

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 06/19
50. (68.) Jahr · A 4834 E

bvkj.

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



Berufsfragen

Obletetreffen 2019

Fortbildung

Neonatologie:
Fortschritt kritisch
begleiten!

Forum

Netzwerke bauen
für Kinder

Magazin

BVKJ-Medienpreis 2019

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 06 | 2019

Berufsfragen

Obleutetreffen 2019 // Dehtleff Banthien	293
Der Honorarausschuss informiert // Reinhard Bartzky	295
4-Länder-Treffen // Daniela Karall	296
Fünfter und Sechster Staatenbericht // Wolfram Hartmann	300
Meinungsumfrage Assistentenkongress // Sebastian Bartels	302
Impressum	304
Kinder- und Jugendrehabilitation // Alwin Baumann	306
Pädiatrische Grundversorgung lernen // Wolfgang Gempp	309
Datenschutz // Stephan Plesnik	310
Assistenzarztumfrage des Hartmannbundes // Wolfram Hartmann	312
Jonas Obitz neuer Assistentensprecher // Regine Hauch	314
Strafrechtliche Basics für den Kinder- und Jugendarzt, Teil 3 // Andreas Meschke	316

ACHTUNG KLINIKÄRZTE 302 + 312

Fortbildung

Neonatologie: Versuch einer Bestandsaufnahme // Dominique Singer	319
Das schwere Schädel-Hirn-Trauma // Christian Dohna-Schwake	328
Krank am Herzen, krank vor Angst // Ulrich Dorsch	334
Welche Diagnose wird gestellt? // Anne Teichler	335
Review aus englischsprachigen Zeitschriften	337
consilium: Morphea // Adriane Peveling-Oberhag	340

Forum

Netzwerke bauen für Kinder // Regine Hauch	342
Das Leser-Forum	345
Wohin mit dem Geld // Tilo Croonenberg	346
Der Bundesverband Williams-Beuren-Syndrom stellt sich vor // Christina Leber	348
Leitfaden für Kindertagesstätten // Wolfram Hartmann	350
Eine Frage an Dr. Markus Jaster // Regine Hauch	350



Zwei Welten – Eine Medizin

S. 352

Magazin

Zwei Welten – Eine Medizin // Barbara Sophie Brunner	352
BVKJ-Medienpreis 2019 // Regine Hauch	355
Pädindex	357

Mitteilungen aus dem Verband

Personalien	358
Wahlergebnis	359
Fortbildungstermine des BVKJ	360

Nachrichten der Industrie

Wichtige Adressen des BVKJ	365
----------------------------	-----

Anmerkung der Redaktion: In den Bezeichnungen „Kinder- und Jugendarzt“ bzw. „Kinder- und Jugendärzte“ in dieser Zeitschrift sind grundsätzlich die Geschlechter „weiblich“, „männlich“ und „divers“ enthalten, bis der Deutsche Rechtschreibrat eine einheitliche Bezeichnung beschließt. Dies gilt auch für den Titel „Kinder- und Jugendarzt“.

Titelbild: © Solovyova - iStock.com

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe liegt teilweise ein Programmheft zu der 22. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck bei. Wir bitten um Beachtung.

Obleutetreffen 2019

Zum diesjährigen Obleutetreffen des BVKJ am 04.05.2019 trafen sich 86 Obfrauen und Obmänner in Berlin. Der Austausch untereinander und mit dem Präsidium stand im Mittelpunkt. Zusätzlich erhielten die Obleute am Vormittag Informationen zu den aktuellen Entwicklungen im Honorarbereich und aus der BVKJ – Service GmbH.



Dehtleff Banthien

I. Arbeit im Plenum

Das im Oktober 2018 auf der Delegiertenversammlung des BVKJ neue gewählte Präsidium für die **Amtszeit vom 01.11.2019 bis 31.10.2023** stellte sich den Fragen der Obleute zu Zielen und Strategien in Berufspolitik und Verbandsarbeit in der kommenden Amtsperiode. Für das Präsidium saßen der alte und neue Präsident **Dr. Thomas Fischbach**, die ebenfalls wiedergewählte Vizepräsidentin **Dr. Sigrid Peter** und der noch amtierende Vizepräsident **Prof. Schmid** auf dem Podium. Der designierte aber noch nicht amtierende Vizepräsident **Prof. Wolfgang Kölfen** konnte aus wichtigem Grund leider nicht an der Veranstaltung teilnehmen.

Themen, die die Obleute besonders beschäftigen

Durch den Einsatz einer Interaktions-Software war es allen Teilnehmern möglich, dem Präsidium konkrete Fragen zu stellen. Thematisch bildete sich das Fragenspektrum in einer von der Software gebildeten Themenwolke ab. Von den 86 Teilnehmern wurden zur Präsidiumsbefragung 74 Fragen gestellt. Das Moderatoren – Team, Kathrin Jackel-Neusser, Leiterin Stabsstelle Politik und Kommuni-

kation des BVKJ, und Dehtleff Banthien, Mitglied des Bundesvorstandes des BVKJ, wählte Fragen des Publikums zu den am häufigsten genannten Themen aus.

- Die Gewinnung von Nachwuchs für Praxen und Verbandsarbeit,
- die Weiterbildung in den Praxen und in Kooperation mit den Kliniken
- und zukünftige Praxisstrukturen sowohl im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung wie auf die personellen Ressourcen und in Abhängigkeit von den erwarteten politischen Vorgaben beschäftigten die Obleute.

Das Präsidium wird sich auch in der kommenden Amtsperiode intensiv, wie schon bisher, mit der Implementierung von **Nachwuchsförderung** beschäftigen. Die Unterstützung von Aus- und Weiterbildung in den Praxen der Mitglieder, beginnend bei Medizinstudierenden bis zu den WeiterbildungsassistentInnen, ist der Schlüssel für eine nachhaltige Nachwuchsgewinnung. In einer Umfrage auf dem Assistentenkongress des BVKJ sahen die Teilnehmer den BVKJ als einen wichtigen Ansprechpartner bei der zukünftigen Gestaltung von Arbeitsmöglichkeiten in der Pädiatrie.

Das Präsidium wird diesen Hinweis aufnehmen. Intensiv wird das Präsidium bei Politik, Krankenkassen und KBV die erforderlichen Ressourcen für die **Finanzierung künftiger Praxis- und Versorgungsstrukturen** mit angestellten Ärztinnen und Ärzten sowie mehr und höher qualifiziertem Assistenzpersonal einfordern. Denn ohne delegierbare Leistungen wird die Versorgung nicht gelingen. Ein durch die Bundesärztekammer akkreditiertes Curriculum hat der BVKJ bereits entwickelt. Der BVKJ wird in Kooperation mit der BVKJ Service GmbH Unterstützungskonzepte für neue Formen von Praxisverbänden und Berufsausübungsgemeinschaften entwickeln.

Eine Möglichkeit soll auch die **Übernahme von Praxisitzen und Besetzung**

solcher Sitze mit Angestellten durch eine ärztlich geführte Managementgesellschaft sein.

Die Begleitung der **Entwicklung von Präventionskonzepten** im Bereich des Medienkonsums, der Ernährung, des Bewegungsmangel, der Bildungsferne und Gewalt durch den BVKJ sind notwendiges Engagement für das Kindeswohl, die Kinderrechte und ein gesundes Aufwachsen. Gleichzeitig könnte durch ein Verringern der Krankheitslast Geld im Gesundheitswesen kurz- und langfristig eingespart werden. Darüber hinaus wird für mehr gesunde und produktive Jahre eines Menschenlebens die Grundlage in der Kindheit gelegt. Das Präsidium des BVKJ wird auch zukünftig die Gesetzgebungsverfahren der Bundesregierung kritisch – konstruktiv begleiten.

Der **Honorarbeauftragte des BVKJ Dr. Reinhard Bartzky** berichtete in gewohnt plastischer und anregender Sprache von den Honorar-Baustellen des BVKJ.

- Die Verhandlungen zu den **Gesprächsleistungen der Schwerpunkt-Pädiater** mussten wegen des TSVG ohne Ergebnis verhandelt werden.
- Die **Laborreform** zur Eindämmung ausufernder Laborkosten konnte den Geldabfluss aus der Gesamtvergütung nicht bremsen. Es wird weiterhin unkritisch Laborleistung angefordert. Durch einen Webfehler in der Neugestaltung des Wirtschaftlichkeitsbonus verlieren die Pädiater im Verhältnis zu anderen Fachgruppen häufiger ihren Laborbonus. Die KBV wurde informiert. Die Landesverbände bat Dr. Bartzky, ihre lokalen KVen zur Handhabung des Problems zu befragen. Jede Praxis muss für sich entscheiden, ob ein Widerspruch gegen die Abrechnungen unter Berücksichtigung der dafür entstehenden Kosten Sinn macht. Auch die Ausnahmeziffern sind veraltet. Statt der EBM Ziffer

32030 muss jetzt die Ziffer EBM 32033 für Urinteststreifen angesetzt werden. Eine automatische Umsetzung ist den KVen nicht möglich.

- In der **Unfall-GOÄ** kann jetzt bei allen Kindern bis sechs Jahre grundsätzlich die Ziffer 6 statt der Ziffer 1 einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Diese und weitere Informationen zur Unfall – GOÄ erhalten Sie in der im Kinder- und Jugendarzt erschienenen Artikelserie zu diesem Thema und in der vom BVKJ herausgegebenen und bei der Service GmbH erhältlichen Broschüre.
- Die intensive berufspolitische Arbeit des BVKJ hat zu Veränderungen des TSVG geführt: Kinder- und Jugendärzte werden jetzt im gesamten SGB V als solche und nicht mehr als Kinderärzte bezeichnet. Sie müssen keine fünf offenen Sprechstunden anbieten. Sie müssen jedoch wöchentliche Sprechstunden nachweisen. Bei den 2.000 Weiterbildungsstellen wurden die Kinder- und Jugendärzte als Empfänger dieser Stellen explizit erwähnt. Die KVen bekommen die Hoheit über die Terminservicestellen (TSS). Die von der TSS vermittelten Patienten werden extrabudgetär vergütet. Damit gehen sie jedoch nicht mehr in die Bildung der quartalsbezogenen Fallzahl ein. Das Budget schrumpft. Es könnte zu Honorarverlusten kommen.

Die **Geschäftsführerin der BVKJ-Service GmbH, Anke Emgenbroich**, berichtet über die Erfolgsgeschichte der Service GmbH. Seit nahezu 10 Jahren sorgt sie für extrabudgetäre Einnahmen der Mitglieder des BVKJ, die weder in der Plausibilitätsprüfung noch im Zeitbudget auftauchen.

II. Arbeit in verschiedenen Workshops

Der **Workshop 1** beschäftigte sich mit der praktischen **politischen Arbeit über social media**. **Kathrin Jackel-Neusser**, die Workshopleiterin, bringt den BVKJ unter <https://twitter.com/bvkj> ins Internet. Dort hat sie schon alles, von begeisterter Zustimmung bis hin zum „shitstorm“, erlebt. Die Teilnehmer sahen die Notwendigkeit der Präsenz des Verbandes in den social media. Vor den Risiken, verbalen Angriffen, Instrumentalisierung durch falsche Kanäle und unkontrollierbaren

Interaktionen besteht großer Respekt. Ein besonnenes, die Möglichkeiten, Grenzen und Risiken des Mediums berücksichtigendes Konzept und klare Abstimmung, was wann kommuniziert wird, sind erforderlich. Die jüngeren Mitglieder, die „digital natives“, sind hier aus Sicht der Teilnehmer gefordert.

Im **Workshop 2** stellte **Dr. Dominik Ewald** die Initiative des ZI für ein **bundesweites ambulantes Forschungsnetzwerk zur Versorgungsforschung** vor und diskutierte mit den Teilnehmern über die Machbarkeit von Forschung im ambulanten Setting. Versorgungsforschung in der Praxis ist notwendig, um den Stand der ambulanten allgemeinpädiatrischen Versorgung zu beschreiben, diese wissenschaftlich zu evaluieren und weiterzuentwickeln, fanden die Teilnehmer. Die Bereitschaft sich zu engagieren ist groß. Um eine qualitativ konkurrenzfähige Forschung zu betreiben, ist aber eine angemessene Vergütung der sich beteiligenden Ärztinnen und Ärzte, der wissenschaftlichen Institute und eine personelle Unterstützung durch study nurses erforderlich. Ambulante Versorgungsforschung muss ebenso professionell wie klinische Forschung betrieben werden! Dafür müssen auch praktikable digitale Tools entwickelt werden. Die Teilnehmer des Workshops gründeten ein Netzwerk, in dem sie eine breitere Umfrage zur Bereitschaft, sich an ambulanter Versorgungsforschung zu beteiligen, herausfinden wollen.

Dr. Matthias Otto demonstrierte im **Workshop 3** eine **neue Nutzeroberfläche für PädInform**, das Intranet des BVKJ. Zugänglich ist diese Oberfläche unter <https://fcws.uminform.de>. Dort kann man sich mit seinem PädInform Benutzernamen und Kennwort einloggen. Auf der neuen Oberfläche, deren Gestaltung sich an moderne social media Plattformen anlehnt, sind Mailbox und abonnierte Ordner zugänglich. Zusätzlich kann man einen eigenen Blog erstellen. Ähnlich wie bei Twitter und Facebook, kann man Mitgliedern des Netzwerks folgen. Eine weitere Funktion erlaubt es, neue „Container“ zu erstellen. Diese können verschiedene Arten von Konferenzen, Dokumente und auch Wikis enthalten. Die Icons dieser Container sind individuell und variabel gestaltbar. Die Suchfunktion entspricht jetzt modernen Standards. Informationen zu Inhalten und Handling dieser neuen Pädinform – Oberfläche bekommen Sie

auf www.pädinform.de. Probieren Sie es aus!

Um **Aus- und Weiterbildung in der pädiatrischen Praxis** ging es im **Workshop 4**. **Dr. Eva Fritschen** und **Dr. Folkert Fehr** zeigten, dass für eine nachhaltige Nachwuchsgewinnung bereits Kontakt zu den Medizinstudierenden aufgenommen werden müsse. Blockpraktika und Famulaturen bieten erste Gelegenheit, die Vorzüge der Arbeit in den Praxen im Kontakt mit den Kindern und Eltern darzustellen. Auch wenn die Entwicklung des Masterplans Medizinstudium nur langsam voranschreitet, müssen die Praxen sich jetzt engagieren, um angehende und fertige Medizinerinnen und Mediziner auszubilden. Die Präsenz von Praktikanten, Famuli und Weiterzubildenden in den Praxen bringt den Aus- und Weiterbildern nicht nur Spaß, sondern regt auch zum Hinterfragen eigener Denk- und Handlungsmuster an und führt darüberhinaus zu höherer Berufszufriedenheit. Ganz wesentlich hierzu trägt auch die Vernetzung der Weiterbilder untereinander bei. Die **Kooperation zwischen Klinik und Praxis** erreicht eine neue Dimension. Finanzielle Ressourcen analog der Förderung der ambulanten Weiterbildung in der Allgemeinmedizin müssen auch für die Pädiatrie bereitgestellt werden.

Der **Workshop 5** beschäftigte sich mit den eine Vorreiterrolle in der Digitalisierung des Gesundheitswesens einnehmenden **digitalen Angeboten des BVKJ bzw. der BVKJ – Service GmbH**. Die Teilnehmer konnten diese digitalen Angebote direkt kennenlernen und ausprobieren. Das am breitesten verfügbare Angebot ist **PädExpert**, ein Arzt zu Arzt Konsultationsnetzwerk, in dem die unter Kolleginnen und Kollegen übliche Konsultation zwischen Allgemeinpädiater und Spezialisten abrechenbar wird. Ein sehr schlanker Online-Client erleichtert die Kommunikation zwischen den Parteien. Der Datenverkehr ist durch ein speziell entwickeltes Verfahren gesichert und verschlüsselt. Die Abrechnung wurde wesentlich vereinfacht und funktioniert jetzt in einem one-touch-Verfahren blitzschnell. In die **BVKJ-PraxisApp** wurden neue digitale Angebote integriert. **PädHome** und **PädAssist** sind Applikationen für eine Videokonsultation und für verschiedene Erkrankungen zur Verfügung stehende digitale Patiententagebücher. Die Teilnehmer konnten sich überzeugen,

dass die Handhabung einfach und effektiv ist. Die Vergütung für die Anwendung dieser Module ist attraktiv. Bei Interesse wenden Sie sich gerne an die BVKJ Service-GmbH.

Antibiotic-Stewardship, ein Thema das in aller Munde ist. **Prof. Roland Tillman** zeigte den Teilnehmern des **Workshops 6**, wie weit die Pädiatrie hier anderen Fachgruppen voraus ist. Er stellte die Kooperation AnTIB-Antibiotische Therapie in Bielefeld – <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2/antib/> vor. Hier wurden in Kooperation zwischen Klinikern und Praktikern regional und wissenschaftlich basierte Empfehlungen zur rationalen Antibiotika-Therapie entwickelt. Diese haben bereits in weiteren Regionen Verbreitung gefunden. Dabei wurden sie jeweils den regionalen Resistenzdaten angepasst.

Fazit und Dank

In einer Fast-Vote bei der Vorstellung der Workshop-Ergebnisse im Plenum des Obleutetages sprachen sich 100 % der Teilnehmer für eine Unterstützung bei Erstellung von regionalen Empfehlungen zur rationalen Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung durch den BVKJ aus.

Im abschließenden Feedback zeigte sich eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmer. Interaktivität in freundlicher und kooperativer Atmosphäre, konstruktive Diskussionen und eine spürbare Aufbruchstimmung gefielen den Teilnehmern. Im Event – Vergleich gefiel 65 % der Antwortenden die Obleutetagung besser als vergleichbare von ihnen besuchte Veranstaltungen, 30 % bezeichneten sie als gleich gut, 4 % fanden sie schlechter.

Ich danke der Geschäftsstelle, insbesondere Frau Ebbinghaus, Natalie Sowa und Angelika Riquelme für große Unterstützung trotz hoher Belastung. Dem Präsidium danke ich für die Bereitschaft, etwas Neues auszuprobieren. Kathrin Jackel-Neusser danke ich für Unterstützung der Idee, bei der Konzeption und Durchführung des Präsidiums-Interviews. Den Referenten und Workshopleitern danke ich für großes Engagement und ihren Beitrag zur Tagung. Dank an die BVKJ-Service-GmbH für das Sponsoring der Interaktionssoftware.

Korrespondenzanschrift:

Dehtleff Banthien

Vorstandsmitglied, 23843 Bad Oldesloe

E-Mail: dbanthien@uminfo.de

Red.: WH

Der Honorarausschuss informiert

Neue Ziffer für die Urin-Teststreifendiagnostik ab dem 1.4.2019

Aufgrund einer Neulegendierung der Erwachsenenversorgung (GESU) ist es rückwirkend zu einer neuen Aufteilung der Gebührenordnungsziffern für die Urindiagnostik gekommen. Die Bewertung bleibt davon unberührt.

Ziffer alt: 32030

Orientierende Untersuchung ...0.50 €
Obligatorer Leistungsinhalt

- Orientierende Untersuchung mit visueller Auswertung mittels vorgefertigter – Reagenzträger oder – Reagenzzubereitungen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Apparative Auswertung, – Verwendung von Mehrfachreagenzträgern

Können mehrere Bestandteile eines Körpermaterials sowohl durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers als auch durch Verwendung mehrerer Einfachreagenzträger erfasst werden, so ist in jedem Fall nur einmal die Gebührenordnungsposition 32030 berechnungsfähig. Bei mehrfacher Berechnung der Gebührenordnungsposition 32030 ist die Art der

Untersuchungen anzugeben. Die Gebührenordnungsposition 32030 ist für die Untersuchung des Urins mittels Harnstreifentest nicht berechnungsfähig.

