausbau einer qualitätsvollen medizinischen Versorgung aller Kinder und Jugendlichen in unserem Land. So hast Du gemeinsam mit einigen anderen Kolleginnen und Kollegen früh das Pressewesen des BVKJ aufgebaut, strukturiert und maßgeblich

beeinflusst. Du hast mit mir zusammen die Journalistin Regine Hauch für den BVKJ gewonnen und dafür gesorgt, dass sich die Landespressesprecher mit Regine Hauchs und Raimund Schmidts Hilfe

professionalisiert haben; unter anderem durch die schon legendären Pressesprecherseminare. Diese Pressesprecherseminare hast Du ebenfalls durch Deine Ideen und Deine Kreativität mit geprägt. Der BVKJ wird inzwischen medial wahrgenommen wie kaum ein anderer Berufsverband, was eben Folge Deines und Eures Einsatzes für die Belange der Kinder- und Jugendärzte ist.

Uns allen aufgefallen bist Du durch Deine Intelligenz, Deine Schlagfertigkeit, Deine Geradlinigkeit und Deinen Charme. Gerade berichtete die FAZ, Deine Lieblingszeitung, von einer interessanten amerikanischen Studie mit Medizinstudierenden. Danach besteht eine signi-

fikante Korrelation zwischen dem Grad der Einbindung in geisteswissenschaftliche Themen und Aktivitäten und positiven persönlichen Qualitäten. Wer linke und rechte Gehirnhälfte zusammenzubringt, ist der bessere Arzt, die bessere Ärztin, so das Fazit der Studie. Wir, die wir Deine Belesenheit und Leidenschaft für das Theater kennen, wussten schon immer von diesem Zusammenhang.

Irgendwann hat einmal jemand vorgeschlagen, Dich zur ersten Präsidentin des Berufsverbandes zu wählen. Der BVKJ hätte viel gewonnen, nicht nur durch Deine Fachkompetenz sondern auch durch die Strahlkraft Deiner Persönlichkeit. Leider hast Du das Amt ohne langes Zau-

dern abgelehnt. Auch wenn ich und viele andere das bis heute bedauern, so bewundern wir doch Deine Art, Dinge schnell und sicher zu entscheiden und dann auch zu den Entscheidungen zu stehen.

Obwohl wir beide in Düsseldorf studiert haben, kannten wir uns als Kommilitonen nicht näher, aber schon damals fielen mir Deine Urteilskraft und glasklaren Positionen auf. Du besitzt die bewundernswürdige Fähigkeit, Situationen schnell zu erfassen, kurz zu analysieren und dann unbeirrbar danach zu handeln. Das hast Du mehrmals bewiesen, als Du souverän die Delegiertenversammlung in Bad Orb moderiert hast. Unvergessen, wie Du mit einem feinen Lächeln Turbulenzen neut-

ralisiert, aufkommende Konflikte mit behutsamer Konsequenz aufgelöst und mit geradezu herzlicher Verlässlichkeit und hochkonzentriert die Mammut Sitzungen der DV über die Zielgerade gebracht hast.

Liebe Sylvia, zu Deinem Geburtstag gratulieren wir Dir sehr herzlich und wünschen Dir und Deiner Familie für die nächsten Jahrzehnte tonnenweise Glück, kulturelle Freuden und Gesundheit.

Korrespondenzadresse:

Dr. Hermann Josef Kahl
40237 Düsseldorf
E-Mail: praxis@freenet.de

Red.: ReH

Dr. Martin Terhardt zum 65. Geburtstag

Dr. Martin Terhardt wurde in Ratingen geboren, er ist dort aufgewachsen, zur Schule gegangen und hat 1972 ebenda auch das Abitur gemacht. Anschließend folgte das Medizinstudium in Düsseldorf. Dort haben wir uns bereits früh kennengelernt, lieber Martin, manches Fest gefeiert und gelegentlich gemeinsam Fußball gespielt.

Lieber Martin, in Kaiserswerth haben wir auch zusammen einen großen Teil der Facharztausbildung gemacht. Es war eine lehrreiche und gleichzeitig sehr schöne Zeit, in der wir nach und nach in die Pädiatrie hineingewachsen sind, wobei wir das Glück hatten, sehr gute Lehrer vorgefunden zu haben. Nach der Facharztausbildung hast Du Dich noch ein wenig in der Kinder- und Jugendpsychiatrie umgesehen, um anschließend mit Deinem Freund und kongenialen Partner Hartmuth Morgenroth die größte Kinder- und Jugendarztpraxis in Ratingen aufzubauen.

Du hast Dich sehr früh im BVKJ engagiert, zuerst als Obmann und später als stellvertretender Landesverbandsvorsitzender Nordrhein. Du hast Dich sehr früh, als dieser Begriff noch nicht sehr bekannt war, für Evidenz besonders in der Prävention und Therapie eingesetzt. So hast Du Dich auch besonders für das Stillen eingesetzt und bei diesem Thema auch Auseinandersetzungen nicht ge-

scheut. Deine sehr ehrgeizigen seriösen und ethischen Einstellungen haben Dich Dein ganzes Leben begleitet. Im Berufsverband warst und bist Du sehr beliebt, wegen Deiner Menschlichkeit, wegen Deiner Integrität und Deiner sagenhaften Unbestechlichkeit.

Dein kritisches Denken und Deine analytischen Fähigkeiten waren Gold wert, als wir im Ausschuss Prävention und Frühtherapie des BVKJ das GELBE HEFT zweimal vollkommen überarbeiteten. Zuerst noch zusammen mit Ursel Lindlbauer, später mit unseren Freunden Herbert Grundhewer und Wolfgang Karmrodt. Diese Arbeiten stellen bekanntlich die entscheidende Grundlage für die exklusiven, inzwischen fast flächendeckend bestehenden Selektivverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen dar.

Und als Du Mitglied in der STIKO wurdest, war klar, dass Du auch hier keine Kompromisse eingehen würdest. Die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen war Dir immer das Wichtigste. Offensichtlich wurden Deine Fähigkeiten auch bei den STIKO-Mitgliedern erkannt, denn sie wollten Dich als ihren Vorsitzenden, was Du jedoch (leider) abgelehnt hast.

Ich könnte noch viel von unseren gemeinsamen Erlebnissen erzählen – zum Beispiel von der Impfstudie, die wir zu-



sammen mit Hartmuth Morgenroth durchführten. Es freut mich immer wieder, von Dir zu hören, von Dir zu lesen und Dich gelegentlich zu treffen.

Du wohnst und lebst und arbeitest jetzt in Berlin. Und Du bist auch manchmal mit Deiner Frau auf einem großen (Traum-)Schiff unterwegs, meistens in Südamerika. Dabei rufe ich Euch natürlich zu: *Schiff ahoi!*

Lieber Martin, ich wünsche Dir und Deiner Familie noch viele Jahrzehnte eine glückliche und gesunde Zeit.

Korrespondenzadresse:

Dr. Hermann Josef Kahl
40237 Düsseldorf
E-Mail: praxis@freenet.de

Red.: ReH

Mitteilungen aus dem Verband

Geburtstage im Mai 2018

65. Geburtstag

Herr Med.Dr. (TR) **A. Yavuz Erdogan**, Solingen, am 01.05.1953
 Herr **Neithart Zimmermann**, Mönchengladbach, am 01.05.1953
 Herr Dr. med. **Johannes Oepen**, Bad Kreuznach, am 03.05.1953
 Herr Dr. med. **Jan-Hein Brüggemann**, Frankfurt, am 07.05.1953
 Herr **Alfons Fleer**, Kassel, am 10.05.1953
 Frau Dr. med. **Gunhild Jensch**, Mühlhausen, am 10.05.1953
 Frau Dipl.-Med. **Silvia Landefeld**, Berka, am 13.05.1953
 Herr **Ralf Budde**, Aachen, am 13.05.1953
 Frau Dipl.-Med. **Ute Kretzschmar**, Grünheide, am 14.05.1953
 Herr Dr. med. **Norbert Rindle**, Königsbrunn, am 17.05.1953
 Herr Dr. med. **Wolfgang Müller**, Mönchengladbach, am 19.05.1953
 Frau Dr. med. **Annegret Schellstede-Börschel**, Bremen, am 22.05.1953
 Frau **Gabriele Mohr-Dietrich**, Seelze, am 23.05.1953
 Frau Dr. med. **Roswitha Jenß**, Osnabrück, am 23.05.1953
 Frau Dr. med. **Sabine Höck**, München, am 23.05.1953
 Herr **Bernd Schmitz-Förster**, Moers, am 23.05.1953
 Herr Dr. med. **Dirk Johnsen**, Rendsburg, am 23.05.1953
 Frau Dipl.-Med. **Gudrun Lütke-Meye**, Berlin, am 24.05.1953
 Herr Dr. med. **Jörg Flemming**, Aurich, am 30.05.1953
 Herr Dr. med. **Friedrich Straßer**, Nabburg, am 31.05.1953

70. Geburtstag

Herr Dr.rer.nat. **Thomas Meinhard**, Köln, am 05.05.1948
 Frau Dr. med. **Almut Bausch-Kammenschneider**, Bad Soden-Salmünster, am 07.05.1948
 Herr Dr. med. **Johannes Orth**, Neunkirchen-Seelscheid, am 08.05.1948
 Herr Dr. med. **Christian Ribbentrop**, Bremen, am 13.05.1948
 Herr Dr. med. **Waldemar K. Ertelt**, Fellbach, am 16.05.1948
 Herr Dr. med. **Horst Wilcken**, Hildesheim, am 20.05.1948
 Herr **Dietrich Wittenhagen**, Aachen, am 22.05.1948
 Frau Dr. med. **Walentina Stecher**, Gera, am 26.05.1948
 Herr Dr. med. **Rüdiger Abel**, Löningen, am 26.05.1948

75. Geburtstag

Herr Dr. med. **Jürgen Lauenstein**, Lebach, am 01.05.1943
 Frau **Heidrun Schweidler**, Gräfenberg, am 05.05.1943
 Frau Dr. med. **Karin Rossmann**, Kamenz, am 05.05.1943
 Frau Dr. med. **Annelie Kroneberger**, Greiz, am 08.05.1943
 Herr Dr. med. **Peter Werth**, Bedburg, am 19.05.1943
 Frau Dr. med. **Heidemarie Ullrich**, Halle, am 19.05.1943
 Herr Dr. med. **Norbert Mölter**, Dreieich, am 21.05.1943
 Frau Dr. med. **Rosemarie Dierschke**, Oppenheim, am 22.05.1943
 Frau Dr. med. **Gisela Brehmer-Ziegenspeck**, Lübeck, am 24.05.1943
 Herr Dr. med. **Siegfried Altenmüller**, Mannheim, am 24.05.1943

Herr Dr. med. **Jürgen List**, Nürnberg, am 30.05.1943
 Herr Dr. med. **Peter-Martin Kühn**, Esslingen, am 31.05.1943