Ziffer neu: 32033

Harnstreifentest auf mindestens fünf der folgenden Parameter: Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit, pH-Wert, spezifisches Gewicht, Ketonkörper ggf. einschließlich Kontrolle auf Ascorbinsäure einschließlich visueller oder apparativer Auswertung ...0,50 €

Die Gebührenordnungsposition 32033 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.

Die alte Testziffer 32030 bleibt bestehen, dient aber wie oben ausgeführt nur noch für Untersuchungen mittels vorge-

fertigter Reagenzträger. Die neue 32033 ist dann nur noch für den Harnstreifentest zu nehmen. Die Bewertung beider Ziffern lag und liegt bei 50ct. Da es die alte Ziffer weiter geben wird, werden die KVen keine automatische Umsetzung vornehmen können, Sie werden „händisch“ die Ziffern in Ihrer Praxissoftware umsetzen müssen.

Sollte die neue Ziffer von Ihrem Softwarehaus noch nicht angelegt sein, müssen Sie dies ebenfalls händisch tun.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Reinhard Bartezky

Sprecher des Honorarausschusses

10967 Berlin

E-Mail: dr@bartezky.de

Red.: WH

4-Länder (Frankreich, Deutschland, Schweiz, Österreich)-Treffen der Pädiater in Niederlassung am 06. April 2019 in Wien

Wiederkehrende Treffen

Erstmals im Jahr 2017 fand in Zürich ein Treffen deutschsprachiger Pädiater in Niederlassung statt. Seither haben mit dem Ziel des gegenseitigen Austausches über die jeweiligen nationalen Gegebenheiten in der Praxis und der Planung Länder-übergreifenden Vorgehens bei standespolitischen Themen weitere derartige Treffen stattgefunden: **im Mai 2018 in München** (Gastgeber: Thomas Fischbach, Köln), **im September 2018 in Linz** (Gastgeber: Wilhelm Sedlak, Wien) und aktuell am 06. April 2019 in Wien (Gastgeber: Wilhelm Sedlak, Wien).

Im herrschaftlichen Rahmen des Parkhotels Schönbrunn, das Kaiser Franz Josef für seine internationalen Gäste erbauen und betreiben ließ, tauschten sich 40 Pädiater aus vier Ländern aus.

Programm

Das Programm beinhaltete verschiedene **Schwerpunkte**:

Den Beginn machte Peter Voitl (Wien, A) mit einem Bericht über die „**Zukunft der Gemeinschaftspraxis**“, in dem er die möglichen Modelle der Zusammenarbeit in Österreich vorstellte (Ambulatorium, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Primäre Versorgungseinheit) (siehe Tab. 1 – Kasten mit Definitionen).

Bernd Jochum (Bludenz, Vorarlberg, A) folgte mit einer Vorstellung seiner Gemeinschaftspraxis, die seit 2011 eine vom Land Vorarlberg finanzierte Lehrpraxis-Stelle innehat, die durchgehend besetzt war. Jeweils für 9 Monate waren seit Beginn 4 Pädiater und 7 Allgemeinmediziner in Ausbildung darüber angestellt. Zwei sind inzwischen in einer eigenen Praxis.

Holger Förster (Salzburg, A) erläuterte die unterschiedlichen Voraussetzungen für eine **sportmedizinische Betreuung von Kindern und Jugendlichen** in den deutschsprachigen Ländern (siehe auch Gesellschaft für Pädiatrische Sportmedizin, GPS, www.kindersportmedizin).



Gruppenfoto Abb. 1: Vier-Ländertreffen in Wien (Parkhotel Schönbrunn) – v.l.n.r. obere Reihe: Cem Kirecci (Wien, A), Bernd Jochum (Bludenz, A), Thomas Fischbach (Solingen, D), Heidi Zinggeler Fuhrer (Chur, CH), Wilhelm Sedlak (Wien, A), Daniela Karall (Innsbruck, A), Roland Ulmer (Lauf, D), Christine Magendie (Huningue, F), Andreas Plate (Köln, D); v.l.n.r. knieend: Robert Weinzettel (Waidhofen, A), Tilman Käthner (Nordenham, D), Andreas Werner (Avignon, F), Karin Geitmann (Hagen, D), Holger Förster (Salzburg, A), Jan Cahlik (Zürich, CH). (copyright Jan Cahlik)

Tab. 1: DEFINITION der möglichen Formen der Zusammenarbeit in Österreich

Beim **Ambulatorium** handelt es sich um eine nicht Betten führende Krankenanstalt in der Rechtsform einer GmbH, deren Errichtung einer aufwändigen Bewilligung im Rahmen einer Bedarfsprüfung bedarf. Die Anstellung von Ärzten ist unbegrenzt möglich, allerdings erfolgt die Abrechnung über einen Einzelvertrag mit den Sozialversicherungsträgern, wodurch keine dauerhafte Sicherheit gewährleistet ist.

Eine **Gruppenpraxis** wird durch den Zusammenschluss von zwei oder mehr **fachgleichen Ärzten** in der Rechtsform einer Organisationsgemeinschaft (OG) gegründet. Die Gruppenpraxis ist in Rahmen des Gesamtvertrages und des Stellenplans tätig, wodurch eine große Rechtssicherheit gegeben ist. Es gibt keine Bedarfsprüfung, jedoch ist der Gesellschaftsvertrag ausgesprochen aufwendig, und die Frage der konfliktfreien Auflösung einer Gruppenpraxis ist noch nicht endgültig geklärt.

Im Rahmen einer **Praxisgemeinschaft** nutzen mehrere **Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen** gemeinsam Räumlichkeiten, Personal oder Geräte. Es gibt keine gemeinsame Rechtsform, die Einzelordinationen bleiben als solche mit dem damit verbundenen unternehmerischen Risiko bestehen.

Dauervertretung: Kollegen können regelmäßig in Ordinationen den Ordinationsinhaber vertreten und damit im Rahmen ihres Berufsbildes arbeiten, ohne die Administration einer Ordination übernehmen zu müssen. Dieses Modell bietet für beide Seiten keinerlei Absicherung, es gibt keinen Kündigungsschutz.

Eine **Primäre Versorgungseinheit (PVE)** soll den niederschweligen Zugang der Patienten im Sinne einer ersten Anlaufstelle sicherstellen. Im Prinzip handelt es sich dabei um eine erweiterte Gruppenpraxis, bei der auch andere Gesundheitsberufe im Rahmen des Kassenvertrages tätig werden können. In der derzeitigen gesetzlichen Beschlussfassung ist dieses Modell den Allgemeinmedizinern vorbehalten. Pädiater können nur optional eine Primärversorgungseinheit führen. Diesbezüglich sind die Verträge mit den Sozialversicherungsträgern abzuwarten.

org). Er stellte die sportmedizinische Versorgung in seiner Praxis vor, die einem Untersuchungsalgorithmus folgt, für den Peter Schober vor vielen Jahren ein Formblatt für die Österreichische Gesellschaft für Sportmedizin, ÖGSMP, erstellt hat. Holger Förster, der dzt. Vertreter der Pädiater in der ÖGSMP ist, hat dieses Formblatt adaptiert, es ist österreichweit Grundlage für die pädiatrische sportmedizinische Untersuchung.

Der zweite Teil des Vormittages war zwei wissenschaftlichen Vorträgen gewidmet: Georg Singer, Kinderchirurg aus Graz, A, sprach über „**Probiotika und Immunsystem**“ und Daniel Tiefengraber (Wien, A), Institut für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin, Medizinische Universität Wien, über „**Die europäische Mobilität und unterschiedliche Impfpfehlungen bei Kindern und Jugendlichen**“.

Anschließend berichtete Andreas Werner, Mitglied der Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA), über die

Entwicklungen und Erfahrungen nach einem Jahr Impfpflicht in Frankreich, die zusammenfassend doch eine merkliche Zunahme der mit den Grundimpfungen geimpften Kindern und eine Imageverbesserung von Impfungen im Allgemeinen in Frankreich zeigt.

Der Nachmittagsblock war ländervergleichendem und standespolitischem Austausch und Abgleich gewidmet. Trotz des eher trocken anmutenden Titels war es ein sehr informativer und spannender Abschnitt, dem ein reger Austausch folgte.

Den Beginn machte **Thomas Fischbach** (Solingen, D), Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (www.bvkJ.de):

- Pädiatrische Patientenversorgung im Licht der aktuellen Gesetzgebung (Termin-Service-Versorgungsgesetz, TSVG; Pflegeberufereformgesetz; Regelung der Versorgungs-/Bedarfsplanung; Regelung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes)

- Adipositas und Ernährung (Forderung von Minimalstandards für die Kindergarten- und Schulverpflegung sowie Einschränkung der Bewerbung von Nahrungsmitteln für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche, Einführung einer Lebensmittelkennzeichnung wie z.B. den Nutriscore)
- Pädiatrische Forschung in der Praxis Unter Moderation von **Jan Cahlik** (Zürich, CH), Vize-Präsident des Schweizer Verbandes Kinderärzte-Schweiz, www.kinderaerzteschweiz.ch, fand schließlich der letzte, aber nicht weniger spannende Teil des Tages statt. Er widmete sich dem **Ländervergleich der Berufsverbände bzw. Gesellschaften** (s. Tab. 2) und erarbeitete einen Ausblick für die zukünftige Zusammenarbeit und die gemeinsamen Ziele (Tab. 3).

Fazit

Bei einem gemeinsamen Abendessen fand der letzte Austausch statt. Alle Beteiligten betonten, wie wertvoll diese gemeinsamen Treffen sind, und dass die Erarbeitung von gemeinsamen Agenden weiter stattfinden soll! Die Einbindung weiterer Verbände mit deutschsprachigen Kollegen wird angestrebt, (z.B. Luxemburg, Südtirol, Tschechien, Slowakei, ...).

Das nächste Treffen wird von den französischen Kollegen in Frankreich organisiert. Der Termin hierfür wurde für den 01.-03.05.2020 vorgeschlagen.

Die Erstpublikation dieses Beitrags unter *Monatsschr. Kinderheilkunde* 2019 (167), <https://doi.org/10.1007/s00112-019-0709-1>

Tab. 2: Berufsverbände der deutschsprachigen Kinder- und Jugendärzte

D – Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BVKJ e.V., www.bvkJ.de , Mitglieder 11.600, davon niedergelassen 6.100
CH – Kinderärzte Schweiz (KIS), Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis, www.kinderaerzteschweiz.ch , Mitglieder 760, davon 600 in der Praxis
F – Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA), www.afpa.org , Mitglieder ca. 1.500 ambulante Kinderärzte
A – Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ), www.paediatrie.at , Mitglieder 1.810, davon 700 in Niederlassung

Tab. 3: Mögliche und geplante Kooperationen

• Erstellung eines gemeinsamen Konzeptes darüber, welche Punkte bearbeitet werden sollen
• Auflistung der Situation in den einzelnen Ländern nach einem vorgegebenen Raster
• Gemeinsame Verwendung des Telefonleitfadens für Medizinische Fachangestellte in der Kinder- und Jugendarztpraxis zur Unterstützung bei der täglichen Arbeit des BVKJ (https://www.bvkJ-shop.de/telefonleitfaden-wie-kann-ich-ihnen-helfen.html)
• Praxis- und Versorgungsforschung
• Epidemiologische Forschung zu Impfungen
• Epidemiologische Forschung zu Patientensteuerung

Korrespondenzanschrift:

A. Univ.-Prof. Dr. Daniela Karall,
 IBCLC Medizinische Universität
 Innsbruck Department für Kinder- und
 Jugendheilkunde, Universitätsklinik
 für Pädiatrie I, Bereich Angeborene
 Stoffwechselstörungen
 Anichstrasse 35
 A-6020 Innsbruck
 E-Mail: Daniela.Karall@i-med.ac.at

Red.: WH

Fünfter und Sechster Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes (Teil 1)

Die Bundesrepublik Deutschland hat dem Ausschuss für die Rechte des Kindes ihren fünften und sechsten Staatenbericht nach Art. 44 des Übereinkommens über die Rechte des Kindes vorgelegt. Ich habe Ihnen einige Auszüge dazu zusammengestellt, den vollständigen Bericht finden Interessierte unter folgendem

Link: <https://www.bmfsfj.de/blob/133732/ed197a973db3136fa577d444dafa80e2/20190212-fuenfter-und-sechster-staatenbericht-data.pdf>

Manches in dem Bericht ist positiver dargestellt, als es nach meiner Wahrnehmung der Wirklichkeit entspricht. Mit dem im April verabschiedeten „Starke-Familien-Gesetz“ werden zwar endlich erste Schritte zur Minderung der nach wie vor erschreckenden Kinderarmut unternommen, aber bis zur Chancengleichheit aller Kinder ist es noch ein weiter Weg.

Allgemeines und Verankerung der Kinderrechte im GG

Der Bericht informiert über die **wichtigsten Entwicklungen der vergangenen Jahre** und soll dem hohen Stellenwert Ausdruck verleihen, den die Bundesrepublik Deutschland der fortschreitenden Umsetzung dieses menschenrechtlichen Übereinkommens beimisst. (...)

Deutschland bekennt sich uneingeschränkt zu den Zielen des Übereinkommens. Am 15. Juli 2010 nahm Deutschland seine bei der Ratifikation hinterlegte Vorbehaltserklärung zurück. **Das Übereinkommen gilt in Deutschland damit ohne Einschränkungen im Range eines Bundesgesetzes.** Es ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) sowohl bei der Auslegung anderer Bundesgesetze als auch der Grundrechte und rechtsstaatlichen Grundsätze des Grundgesetzes (GG) im Rahmen der anerkannten Auslegungsmethoden zu berücksichtigen (Grundsatz der völkerrechtsfreundlichen Auslegung). **Somit sind die Rechte aus dem Übereinkommen von Deutschland zu gewährleisten.** (...)

Darüber hinaus stehen Kindern die Grundrechte des GG ebenso sowie die Rechte aus anderen Menschenrechtsabkommen zumindest ebenso wie Erwachsenen zu. (...) **Um aber die Sichtbarkeit von Kinderrechten und ihre Anwendung in der Praxis zu verbessern, sieht die Bundesregierung eine Änderung des GG als verfassungspolitisch sinnvolles und wichtiges Vorhaben an.**

Im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien für die 19. Legislaturperiode (Koalitionsvertrag) ist festgehalten, dass im GG ein ausdrückliches Kindergrundrecht geschaffen werden soll. Damit soll klargestellt werden, dass Kinder Grundrechtsträger sind und ihre Rechte Verfassungsrang haben. Über die genaue Ausgestaltung beraten Bund und Länder derzeit gemeinsam in einer Arbeitsgruppe und werden bis **spätestens Ende 2019** einen Vorschlag vorlegen. (...)

Die Verwirklichung und Stärkung der Rechte von Kindern und Jugendlichen ist ein zentraler Bezugspunkt staatlicher Politik in Deutschland. Die in Deutschland getroffenen politischen Maßnahmen zu Kinderrechten erstrecken sich umfassend auf die verschiedenen Politikfelder und beziehen die lokale, Landes- und Bundesebene mit ein. Im föderal verfassten System Deutschlands variiert die Zuständigkeit zwischen Bundes- und Landesebene je nach Politikbereich. Auch wegen der spezifischen Anforderungen und Zielstellungen in verschiedenen Politikbereichen werden sektorale Strategien grundsätzlich als angemessen und zielführend erachtet. (...)

Auf Bundesebene gibt es die **Kinderkommission des Deutschen Bundestages**. Auf **Landesebene** gibt es in **Niedersachsen** (seit 2016) und in **Bayern**

Kinderkommissionen in den Landesparlamenten. **Hessen** und **Sachsen-Anhalt** haben **Kinderbeauftragte** auf Landesebene eingerichtet, die **Bürgerbeauftragten** in **Rheinland-Pfalz** und **Schleswig-Holstein** decken auch kindliche Belange ab. (...)

In der **Kinder- und Jugendhilfe** wurden bereits zum 1. Januar 2012 durch das Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (**Bundskinderschutzgesetz – BKiSchG**) in § 45 SGB VIII die Installierung und Implementierung von Beteiligungsverfahren und Beschwerdemöglichkeiten zur Sicherung der Rechte von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen als Voraussetzung für die Erteilung einer Betriebserlaubnis normiert.

(Anmerkung: Gerade hier gibt es regional aufgrund der Zuständigkeit der Länder weiterhin große Unterschiede. Hier sind viele unserer Erwartungen noch nicht erfüllt.)

Ombudsstellen mit Einzelfallberatung in der Kinder- und Jugendhilfe bestehen mit Stand August 2018 bereits in **Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen**. In **Schleswig-Holstein** besteht ein **Projekt** mit dem Ziel, bedarfsgerechte Strukturen von Ombudsstellen der Jugendhilfe in der Breite im Land aufzubauen. Diese sollen **Kinder, Jugendliche und Familien** durch unabhängige Information, Beratung und Vermittlung bei Konflikten **bei der Wahrnehmung ihrer Rechte unterstützen**. In **Rheinland-Pfalz** und **Schleswig-Holstein** ist die Beschwerdestelle bei der **Bürgerbeauftragten des Landes** angesiedelt. (...)

Allgemeine Grundsätze (Art. 2, 3, 6 und 12)

(...)Um den gleichen Zugang zur Kindertagesbetreuung, insbesondere auch **für Kinder mit Migrations- und Fluchthintergrund**, vorzubereiten und unterstützend zu begleiten, fördert die Bundesregierung mit „**Sprach-Kitas: Weil Sprache der Schlüssel zur Welt ist**“ und „**KitaEinstieg: Brücken bauen für frühe Bildung**“ eigene Bundesprogramme. Ein weiteres Ziel ist die **verbesserte Inklusion von Kindern mit Behinderungen in der Kindertagesbetreuung**. (...)

(Anmerkung: Auch hier bleibt noch sehr viel zu tun. Von einer wirklichen Chancengleichheit sind wir noch weit entfernt.)

Die **Inklusion in der schulischen Bildung** regelt in Deutschland die Landesgesetzgebung. Zielsetzung ist die **Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in das allgemeine Bildungssystem** und das gemeinsame zielgleiche oder zieldifferenzierte Lernen von Schülerinnen und Schülern mit und ohne Behinderungen an **allgemeinbildenden Schulen**. Das gemeinsame Leben und Lernen von Kindern mit und ohne Behinderungen nimmt einen wachsenden Raum ein und beugt Diskriminierungserfahrungen von Kindern mit Behinderungen vor. (...)

(Anmerkung: Hier sind die Bildungseinrichtungen aufgrund des fehlenden qualifizierten Personals oft vor unlösbare Aufgaben gestellt.)

Kinder mit Migrationshintergrund sind in nichtgymnasialen Bildungsgängen deutlich überrepräsentiert. Wird jedoch der sozioökonomische Hintergrund berücksichtigt, so besuchten 15-Jährige mit und ohne Migrationshintergrund 2012 zu vergleichbaren Anteilen die jeweiligen Bildungsgänge. Die aktuellen Vergleichsstudien haben außerdem eine deutliche Verbesserung der Lesekompetenz bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund festgestellt. (...)

Gewalt gegen Kinder (Art. 19, 24 Abs. 3, 28 Abs. 2, 34, 37 (a) und 39)

(...) Zum 1. Januar 2012 ist das **BKiSchG** in Kraft getreten. Das **BKiSchG** stärkt die Prävention in Bezug auf Kin-

desvernachlässigung und -misshandlung und unterstreicht den Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung des öffentlichen Trägers der Jugendhilfe.

(Anmerkung: Wie die jüngsten Fälle in Lügde, Bad Oeynhausen und Würzburg und auch der Kommissionsbericht gezeigt haben, haben gerade auch die öffentlichen Träger der Jugendhilfe hier kläglich versagt. Ich verweise dazu auch auf meinen Beitrag in Heft 5 dieser Zeitschrift.)

Im präventiven Bereich hat das **BMFSFJ** auf der Grundlage des § 3 Abs. 4 **Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz** 2017 die Bundesstiftung Frühe Hilfen errichtet. Sie baut auf den Erkenntnissen der von 2012 bis 2017 durchgeführten **Bundesinitiative Frühe Hilfen** auf. Damit werden in ganz Deutschland förderliche Unterstützungsstrukturen für (werdende) Eltern und Familien mit kleinen Kindern bis drei Jahre, insbesondere in belasteten Lebenssituationen, geschaffen.