80. Geburtstag und älter

Frau Dr. med. **Grete Lüssem**, Düsseldorf, am 01.05.1928
 Frau Dr. med. **Ruth Geiger**, Uhlhingen-Mühlhofen, am 01.05.1930
 Herr Dr. med. **Paul Wirtz**, Meerbusch, am 03.05.1934
 Frau SR **Margarete Fruth**, Windischholzhausen, am 04.05.1935
 Herr Dr. med. **Youssef Toulimat**, Asendorf, am 05.05.1934
 Herr MR Dr. med. **Manfred Lorenz**, Dresden, am 06.05.1935
 Frau Dr. med. **Charlotte Spindler**, Pähnitz, am 07.05.1932
 Herr Dr. med. **Wolfgang Kasper**, Tübingen, am 07.05.1936
 Herr SR Dr. med. **Hans-R. Böhm**, Eisenach, am 08.05.1934
 Frau Dr. med. **Karin Drewes**, Osterholz-Scharmbeck, am 08.05.1935
 Frau Dr. med. **Eva Lippoldmüller**, München, am 09.05.1937
 Frau Dr. med. **Elisabeth von Laer**, Bielefeld, am 11.05.1921
 Herr Dr. med. **Helmut Outzen sen.**, Flensburg, am 12.05.1935
 Herr Dr. med. **Hans-Joachim Bosch**, Berlin, am 13.05.1932
 Frau Dr. med. **Krystyna Graef**, Frankfurt, am 13.05.1937
 Herr Prof. Dr. med. **Hermann Manzke**, Hohwacht, am 13.05.1933
 Herr Dr. med. **Bouzardjomehr Behrouzi**, Essen, am 14.05.1936
 Frau Dr. med. **Ursula Kindermann**, Berlin, am 15.05.1937
 Herr Dr. med. **David Schwind**, Düsseldorf, am 15.05.1936
 Herr Prof. Dr. med. **Burkhard Schneeweiß**, Berlin, am 16.05.1931
 Herr Dr. med. **David Nasser**, Mönchengladbach, am 16.05.1936
 Frau SR Dr. med. **Renate Lenz**, Eisenhüttenstadt, am 18.05.1937
 Herr Dr. med. **Dietrich Reinhardt**, Bonn, am 18.05.1936
 Frau Dr. med. **Lucienne Steinitz**, Berlin, am 19.05.1935
 Frau Dr. med. **Ghamar Redmann-Ghamkhar**, Berlin, am 19.05.1922
 Frau Dr. med. **Utta Recknagel**, Limburgerhof, am 20.05.1935
 Herr Dr. med. **Philipp Basken**, Neukeferloh, am 21.05.1937
 Herr Dr. med. **Rolf Immelmann**, Bad Oldesloe, am 22.05.1935
 Herr Dr. med. **Wolfgang Schmid**, Stuttgart, am 24.05.1936
 Frau Dr. med. **Sigrid Böhm-Schneider**, Seeheim-Jugenheim, am 24.05.1938
 Herr Dr. med. **Wolfgang Wiesenhütter**, Bad Kissingen, am 25.05.1935
 Frau Dr. med. **Ingeborg Kretschmann**, Bremen, am 26.05.1938
 Frau Dr. med. **Elisabeth Clauss**, Schwäbisch Hall, am 27.05.1930
 Herr Dr. med. **Heinrich Wiggermann sen.**, Dortmund, am 28.05.1920
 Herr MR Dr. med. **Rudolf Scholz**, Fürstenwalde, am 28.05.1930
 Herr Dr. med. **Werner Schmidt**, Regensburg, am 28.05.1928
 Frau Dr. med. **Rosemarie Jäkel**, Wiesbaden, am 30.05.1936

Wir trauern um:

Herrn Dr. **Schapur Aliani**, Saarburg
 Herrn Doz. Dr. med. habil. **Hans Mannkopf**

Im Monat Februar durften wir 49 neue Mitglieder begrüßen.
Inzwischen haben uns folgende Mitglieder die Genehmigung erteilt,
sie auch öffentlich in der Verbandszeitschrift willkommen zu heißen.



Baden-Württemberg

Herrn Dr. med.
Stephan Schwarz



Bayern

Herrn Dr. med.
Norman Wernecke



Berlin

Frau Dr. med.
Katja Hilgenfeld



Hamburg

Herrn **Ralf Henrik Lünstedt**



Hessen

Frau **Katharina Geitz**
Herrn **Dominik Kronlachner**
Frau Dr. med.
Maria Theresia Rettig



Mecklenburg-Vorpommern

Frau Dr. med. **Andrea Kamrath**



Nordrhein

Frau **Johanna Albrecht**
Frau **Aslihan Atasoy-Hahn**
Frau **Mihaela Luca**
Herrn **Maximilian Roder**
Frau Dr. med.
Verena Sondermann-Claaßen



Sachsen-Anhalt

Frau **Andrea Stopienski**



Schleswig-Holstein

Frau Dr. med.
Jessica Kocher-Dierks



Westfalen-Lippe

Herrn **David Essing**
Frau **Stephanie Geitmann**
Frau Dr. med. **Dörte Hilgard**
Herrn **Christian Lange**



**KONGRESS
MANAGEMENT**



Gemeinsam planen und im Dialog zum Erfolg.

**SCHMIDT
ROEMHILD**
Kongressgesellschaft mbH

Mengstraße 16 · 23552 Lübeck · Tel. 04 51/70 31-2 05 · Fax. 04 51/70 31-2 14
e-Mail: kongresse@schmidt-roemhild.com · www.schmidt-roemhild.de

Mitteilungen aus dem Verband

Fortbildungstermine

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

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

6. Juni 2018

Immer etwas Neues in Meißen
Auskunft: ⑤

22.-24. Juni 2018

48. Kinder- und Jugendärztetag Jahrestagung des BVKJ e.V. in Berlin
Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden
Auskunft: ⑤

13. PRAXISfieber-live Kongress für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen 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

5. September 2018

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

11.-14. Oktober 2018

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

3. November 2018

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

3. November 2018

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

10.-11. November 2018

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

30. November-1. Dezember 2018

8. Pädiatrie zum Anfassen in Berlin
Leitung: Prof. Dr. V. Stephan, Berlin/Dr. B. Ruppertz, Berlin
Auskunft: ①

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

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

Wandtafel (dt./engl.) für die Praxis. Tabellarische Übersicht nach der Münchener Funktionellen Entwicklungsdiagnostik, zusammengestellt von Prof. Dr. Theodor Hellbrügge.

Dargestellt wird die Entwicklung vom Neugeborenen bis zum Ende des 12. Monats.

Format: 57 x 83,5 cm, zum Aufhängen, EUR 20,50



Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck
vertrieb@schmidt-roemhild.com
Tel.: 04 51 / 70 31 267

Bunte selbsthaftende Fixierbinden von Piratoplast

Seit April sind neue, kindgerechte und selbsthaftende Fixierbinden von Piratoplast als Sprechstundenbedarf (SSB) verfügbar. Das hinter der Marke Piratoplast stehende Unternehmen Dr. Ausbüttel & Co. GmbH bietet damit inzwischen drei Produkte für Kinderarztpraxen an.

Die Piratoplast Fixierbinde haftend ist durch ihre leuchtend bunten Farben (Blau und Rot) und ihre weiche Gewebestruktur ideal für Kinder geeignet. Die atmungsaktive, latexfreie Binde ist hautfreundlich und haftet auf sich selbst. Die Fixierbinde ist in einer Länge von 4 m gedehnt als 10er Pack in den Farben Blau und Rot erhältlich.

Bereits seit November bietet Piratoplast kunterbunte Injektionspflaster für Impfungen und Injektionen an. Vier bunte Motive sorgen bei Kindern für Ablenkung, so dass der Einstich schnell vergessen ist. Ein kinderdermatologischer Test bestätigte hohen Tragekomfort durch atmungsaktives Oberflächenmaterial und im Bereich der Okklusionspflaster bewährten, hypoallergenen Kleber.

Zudem brachte der Hersteller im Februar besonders weiche, sterile Strips auf den Markt, die angenehm auf der Haut liegen. Ihr hypoallergener Kleber ermöglicht guten Halt und, ebenso wie die abgerundeten Ecken der Strips, sanftes Ablösen. Die praktische Größe von 3x75 mm kann weiter zugeschnitten werden.

Alle Piratoplast-Produkte sind als SSB verordnungsfähig und können direkt beim Hersteller oder in der ortsansässigen Apotheke bezogen



werden. Piratoplast kündigte an, in den kommenden Monaten weitere Produkte für Kinderarztpraxen auf den Markt zu bringen.

Viele der Produkte werden in regional ansässigen Behindertenwerkstätten verpackt. Dr. Ausbüttel ist es wichtig Menschen mit Behinderungen einen geregelten Tagesablauf und sinnvolle Arbeit zu ermöglichen. Das Unternehmen selber hat dadurch Zugriff auf flexible Kapazitäten vor Ort.

Generell ist die Übernahme sozialer Verantwortung ein wichtiger Bestandteil der Firmenphilosophie. So unterstützt

der Hersteller von Wundversorgungsprodukten unter anderem auch die German Doctors e.V. und ein 2010 gegründeter Kinderbeirat entscheidet über Spendengelder für benachteiligte Kinder im In- und Ausland. Die Mitarbeiter selber engagieren sich an drei Tagen im Jahr bei einer sozialen Einrichtung für benachteiligte Kinder im Stadtteil.

Für weitere Informationen zur Piratoplast Fixierbinde haftend, den Strips steril und Injektionspflastern sowie zu SSB-Bestellungen besuchen Sie www.piratoplast.de oder wählen Tel.-Nr. 02302/9 56 66 -10 unter Angabe der PZN 12537461, 12537449, 12537403 und 12537395. Das Bestellfax finden Sie unter www.piratoplast.de/Bestellfax

HMOs – Kohlenhydrate der Muttermilch, die den Unterschied machen!

NNI DACH Symposium // Experten aus Forschung und Praxis diskutierten beim diesjährigen DACH Symposium des Nestlé Nutrition Institute zu Mikrobiom und Wachstum. Dem Mikrobiom werden entscheidende Bedeutung für Wachstum, Wohlbefinden und die langfristige Gesundheit zugeschrieben. Neue Erkenntnisse insbesondere zu den HMOs, den Human Milk Oligosacchariden der Muttermilch, und ihrer Wirkungsweise für die Zusammensetzung der Mikrobiota, geben Anlass zu der Annahme, von einer neuen Ära für die Ernährung von Säuglingen sprechen zu können.



HMOs bedeutendster Unterschied zwischen Muttermilch und Säuglingsnahrung

Muttermilch enthält eine hohe Menge spezieller Kohlenhydrate/Zucker mit schützender Wirkung und einer eigenen Bezeichnung – Human Milk Oligosaccharide (HMOs). Diese speziellen Muttermilch-Kohlenhydrate kommen in einer Menge von 5-15 g/L ausschließlich in Muttermilch vor und sind nach dem Milchzucker Laktose und den Milchfetten deren drittgrößte Komponente. HMOs machen damit den größten Unterschied in der Zusammensetzung zwischen Muttermilch und Säuglingsmilch aus. „HMOs, also Oligosaccharide, die nur in Muttermilch vorkommen, haben ein vielversprechendes Potenzial, das Immunsystem zu beeinflussen. Die Mikrobiota gestillter Säuglinge unterscheidet sich deutlich von der nicht-gestillter Kinder. Soweit wir bisher wissen, beeinflussen bestimmte Oligosaccharide der Muttermilch deren Zusammensetzung, womit eine präventive Wirkung naheliegt“, führte Professor Dr. troph. Clemens Kunz der Universität Gießen ins Thema ein.