Frühe Hilfen tragen maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe. Ferner wird in den Frühen Hilfen die Vernetzung unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure aus den relevanten Leistungssystemen (Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen, Frühförderung, Schwangerschaftsberatung usw.) vorangebracht. Schließlich informiert das **NZFH** mit einem bundesweiten Bündnis in einer Aufklärungskampagne seit November 2017 über die Gefahren des Schüttelns von Säuglingen und Kleinkindern, um dem Aufklärungsbedarf in der Bevölkerung zu diesem Thema nachzukommen und gewaltsames Schütteln zu verhindern. (...)

(Anmerkung: Bei der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure mit dem Gesundheitswesen hakt es vielerorts doch ganz erheblich, hier hat der BVKJ seit Jahren umfassende Verbesserungsvorschläge gemacht, die vielfach noch nicht umgesetzt sind.)

Der am 31. Dezember 2015 dem Deutschen Bundestag vorgelegte **Bericht über die Ergebnisse der Evaluation des BKiSchG** zeigt, dass seit Inkrafttreten des Gesetzes bereits viel für den Schutz von Kindern erreicht wurde. Es haben sich aber auch Hinweise auf notwendige weitere Fortentwicklungen für das Wohl und

einen umfassenden Schutz von Kindern ergeben. Der Koalitionsvertrag sieht vor, dass das Kinder- und Jugendhilferecht weiterentwickelt werden soll. Ziel soll ein wirksames Hilfesystem sein, dass die Familien stärkt und Kinder vor Gefährdungen schützt. Das Kindeswohl ist dabei die Richtschnur, die Unterstützung und Stärkung der elterlichen Erziehungsverantwortung bleibt Anspruch und Auftrag der Jugendhilfe. Allerdings soll die **enge Kooperation aller relevanten Akteure einen stärkeren Stellenwert einnehmen**. (...)

Mit dem zum Großteil im Juli 2015 in Kraft getretenen **Präventionsgesetz (PrävG)** wurde u.a. die gesetzliche Grundlage für die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche in § 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) dahingehend ausgebaut, dass **der oder die untersuchende Arzt oder Ärztin nun ein stärkeres Augenmerk auf individuelle Belastungen und Risiken des Kindes zu legen hat und die Eltern darauf abgestimmt berät, wie sie die Entwicklung und Gesundheit ihres Kindes gezielt fördern können**.

Bei Bedarf sollen der Arzt oder die Ärztin **Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention empfehlen und auf weitergehende gesundheitsbezogene Angebote und Hilfen vor Ort (einschließlich regionaler Eltern-Kind-Unterstützungsangebote wie „Frühe Hilfen“)** hinweisen. Weitere Verbesserungen sind auch durch die Anfang 2019 fertig gestellte **medizinische Leitlinie „Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung“** unter Einbeziehung der Schnittstelle zur Kinder- und Jugendhilfe zu erwarten. (...)

(Anmerkung: Das ist eine oft zeitraubende Angelegenheit, die nicht in einer entsprechenden Vergütung dieser Zusatzleistung abgebildet wird. Hier könnten die vom BVKJ befürworteten Präventionsassistentinnen eine wichtige Rolle spielen, allerdings müsste ihre Tätigkeit auch entsprechend vergütet werden.)

Teil 2 folgt im nächsten Heft.

Zusammenstellung und Kommentierung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Erwartungen und Wünsche der nachrückenden Generationen – Ergebnisse der Meinungsumfrage auf dem Assistentenkongress des BVKJ

Die im Vergleich zu den Vorjahren relativ stabilen und unveränderten Ergebnisse der letzten Assistenzarzt-Umfrage des Hartmannbund (03/2019) wirft erneut ein beunruhigendes Licht auf die Arbeitssituation und Weiterbildungszufriedenheit von Assistenzärzten! (s. auch Beitrag Dr. Hartmann auf S. 312). Kurz darauf wurden im Deutschen Ärzteblatt (Heft 15 – April 2019) die Ergebnisse der jüngsten Absolventenbefragung publiziert. Auch hier zeigen sich die gleichen Tendenzen mit einer steigenden Unzufriedenheit aufgrund des klaffenden Abstandes zwischen Wunsch und Wirklichkeit v.a. bei den Themen Arbeitsbedingungen und Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
Link: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=206771>



Achtung
Klinikärzte

Umfrage DGKJ

Während diese Befragungen an Weiterzubildende aller Fachrichtungen gerichtet waren, dürfen wir gespannt auf die Ergebnisse der zu Redaktionsschluss dieser Ausgabe noch nicht vorliegenden Ergebnisse der **DGKJ-Weiterbildungs-umfrage** mit spezifischer Ausrichtung auf den Nachwuchs in der Kinder- und Jugendmedizin sein.

Probleme der WB-Assistenten

Die ursächlichen Probleme sind vielfältig! Der steigende Personalmangel, bzw. die kalkulierte betriebswirtschaftliche Planung in den Kliniken genau „auf Kante“, vielfältige weitere ökonomische Restriktionen und steigende bürokratische Vorgaben wirken sich direkt auf die Weiterbildung aus. Gleichzeitig bestehen eine deutlich höhere, nicht immer begründete Inanspruchnahme notärztlicher Vorstellungen und Erwartungshaltung von Eltern.

Folglich kommt es zur zunehmenden **Arbeitsverdichtung in Klinik wie in Praxis**. Flexible Arbeitszeitmodelle sind weiterhin rar und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für viele Kolleginnen und Kollegen eine anhaltende Herausforderung. Der Großteil der medizinischen Tätigkeit besteht heute aus Bürokratie und einer Menge an nicht-ärztlichen Tätigkeiten. Für den eigentlichen Patientenkontakt wird die Zeit immer knapper. All dies sorgt natürlich für Frust und Unzufriedenheit auf Seiten der Ärzte, der Pfl-

ge und am Ende ebenso bei Eltern und Patienten.

Befragung durch den BVKJ auf dem diesjährigen Assistentenkongress

Im Rahmen des diesjährigen Assistentenarztkongresses und dem Zusammenreffen von fast **400 pädiatrisch Weiterzubildenden** aus ganz Deutschland, wollten wir die Chance nutzen, diese nach Ihren Erwartungen und Anliegen an ihren Berufsverband zu fragen. Aufgrund des großen Umfragedschungels haben wir bewusst von einer weiteren großen Abfrage abgesehen und die Kolleginnen und Kollegen nur mit **drei offenen, frei zu beantwortenden Fragen** konfrontiert.

Hierbei ging es neben Ihren Erwartungen an den BVKJ um Themen, die sie momentan bewegen und in welchen Bereichen sich der BVKJ aus Ihrer Sicht stärker engagieren sollte. Die wichtigsten und häufigsten Antworten der Umfrage mit einer Teilnahmequote von **leider nur 9%** möchte ich Ihnen hier kurz darstellen.

Wenig überraschend waren die mit Abstand dominierenden Themen, die Arbeitsbedingungen & Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie Weiterbildungsqualität und -strukturen. Mehr als 90% hatten mindestens irgendein Thema aus dem weiten Bereich der Arbeitsbedingungen und über 80% nannten ein Thema aus dem Bereich Weiterbildung als die aktuell für sie relevantesten Themen.

Dröseln man im Weiteren die individuellen Antworten etwas genauer auf zeigt

sich, dass sich die jungen Kolleginnen und Kollegen einen **Berufsverband** wünschen, **der sich mehr öffnet für die Anliegen und Interessen des Nachwuchses**.

Neben dem Agieren der gewerkschaftlichen Verbände wie Marburger Bund und Hartmannbund wird auch vom BVKJ erwartet, mehr Stellung bezüglich der Arbeitssituation zu beziehen und sich noch aktiver im Bereich der Weiterbildung einzusetzen. Hier geht es den Weiterzubildenden v.a. um **klare Strukturen zur praktischen Umsetzung im Arbeitsalltag**. Aber auch um eine qualitativ **hochwertige und kompetenzbasierte Weiterbildung, welche möglichst bundesweit identisch und standardisiert erfolgen sollte**.

Weiterhin ist den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung auch eine **verbesserte Vernetzung** von großer Bedeutung. Hierbei wird sich auf Möglichkeiten zum verbesserten, gegenseitigen Austausch unter den Weiterzubildenden bezogen, aber auch zur **besseren Klinik-Praxiskooperation** und einem Mehr an **Miteinander zwischen der stationären und ambulanten Patientenbetreuung**.

Zur Optimierung der Weiterbildung benötigt es eine grundsätzlich verbesserte Weiterbildungskultur. Weiterbilden muss „gelernt sein“ und ist keine Nebenqualifikation, die einem automatisch mitgegeben wird. Deshalb braucht es strukturierte und kompetenzbasierte Weiterbildungskonzepte und zudem entsprechende Kurse und Qualifikationen (z.B. „Train the Trainer“) für weiterbildende Ärzte. Außerdem müssen Weiterbilder

auch die entsprechende Zeit zur Verfügung gestellt bekommen, um neben ihrer eigenen ärztlichen Tätigkeit auch tatsächlich und aktiv weiterzubilden zu können.

So ist **Weiterbildungsförderung in der pädiatrischen Grundversorgung** ein essentieller Baustein hierfür und der weitere Ausbau dieser im Rahmen des TSVG als großer Erfolg anzusehen. Auf der Seite der Kliniken hingegen muss das Thema Weiterbildung endlich auch auf der Ebene der geschäftsführenden Verwaltungen ankommen und als zentrale und strategisch wichtige Aufgabe erkannt werden. Ohne eine entsprechende Berücksichtigung dieser im Stellenplan mit entsprechenden Zusatzkontingenten wird es leitenden Ärzten nie möglich sein, einer qualitativen Weiterbildung gerecht zu werden. Es sollte eigentlich allen klar sein, dass eine bessere Weiterbildung zu kompetenter und effizienter arbeitenden Ärztinnen und Ärzten und damit zur Qualitätssteigerung in der Medizin führt. Der Kreis schließt sich mit mehr Sicherheit und Zufriedenheit bei Eltern und Patienten.

Zukunftswünsche

Aber es geht um noch viel mehr als die Weiterbildung. Es braucht schon heute ein

Umdenken und entscheidende Umstrukturierungen unseres Gesundheitssystems. Der Ärztemangel wird mit dem Ausscheiden vieler Ärzte der Babyboomer-Generation in den nächsten 5-10 Jahren eher zunehmen und auch Pflegekräfte kommen mangels Arbeitsplatzattraktivität nicht genügend nach. Schon heute sind knapp 28% der Kinder- und Jugendärzte über 60 Jahre alt. Viele von Ihnen führen zudem Einzelpraxen auf dem Land, welche in Zukunft womöglich keinen Nachfolger finden.

Die **Generationen X, Y und Z** haben andere Prioritäten und Wertvorstellungen als die ausscheidende Ärztegeneration. Es geht um ein ganz **neues Berufsbild**, das den alten Traditionen der allgegenwärtigen Verfügbarkeit und dem Verleugnen der eigenen Bedürfnisse und Schwächen entsagt.

Die Fürsorge für den Patienten steht heute auf einer Stufe mit der Selbstfürsorge und einem gesunden Umgang mit den eigenen Ressourcen. Dies anzuerkennen und umzuwandeln in ein ganz neues Stellenprofil, sollte oberste Priorität haben. Es benötigt ganz neue Modelle der Arbeitsorganisation und innovative Arbeitskonzepte, um den ärztlichen Beruf attraktiv zu gestalten und einem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Ziel

sollte ein Gesundheitssystem sein, das auch Verantwortung und Fürsorge für seine Fachkräfte übernimmt.

Jetzt ist es an der Zeit, dass sich Politik und Krankenhäuser mit diesen Problemen intensiv auseinandersetzen und auf die Suche nach langfristigen und nachhaltigen Lösungen machen. Dies allein wird natürlich nur unter der Einbeziehung von jungen Ärztinnen und Ärzten möglich sein und sollte nicht als „Top-Down“-Auftrag verstanden werden.

In diesem Sinne möchte ich auch hiermit den Staffeln an den ärztlichen „Nachwuchs“ weiterreichen und für mehr berufspolitisches Engagement werben. Wünsche und Erwartungen sind schließlich schnell formuliert, aber man muss auch die Kritik gelten lassen, dass sich noch zu wenige junge Kolleginnen und Kollegen in den entsprechenden Gremien (wie Berufsverband, Ärztekammern, KVen, usw.) aktiv einbringen.

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: WH

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 „ge-
nerische 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. P.H. Andreas Plate, Tel.: (0221) 68909-34,
andreas.plate@uminf.de; Geschäftsstellenleiter: Armin Wölbeling,
Tel.: (0221) 68909-13, Fax: (0221) 6890979, armin.woelbeling@uminf.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@khh-wil-
helmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik
Dr. Horst Schmidt Kliniken, Ludwig-Erhard-Str. 100, 65199
Wiesbaden, Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@
helios-gesundheit.de

**Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Be-
rufsfragen“:** 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@uminf.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“ erschei-
nen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers
und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“ (V.i.S.d.P.
Christiane Kermel, Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck).

Druckauflage 12.200
lt. IVW I 2019

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 Verlags-
kontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax:
(0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **Re-
daktionsassistent:** 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) – **Redaktionsschluss für jedes Heft
8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 52 vom 1. Oktober 2018

Bezugspreis: Einzelheft € 11,40 zzgl. Versandkosten, Jah-
resabonnement € 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

© 2019. 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 insbe-
sondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmun-
gen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen
Systemen.

Kinder- und Jugendrehabilitation

Beratung und Unterstützung der Kinder- und Jugendärzte bei einer Kinder- und Jugendreha

Das Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. unterstützt die Kinder- und Jugendärzte bei der Antragstellung zu einer Kinder- und Jugendreha. Das Bündnis veröffentlicht dazu regelmäßig Beiträge im „Kinder- und Jugendarzt“, informiert über die Homepage www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de, beantwortet Anfragen per Telefon sowie E-Mail und referiert in den Treffen der Kinder- und Jugendärzte vor Ort.



Alwin Baumann

Informationen und Anträge über die Homepage

Seit 2014 betreibt das Bündnis die Homepage www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de. Die Website informiert ausschließlich über die Kinder- und Jugendreha. Sie präsentiert detailliert alle Kliniken, stellt auf der Startseite die Reha-Anträge zur Verfügung und informiert über alle Fragen zur Kinder- und Jugendreha. Mail-Anfragen werden beantwortet und Flyer können angefordert werden. Eine weitere Rubrik stellt aktuelle Tagungen und Vorträge vor.

Die Homepage hat sich zur wichtigsten Informationsquelle der Kinder- und Ju-

gendreha entwickelt. Pro Monat kommen mit steigender Tendenz 20.000 Besucher auf die Homepage und bleiben im Durchschnitt mit fast vier Minuten ungewöhnlich lange. 12.500 Downloads werden monatlich ausgeführt, um über die Anträge, die Klinikliste und die Flyer verfügen zu können. Mit 57 % gehen mehr Nutzer mit dem Smartphone auf die Website als am PC (34 %). Anfragen per Mail stellen Eltern, Institutionen und zunehmend immer mehr Ärzte.

Vorstellung und Diskussion in den kinder- und jugendärztlichen Qualitätszirkeln

Das Thema „Kinder- und Jugendreha“ in die Tagesordnung eines Qualitätszirkels aufzunehmen, ist eine gute Möglichkeit, einen größeren Kreis von Kinder- und Jugendärzten zu informieren und sich über die gemachten Erfahrungen auszutauschen. Der Sprecher des Bündnisses, Alwin Baumann, kommt dazu in das Treffen vor Ort. Er präsentiert die Leistungsausweitung und Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendreha und stellt den vereinfachten Antragsweg vor. Breiten Raum nimmt abschließend der Erfahrungsaustausch ein. Bei den bisherigen über 10 Treffen seit Jahresbeginn gab es lebhaft Diskussionen und die Ärzte erhielten Tipps über die Kostenträgerschaft, für den notwendigen ärztlichen Befundbericht, über die Kliniken und den Ablauf.

Angebot einer persönlichen Beratung und Einzelfallhilfe

Das Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. bietet den Kinder- und Jugendärzten eine persönliche Beratung und Unterstützung in konkreten Einzelfällen an. Die Kontaktaufnahme kann per Mail oder telefonisch erfolgen. Die Beratung umfasst die geeignete Maßnahme, das Eltern- und Patientengespräch, die Zuständigkeit des Kostenträgers, den Zeitpunkt und die Dauer der Antragstellung, die Antragstellung selbst, den ärztlichen Befundbericht, die Wahl der Klinik und ggf. den Widerspruch. Der Arzt kann auch die Eltern an das Bündnis verweisen. Die Praxen können beim Bündnis Flyer zur Kinder- und Jugendreha für die Eltern anfordern.



Beratung und Unterstützung

www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de
Anfragen per Mail: a.baumann@bkjr.de
Telefonische Anfragen: 07522 - 9302661
Vortrag und Austausch vor Ort: Terminabstimmung per Mail oder Telefon

Kinder- und Jugendärzte initiieren immer häufiger Rehamaßnahmen

Seit den Verbesserungen durch das Flexirentengesetz steigt die Zahl der

Rehamaßnahmen für Kinder und Jugendliche kontinuierlich an. So wurden seit 2017 4,4 % mehr Anträge gestellt und 10,3 % mehr Anträge bewilligt. Im ersten Vierteljahr dieses Jahres stiegen die Anträge um 6,8 %. Die Ablehnungsquote sank erstmals unter 10 %. **Die Steigerung ist besonders auffällig bei den Kindern um 10 Jahre.** Hier macht sich die Ausweitung der Bewilligung einer Begleitperson bis zum 12. Geburtstag des Kindes bemerkbar. Bei rehadürftigen Kindern dieses Alters wird offensichtlich nicht mehr in Mutter-Kind-Maßnahmen ausgewichen. Die Zunahme der Begleitpersonen ist auch bei den Kliniken deutlich spürbar, die ihre räumlichen Möglichkeiten anpassen müssen.

Die Kinder- und Jugendreha ist das Motto des diesjährigen Deutschen Reha-Tages

Das Aktionsbündnis für Reha, getragen vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, den Betroffenenverbänden, Leistungsträgern und Leistungserbringern, hat die „Kinder- und Jugendreha“ zum Motto des diesjährigen **Deutschen Reha-Tages am 28.09.19** gewählt. Die Schirmherrschaft hat Susann Rührich, MdB und Vorsitzende der Kinderkommission im Deutschen Bundestag, übernommen. Ziel des Reha-Tages ist es, auf die Bedeutung, Leistungsfähigkeit und Wirksamkeit der Rehabilitation aufmerksam zu machen.

Die Rehakliniken für Kinder und Jugendliche werden an Tagen der offenen Tür, mit Info-Ständen oder Diskussionsforen auf die Kinder- und Jugendreha aufmerksam machen. Die Auftaktveranstaltung findet in der Klinik Charlottenhall in Bad Salungen statt.

Korrespondenzadresse:

Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V.
Alwin Baumann
Freiherr-von-Eichendorff-Str. 8/1
88239 Wangen im Allgäu
E-Mail: a.baumann@bkjr.de
kontakt@kinder-und-jugendreha-im-netz.de
Red.: WH

Wo und wie sollen die Studierenden pädiatrische Grundversorgung lernen?

Zur 1. Bundeskonferenz Ausbildung trafen sich am 10.04.2019 auf Einladung der Deutschen Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP) und des BVKJ Vertreter aus unterschiedlichen Institutionen (Bundesärztekammer und KV) und Verbänden (BVKJ, DGSPJ, bvmd, DEGAM, GMA, GHA) zum Thema: Grundversorgende Pädiatrie in der studentischen Ausbildung nach dem Masterplan 2020.