Muttermilch-Studien und erste Studien mit HMO supplementierter Säuglingsmilch

Das mengenmäßig bedeutendste HMO ist die 2'-Fucosyllactose (2'FL), die

in den meisten Fällen fast 30 Prozent der Gesamtmenge an HMO in der Muttermilch ausmacht. Untersuchungen zeigten, dass bei Kindern, die Muttermilch mit sehr niedrigem Gehalt an 2'FL erhielten, die Entwicklung einer bifidogenen Mikrobiota verzögert war (Lewis et al.) und dass sie ein größeres Risiko hatten, eine infektiöse Durchfallerkrankung zu entwickeln (Newburg et al.). Die Ergebnisse einer weiteren Studie lassen erkennen, dass Kaiserschnitt-Babys mit einem erblich bedingt erhöhten Allergierisiko möglicherweise ein geringeres Risiko haben, ein IgE-assoziiertes Ekzem im Alter von 2 Jahren zu entwickeln, wenn sie Muttermilch mit hohem 2'FL Gehalt erhielten (Sprenger et al.).

Erst die jüngsten technologischen Fortschritte, die eine Herstellung einzelner HMOs – strukturidentisch mit jenen in der Muttermilch – ermöglichen, erlauben es heute, auch Säuglingsnahrungen mit ausgewählten, besonders wichtigen

„Wir sind auf dem Weg in eine neue Ära der Säuglingsernährung“, eröffnete Dr. med. Mike Possner, Direktor des Nestlé Nutrition Institute, das DACH Symposium 2018 in inspirierender Atmosphäre.

HMOs anzureichern und diese auch in klinischen Untersuchungen zu studieren. Erste prospektive, randomisierte Studien mit HMO (2'FL) -supplementierter Säuglingsnahrung mit ähnlicher Kaloriedichte wie Muttermilch ergaben eine gute Verträglichkeit und ein vergleichbares Wachstum (Gewicht, Größe, Kopfumfang) ähnlich dem gestillter Kinder. Bei der Untersuchung der Wirkung der HMO-angereicherten Nahrung auf das Immunsystem wurde die Konzentration der Zytokine im Blut gemessen. Dabei hatten die gestillten Kinder sowie die mit 2'FL angereicherter Säuglingsmilch ernährten Babys eine signifikant geringere Konzentration entzündlicher Zytokine im Plasma als die Kontrollgruppe, die eine mit Präbiotika (GOS) angereicherte Nahrung erhalten hatte (Goehring et al.).

Ziel einer Studie von Puccio et al. war es, anhand von kindlichem Wachstum, Verträglichkeit und Morbidität die Sicherheit einer Säuglingsnahrung zu evaluieren, die mit zwei HMOs (2'FL und LNnT) supplementiert wurde. Die Kinder der HMO-Gruppe hatten signifikant weniger, von Eltern berichtete, ärztlich diagnostizierte Bronchitis mit

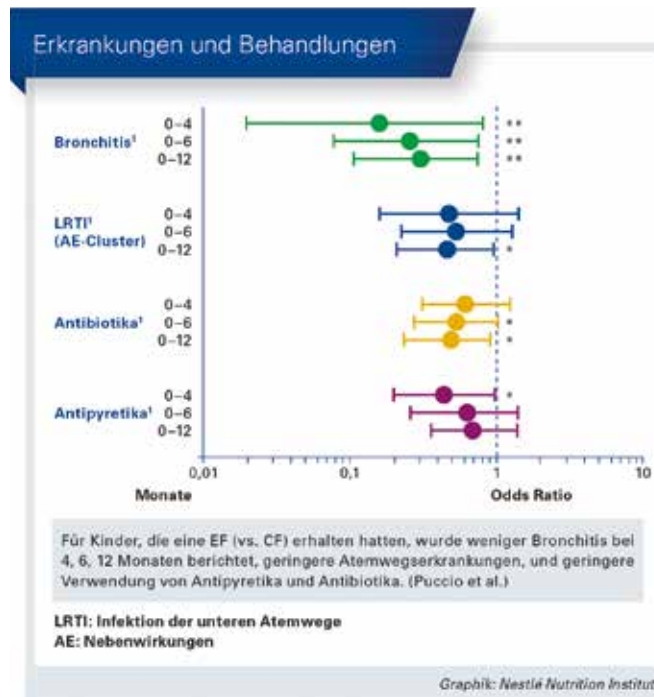


4, 6 und 12 Monaten und weniger Infektionen der Atemwege während der 12 Monate. Auch der Gebrauch von Antipyretika während 4 Monaten und Antibiotika während 6 und 12 Monaten war signifikant geringer.

Fazit

Neue Studien zeigen: Mit HMOs supplementierte Säuglingsnahrung ist sicher, gut verträglich und unterstützt das altersgerechte Wachstum. Bestimmte Erkrankungen – insbesondere Bronchitis – traten seltener auf. Auch der Gebrauch von Antibiotika und fiebersenkenden Medikamenten lag niedriger. Die Ergebnisse dieser Studien bestätigen frühere präklinische Untersuchungen. Dazu Prof. Kunz: „Wir stehen erst am Anfang der praktischen Umsetzung, aber die Vorteile dieser Oligosaccharide, die nur in Muttermilch

vorkommen, für die Mikrobiota des Säuglings scheinen sehr vielfältig. Auch die Wirkung bisheriger Präbiotika ist nicht mit der von HMOs vergleichbar.“