Masterplan 2020

Der Masterplan 2020 fordert eine patientenzentrierte an ärztlichen Handlungskompetenzen ausgerichtete Ausbildung, in der die **Arzt-Patienten-Angehörigen-Kommunikation** eine zentrale Rolle spielt. Dies stellt die ambulante allgemeine Pädiatrie (AAP) vor große Herausforderungen, da eine praxisnahe Ausbildung in der pädiatrischen Grundversorgung nicht im klinischen (universitären-) Bereich, sondern nur im ambulanten Setting erleb- und erlernbar ist. Die organisatorischen, strukturellen und inhaltlichen Voraussetzungen, um die Studierenden optimal auszubilden, müssen **an allen medizinischen Fakultäten** geschaffen werden.

Wichtige Themen

Dazu trafen sich die Teilnehmer der Konferenz in drei moderierten regional zusammengesetzten Gruppen mit der Fragestellung:

- Wer soll AAP lehren und welches sind Lernorte?

- Welche Inhalte sollen die Studenten im Rahmen der AAP lernen?
- Wie kann die AAP in das Lernkonzept der ausbildenden Hochschulen integriert werden?

Die **Ergebnisse** wurden im Plenum vorgestellt und im Forum einer **SWOT-Analyse** analysiert:

- Eine praxisnahe Ausbildung kann nur dort erfolgen, wo die Kinder sind. Der überwiegende Teil der Arzt-Patienten Kontakte finden im ambulanten Bereich statt.
- Es muss ein Netzwerk an Lehrpraxen aufgebaut werden.
- Zur Qualitätssicherung ist es notwendig standardisierte Ausbildungsprogramme in den Lehrpraxen zu etablieren und die Ausbilder kontinuierlich zu qualifizieren.
- Es sollte eine longitudinale Verankerung von ambulanten Lehrinhalten über das gesamte Medizinstudium erfolgen. Dies kann im Rahmen von Wahlfächern, Fakultät, Blockpraktika und PJ-Quartalen verwirklicht werden.

- Die künstliche Trennung zwischen Ausbildung und Weiterbildung sollte aufgehoben werden.

Ausblick

Die hier gebildeten regionalen Gruppen werden über dieses Treffen hinaus weiter zusammenarbeiten, mit dem Ziel, die hier erarbeiteten Grundsätze einer **partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Versorgungsbereich** in der Ausbildung von Medizinstudenten zu verwirklichen. Die Ergebnisse sollen in einem Jahr auf dem 2. Bundeskongress Ausbildung 22.4.2020 in Frankfurt/Main vorgestellt werden.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Wolfgang Gempp
78464 Konstanz
E-Mail: wolfgang.gempp@uminfo.de

Red.: WH

Informationen aus der BVKJ-Service GmbH

Worauf Kinder- und Jugendärzte beim Datenschutz wirklich achten müssen

Ein Jahr Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und was hat sich geändert? Genau dieser Frage wollen wir auf den Grund gehen und veranschaulichen, welche Umsetzung der Regeln sinnvoll ist und wo der Teufel im Detail steckt. Denn Datenschutz ist nicht immer gleich Datenschutz.



Stephan Plesnik

Unsicherheit mit der Umsetzung der DSGVO

25. Mai 2018: Stunde null. Der Tag an dem Beratungsunternehmen und Anwälte für Datenschutz wohl mehr Anrufe bekommen haben, als sonst über das gesamte Jahr hinweg. Nahezu jedem fällt an diesem Tag auf, dass die zwei jährige Schonfrist nun abgelaufen ist und man diese bis heute geflissentlich übersehen hat. Ich verstehe das und kann es perfekt nachvollziehen. Datenschutz ist ein Management-Thema. Also in erster Linie Pflichterfüllung, welche keinen Spaß bereitet, oder? Und heute glaubt jeder, dass morgen die Kriminalpolizei vor der Tür steht. Provisorisch werden Webseiten abgeschaltet, Videokameras abgenommen und dringend nach Datenschutzbeauftragten gesucht. Eine interessante Einstellung zum Datenschutz, der doch dazu reichen soll, etwas Positives zu schaffen. Nicht weniger als ein einheitliches Niveau

im Umgang mit personenbezogenen Daten in ganz Europa.

Die DSGVO ist somit die erste europäische Gesetzgebung, die das Recht auf Privatsphäre eines jeden EU-Bürger schützt und stärkt. Warum also nicht dafür interessieren? Weil die Gesetzgeber leider weniger den Zweck in den Vordergrund gestellt haben, statt praktische Vorteile aufzuzeigen.

Dies möchte ich ändern und dabei gezielt auf individuelle Herausforderungen für Kinder- und Jugendärzte in der ambulanten Pädiatrie eingehen.

Datenschutz in der Praxis

Begleiten Sie mich auf einem Rundgang durch Ihre Praxisräume und lassen Sie uns lernen, wo Datenschutz einfach gelebt werden kann.

- Beginnen wir in Ihrem **Behandlungsraum**, wo Sie evtl. gerade sitzen. Wahrscheinlich an einem Schreibtisch, auf dem der Bildschirm eines PCs steht. Schauen Sie auf den Bildschirm. Ist die Anzeige gesperrt? Z. B. durch einen Bildschirmschoner mit anschließender **Passwortabfrage**? Oder könnte hier jeder Patient, der sich mit Ihnen im Raum befindet, vielleicht Dinge einsehen, die ihn nicht betreffen?
- Schauen Sie nun auf den **Schreibtisch**, liegen hier Dokumente offen? Wie zeigen sich die **Schranke** in diesem Raum? Sind sie geöffnet und gewähren Einblick in ggf. sensible Daten? Falls ja, können Sie hier mit einfachen Maßnahmen gegen eine Problemzone des Datenschutzes vorgehen. Räumen

Sie Dokumente stets ordentlich weg und **verschießen Sie die Schranke**. Dies soll nicht heißen, dass Sie neue Schranke anschaffen müssen. Der Einblick soll verhindert werden. Somit ist ein geschlossener Schrank schon besser als ein offener und ein leerer **Papierkorb** schöner als ein voller.

Datenschutz im Empfangsbereich

- Wechseln wir nun die Perspektive und begeben uns in Ihren Empfangsbereich, wo Ihre freundlichen MFA die Patienten begrüßen. Nehmen Sie Platz hinter der Anmeldung. Auch hier gelten dieselben Spielregeln im „Datenschutz Mensch ärgere dich nicht“. Prüfen Sie ob **Dokumente, Bildschirme und Aktenschranke** entsprechend vor **unbefugter Einsicht geschützt** sind.
- Aber da war doch noch was oder? Ja! Auf dem Tisch der Anmeldung vor Ihnen liegt wahrscheinlich ein **Terminplaner**, auf den Ihre Angestellten nicht verzichten können. Das ist auch kein Hindernis, nur sollten die Patienten diese Termine nicht einsehen können. Eventuell reicht hier schon eine andere Position auf dem Tisch oder eine Abdeckung, wenn der Planer gerade nicht benutzt wird.
- Haben Sie noch Energie, mehr Herausforderungen zu meistern? Dann wechseln Sie die Seite der Anmeldung und spielen Patient. Was können Sie an wichtigen Informationen einsehen? Vielleicht den Bildschirm des PCs oder den Terminplaner? Sie wissen bereits

die nötigen Schritte, die Sie unternehmen können. Also fassen Sie sich ein Herz, rücken Sie die Möbel gerade und **räumen Sie die Tische auf**. So einfach ist Datenschutz.

Datenschutz im Wartebereich

- Begeben Sie sich in den Wartebereich Ihrer Praxis. Können Sie **Gespräche Ihrer Mitarbeiter mit Patienten oder am Telefon mithören**? Wenn ja, sollten Sie daran etwas ändern. Sie würden auch nicht wollen, dass alle Wartenden wissen was Ihnen fehlt, wenn Sie den Arzt besuchen, oder?
- Ihre Patienten haben laut DSGVO ein Recht darauf, zu erfahren, wie Sie ihre Daten verarbeiten. **Bringen Sie im Wartebereich einen Datenschutzhinweis an**. Am besten so, dass jeder Patient ihn sehen kann. Dieser Hinweis muss alle Betroffenenrechte aufzeigen und die Art, sowie den Zweck Ihrer Datenverarbeitung transparent machen. **Achten Sie darauf, dass Ihre Mitarbeiter beim Aufruf der Patienten keine Informationen außer den Nachnamen nennen**. Außerdem sollten Sie für genug spannendes Lesematerial sorgen, aber das hat mit Datenschutz nichts zu tun.

Datenschutz und Technik

- Speichern Sie Daten evtl. auf einem **Server**? Wo steht dieser und ist er vor unbefugtem Zugriff geschützt? Wie sieht es mit Fremdeinfluss durch z.B. Brände oder Überspannung aus? **Ein Server sollte in einem eigenen Raum gelagert sein, wo niemand arbeitet**.
- Achten Sie auf **regelmäßige Sicherungskopien** (Backups) und dass diese bei Bedarf schnell wiederherstellbar sind. Ebenfalls sollte der **Zugriff zum Server mit einem Passwort gesichert** sein. Prüfen Sie dies mit Ihrem IT-Dienstleister und schließen Sie einen Auftragsverarbeitungsvertrag ab.

Datenschutz und Ihre Angestellten

- Sie sind einem vernünftigen Datenschutzniveau nun nah. Doch wissen Ihre Mitarbeiter worauf zu achten ist? Schaffen Sie **Transparenz mit einer Datenschutzensensibilisierung**. Sie benötigen diese Nachweise und auch die Verpflichtung zur Wahrung des Datenheimnisses jedes Angestellten. Falls Sie Fotos der Mitarbeiter aushängen oder auf der Praxiswebseite zeigen, sollten Sie dazu Einwilligungen einholen.

Fazit

Sie haben nun einen Einblick erhalten, welche einfachen Sofortmaßnahmen Sie zur Wahrung des Datenschutzes in Ihrer Praxis treffen können. Doch endet das Thema damit nicht. Ein **Datenschutzkonzept** nebst Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten, **einem Katalog der technischen und organisatorischen Maßnahmen, Aufträgen zur Auftragsverarbeitung und die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten ab einer Praxisgröße von 10 Mitarbeitern sind verpflichtende Dokumentationen**, welche Sie vorweisen müssen.

Wenn Sie Ihren persönlichen Rundgang durch Ihre Praxis besprechen möchten, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Nutzen Sie ruhig unseren kostenfreien Datenschutz Check für Kinder- und Jugendärzte unter: <https://www.datenschutz-ist-pflicht.de/empfiehltaerzte/>

Korrespondenzanschrift:

Ingenieurbüro Dr. Plesnik GmbH
Reutershagweg 2
52074 Aachen
E-Mail: beratung@datenschutz-ist-pflicht.de

Red.: WH

Assistenzarztumfrage des HARTMANNBUNDES (HB) offenbart massiven Handlungsbedarf

(Auszug aus einer Pressemitteilung des Hartmannbundes) // Ökonomischer Druck und Personalmangel in der Klinik beeinträchtigen nicht nur die Gesundheit des medizinischen Personals, sondern stellen auch eine potenzielle Gefahr für Patientinnen und Patienten dar. Diesen Schluss legen die Antworten von rund 1.500 Assistenzärztinnen und Assistenzärzten nahe, die sich an einer aktuellen Umfrage des Hartmannbundes beteiligt haben. Begünstigt und in Teilen überhaupt erst möglich wird diese Entwicklung offensichtlich durch noch immer weit verbreitete Defizite bei der Erfassung und Dokumentation von Arbeitszeiten. Auch Effizienzbemühungen durch Digitalisierung und ein damit einhergehender möglicher Bürokratieabbau stecken vielerorts noch immer in den Kinderschuhen. Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, sieht erheblichen Handlungsbedarf – auch mit Blick auf notwendige Kontrollen der Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes durch zuständige Behörden.



Exakt 1437 Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (69,45 % ♀ und 30,55 % ♂), darunter 126 Weiterbildungsassistenten in pädiatrischen Abteilungen, nahmen von Dezember 2018 bis Januar 2019 an der Umfrage teil und nicht nur ihre Antworten, sondern auch hunderte von Kommentaren legen einen interessanten und in Teilen erschreckenden Blick auf die Arbeitswelt der in Weiterbildung befindlichen Ärzte frei – von den Themen Arbeitszeit und Digitalisierung bis hin zu Weiterbildung und Fehlermanagement. (...)

So geben rund **50 % der Befragten an, ihre Arbeitszeit werde nicht konsequent erfasst** und (häufig auch ungeplante) **Überstunden würden somit nicht entsprechend dokumentiert**. Fast jeder Zweite arbeitet – regelwidrig – im Bereitschaftsdienst länger als 50 Prozent seiner regulären Arbeitszeit. Dass Personalmangel Ursache vieler dieser Missstände sei – rund 50 Prozent der Teilnehmer geben an, Personalausfälle auf ihren Stationen könnten nicht kompensiert werden – ist für Dr. Wenke Wichmann, Mitglied im Ausschuss Assistenzärzte im HB, zwar „objektiv nachvollziehbar“, deshalb aber trotzdem weder für Ärztinnen und Ärzte noch für die Patienten hinnehmbar.

Wenn – nicht zuletzt offenbar auch vor diesem Hintergrund – **75 % der befrag-**

ten Berufseinsteiger angeben, sie seien regelmäßig (im Nachtdienst/allein auf der Station) mit Situationen konfrontiert, auf die sie sich „nicht vorbereitet“ sähen, so sei dies mehr als besorgniserregend. „Dies umso mehr, als ein Großteil dieser Gruppe durch diesen Umstand bereits „**patientengefährdende Fehler**“ wahrgenommen hat“, warnt Wichmann, die dabei gleichzeitig eine Lanze für die erfahrenen Kolleginnen und Kollegen bricht. Denn für deren Unterstützung im Hintergrunddienst gibt es von den jungen Kolleginnen und Kollegen grundsätzlich überwiegend gute bis sehr gute Noten.

Zur partiellen **Arbeitsunzufriedenheit der Assistenzärzte** (knapp ein Drittel äußert sich unzufrieden bis sehr unzufrieden) tragen neben der Arbeitsbelastung und „Frust“ über zu wenig Zeit für den Patienten (nur jeder Vierte sieht diese als ausreichend an) offensichtlich nach wie vor auch **Defizite bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf** bei. Rund 40 Prozent sehen Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Wunsches nach Teilzeit, mangelnde Angebote an flexiblen Arbeitszeitmodellen oder fehlende Betreuungsangebote noch immer als größte Hindernisse einer ausgewogenen Work-Life-Balance. Zwei Drittel der Befragten sehen negative Auswirkungen ihrer Arbeit auf Privatleben und soziale

Kontakte, jeder Fünfte befürchtet zudem gesundheitliche Beeinträchtigungen.

Wo die jungen Ärztinnen und Ärzte noch ungehobene Entlastungs- und Effizienzpotenziale in der Klinik sehen, wird im Kapitel „Digitalisierung“ der Umfrage deutlich. Rund **60 % der Befragten kritisieren „ineffiziente Formen“ der Digitalisierung an ihrer Klinik**: Radiologie-Befunde, die von Patienten auf CD gebrannt mitgebracht werden, da es keinen Austausch-Server mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen gibt. Externe schriftliche Befunde, die „digitalisiert“ werden, indem sie eingescannt werden und damit als Bilddatei in der Krankenakte verfügbar sind – mit der allerdings nicht weitergearbeitet werden kann, weil die Befunde nicht kopierbar sind. Medikamentenpläne, die trotz QR-Code abgeschrieben werden müssen, weil es an Software fehlt, die den QR-Code-Datensatz ins Krankenhausinformationssystem überspielen kann. Dass **vier von fünf Assistenzärzten den Anteil von Bürokratie an ihrer Arbeitszeit mit über 50 %** beziffern, dürfte auch maßgeblich diesem Umstand geschuldet sein. (...)

Fehlanzeige in Sachen Digitalisierung im Wesentlichen offenbar weitgehend auch in der **Weiterbildung**. Dort spielt sie bei 85 % der Befragten „keine Rolle“.

Apropos Qualität der Weiterbildung: **Mehr als die Hälfte der Befragten benotet die Qualität und den Umfang ihrer Einarbeitung zum Berufsstart mit den Noten „4“ und „5“.** Und gerade einmal jeder vierte Assistenzarzt beschreibt seine Weiterbildung als „strukturiert“ – zum Beispiel durch einen verlässlichen Rotationsplan, der alle relevanten Inhalte abdeckt. (...)

Eine interessante „Randnotiz“ übrigens noch zum Schluss für alle, die der **Niederlassung** das absehbare „Aus“ prognostizieren: Bei den **Angaben der Befragten zu ihren Karrierezielen** (Mehrfachnennungen waren möglich) liegt die **Niederlassung in der Gemeinschaftspraxis ganz weit vorn.** Und auch der **angestellte Facharzt in ambulanten Bereich hat die Nase gegenüber dem Facharzt in der Klinik vorn!**

Link zur Umfrage:
<https://www.hartmannbund.de/berufspolitik/informationen/umfragen/#assistenz2019>

Zusammenstellung und Auswahl:

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

Jonas Obitz neuer Assistentensprecher

Der BVKJ hat einen neuen Assistentensprecher: Jonas Obitz. Im Interview mit unserer Zeitschrift spricht er über seine ersten Wochen im neuen Amt, seine Pläne und warum Warnstreiks und die Teilnahme an Umfragen sinnvoll sein können.



Erst einmal herzlichen Glückwunsch zu Ihrer Wahl. Was hat Sie dazu bewogen, sich zur Wahl zu stellen?

Vielen Dank für die Glückwünsche! Nun ja, bis ich mit dem Studium fertig war, hatte ich mich mit Berufsverbänden und mit deren Arbeit noch nicht so sehr auseinandergesetzt.

Als ich meine erste Stelle als Arzt in Weiterbildung am Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein aufnahm, kam ich dort über die Arbeit in der Weiterbildungskommission mit den lokalen Assistentensprechern in Kontakt und konnte die Wichtigkeit ihrer Arbeit und ihren Einsatz für die Belange der Weiterzubildenden miterleben. Dort habe ich auch meinen Vorgänger Sebastian Bartels kennengelernt, habe Einblicke in seine Arbeit als Assistentensprecher des BVKJ erhalten und habe erlebt, wie er mit Enthusiasmus die Verbandsarbeit in seine berufliche Tätigkeit z.B. in der Weiterbildungskommission integrierte.

Nachdem Sebastian Bartels schon letztes Jahr in der Verbandszeitschrift vergeblich einen Bewerber für seine Nachfolge suchte, habe ich mich dazu entschieden, mich mehr mit dem Thema Verbandsarbeit auseinanderzusetzen, und habe die aktuelle Situation als einmalige Chance

für mich gesehen, einen tieferen Einblick, in einen im meinem Arbeitsleben wenig beachteten Bereich zu bekommen.

Mein Wunsch und Ziel ist es, durch mein Amt als Assistentensprecher, den Belangen meiner Kolleginnen und Kollegen ein Forum zu bieten und ihren Interessen und Wünschen im Bundesverband Gehör zu verschaffen sowie gemeinsam mit dem Vorstand für eine entsprechende Umsetzung Sorge zu tragen.

Die ersten Wochen im Amt sind geschafft. Ihr Eindruck?

Aktuell steht noch das Zurechtfinden in der neuen Situation, das Kennenlernen der Strukturen und der Kolleginnen und Kollegen sowie der Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten im Vordergrund. Hierbei habe ich glücklicherweise eine gute Unterstützung durch meinen Vorgänger, dem ich hierfür recht herzlich danke.

Ich durfte auf dem Assistentenkongress Mitglieder des Vorstandes kennenlernen und auch Gespräche mit Assistentensprechern haben dort bereits stattgefunden. Zudem gab es bereits ein Gespräch mit Vertretern der jungen DGKJ, in dem die Zusammenarbeit für gemeinsame Themen angedacht wurde.

Wie läuft die Kooperation mit dem Vorstand und dem Präsidenten?

Es hat bis jetzt einige Telefonate sowie anregende Gespräche während des Assistentenkongresses gegeben.