Weitere Informationen:
www.nestle-nutrition-institute.de

Referenzen:
Goehring KC et al.: Similar to Those Who Are Breastfed, Infants Fed a Formula Containing 2'-Fucosyllactose Have Lower Inflammatory Cytokines in a Randomized Controlled Trial. The Journal of Nutrition, 146 (2016), 12, 2559–2566)
Lewis ZT et al.: Maternal fucosyltransferase 2 status affects the gut bifidobacterial communities of breastfed infants. Microbiome 2015, 3:13
Newburg DS et al.: Innate protection conferred by fucosylated oligosaccharides of human milk against diarrhea in breastfed infants. Glycobiology 2004, 14(3):253-632004
Puccio G et al.: Effects of Infant Formula With Human Milk Oligosaccharides on Growth and Morbidity: A Randomized Multicenter Trial. JPGN 2017;64: 624–631;
Sprenger N et al.: FUT2-dependent breast milk oligosaccharides and allergy at 2 and 5 years of age in infants with high hereditary allergy risk. Eur J Nutr. 2017, 56(3):1293-1301

Nach Informationen von Nestlé Nutrition Institute Deutschland, Frankfurt

FSME vorbeugen: Noch vor dem Start der Zeckensaison gegen FSME impfen

Das Robert Koch-Institut registrierte 2017 erneut einen Anstieg der Infektionen mit Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME): 476 Fälle bundesweit, die höchste Fallzahl seit zehn Jahren. Die meisten FSME-Risikogebiete liegen weiterhin im Süden Deutschlands, aber auch in nördlichen Bundesländern werden Fälle gemeldet. So gab es im vergangenen Jahr rund 60 FSME-Fälle außerhalb der definierten Risikogebiete.¹⁻³

In der Zeckensaison, die in der Regel von März bis Oktober andauert, ist die Infektionsgefahr am größten. Denn bei steigenden Temperaturen spielen Kinder wieder häufiger in der Natur und Zecken, die die FSME-Viren übertragen können, werden aktiv. Bei etwa einem Drittel der infizierten Personen kommt es zum Ausbruch der Krankheit.^{4,5} Publikationen der letzten Jahre zeigen, dass auch Kinder und Jugendliche mitunter schwer an FSME mit möglichen Spätfolgen, wie Konzentrationsproblemen, Gedächtnis- oder Gleichgewichtsstörungen,



Foto: www.zecken.de

erkranken können.^{6,7} Neben generellen Vorsorgemaßnahmen gegen Zecken, wie langer Kleidung und dem Einsatz von Repellents, kann eine Impfung zum Beispiel mit FSME-IMMUN 0,25 ml Junior® gegen FSME vorbeugen. Gemäß den Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) sollten alle Personen gegen FSME geimpft werden, die in einem Risikogebiet leben oder sich vorübergehend dort aufhalten und zeckenexponiert

sind.² Der ideale Zeitpunkt der Immunisierung liegt zwar im Winter. Doch mit der Schnellimmunisierung kann jetzt noch rechtzeitig für die aktuelle Zeckensaison ein Impfschutz aufgebaut werden.⁸

Quellen:
1. Robert Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin vom 25. Januar 2018 / Nr. 4
2. Robert Koch-Institut. Epidemiologisches Bulletin vom 27. April 2017 / Nr. 17
3. Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, https://survstat.rki.de, Abfragedatum: 22.01.2018
4. Deutsche Gesellschaft für Neurologie: Leitlinien FSME vom 19. Januar 2016. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-035_S1_Fr%C3%BChsommer_Meningoenzephalitis_FSME_2016-06.pdf.
5. Kaiser R et al. Wiener Med Wochenschrift. 2012; 162: 239–243.
6. Sundin M et al. Eur J Pediatr. 2012; 171(2): 347-52.
7. Fowler A et al. J Pediatr. 2013; 163(2): 555-60.
8. Fachinformation FSME-IMMUN 0,25 ml Junior®, Stand: Juni 2017

Nach Informationen von Pfizer Deutschland GmbH, Berlin

Scabioral® 3 mg Tabletten wieder lieferbar

Ab sofort ist das verschreibungspflichtige Arzneimittel **Scabioral® 3 mg Tabletten** (Wirkstoff: Ivermectin) zur oralen Behandlung der Hauterkrankung Krätze (Scabies) in der Packungsgröße von 4 Tabletten (PZN 11654302) wieder lieferbar.

Scabioral® wird bei Krätze nach Körpergewicht dosiert (0,2 mg/kg KG) und die notwendige Tablettenanzahl wird einmalig mit einem Glas Wasser eingenommen. Es wird empfohlen, dabei einen Abstand von 2 Stunden zu einer Mahlzeit einzuhalten. Zugelassen ist das Arzneimittel ab einem Körpergewicht von 15 kg.

Neben der medikamentösen Behandlung des Patienten sowie der synchronen Mitbehandlung aller engen Kontaktpersonen ist bei Krätze stets an umfassende Hygienemaßnahmen im Haushalt zu denken. INFECTOPHARM stellt

Patienten, Ärzten und Apothekern zur Aufklärung umfassende produktneutrale Patientenratgeber und mehrsprachige Therapiehinweise auf Anfrage kostenlos zur Verfügung.



*Nach Informationen von
InfectoPharm Arzneimittel und
Consilium GmbH, Heppenheim*

PARI – seit über 100 Jahren Ihr Spezialist für die Atemwege

Für viele Menschen ist Atmen aufgrund einer chronischen Erkrankung wie Asthma, COPD, PCD oder Mukoviszidose nicht selbstverständlich. Auch wer an Infekten oder Allergien leidet weiß, wie wertvoll jeder Atemzug ist. Umweltverschmutzung und gesellschaftliche Einflüsse führen dabei weltweit zu einem stetigen Anstieg der Häufigkeit von Atemwegserkrankungen.