Ich bin dabei fest davon überzeugt, dass es zu einer guten und erfolgreichen Zusammenarbeit mit dem Vorstand und dem Präsidenten im Interesse aller Verbandsmitglieder kommen wird.

Wie läuft die Zusammenarbeit mit der Basis?

Auch hier kann ich aufgrund der erst kurzen Zeit als Assistentensprecher noch keine inhaltliche Aussage tätigen. Die aktive Arbeit wird erst in den nächsten Monaten auf mich zukommen, aber auch hier bin ich von einer guten Zusammenarbeit überzeugt und hoffe auf einen regen Austausch.

Was hören Sie aus den Reihen der Weiterbildungsassistenten? Was erwarten sie von Ihnen?

In den persönlichen Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen sind natürlich

Steckbrief Jonas Obitz

Geburtstag: 22.08.1985 in Wiesbaden

Zivildienst 2005 Deutsches Rotes Kreuz

Ausbildung zum Rettungsassistenten und anschließend zum Lehrrettungsassistenten

Arbeit bei der DRK Rettungsdienst Rheinhessen-Nahe gGmbH bis 12/2017

Studium an der JGU Mainz ab 2011/12

PJ in Nicaragua, Niederlande und Deutschland

Approbation: 2017

Promotion: (hoffentlich 2019 ☺)

Assistenzarztzeit:

- 12/2017 – 01/2019 im Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein – Kemperhof bei PD Dr. T. Nüßlein
- Ab 02/2019 Städtisches Klinikum Dortmund bei Prof. Dr. D. Schneider

häufig die gleichen Sorgen und Verbesserungswünsche – u. a. die hohe Arbeitsbelastung, fehlende Kinderbetreuung während der Arbeitszeit, unzureichendes Teaching oder Feedback während der Arbeit – zu hören. Diese Punkte unterscheiden sich meiner Meinung nach nicht so sehr von denen, die in der kürzlich veröffentlichten Studie „Assistenzärzte im Hartmannbund 2018/2019“ genannt wurden, und zeigen, dass leider auch in dem schönen Fach der Pädiatrie noch Nachbesserungsbedarf besteht.

Ich bin sehr gespannt, welche Ergebnisse die Auswertung der von uns durchgeführten Kurzumfrage vom Assistentenkongress ergibt. Ich denke, dass auch hier einige Punkte genannt wurden, die mir die Positionierung ermöglichen und damit die Schwerpunkte meiner zukünftigen Arbeit prägen.

Welche Projekte liegen Ihnen am Herzen?

Wie auch meinem Vorgänger liegt mir eine gute Vernetzung der Assistentinnen und Assistenten am Herzen. Die von Sebastian Bartels angedachte Webseite befindet sich kurz vor der Vervollständigung und muss abschließend noch mit Inhalt gefüllt werden.

Zudem hoffe ich, den elektronischen Austausch mit den Assistentensprechern der Kinderkliniken ausbauen zu können, um so bei Fragen des Vorstandes an die Assistenten zügig eine repräsentative Aussage treffen zu können.

Und wie weit sind Sie damit?

Glücklicherweise kann ich hier auf die Arbeit meines Vorgängers verweisen, der schon viel Zeit und Engagement in den

Aufbau der Webseite investiert hat. Auch für den Austausch der Assistentensprecher sind alle Grundlagen vorhanden. Hier fehlt leider noch die Rückmeldung der Assistentensprecher.

Ich hoffe auf diesem Weg noch einige Kollegen zu erreichen!

Was kommt noch in diesem Jahr dazu?

In diesem Jahr stehen für mich unter anderem noch der Ausbau der Zusammenarbeit und die Findung der gemeinsamen Interessen mit der „jungen DGKJ“ an.

Der BVKJ möchte vermehrt den pädiatrischen Nachwuchs gewinnen. Als Assistentensprecher spielen Sie dabei eine wichtige Rolle. Wie würden Sie einer jungen Kollegin oder einem Kollegen erklären, dass es sich trotz hoher Arbeitsbelastung in der Klinik lohnt mitzuarbeiten und sich berufspolitisch zu engagieren?

Die hohe Arbeitsbelastung, die im Alltag herrscht, ist ja nicht von der Hand zu weisen. Zudem sind Lehre und Ausbildung, sowie die Kommunikation untereinander an manchen Kliniken leider noch ausbaufähig. Um diese Bedingungen zu verbessern ist jede Assistentin und jeder Assistent mit in der Verantwortung und sollte aktiv werden. Dabei kann dies im Kleinen und in Schritten beginnen. Zum Beispiel kann der regelmäßige Austausch mit Kolleginnen und Kollegen in der Klinik helfen. Neue Kolleginnen und Kollegen können Erfahrungen aus anderen Kliniken mitbringen und so zu Verbesserungen beitragen.

Aber auch im Großen können Akzente gesetzt werden, so kann zum Beispiel –

wie zuletzt – die Teilnahme an Warnstreiks Zeichen setzen.

Und nicht zuletzt gibt es dann unseren Berufsverband, der sich auf politischer Ebene um die Verbesserung der Situation aller Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen bemüht.

Allerdings erfordert dies auch eine Kenntnis der aktuellen Situation; und so kann schon die Teilnahme an Umfragen eine Art der Mitarbeit sein.

Für die Kolleginnen und Kollegen, die mehr mitwirken möchten, stehen Arbeitskreise zur Verfügung, in denen man sich einbringen kann und über die ein guter Austausch mit erfahrenen Kolleginnen und Kollegen möglich ist.

Was hat Sie zur Pädiatrie geführt?

Ein Teil meines Interesses ist sicherlich meiner ersten Berufsausbildung zum Rettungsassistenten geschuldet. Hier war ich trotz meiner guten Ausbildung bei Kindernotfällen oft nicht sicher genug.

Während des Studiums war mir zwischenzeitlich gar nicht so klar, in welcher Fachrichtung ich arbeiten wollte.

Allerdings haben auch die Famulatur in einem Nischenfach der Pädiatrie, der Stoffwechsellambulanz der JGU Mainz, die aus meiner Sicht gute Lehre der pädiatrischen Abteilung der JGU Mainz und auch der Teil meines PJ-Anästhesietertials in der Kinderanästhesie dazu beigetragen, dass ich mich entschlossen habe Pädiater zu werden.

Nicht zuletzt war die Hospitation in der Kinderklinik des Gemeinschaftsklinikums Mittelrhein ausschlaggebend. Als ich dort nach dem Studium meinen ersten Arbeitstag begann, begrüßte mich mein Tutor mit den Worten: „Willkommen im besten Fach der Welt“.

Was sich im ersten Moment etwas pathetisch anhörte, hat sich allerdings bis jetzt bestätigt, und ich bin fest davon überzeugt, die richtige Fachrichtung gewählt zu haben.

Was tun Sie, wenn sie nicht heilen?

Ich versuche meine Zeit sinnvoll mit Familie, Freunden und Sport zu füllen. Zudem lese ich ab und zu ein gutes Buch, koche und gehe tanzen.

ReH

Strafrechtliche Basics für den Kinder- und Jugendarzt

3. Teil: Vorherige Absicherungsmöglichkeiten für Ermittlungs-/Strafverfahren

Im ersten Teil der Aufsatzreihe wurden die für einen Kinder- und Jugendarzt relevanten Straftatbestände des StGB dargestellt. Der zweite Teil behandelte die Frage nach Verhaltensmaßregeln im Fall eines Ermittlungs-/Strafverfahrens, namentlich bei Durchsuchungen der Arztpraxis. Nun soll im dritten Teil über formale Absicherungsmöglichkeiten im Vorfeld eines Strafverfahrens informiert werden, namentlich über den Sinn und Nutzen einer (Straf-)Rechtsschutzversicherung.



Dr. iur. Andreas Meschke

Allgemeine Notwendigkeit einer Strafrechtsschutzversicherung?

Der Strafverteidiger hat kraft Gesetz Anspruch auf eine angemessene Vergütung seiner Tätigkeit. Für die Berechnung des Honorars stehen grundsätzlich zwei Wege zur Verfügung. Zum einen kann der Strafverteidiger sein Honorar auf Grundlage des Gesetzes über die Vergütung der Rechtsanwälte (RVG) berechnen. Zum anderen – und dies ist weit häufiger der Fall – wird er ein Pauschal- oder Stundenhonorar vereinbaren, da die gesetzlich vorgegebenen Gebühren in den meisten Fällen nicht annähernd den (Zeit-)Aufwand des Verteidigers decken.

Bei einer Verteidigung, die im Ermittlungsverfahren schon Erfolg hat und zu

einer Verfahrenseinstellung (mit oder ohne Auflagen) zugunsten des Beschuldigten führt, sind – ohne einen Termin bei der Staatsanwaltschaft oder dem Gericht – unabhängig vom Zeitaufwand maximal unter 1.000,00 € zuzüglich Umsatzsteuer abrechenbar. Stundensätze führen regelmäßig zu höheren Honoraren, nicht zuletzt deswegen, weil es das vordringlichste und mit einiger Beharrlichkeit sowie Zeitaufwand zu verfolgende Ziel sein muss, die Anklage zu vermeiden und eine öffentliche Hauptverhandlung zu verhindern.

Wer aber trägt am Ende des Verfahrens die Kosten der Verteidigung? Im Falle der Verurteilung trägt natürlich der Beschuldigte selbst alle Kosten. Bei einem Freispruch besteht ein Erstattungsanspruch gegen die Landeskasse hinsichtlich der Verfahrenskosten und der notwendigen Auslagen (z.B. Reisekosten). Insoweit wird nur das gesetzliche Honorar, nicht aber das tatsächlich mit dem Verteidiger vereinbarte Honorar erstattet. Wird das Verfahren gar nicht zur Anklage gebracht, sondern eine Einstellung im Ermittlungsverfahren erreicht, besteht ebenfalls kein Kostenerstattungsanspruch. Und da gerade diese Einstellung, wie erläutert, das höchste Ziel im Strafverfahren ist, ist die unterbleibende Kostenerstattung aufgrund eines gerichtlichen Freispruchs zumeist die Regel. Wie kann man dafür verhindern, dass der beschuldigte Arzt auf den Kosten sitzen bleibt?

Die Strafrechtsschutzversicherung-Arten

Die Versicherungswirtschaft bietet mit entsprechenden Versicherungen (mehr oder weniger) Schutz vor der Kostenfalle. Zu unterscheiden ist die **allgemeine Strafrechtsschutzversicherung** und die **Spezialstrafrechtsschutzversicherung**.

Unterschied der Strafrechtsschutzversicherungen

Im **allgemeinen Strafrechtsschutz** sind nur **fahrlässig begehbare Straftaten** versichert. Der **Spezialstrafrechtsschutz** erstreckt sich auch auf den **Vorwurf vorsätzlich begangener Straftaten**. Dieser Umfang ist für Ärzte besonders wichtig. Denn – s. den 1. Teil der Aufsatzreihe – viele Straftatbestände mit Bedeutung für Ärzte sind nur vorsätzlich zu verwirklichen, wie zum Beispiel der Abrechnungsbetrug (§ 263 StGB), die Bestechung oder Bestechlichkeit im Gesundheitswesen (§§ 299a, 299b StGB), die unterlassene Hilfeleistung (§ 323c StGB), die Verletzung der Schweigepflicht (§ 203 StGB) oder das Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§ 278 StGB).

Eine Körperverletzung kann zwar sowohl vorsätzlich (§ 223 StGB) als auch fahrlässig (§ 229 StGB) begangen werden; allerdings steht bei einem medizinischen Eingriff, der ohne wirksame Einwilligung (infolge unwirksamer Aufklärung) des

Patienten vorgenommen wurde, zunächst das Vorsatzdelikt im Vordergrund. Ebenso im Falle des Totschlags (§ 212 StGB) in Abgrenzung zur fahrlässigen Tötung (§ 222 StGB).

Eine Versicherung, die sich nur auf Fahrlässigkeitstatbestände bezieht, hilft daher in den zuerst genannten Fällen nicht weiter. Der Arzt steht – trotz vermeintlicher Strafrechtsschutzversicherung – ohne finanzielle Unterstützung dar.

Was deckt die Spezialstrafrechtsschutzversicherung ab?

Die **Spezialstrafrechtsschutzversicherung** gewährt dem Versicherten bei Vorsatzdelikten den grundsätzlichen Versicherungsschutz und dabei zumeist auch die Übernahme nicht nur der gesetzlichen Gebühren für den Rechtsanwalt, sondern auch die oftmals deutlich höheren Gebühren nach Honorarvereinbarungen. Eine Rückzahlungsverpflichtung besteht für den Versicherten nur, wenn er auch rechtskräftig wegen einer vorsätzlichen Straftat verurteilt wird. Wird das Verfahren gegen Zahlung einer Geldauflage eingestellt, werden die Verteidigungskosten dagegen von der Spezialstrafrechtsschutzversicherung bezahlt. Selbiges gilt, wenn das Verfahren im Wege des Strafbefehls („Urteil ohne Hauptverhandlung“) beendet wird. Selbst bei einer vorsätzlichen Begehung sehen also viele Versicherer von der Rückzahlungspflicht ab.

Checkliste – Was zu beachten ist

Am Markt gibt es viele verschiedene Anbieter mit unterschiedlichem Leistungsspektrum. Worauf ist beim Abschluss zu achten?

- Die Versicherung sollte leisten, wenn die Tat vorsätzlich und fahrlässig begangen werden kann. Und zwar auch, wenn eine vorsätzliche Begehung vorgeworfen wird, da die Einordnung oftmals allein vom Willen der Staatsanwaltschaft abhängt und sich zudem im Verfahrensverlauf ändern kann.
- Der Versicherungsschutz sollte bei Vorsatztaten und im besten Fall auch beim Vorwurf eines Verbrechens bestehen. Verbrechen sind rechtswidrige Taten, die im Mindestmaß mit Freiheitsstrafe von einem Jahr oder darüber bedroht sind (§ 12 I StGB), wie z.B. die schwere Körperverletzung oder der Totschlag.
- Der Abschluss einer Versicherung, die allein anhand des – zu Beginn ja noch unbewiesenen – Vorwurfs über den Deckungsschutz entscheidet, ist sinnlos. Die stets vorhandenen Rückzahlungspflichten im Falle einer rechtskräftigen Verurteilung wegen vorsätzlicher Begehung sollten in Kauf genommen werden.
- Der Versicherer sollte bei einer Verfahrenseinstellung gegen Auflage und bei Erlass eines Strafbefehls auf die Rückzahlung verzichten. Diese Erledi-

gungsarten sind vorzuzugswürdig, da die Hauptverhandlung mit ungewissem Ausgang vermieden wird und sollten daher nicht zu einer Rückzahlungsverpflichtung des Versicherten führen.

- Nicht nur die gesetzlichen Gebühren, sondern die individuell mit dem Anwalt vereinbarten Stundenhonorare, sollten von der Versicherung getragen werden.
- Je nach Grad der Wahrscheinlichkeit, Beschuldigter im Ermittlungsverfahren zu werden, sollte die Höhe der **Selbstbeteiligung** gewählt werden. Mit einer hohen Selbstbeteiligung geht in der Regel die Reduzierung der Versicherungsprämie einher.

Fazit

Jeder Arzt muss für sich selbst entscheiden, ob er eine solche zusätzliche Versicherung benötigt. Im besten Fall wird sie nie gebraucht. Im Ernstfall erspart sie aber zusätzliche emotionale und schützt vor unvorhersehbaren finanziellen Belastungen.

Korrespondenzanschrift:

*Dr. Andreas Meschke
Rechtsanwalt, Fachanwalt für
Medizinrecht, Möller & Partner –
Kanzel für Medizinrecht,
Partnerschaft mbB, AG Essen PR 1642
E-Mail: zentrale@moellerpartner.de*

Red.: WH

Neonatologie: Versuch einer Bestandsaufnahme

Nach einer dynamischen Entwicklung, die mit der Einführung der Surfactant-Substitution in den späten 1980er-Jahren die erfolgreiche Behandlung von sehr kleinen Frühgeborenen ermöglicht hat, ist die Neonatologie inzwischen im Stadium einer gewissen Konsolidierung angelangt. Auch wenn noch viele Detailfragen zu beantworten sind, findet derzeit eine „asymptotische“ Annäherung an die aus biologischen Gründen zwischen 22 und 24 Schwangerschaftswochen liegende Grenze der Lebensfähigkeit statt; ein weiterer „Durchbruch“ zu noch früheren Schwangerschaftswochen ist – ganz abgesehen von seiner ethischen Fragwürdigkeit – derzeit nicht in Sicht. So stellt sich die Frage, was erreicht wurde und was nicht, und welche weiteren Ziele sich die Neonatologie für die Zukunft setzen sollte. In fünf Punkten, die ausgehend von der Rate an Frühgeburten und der Grenze der Lebensfähigkeit über die Umwelt des Frühgeborenen bis hin zur Vermeidung perinataler Schäden und zur Langzeitprognose von Frühgeborenen reichen, wird in dem folgenden Beitrag eine Bestandsaufnahme von erzielten Erfolgen, ungelösten Problemen und neuen Herausforderungen der Neonatologie vorgenommen.



Prof. Dr. med.
Dominique Singer

1. Die Rate an Frühgeburten

Eines der Haupttätigkeitsfelder, wenn nicht das Haupttätigkeitsfeld der Neonatologie ist die Behandlung von Frühgeborenen. Die Rate an Frühgeburten beträgt in den westlichen Industrienationen derzeit rund 10 % – mit steigender Tendenz. Der Anstieg wird unter anderem mit dem zunehmenden Durchschnittsalter der Schwangeren und, eng damit verknüpft, der vermehrten Inanspruchnahme von Fertilitätsbehandlungen bei unerfülltem Kinderwunsch erklärt. Auch die hohe Rate von Kaiserschnittentbindungen von mancherorts deutlich mehr als 30 % mag ihren Teil dazu beitragen, wobei – bedingt durch die Einsicht, dass die Rate an Komplikationen mit jeder Woche an Un-

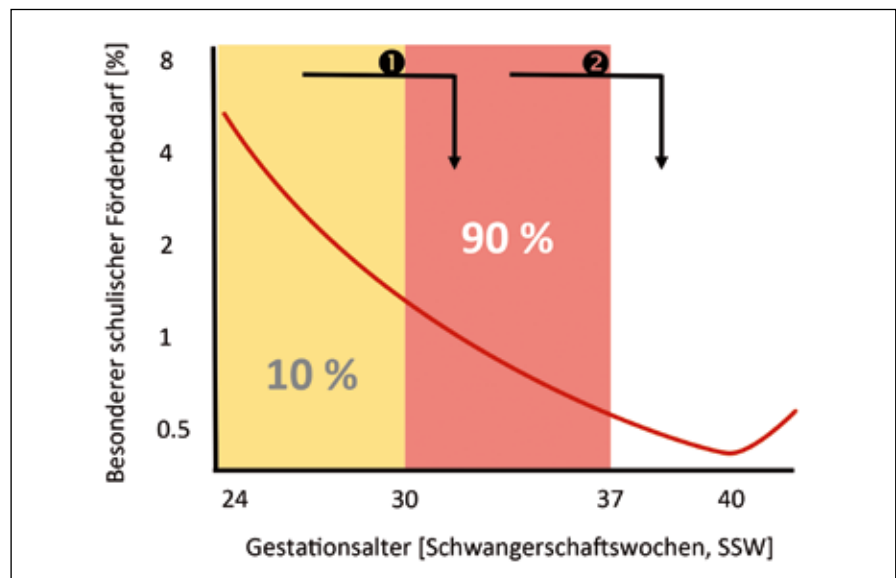


Abb. 1: Abhängigkeit der Komplikationsrate vom Gestationsalter, hier anhand des besonderen schulischen Förderbedarfs [mod. n. 1]. Die Abbildung lässt erkennen, dass die Komplikationsrate mit jeder Woche an Frühgeburlichkeit ansteigt und dass es umgekehrt keinen „cut off“ gibt, jenseits dessen eine Frühgeburt unbedenklich wäre. Während die sehr kleinen Frühgeborenen „nur“ rund 10 % aller Frühgeburten ausmachen, ist die kumulative Belastung durch die vergleichsweise „milden“ Komplikationen in der ungleich größeren Gruppe der weniger unreifen Frühgeborenen nicht zu unterschätzen. Das Ziel der Perinatalmedizin besteht nicht nur in der Prolongierung von Risikoschwangerschaften (Pfeil ①), sondern auch in der Vermeidung „später Frühgeburten“ (Pfeil ②).

reife ansteigt [1] – unnötig lange vor dem errechneten Geburtstermin stattfindende Sectiones inzwischen bewusst vermieden werden (Abb. 1). Aus demselben Grund werden Kinder, die kurz vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche (SSW) geboren werden, auch nicht mehr – baga-

tellierend – als „fast reife Neugeborene“ (near term), sondern – problemorientiert – als „späte Frühgeborene“ (late pre-term) bezeichnet. Diese „späten“ stellen die Hauptgruppe der Frühgeborenen dar, während die sehr kleinen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g (Very

Low Birth Weight, VLBW) „nur“ 10 % der zu früh geborenen Kinder – also 1 % der Neugeborenen insgesamt – ausmachen. Für Deutschland mit einer Geburtenzahl von aktuell rund 800.000 pro Jahr bedeutet dies, dass etwa 80.000 Kinder zu früh geboren werden, von denen ca. 8.000 zu den VLBW gehören. Wegen der steigenden Überlebensraten in diesem Segment wächst damit zwar eine Jahr für Jahr größer werdende Patientengruppe heran, die aufgrund ihrer außergewöhnlichen Geburtsanamnese besondere gesundheitliche Langzeitriskien mit sich trägt (s.u.). Doch wird – nicht zuletzt angesichts des Medieninteresses, welches spektakuläre Einzelfälle an der Grenze der Lebensfähigkeit auf sich ziehen – oft übersehen, dass sich die eigentliche gesellschaftliche Relevanz aus der weitaus größeren Zahl an Frühgeborenen oberhalb dieser Gewichtsgrenze ergibt. Dies gilt umso mehr aus einer globalen Perspektive, aus der die Rate an Frühgeburten noch wesentlich höher ist und maßgeblich zu der weltweiten Kindersterblichkeit beiträgt [2], ohne dass an eine neonatologische (Intensiv-) Medizin nach westlichem Vorbild vielfach überhaupt zu denken wäre (Abb. 2).

Hieraus folgt, dass das Hauptziel der Perinatalmedizin weniger in das Aufgabengebiet der Neonatologie als in das der Pränatalmedizin und Geburtshilfe fällt: die Absenkung der Frühgeburtenrate. Bedenkt man die Hauptursachen der Frühgeburt, nämlich die ascendierenden Infektionen und die intrauterine Wachstumsrestriktion, so sind die Infektionsverhütung, -früherkennung und -behandlung einerseits sowie die Prävention und ggf. Therapie erworbener Ursachen der Plazentainsuffizienz andererseits aussichtsreiche, wenn auch anspruchsvolle Wege zu diesem Ziel. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die Gepflogenheit, die Leistungsfähigkeit von Perinatalzentren unter anderem an der Anzahl der VLBW pro Jahr zu messen, eine paradoxe Botschaft enthält: Gewiss gilt auch hier, wie in anderen Fachgebieten, dass „Übung den Meister macht“ und die Behandlungsergebnisse mit größeren Fallzahlen im allgemeinen – wenn auch nicht ausnahmslos – besser werden. Dennoch sollte das Ziel der Perinatalmedizin nicht in einer möglichst hohen Zahl möglichst unreifer Frühgeborener, sondern vielmehr in einer möglichst geringen Zahl an VLBW, gemessen an der

Zahl der behandelten Risikoschwangeren, liegen. Betrachtet man das Verhältnis der sehr kleinen Frühgeborenen zur Gesamtzahl der Geburten, so bestehen in diesem Punkt selbst zwischen den Deutschen Universitären Perinatalzentren beträchtliche Unterschiede (Abb. 3). Diese sind vor allem dadurch begründet, dass die großen Perinatalzentren in Abhängigkeit von den loko-regionalen Gegebenheiten in sehr unterschiedlichem Maße auf Risikoschwangerschaften spezialisiert beziehungsweise in die Routinegeburtshilfe involviert sind. Dennoch wäre es dringend wünschenswert, die Daten der geburtshilflichen Perinatal- und der neonatologischen Neonatallerhebung flächendeckend zusammenzuführen, um die interdisziplinären Behandlungsergebnisse transparent machen und einen möglichen Anteil des jeweiligen perinatalologischen Managements an der Frühgeburtenrate analysieren zu können. Aus einer globalen Perspektive ist es weniger die Minorität der sehr kleinen als vielmehr die Majorität der „späten“ Frühgeborenen, die von vergleichsweise einfach umsetzbaren Verbesserungen im Sinne einer spürbaren Senkung der weltweiten Kindersterblichkeit profitieren könnte.

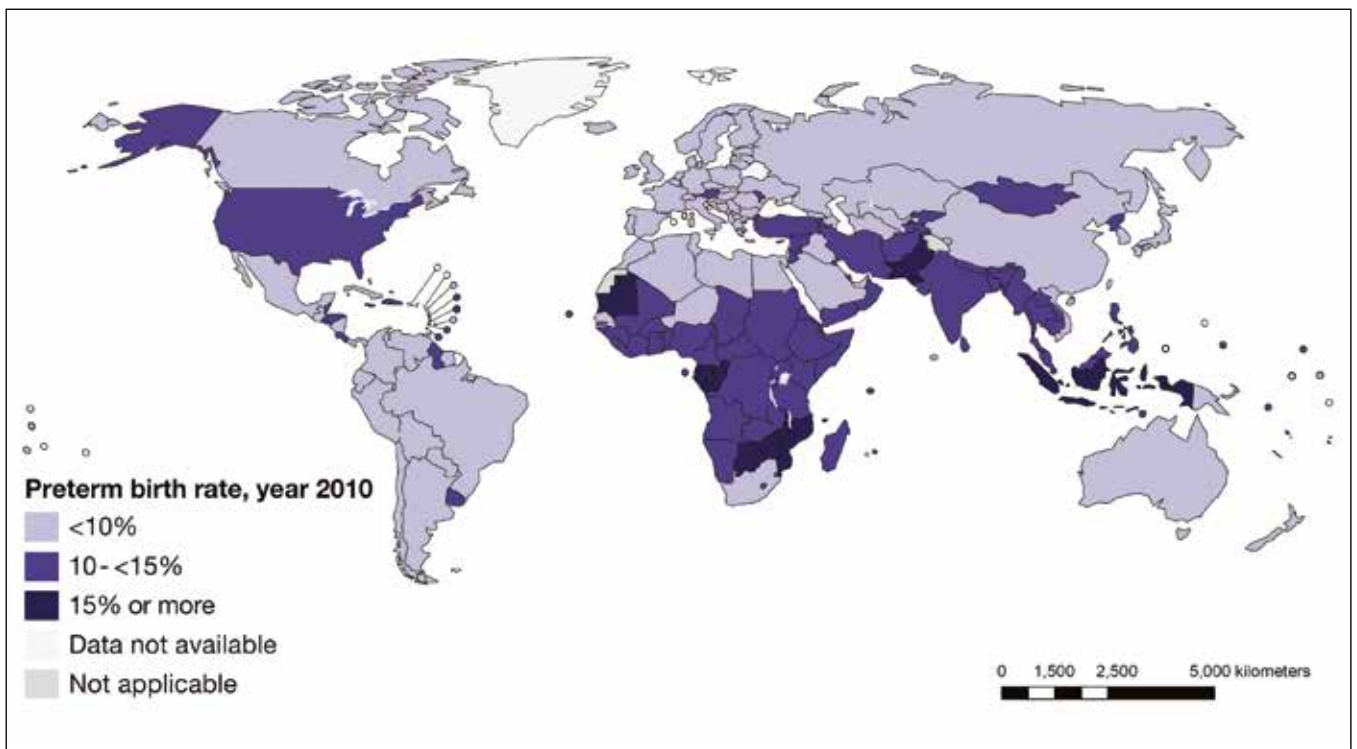


Abb. 2: Weltkarte der Frühgeburtenrate der WHO [aus 2]. Man erkennt, dass die Frühgeburt ein globales Problem darstellt, welches in den Entwicklungs- und Schwellenländern (bei oft geringerer Unreife) noch wesentlich stärker ausgeprägt ist als in den westlichen Industrienationen, in denen aber – unter anderem aufgrund der vermehrten Inanspruchnahme von Fertilitätsbehandlungen bei zunehmendem Durchschnittsalter der Schwangeren – ebenfalls eine steigende Tendenz zu verzeichnen ist.

2. Die Grenze der Lebensfähigkeit

Trotz Einführung der maschinellen Beatmung sind in den 1970er- und 1980er-Jahren Frühgeborene am neonatalen Atemnotsyndrom förmlich „erstickt“. Erst mit dem Beginn der Surfactant-Substitution in den späten 1980er- und frühen 1990er-Jahren gelang der Durchbruch zu den VLBW mit einem Gestationsalter < 30-32 SSW und in der Folge die schrittweise Absenkung der sogenannten Grenze der Lebensfähigkeit auf 22-24 SSW. Zwischen der 22.-24. und der 30.-32. SSW befindet sich die Lunge im sakkulären Entwicklungsstadium. Die Sacculi („Säckchen“) sind Vorstufen von Alveolen, die bereits einen Gasaustausch ermöglichen, denen es aber noch an Surfactant mangelt, um das Fruchtwasser entfernen und die Lungenbläschen offenhalten zu können. Durch Substitution von Surfactant lässt sich diese „funktionelle Lungenunreife“ wirksam behandeln. Vor der 22.-24. SSW liegt das kanalikuläre Stadium der Lungenentwicklung, in dem der Bronchialbaum in Form von Canaliculi (Kanälchen) angelegt wird, welche noch nicht zum Gasaustausch geeignet sind. Die Grenze der Lebensfähigkeit ist also hauptsächlich durch eine „strukturelle Lungenunreife“ bedingt. Der Umgang mit dieser Grenze

ist auch ein medizinethisches Problem, wobei zwei grundsätzliche Standpunkte zu unterscheiden sind: Auf der einen Seite stehen die Befürworter einer defensiven Strategie, die den Zuwachs an Komplikationen, die man durch Behandlung von Frühgeborenen in der „Grauzone der Lebensfähigkeit“ erkaufte, für unvermeidbar hält. Dem wird von den Verfechtern einer offensiven Strategie entgegnet, dass, wenn man den unreifsten Frühgeborenen eine reguläre Behandlung vorenthält, die wenigen Ausnahmen von der Regel zwangsläufig ein schlechteres Outcome zeigen werden, als wenn man regelmäßig Erfahrungen mit dieser Patientengruppe sammeln würde. Tatsächlich zeigt der kritische Vergleich internationaler Outcome-Statistiken, dass ein offensiveres Vorgehen an der Grenze der Lebensfähigkeit eine höhere Überlebensrate ermöglicht, ohne dass der Anteil an schwerbehinderten Überlebenden überproportional anwachsen würde [3]. Deshalb haben sich die beiden medizinethischen Positionen inzwischen auch soweit angenähert, dass in der Grauzone der Lebensfähigkeit, d.h. im Zeitraum zwischen 22 und 24 vollendeten Schwangerschaftswochen (Abb. 4), eine zurückhaltende Behandlungsempfehlung mit dem individuellen Elternwillen abgestimmt wird [4]. Was bleibt, ist die steile Zunahme an Komplikationen mit jeder Verschiebung der Behandlungs-

grenze: Mit 24 SSW liegt in den großen mitteleuropäischen Perinatalzentren die Überlebensrate bei bis zu 80 % und die Rate an schweren körperlichen Behinderungen bei einem Viertel bis einem Drittel der Überlebenden – was umgekehrt auch bedeutet, dass mindestens die Hälfte der Patienten die Chance auf ein „gesundes Überleben“ hat (wobei „gesundes Überleben“ eine Vielzahl an Langzeitfolgen nicht ausschließt, die diese Patienten dennoch belasten – s.u.). Bereits mit 23 SSW steigt die Mortalität auf $\geq 50\%$, was selbst dann, wenn die relative Behinderungsquote der Überlebenden vergleichsweise konstant bleibt, dazu führt, dass die Chance auf ein „gesundes Überleben“ immer kleiner wird. Auf internationaler Ebene werden die Behandlungsergebnisse oft pessimistischer beurteilt, generell ist jedoch eine „asymptotische“ Annäherung der Gestationsalter-abhängigen Mortalitätsraten an die Grenze der Lebensfähigkeit zu beobachten.

Aus der Tatsache, dass die Grenze der Lebensfähigkeit vor allem durch die strukturelle Lungenunreife bedingt ist, folgt auch, dass sie nicht durch andere Beatmungsverfahren oder neue Medikamente zu überwinden sein wird; vielmehr würde es hierzu einer „künstlichen Plazenta“ bedürfen, die die Versorgung des Frühgeborenen unabhängig von der noch nicht funktionsfähigen Lunge über-

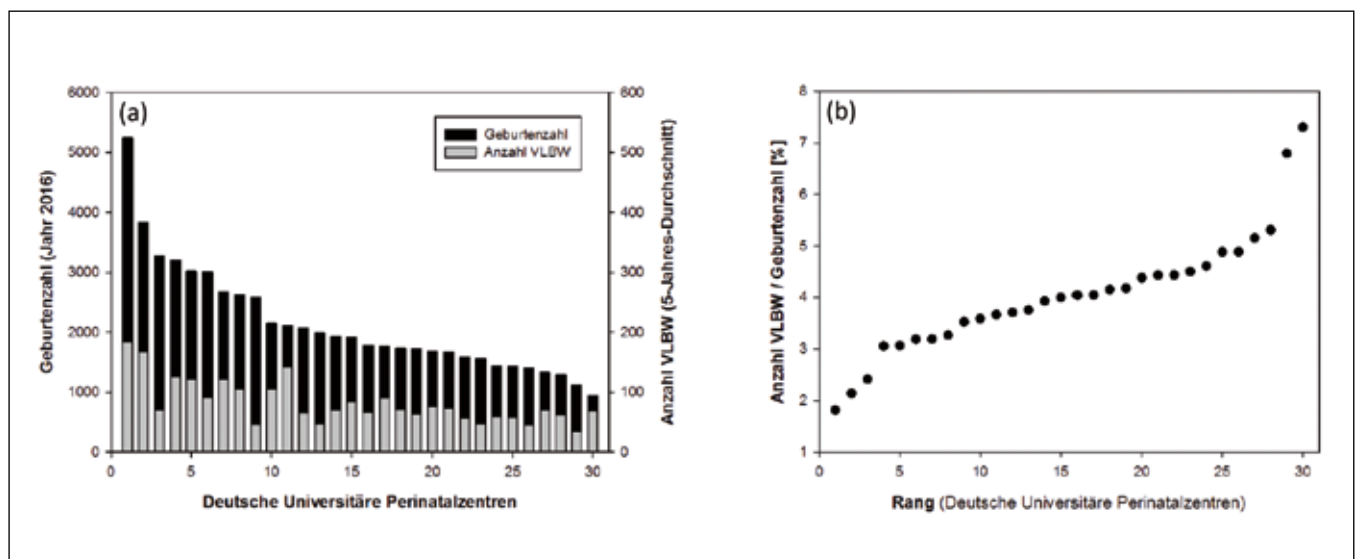


Abb. 3: (a) Jährliche Anzahl der Geburten (Jahrgang 2016, aus der bundesweiten Statistik, linke Ordinate) und der sehr kleinen Frühgeborenen < 1500 g Geburtsgewicht (Durchschnittswerte 2012-2016, nach der Website perinatalzentren.org, rechte Ordinate) an 30 Deutschen Universitären Perinatalzentren. Die Zahlen spiegeln den loko-regional unterschiedlichen Spezialisierungsgrad von Universitären Perinatalzentren auf Risikoschwangerschaften wider. (b) Inwieweit sich in der stark variierenden Rate von sehr kleinen Frühgeborenen an der Gesamtgeburtenzahl (zwischen <2 und >7 %) auch Unterschiede im perinatalen Management niederschlagen, ist eine bedeutende, aber derzeit kaum zu beantwortende Frage.

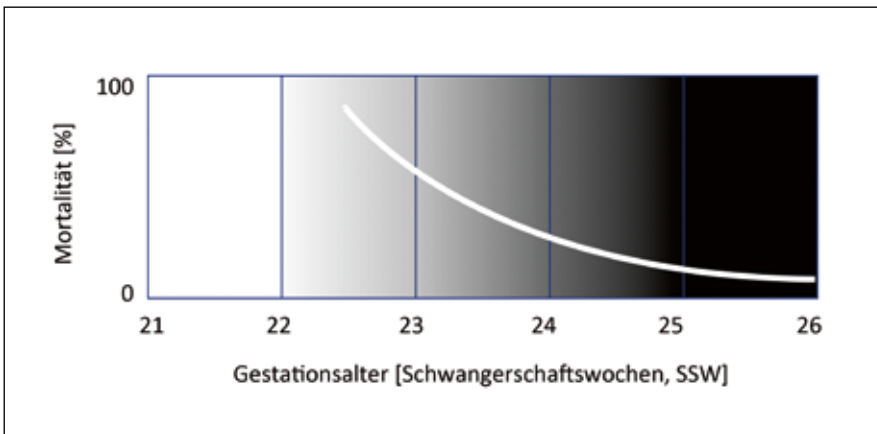


Abb. 4: Grauzone der Lebensfähigkeit, in Anlehnung an die derzeit gültige Leitlinie der AWMF [4]. Während nach 24 Schwangerschaftswochen (SSW) eine regelhafte neonatologisch-intensivmedizinische Versorgung vorgesehen ist, besteht nach 23 bzw. 22 SSW eine abgestuft zurückhaltende Behandlungsempfehlung in Abstimmung mit dem individuellen Elternwillen. Schematisch aufgetragen ist außerdem die unterhalb von 24 SSW steil ansteigende Mortalität; je nach Quelle finden sich hier unterschiedliche Prozentzahlen, allen Statistiken gemeinsam ist jedoch eine „asymptotische“ Annäherung an die biologische Grenze der Lebensfähigkeit.

nimmt. Tatsächlich ist unlängst eine Publikation erschienen, in der gezeigt wurde, dass das Überleben an einer künstlichen Plazenta – einer Art Herz-Lungen-Maschine für Schaf-Feten, die derweil in einem Beutel mit steriler Flüssigkeit bebrütet wurden – prinzipiell möglich ist [5]. Es ist jedoch zweifelhaft, ob hierin ein vergleichbarer Durchbruch für die Neonatologie zu sehen wäre wie seinerzeit in der Surfactanttherapie des neonatalen Atemnotsyndroms. Denn abgesehen von neuen, unwägbaren Risiken für die körperliche und geistige Entwicklung erscheint die vorschnell geäußerte Hoffnung, damit ethische Probleme an der Grenze der Lebensfähigkeit zu lösen, gänzlich unangebracht – vielmehr würden diese allenfalls auf eine andere Ebene verlagert. Auch aus der schon mehrfach erwähnten globalen Perspektive wäre es – ohne übertriebenen Fortschrittspessimismus – zumindest fragwürdig, einzelne „extrauterine Feten“ in sterilen Plastikbeuteln am künstlichen Kreislauf heranzuzüchten, während weltweit tausende von Früh- und Neugeborenen an vergleichsweise leicht behandelbaren Ursachen sterben. Ein vielversprechender Ansatz besteht dagegen in Forschungen zur inhalativen Applikation von mikrovernebeltem künstlichem Surfactant, mit dem vorrangigen Ziel, mäßig unreife Frühgeborene auch in Ländern, in denen technische Hilfsmittel nur begrenzt verfügbar sind, in den Genuss ei-

ner einfachen und wirksamen Therapie kommen zu lassen [6].