Bei Erkrankungen der Atemwege ist es entscheidend, sich auf eine wirkungsvolle Therapie verlassen zu können. Die Inhalation mit Verneblern ist

eine bewährte Behandlungsform bei zahlreichen akuten und chronischen Indikationen: von viralen Infekten über allergische Reaktionen bis zu lebenslimitierenden Erkrankungen profitieren schon Säuglinge von dieser schonenden und effektiven Therapie.

PARI ist als Hersteller von Medizinprodukten mit dem Schwerpunkt Inhalationsgeräte seit vielen Jahrzehnten die Marke des Vertrauens für Ärzte, Apotheker und Patienten. Im Starnberger Firmensitz, einer Niederlassung in Gräfenberg, der Fertigung im bayerischen

Weilheim sowie etlichen internationalen Niederlassungen geben die rund 500 Mitarbeiter ihr Bestes, um Menschen mit Atemwegserkrankungen das Leben zu erleichtern. Denn seit jeher steht bei PARI der Patient im Mittelpunkt, und darum höchste Qualität: einfache Bedienbarkeit, hochwertige Materialien, langlebige Funktionalität und sichere Hygiene sorgen für eine Therapie, die ankommt.

*Nach Informationen von
Pari GmbH, Starnberg*

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

Erste kausale Therapie für Phosphatdiabetes zugelassen

Für die X-chromosomal dominante Hypophosphatämie (XLH, Phosphatdiabetes) gab es bislang keine zufriedenstellende oder kurative Therapie. Mit der Zulassung von Burosumab (Crysvita®) durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) besteht nun erstmals die Möglichkeit einer krankheitsmodifizierenden Intervention. In Studien führte die subkutane Injektion des monoklonalen Antikörpers zu einer Normalisierung der Knochenmineralisation und einer Ausheilung der zuvor bestandenen Rachitis.

XLH ist eine seltene muskuloskeletale Erkrankung, die chronisch progressiv verläuft. Ihr liegt eine Mutation des PHEX-Gens zugrunde, die spontan auftritt oder dominant vererbt wird. „Die Erkrankung ist sehr kompliziert und wurde erst in den letzten Jahren richtig verstanden“, erklärte Prof. Dieter Haffner, Hannover. Kennzeichnend ist ein stark erhöhter Serumspiegel des Fibroblasten-Wachstumsfaktors 23 (FGF23). Dadurch kommt es zu einer vermehrten Phosphat-Ausscheidung in den Nieren und zu einer unzureichenden Produktion von aktiviertem Vitamin D. Die daraus folgende chronische Hypophosphatämie sowie der Vitamin-D-Mangel führen zu einer verminderten Mineralisierung des Knochens bzw. der Knorpel. Zusätzlich bewirkt FGF23 eine direkte Hemmung des Knochenwachstums, indem es die Proliferation der Chondrozyten inhibiert.

Rachitis und Wachstumsstörungen

Bei Kindern manifestiert sich die Erkrankung als Rachitis, verstärktem Kleinwuchs und Deformitäten der unteren Extremitäten – verkürzt oder verbogen in X- oder O-Beinstellung. Im ersten Lebensjahr ist das Kind meist unauffällig, beginnt es jedoch zu laufen, kann der „Watschelgang“ einen wichtigen Hinweis auf XLH geben. „Die Beinverbiegungen erscheinen im Röntgenbild viel schlimmer, als von außen sichtbar“, sagte Haffner. Im weiteren Verlauf entwickelt sich ein disproportionierter Kleinwuchs, die Endgröße liegt etwa 15 Zentimeter unter der unteren Norm. Auch im Erwachsenenalter setzen sich die Beschwerden fort,

mit Gelenkschmerzen, -steifheit, Osteomalazie und dentalen Abszessen. Wie der Pädiater berichtete, leiden die Betroffenen insbesondere unter einer eingeschränkten Mobilität, welche auch ihre Teilnahme im beruflichen und privaten Bereich beeinträchtigt.

Sichtbare Verbesserung unter Burosumab

Die bisherige Therapiemöglichkeit beschränkte sich auf die orale Einnahme von Phosphat und die Gabe aktivierter Vitamin-D-Metaboliten. Damit ließen sich die Therapieziele – eine vollständige Mineralisierung des Skelettsystems sowie eine Endgröße im Normbereich – kaum erreichen. Zudem ging diese Therapie mit Nebenwirkungen wie Nephrokalzinose und Hyperparathyroidismus einher. Die spezifische Hemmung von FGF23 durch den monoklonalen Antikörper Burosumab adressiert dagegen direkt den zugrundeliegenden Pathomechanismus. „Damit ist Burosumab die erste und bislang einzige Therapieoption, die auf kausale Weise krankheitsmodifizierend in die Pathogenese des XLH eingreift“, betonte Haffner.

In einer randomisierten multizentrischen offenen Phase-II-Studie bewirkte eine 2-wöchentliche subkutane Burosumab-Injektion bei Kindern mit XLH (5-12 Jahre, n=52) eine verstärkte renale Phosphat-Rückresorption. Dadurch stieg der Serumphosphat-Wert und hielt sich über die Studiendauer von 64 Wochen im Normbereich. Anhand des Rachitis-Schweregrad-Index (RSS) wurde der Effekt auf die Knochenmineralisation ermittelt. Hier zeigte sich eine signifikante

Verbesserung der radiologischen Veränderungen an den Wachstumsfugen von Handgelenk und Knie (1).