3. Die Umwelt des Frühgeborenen

Die Surfactant-Substitution wurde zu einem Zeitpunkt eingeführt, zu dem die Neonatologie noch stark intensivmedizinisch geprägt war: Lange invasive Beatmungszeiten waren die Regel; das Frühgeborene galt als zu unreif, um selber atmen zu können; die nachteiligen Folgen für die Lunge (Bronchopulmonale Dysplasie, BPD) wurden durch langdauernde hochdosierte Corticoid-Behandlung bekämpft. Seither ist die Frühgeborenenmedizin immer „sanfter“ geworden: Zunächst von Außenseitern gegen erhebliche Widerstände propagiert, dann auch von der Schulmedizin akzeptiert und wissenschaftlich untermauert, wurden die Beatmungszeiten immer weiter verkürzt; inzwischen hat die nasale CPAP-Atemhilfe (Continuous Positive Airway Pressure) die Intubation weitgehend abgelöst. Corticoide, die sich in der antenatalen „Lungenreifungsbehandlung“ bewährt haben, sind in der Behandlung der BPD wegen nachteiliger Effekte auf die neurologische Entwicklung auf ein Minimum zurückgedrängt worden. Die zunächst in Lateinamerika – aus der Not heraus, nicht über geeignete Inkubatoren zu verfügen – eingeführte „Känguruh-Methode“ ist zu einem welt-

weit praktizierten Standardverfahren der Neonatologie geworden, das den Eltern den früher verwehrten Kontakt zu ihren unreifen Kindern ermöglicht. Im Rahmen der „entwicklungsfördernden Pflege“ versucht man dem Frühgeborenen heute eine Umwelt zu bieten, die den Verlust des intrauterinen Milieus so gut wie möglich kompensieren soll.

Das Problem mit den Umweltfaktoren ist jedoch, dass sie oft einem gewissen subjektiven Interpretationsspielraum und somit auch dem aktuellen Zeitgeist unterliegen – was unter anderem darauf zurückzuführen ist, dass sie wissenschaftlich über lange Zeit vernachlässigt wurden. Als Reaktion auf die lärmigen und gleißend hell erleuchteten Räumlichkeiten früherer Jahre sind die neonatologischen Intensivstationen der Gegenwart meist geräuscharm und abgedunkelt. Dabei gibt es inzwischen erste Hinweise darauf, dass eine allzu starke Reizdeprivation in isolierten Mutter-Kind-Einheiten möglicherweise ebenso nachteilig für die neurokognitive Entwicklung ist wie eine exzessive Reizüberflutung [7]. Die Entwicklung des Tagesrhythmus unter dem Einfluss exogener Faktoren wird überhaupt erst in jüngster Zeit genauer untersucht. Zu den vernachlässigten Umweltfaktoren gehört ferner die Wärmetherapie, der in der Anfangszeit der Neonatologie ein hoher Stellenwert zukam – auch deshalb, weil die Vermeidung einer Hypothermie zu den wenigen Maßnahmen gehörte, die man im Interesse der VLBW ergreifen konnte. Dann geriet das Thema angesichts der geschilderten medizinischen Entwicklungen und optimierter technischer Lösungen in den Hintergrund, sodass die etablierten Lehrbuch-Standards der Wärmetherapie bei Frühgeborenen seit etwa 40 Jahren nicht mehr aktualisiert wurden. Allein die simple Frage, ob es richtig ist, die Körpertemperatur von VLBW bei 37 °C zu halten, obwohl der Fetus in utero eine Temperatur von knapp 38 °C hat, ist wissenschaftlich ungeklärt. Diese und andere ungelöste Fragen werden im Rahmen der weiteren Entwicklung zur Nicht-Invasivität in der Frühgeborenenmedizin zu beantworten sein.

4. Die Vermeidung perinataler Schäden

Allen Anstrengungen zum Trotz werden die Fortschritte der Neonatologie mit

einer Quote an Folgeschäden „bezahlt“, die sich offenbar auch durch eine immer „sanftere“ Frühgeborenenmedizin nicht grundsätzlich vermeiden lassen. So ist erst kürzlich berichtet worden, dass die pulmonalen Auffälligkeiten ehemaliger Frühgeborener im Schulalter ungeachtet der zunehmend nicht-invasiven Beatmungsstrategien weitgehend unverändert geblieben seien [8]. Schon zuvor hatte man bemerkt, dass die Vermeidung invasiver Beatmung nicht zu demjenigen Rückgang der chronischen Lungenerkrankung bei Frühgeborenen geführt hat, den man sich erhofft hatte, sondern die Beatmungs-assoziierte „Old BPD“ von einer Beatmungs-unabhängigen „New BPD“ abgelöst wurde [9]. Anscheinend führt der Umstand, dass die normale fetale Entwicklung abgebrochen und der Organismus Umweltbedingungen ausgesetzt wird, die – wie sanft die Pflege auch sein mag – nicht den intrauterinen Verhältnissen entsprechen, per se zu Abweichungen von den normalen Reifungsprozessen. Neben der BPD zählen auch Blutungen und Substanzdefekte im Gehirn zu den ungelösten Problemen der Neonatologie, wobei in beiden Fällen nicht nur die Unreife an sich, sondern auch die Frühgeburts-auslösende Infektion eine wichtige pathogenetische Rolle spielt. Ähnlich ernüchternd ist die Bilanz für die hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) bei reifen Neugeborenen, die durch die seit einigen Jahren eingeführte Kühltherapie zwar graduell abgemildert, aber nicht durchgreifend vermindert werden konnte [10].

Anknüpfend an diese Überlegungen hat sich das Interesse in jüngster Zeit denjenigen Faktoren zugewandt, die mit der Frühgeburt unwiderruflich verlorengehen oder unvermeidbar einsetzen. Zu den letzteren zählt ein – mit beginnender Lungenatmung und perinataler Kreislaufumstellung – deutlich erhöhtes O₂-Angebot. Im Mutterleib ist der Fetus einem niedrigen O₂-Partialdruck ausgesetzt, der offenbar dazu dient, ihn vor O₂-Toxizität zu schützen, und zugleich einen ständigen Wachstumsreiz auf die Versorgungssysteme des Organismus (Bronchialbaum, Blutgefäße) ausübt. Viele der Komplikationen der Frühgeburtlichkeit wie die BPD oder auch die ROP (Retinopathy of Prematurity) lassen sich als kombinierte Folgen von vorübergehendem Wachstumsstillstand und O₂-Toxizität deuten. Allerdings haben große Studien, in denen

Frühgeborene einem verminderten O₂-Angebot ausgesetzt wurden, das scheinbar paradoxe Ergebnis einer höheren Mortalität erbracht [11]. Eine denkbare Erklärung hierfür wäre, dass der Energiebedarf der Frühgeborenen in den ersten Wochen nach der Geburt deutlich ansteigt, sodass nicht ein konstant niedriges oder konstant hohes, sondern vielmehr ein variables, an den steigenden Bedarf angepasstes O₂-Angebot sinnvoll sein könnte [12]. Andere Ansätze bemühen sich, die überschießende Gefäßproliferation, die nach einem vorübergehenden Wachstumsstillstand etwa am Augenhintergrund einsetzt, durch lokale Applikation anti-angiogenetischer Faktoren einzudämmen [13], oder aber den ausbleibenden Proliferationsreiz, der durch den Verlust plazentarer Wachstumsfaktoren in der Lunge auftritt, durch systemische Substitution von Wachstumsfaktoren zu kompensieren [14]. Auch an diesen im Grunde gegensätzlichen Therapieansätzen wird deutlich, dass die Frühgeburt eine tiefgreifende Störung der physiologischen Reifungsprozesse des Organismus darstellt, die sich nur schwer ausgleichen lässt. Viele Hoffnungen richten sich daher auf die Therapie mit mesenchymalen Stammzellen, denen aufgrund tierexperimenteller Daten zugetraut wird, nicht nur unreifebedingte Entwicklungsstörungen in der Lunge des Frühgeborenen [15], sondern auch hypoxiebedingte Schäden

im Gehirn von reifen Neugeborenen [16] zu „reparieren“.

5. Die Langzeitprognose von Frühgeborenen

Langzeitstudien haben gezeigt, dass sich die Folgen der Frühgeburtlichkeit nicht in den „klassischen“ Behinderungen (Erblindung, Hydrozephalus, Zerebralparese) erschöpfen, sondern dass auch bei den „gesund Überlebenden“ vielfältige Probleme auftreten können, die sich oft erst dann manifestieren, wenn in neuen Lebensabschnitten neue Anforderungen auf die Betroffenen zukommen [17]. So werden Aufmerksamkeitsdefizitsyndrome und Teilleistungsstörungen erst im (Vor-)Schulalter und psychosoziale Integrationsprobleme erst im Adoleszentenalter relevant (Abb. 5). Im jungen Erwachsenenalter wird oft ein Zustand subjektiver Zufriedenheit erreicht, der allerdings nicht darüber hinwegtäuschen darf, dass Leistungsdefizite kompensiert oder umgangen werden [18]. Da es mit zunehmendem Lebensalter physiologischerweise zu einer Minderung der Leistungsreserven beispielsweise der Lunge kommt, besteht die Befürchtung, dass ehemalige Frühgeborene aufgrund ihrer bereits vorbelasteten Lunge entsprechend früher eine Ateminsuffizienz erleiden könnten [19]. Die Voralterung wäre dann gleichsam ein später Preis für die Frühgeburtlichkeit

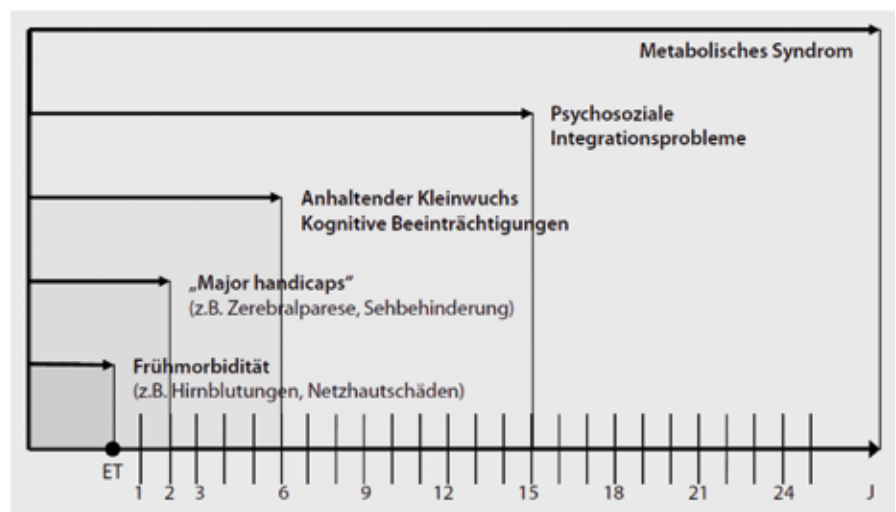


Abb. 5: Langzeitfolgen der Frühgeburtlichkeit [aus 17, mit freundlicher Genehmigung des Springer-Verlags]. Die Grafik illustriert eine Reihe von möglichen Folgeproblemen, geordnet nach dem typischen Manifestationsalter (in Jahren nach dem errechneten Geburtstermin, ET). Es wird deutlich, dass in jeder neuen Lebensphase neue Probleme auftreten können, die zuvor noch nicht entwicklungsrelevant und daher auch noch nicht abschließend beurteilbar waren.

(Abb. 6). Für Frühgeborene, die wegen einer intrauterinen Wachstumsrestriktion geboren wurden, ist außerdem bekannt, dass sie infolge der intrauterinen Stoffwechsellage (der Fetus wird im

Mutterleib „auf Sparflamme programmiert“) im Erwachsenenalter zu einem metabolischen Syndrom (Adipositas, Diabetes mellitus, Atherosklerose) neigen [20], welches zu den vielfältigen Lang-

zeitfolgen der Frühgeburtlichkeit zählt (Tab. 1). Die Frühgeburtlichkeit erweist sich somit als eine Hypothek, die die Betroffenen nicht nur unmittelbar postnatal und in der frühen Kindheit betrifft, sondern sie – auch in Abhängigkeit vom persönlichen „Lifestyle“ – lebenslang begleitet.

Im Kontrast zu diesen Erkenntnissen wird die Frühgeborenen-Nachsorge, die für deutsche Perinatalzentren verpflichtend vorgesehen ist, nur bis zum zweiten Lebensjahr gefördert und beschränkt sich damit hauptsächlich auf die Erfassung der „klassischen“ körperlichen und geistigen Behinderungen. Ein darüber hinaus gehendes Engagement kann, obwohl von den betroffenen Eltern dringend nachgefragt, allenfalls aus Spendenmitteln finanziert werden. Als Vorbild für eine denkbare weitere Entwicklung lohnt sich daher ein Blick auf die Kinderherzchirurgie – ebenfalls eine junge Disziplin, die sich, nachdem in den 1960er-Jahren die ersten angeborenen Herzfehler korrigiert worden waren, zunächst ganz auf die Entwicklung neuer Operationstechniken konzentriert hatte. Derweil erreichten die ersten Patienten das Erwachsenenalter und zeigten Folgeprobleme, die den konsultierten Kardiologen bislang nie begegnet waren. Dies war der Anlass zur Gründung einer neuen interdisziplinären Subdisziplin der Kinder- und Erwachsenenkardiologie, die sich inzwischen unter dem deutschen Akronym EMAH (Erwachsene Mit Angeborenen Herzfehlern) zu einem festen Bestandteil von Herzzentren entwickelt hat. In Analogie zu dieser Entwicklung wäre es jetzt, rund 50 Jahre nach Beginn der Frühgeborenen-Intensivmedizin und etwa 30 Jahre nach dem Durchbruch der Neonatologie zu den VLBW, an der Zeit, ein strukturiertes Beratungsangebot für „Erwachsene mit Frühgeburts-Anamnese“ zu schaffen, für die im angelsächsischen Raum immerhin schon das Akronym ABP (Adults Born Preterm) geschaffen wurde. Freilich wird der Neonatologe – anders als der Kinderkardiologe im Falle angeborener Herzfehler – kaum in die Behandlung von Erwachsenen mit kardiovaskulären, pulmonologischen, neuroendokrinen oder psychiatrischen Krankheitsbildern eingreifen; jedoch könnte in der Koordination eines sich aus den perinatalen Risikofaktoren ergebenden individuellen Vorsorge- und

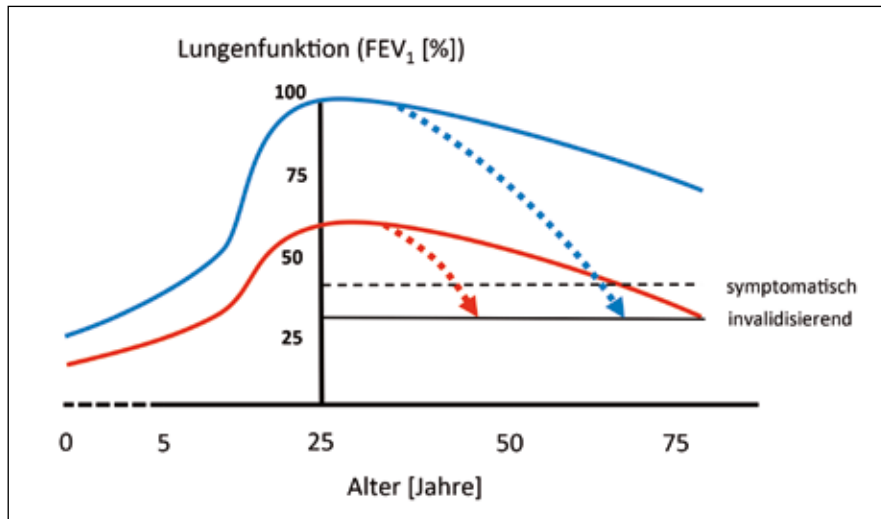


Abb. 6: Voralterung als später Preis für Frühgeburtlichkeit [mod. n. 19; mit freundlicher Genehmigung des New England Journal of Medicine]: Das Schema zeigt am Beispiel der Ein-Sekunden-Kapazität, dass Lungengesunde mit so großen Reserven ausgestattet sind, dass sie auch durch die physiologischen Alterungsprozesse üblicherweise nicht an eine Dekompensationsgrenze geraten (blaue Kurve). Ist jedoch, wie bei Frühgeborenen mit chronischer Lungenerkrankung, die Funktionsreserve von vornherein eingeschränkt, kann – trotz weitgehender Symptomfreiheit in der Jugend – im höheren Lebensalter eine kritische Schwelle erreicht und ggf. unterschritten werden (rote Kurve). Außerdem können sich zusätzliche exogene Noxen (z.B. Rauchen) entsprechend früher und stärker auswirken (gepunktete Pfeile).

Tab. 1: Langzeitfolgen der Frühgeburtlichkeit im Erwachsenenalter. Zu beachten ist, dass nicht alle „Adults Born Preterm“ von allen Spätfolgen in gleicher Weise betroffen sind; je nach Gestationsalter und Frühgeburtsursache können entweder die neurosensorischen oder die metabolischen Risiken überwiegen – erstere oft nach neonatalen bakteriellen Infektionen (mit intraventrikulären Blutungen), letztere typischerweise nach schwerer intrauteriner Wachstumsretardierung (mit „fetalen Programmierung“).

Risiko	Mögliche Folgezustände/-erkrankungen
Metabolisch	Insulinresistenz, prädiabetische Stoffwechsellage („metabolisches Syndrom“)
Pulmonal	verminderte Ein-Sekunden-Kapazität, Disposition zu obstruktiven Atemwegserkrankungen
Kardiovaskulär	erhöhte Steifigkeit der Gefäßwände, latente Herzbelastung, erhöhte Atherosklerose- und Herzinfarktrate
Neurologisch	latente und manifeste strukturelle Hirnschäden, erhöhte Atherosklerose- und Schlaganfallrate
Psychiatrisch	Disposition zu Anorexia nervosa, ADHS (Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätssyndrom) und ASD (Autism Spectrum Disorders)
Ophthalmologisch	Myopie, Disposition zur Ablatio retinae, gestörte visuelle Signalverarbeitung
Gynäkologisch	gestörte Fertilität, familiäre Frühgeburtsneigung, erhöhte Mammacarcinom-Inzidenz

Behandlungsplans für Erwachsene mit Frühgeburtsanamnese durchaus eine neue herausfordernde Zukunftsaufgabe für die Neonatologie bestehen.

Fazit für die Praxis

Insgesamt sind trotz der eindrucksvoll gestiegenen Überlebensraten von sehr kleinen Frühgeborenen noch viele Fragen zu lösen, die die individuelle Lebensqualität nachhaltig beeinflussen können. Neben diesen praktischen Fragen sollte die Neonatologie jedoch zwei übergeordnete Blickwinkel nicht vernachlässigen, die über den engeren Kreis der neonatologischen Intensivstation hinausgehen: zum einen die globale Perspektive, also das noch weitgehend ungelöste Problem der weltweiten Frühgeburtsrate; und zum anderen die Langzeitperspektive, also die bislang noch wenig beachteten Spätfolgen extremer Frühgeburtlichkeit im Erwachsenen- und höheren Lebensalter. So gese-

hen erscheint eine Ausweitung des Blickes ebenso wichtig wie eine Fokussierung auf Detailfragen und wichtiger als ein – möglicherweise fragwürdiger – Ehrgeiz zur Überwindung der biologischen Grenze der Lebensfähigkeit.

Anmerkung/Danksagung

Der Beitrag beruht auf zwei Vorträgen, die am 30.11.2017 unter dem Titel „Wohin geht die Reise in der Perinatalogie - aus der Sicht der Neonatologie“ auf dem 28. Deutschen Kongress für Perinatale Medizin in Berlin und am 13.04.2018 unter dem Titel „Neonatalogie – Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven“ auf der 67. Jahrestagung der Norddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in Bremen gehalten wurden. Bei dem vorliegenden Text handelt es sich um die modifizierte Fassung eines unter dem Titel „Die ‘Big Five’ der Neonatalogie“ zuerst in der Deutschen Hebammenzeitschrift (2017;

69: 8-14) erschienenen Fortbildungsartikels; dem Elwin Staude - Verlag, Hannover, sei für die freundliche Genehmigung zur Wiederverwendung in abgewandelter Form herzlich gedankt.