Vergleichbar überzeugende Studienergebnisse lieferte eine Phase-II-Studie bei XLH-Patienten im Alter von einem bis vier Jahren (2). „Auch hier trat relativ schnell eine sichtbare radiologische Verbesserung auf“, konstatierte Dr. Dirk Schnabel, Berlin. Nach 40 Behandlungswochen war bei allen 13 Patienten eine Ausheilung der Rachitis an den Wachstumsfugen feststellbar. Bei einigen Kindern ließ sich bereits eine Begradigung der unteren Extremitäten erkennen. „Die Sicherheitsdaten waren ebenfalls gut, die Nebenwirkungen hielten sich insgesamt auf sehr niedrigem Niveau“, erklärte der Pädiater. Aufgrund dieser Daten erfolgte die Zulassung von Burosumab für Kinder mit XLH ab einem Jahr und Jugendliche in der Skelettwachstumsphase mit radiologischem Nachweis einer Knochenerkrankung (3).

Autorin:

Dr. Marion Hofmann-Aßmus, Fürstentfeldbruck

Literatur:

- 1 Kyowa Kirin und Ultragenyx, data on file
- 2 Ultragenyx Pharmaceutical Inc. UX023-CL205 Clinical Study Report. 16 May 2017; Page 44
- 3 SmPC Burosumab, Stand Januar 2018

Quelle:

Launch-Pressekonferenz „Zulassung für neue Therapie bei XLH erteilt! Mit Burosumab erstmals kausal behandeln“, am 28.2.2018 in Hannover, veranstaltet von Kyowa Kirin anlässlich der 49. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie

**Nach Informationen von
Kyowa Kirin GmbH, Düsseldorf**

Forscherteam macht Muttermilch für Frühgeborene noch sicherer – und gewinnt den Nutricia Wissenschaftspreis

Frühgeborene haben aufgrund ihrer Unreife nur unzureichende Abwehrmöglichkeiten gegenüber Infektionen, die beispielsweise durch den auch über die Muttermilch übertragbaren Cytomegalievirus (CMV) ausgelöst werden können. Damit Frühgeborene trotzdem die für sie wichtige Muttermilch erhalten können, hat Kinderarzt Dr. Jens Maschmann und sein Team an der Universität Tübingen die CMV-Übertragungswege und Möglichkeiten zum Schutz davor erforscht. Für diese Ergebnisse gewann er nun den von Milupa gestifteten Nutricia Wissenschaftspreis zur Erforschung der Muttermilch.



Stillen ist das Beste für Mutter und Kind. Das gilt auch für Frühgeborene, die aufgrund ihrer Unreife nur unzureichende Abwehrmöglichkeiten gegenüber Infektionen haben. Sie profitieren daher besonders von den gesundheitsfördernden Eigenschaften der Muttermilch.

Doch manche Mütter sind Träger des sogenannten Cytomegalievirus (CMV), der schon länger in Verdacht steht, über die Muttermilch auf das Kind übertragen zu werden, was bei unreifen Frühgeborenen schwere Infektionen auszulösen kann.

Mit diesem Thema beschäftigte sich Dr. Jens Maschmann an der Universität Tübingen, Abteilung für Frühgeborene, heute Medizinischer Vorstand des Universitätsklinikums Jena. „Unser Team schaute sich als erstes an, wie genau der

CMV-Virus durch Muttermilch übertragen wird“, so Dr. Maschmann. Durch Entwicklung spezieller CMV-Nachweisverfahren konnte das Milchserum, die sogenannte Molke, als Hauptübertragungsweg bestimmt werden. Aber auch in Leukozyten, die in der Muttermilch vorliegen, konnte das Virus nachgewiesen werden.

„Im zweiten Schritt haben wir dann eine Kurzzeit-Pasteurisierung entwickelt, die CMV in Muttermilch zerstört und trotzdem die hohe Qualität der Muttermilch möglichst erhält“, erläutert Dr. Maschmann. Für diese Methode, die Muttermilch für Frühgeborene sicher macht und deren immunologischen und nutritiven Inhaltsstoffe schont, wurde ein Patent erteilt und ein Gerät zur An-

wendung in der klinischen Routine entwickelt.

„Muttermilch ist die beste Ernährung für Frühgeborene. Sie muss aber sicher sein, denn Frühgeborene sind aufgrund ihres unreifen Immunsystems sehr empfindlich gegenüber Infektionen“ betont Professor Dr. Walter Mihatsch, Mitglied des Nutricia Preiskomitees und Chefarzt der Neonatologie am Helios Klinikum Pforzheim. „Daher kann diese Arbeit als besonders wichtig und innovativ bezeichnet werden.“

Das Preiskomitee vergibt bereits im sechsten Jahr den mit 10.000 Euro dotierten Nutricia Wissenschaftspreis zur Erforschung der Muttermilch. Auch 2018 können sich wieder – bis zum 15. Oktober – alle bewerben, die über Muttermilch und Stillen geforscht und bereits publiziert haben. Die Bewerber arbeiten in Deutschland, Österreich oder der Schweiz.

Parallel dazu verlieh das Nutricia Forum für Muttermilchforschung auch den diesjährigen Nutricia Praxispreis zur Förderung des Stillens. Der Preis ging an Heidi Kuntz und Tanja Rieber, beide Hebammen und Studentinnen der Berufspädagogik im Gesundheitswesen der Hochschule Fürth, die eine besonders kreative Idee entwickelt haben, um das Stillen an öffentlichen Plätzen zu fördern. Dieser Preis richtet sich speziell an Menschen, die mit praxisnahen Projekten direkt das Stillen fördern. Hier werden insbesondere Hebammen und Mitarbeiter von Geburts- und Kinderkliniken angesprochen.

**Nach Informationen von
Milupa Nutricia GmbH, Bad Homburg**

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@kinderaerzte-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 Bartezky

E-Mail: dr@bartezky.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-gesundheit.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
Fortbildung/Veranstaltungen:**

Monika Kraushaar

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.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de