Literatur bei dem Verfasser

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr.med. Dominique Singer
Sektion Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin
Universitätsklinikum Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: 040/7410 52723
E-Mail: dsinger@uke.de

Interessenkonflikt:

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Huppertz

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis bzw. ein Jobsharingsangebot

www.paediatrieboerse.de

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater

- Melden Sie sich mit Ihrem DocCheck-Passwort an (Registrierung über www.doccheck.com)
- Erstellen Sie Ihre eigene Anzeige
- Stöbern Sie durch alle Gebote und Gesuche

Die Geschäftsstelle ist Ihnen gern bei der Erstellung Ihrer Anzeige behilflich!

Zentraler Vertreternachweis

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:

- Gesuche und Gebote von BVKJ-Mitgliedern: (Urlaubs-)Vertretung, Weiterbildungsstellen, Praxisübernahme, Anstellung, Jobsharings

Formulare zur Erstellung einer Anzeige auf www.paediatrieboerse.de oder Aufnahme in den Zentralen Vertreternachweis erhalten Sie bei der

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 02 21 / 68 90 90, Fax: 02 21 / 68 32 04

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Das schwere Schädel-Hirn-Trauma im Kindes- und Jugendalter

Das schwere Schädel-Hirn-Trauma (SHT) bei Kindern und Jugendlichen bedarf einer sofortigen multidisziplinären Versorgung. Diese erfolgt nach initialer Stabilisierung am Unfallort optimalerweise in einem regionalen oder überregionalen pädiatrischen Traumazentrum. Der pädiatrische Patient wird über den Schockraum einer zerebralen Bildgebung zugeführt, um operationspflichtige Verletzungen zu erkennen und zu behandeln. Im Anschluss an die Erstversorgung sollte die weitere Überwachung und Therapie auf einer für Kinder und Jugendliche spezialisierten Intensivstation erfolgen. Das primäre Ziel der Therapie liegt in der Verhinderung und Begrenzung sekundärer Schäden in der Folge des SHT. Die Bedeutung der Messung des intrakraniellen Druckes zur Steuerung von konservativen und operativen Maßnahmen wie z. B. Dekompressions-Kraniektomie mit Duraerweiterungs-Plastik, haben als Ziel, den intrazerebralen Druck zu senken. Eine positive Beeinflussung des Outcomes konnte jedoch bisher nicht nachgewiesen werden. Nach Abschluss der intensivmedizinischen Behandlung ist in der Regel eine Rehabilitationsmaßnahme indiziert.



Priv.-Doz. Dr. med.
Christian Dohna-Schwake

Das Schädel-Hirn-Trauma ist definiert als eine Funktionsstörung und/oder Verletzung des Gehirns durch Gewalteinwirkung. Bei Verletzungen mit Eröffnung der harten Hirnhäute und Austritt von Liquor spricht man von offenem Schädel-Hirn-Trauma. Die Einteilung der Schwere des SHT erfolgt anhand der Glasgow Coma Scale (GCS) in die Schweregrade leicht (GCS 14 und 15), mittelschwer (GCS 10-13) und schwer (GCS <9). Die GCS vergibt dabei Punkte in drei Kategorien wie Augenöffnen, Verbale Antwort und Reaktion auf Schmerzreize. Für Kinder unter zwei Jahren existiert eine spezifische pädiatrisch modifizierte P-GCS. Dieser besondere Stellenwert der GCS ist nicht unproblematisch, da es ei-

nige methodische Schwächen gibt. Z. B. ist nicht festgelegt, welcher Zeitpunkt der Erhebung für die Einteilung maßgeblich ist, z. B. direkt am Unfallort, im Schockraum, oder der schlechteste Wert. Bei an der Unfallstelle intubierten und sedierten Patienten ist die Beurteilung mit Hilfe dieser Skala ebenfalls eingeschränkt. Und letztendlich werden wichtige andere Symptome wie Pupillenweite und Reaktion auf Licht oder auch das Vorhandensein von Streckkrämpfen nicht erfasst. Neben diesen Symptomen und der Beurteilung der reduzierten Vigilanz sind anhaltendes Erbrechen, Liquoraustritt und Seitendifferenz der Motorik wichtige Befunde, die erhoben und dokumentiert werden sollen. Bradykardie, unregelmäßige Atmung und arterielle Hypertonie werden auch als Cushing-Trias bezeichnet und weisen auf eine Hirnstamm-Schädigung hin.

Im Jahr 2015 wurden nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 71.516 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren stationär mit einem Schädel-Hirn-Trauma behandelt, davon ca. ein Prozent mit schwerem SHT. In einer Untersuchung von Daten des Deutschen Trauma-Netzwerkes zeigte sich, dass das Outcome für Kinder von ein bis drei Jahren mit einer Mortalität von 17,8 % am schlechtesten war (1). Liegt ein minimaler GCS von 3 vor mit beidseits lichtstarrten Pupillen, so steigt die Mortalität auf über 80 % an (2).

Diagnostik und Therapie des schweren Schädel-Hirn-Traumas haben zum Ziel,

sekundäre zerebrale Schäden, die z. B. durch Hypoxämie oder verminderten zerebralen Perfusions-Druck entstehen können, zu vermeiden oder zu verringern. Dabei hat sich in mehreren Studien gezeigt, dass das Befolgen von Leitlinien zu einem besseren Outcome der Patienten führt (3-5). Für Deutschland ist die AWMF-Leitlinie von 2011 aktuell in Überarbeitung und steht kurz vor der Fertigstellung.

Versorgung am Unfallort

Neben der oberflächlichen Stillung von blutenden Wunden liegt das Hauptaugenmerk am Unfallort auf der Aufrechterhaltung der Vitalparameter, d. h. Sicherstellung von Oxygenierung und Ventilation sowie Aufrechterhalten eines suffizienten Kreislaufes. Im Allgemeinen wird empfohlen, Patienten mit einem GCS <9 zu intubieren, da sie über keine ausreichenden Schutzreflexe wie Husten oder Schlucken mehr verfügen. Nach den Richtlinien des European Resuscitation Council ERC von 2015 obliegt die Intubation eines Kindes dem in der Kinder-Intubation erfahrenen Notarzt. Als alternativer Atemweg der Wahl gilt in der Pädiatrie die Larynxmaske (6). Sie ist auch vom Unerfahrenen einfach zu handhaben und erlaubt in >90 % der Fälle eine effektive Ventilation. Hypoxämie und arterielle Hypotension sind mit einem schlechten Outcome korreliert (7).

Als Blutdruckziele gelten daher folgende Richtwerte in Abhängigkeit vom Alter: Systolischer Blutdruck für Neugeborene (0 bis 28 Tage): >60 mmHg, Säuglinge (1-12 Monate): > 70 mmHg, Kinder (1-10 Jahre): >70 + 2x Alter mmHg und >10 Jahre: >90 mmHg. Zur Sicherstellung eines adäquaten Kreislaufes scheint die aggressive Flüssigkeitsgabe eher mit einem schlechteren Outcome vergesellschaftet zu sein und sollte daher nur sehr zurückhaltend eingesetzt werden (8). Es ist in ca. zehn Prozent der Fälle mit schwerem SHT mit einer zusätzlichen Verletzung der Halswirbelsäule zu rechnen. Diese sollte daher stabilisiert werden, um eine achsengerechte Lagerung des Kopfes zu ermöglichen.

In der Kürze der Zeit wichtige zu erhebende anamnestische Befunde sind die Frage nach dem Unfallmechanismus (z. B. Sturzhöhe, Geschwindigkeit des Autos bei Anpralltrauma), gerinnungshemmenden Medikamenten oder möglicher Intoxikation. Bei Anlage eines Zugangs sollte auch ein Blutzucker gemessen werden, da eine Hypoglykämie zur Vigilanzminderung ggf. beiträgt. Sie sollte schnell behoben werden.

Kinder und Jugendliche mit schwerem SHT sollten schnellstmöglich in ein regionales oder überregionales Traumazentrum mit neurochirurgischer und Kinder-Intensivmedizinischer Expertise transportiert werden. Sollte dies nicht in einem vertretbaren Zeitraum (<30 Minuten) zu machen sein, kann die initiale Stabilisierung und Bildgebung im nächstgelegenen Krankenhaus überlegt werden. In einer

großen Kohortenstudie in den USA kam es zu einem deutlichen Überlebensvorteil, wenn auch Adoleszenten in einem pädiatrischen Traumazentrum versorgt wurden im Vergleich zu einem Erwachsenenzentrum oder einem gemischt pädiatrisch-adulten Zentrum (9).

Schockraum

Die Erstversorgung im Krankenhaus erfolgt optimalerweise in einem Schockraum, wo alle beteiligten Fachdisziplinen gemeinsam den Patienten weiterbehandeln. Je nach Struktur des Schockraums und Verletzungsmuster gehören zu diesem Team Kinder-Intensivmediziner, Kinderchirurgen, Unfallchirurgen, Neurochirurgen, Anästhesisten und (Kinder)-Radiologen. In der Regel sieht das Schockraum-Protokoll einen Teamleader vor, was zu einer Verbesserung des Versorgungsablaufes führen sollte. Durch ein geschultes Vorgehen und klare Aufgabenverteilungen werden die notwendigen Maßnahmen schnellstmöglich durchgeführt. Das primäre Ziel ist die weitere Stabilisierung des Patienten durch Sicherstellung der Vitalparameter und Erkennen der lebensbedrohlichen Verletzungen. Bei einem bewußtseinsgestörten Kind mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma gehört dazu immer die notfallmäßige Durchführung eines CT Schädel, um lebensbedrohliche Blutungen und Verletzungen zu erkennen. MRT und Ultraschall spielen zu diesem Zeitpunkt eine untergeordnete Rolle. Das MRT Schädel sollte im Verlauf eingesetzt werden, da

dort besser Parenchymläsionen (diffuse axonal injury) erkannt werden können. Die transfontanelläre Sonografie beim Säugling kann orientierend eingesetzt werden, sollte aber die Durchführung des CCT nicht verzögern.

Neurochirurgische Therapie des SHT

Raumfordernde intrakranielle Verletzungen sollen schnell entlastet werden. Dies gilt sowohl für traumatische intrakranielle Blutungen (Epiduralhämatom, Subduralhämatom, Intrazerebralhämatom/Kontusion; siehe Abb. 1 und 2) als auch für raumfordernde Impressionsfrakturen. Ein wesentlicher Hinweis der Raumforderung ergibt sich aus der Verlagerung von zerebralen Strukturen, in der Regel über die Mittellinie. Sollten im CCT Zeichen für eine beginnende transtentorielle Herniation (Verschiebung von Hirnteilen unter das tentorium cerebelli) zu sehen sein, können wenige Minuten früher oder später bis zur Operation prognoseentscheidend für den Patienten sein.

Neben Verletzungen mit dringlicher oder sofortiger Operations-Indikation gibt es auch Verletzungen mit dringlicher aber nicht sofortiger Indikation. Diese Verletzungen wie Impressionsfrakturen ohne Verlagerung von Mittellinienstrukturen oder basale Frakturen mit Liquorrhoe sollten in Abhängigkeit vom klinischen Verlauf des Patienten durchgeführt werden. Es macht z. B. keinen Sinn, einen stark Katecholamin-pflichtigen Patienten einer nicht-dringlichen Operation zuzuführen. Hier steht zunächst die konservative Stabilisierung im Vordergrund.

Bei einer Steigerung des Hirndrucks mit Gefahr der reduzierten cerebralen Perfusion ist als Möglichkeit die Entlastungs-Kraniektomie mit Dura-Erweiterungsplastik zu diskutieren. Im Erwachsenenalter wurden bisher zwei verschiedene randomisierte Studien zur Kraniektomie beim schweren SHT durchgeführt; die DECRA-Studie (10) und die RESCUEIcp-Studie (11). Die beiden Studien liefern unterschiedliche Ergebnisse bei allerdings auch unterschiedlichen Durchführungen und Voraussetzungen. In der DECRA-Studie wurde die Kraniektomie als Frühintervention durchgeführt, und Patienten mit intrazerebraler Blutung waren ausgeschlossen. Im Gegen-

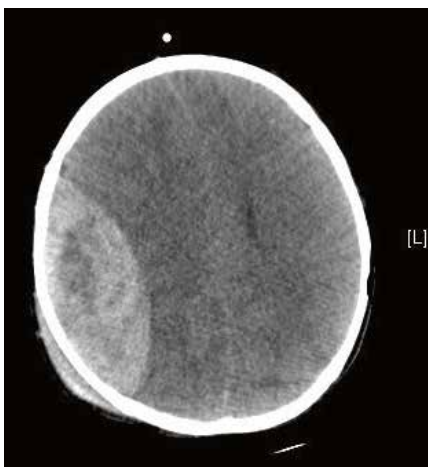


Abb. 1: Epiduralhämatom mit Verlagerung der Mittellinie bei zweijährigen Mädchen unter Therapie mit Acetylsalicylsäure nach Sturz von der Schaukel

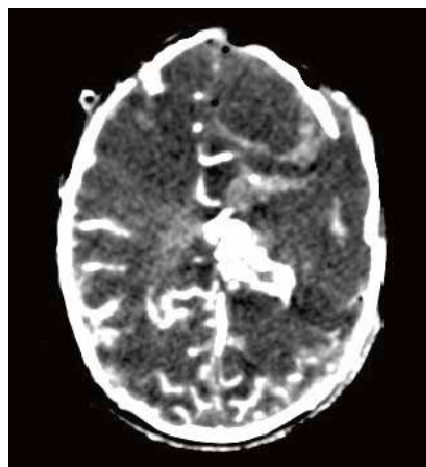


Abb. 2: Offenes SHT mit intrazerebralen Hämatomen und Kontusionen nach Hundebiss bei einem zwei Wochen alten Neugeborenen

satz dazu wurde diese Maßnahme in der RESCUEIcp-Studie eher als Therapie der „letzten Wiese“ begriffen nach Ausschöpfung aller konservativen Maßnahmen, um den Hirndruck zu senken. Hatten die Patienten in der DECRA-Studie ein schlechteres neurologisches Outcome bei gleicher Mortalität, so konnte die Mortalität und das funktionelle Outcome in der zweiten Studie gesenkt werden. Da in der RESCUEIcp-Studie auch Kinder >10 Jahre eingeschlossen waren, konnten diese isoliert betrachtet und ausgewertet werden: Hochgerechnet auf 100 Patienten mit Kraniektomie würden 22 Kinder und Jugendliche mehr überleben, von denen 60 % nach einem Jahr unabhängig zuhause leben könnten. Leider sind die Daten derzeit noch nicht ausreichend, um nach einem klaren Algorithmus die Indikation zur Entlastungs-Kraniektomie geben zu können. Weitere Studien müssen hierzu durchgeführt werden, und bis dahin wird es für den betroffenen Patienten eine Einzelfall-Entscheidung bleiben.

Intrazerebrale Druck-Messung (ICP)

Ebenfalls nicht klar zu beantworten ist die Indikation zur Anlage einer Sonde zur Messung des intrakraniellen Druckes. Diese kann als intraparenchymatöse oder intraventriculäre Sonde operativ gelegt werden. Die nach extern ausgeleitete Ventrikel-Sonde bietet dabei den Vorteil, dass zur Senkung des intrazerebralen Druckes (ICP) Liquor abgelassen werden kann. Die beiden eigentlichen Ziele sind jedoch die Messung des Hirndrucks mit der Möglichkeit, anhand dessen die Therapie zu steuern, sowie die Ermittlung des Cerebralen Perfusionsdruckes CPP, der als Mittlerer Arterieller Druck MAD minus Intrazerebraler Druck ICP angegeben wird. Da die Patienten mit schwerem SHT häufig analgosediert und intubiert – und somit eingeschränkt neurologisch beurteilbar sind – erlaubt die Messung des intrazerebralen Druckes eine zusätzliche Monitoring-Möglichkeit. Bei der Anwendung der ICP-Messung und der Ableitung des CPP sind einige technische Details zu beachten. Bei Ableitung von Liquor muss die Sonde bei Messung zum Patienten hin verschlossen werden und auf das Einstellen des Druckes auf ein Äquilibrium gewartet werden, was einige Minuten in Anspruch nehmen kann. Der Druckauf-

nehmer für den ICP sollte auf Höhe des Foramen Monroi genullt und gelagert werden, was in etwa der Höhe des äußeren Gehörgangs entspricht. Das Gleiche gilt auch für den Druckaufnehmer des arteriellen Druckes, da die Lagerung auf Höhe des äußeren Gehörgangs die direkte Ableitung des CPP erlaubt. Als pathologisch erhöhter ICP gilt ein Wert von >20 mmHg. Grenzwerte für den CPP sind altersabhängig zu verwenden: Es können altersabhängige CPP Ziele gewählt werden, bei denen die Untergrenze des CPP von minimal 40 mmHg im Säuglingsalter schrittweise auf 60 mmHg bei Adoleszenten ansteigt. Eine aggressive Therapie mit Volumengabe oder Katecholaminen zur Erhöhung des arteriellen Blutdrucks sollte zurückgefahren werden, bevor der CPP 70 mmHg übersteigt. Randomisierte Studien zum Nutzen der ICP-Messung in der Pädiatrie existieren nicht. In einer im Jahr 2017 erschienenen großen Registerstudie konnte für pädiatrische Patienten kein Vorteil bezüglich des funktionellen Outcomes gesehen werden, wenn sie eine ICP-Messung erhielten (12). Auch, wenn die ICP-Messung gelegentlich als Standardtherapie beschrieben wird, wird die Entscheidung zur Anlage einer Messsonde auch in Zukunft eine individuelle Entscheidung sein, und kann nicht generell empfohlen werden.

Konservative Therapie des SHT

Die konservative Therapie des schweren SHT zielt ebenso wie die operative Therapie auf eine Verringerung von Sekundärschäden. Die meisten dieser Therapien haben wenig Evidenz. Andere Therapie-Ansätze haben in randomisierten Studien keinen, oder sogar einen negativen Effekt gezeigt.

Grundsätzlich gilt, dass Schwankungen der Vitalparameter vermieden werden sollen. Das Ziel ist ein Patient mit Normoxie, Normokapnie, Normoglykämie und Normothermie. Auf die Bedeutung des CPP zur Optimierung der zerebralen Durchblutung wurde bereits im vorherigen Kapitel eingegangen. Oberkörperhochlage (15-30°) kann zur Senkung des ICP bei gleichbleibendem CPP beitragen. Eine tiefe Analgosedierung senkt grundsätzlich den Sauerstoff-Verbrauch. Ob jedoch eine Sedierung mit Thiopental mit burst suppression Muster im EEG über eine Senkung des ICP hinaus zu einer

Verbesserung des Outcome führt, ist derzeit unklar. Medikamentöse Maßnahmen zur Senkung des ICP sind die Gaben von Mannit oder von hypertonem Kochsalz, die die Osmolarität im Blut erhöhen (13-15). Die Effekte sind zumeist von kurzer Dauer, und ein positiver Nutzen für das Gesamt-Behandlungsergebnis ist bisher nicht belegt.

Frühe Krampfanfälle, die in der ersten Woche nach SHT auftreten, können durch eine Prophylaxe z. B. mit Phenytoin oder Levetiracetam in ihrer Frequenz vermindert werden, jedoch ohne Einfluss auf das Auftreten von späten Krampfanfällen und ohne Einfluss auf das funktionelle Outcome.

Bei offenem SHT kann eine prophylaktische antibiotische Therapie überlegt werden. Als Folge des schweren SHT können endokrinologische Fehlfunktionen auftreten. Patienten sind auf Komplikationen wie Diabetes insipidus, salt wasting syndrome oder Hypokortisolismus klinisch zu überwachen, ggf. diagnostisch zu testen und zu behandeln.

Zu den Therapien mit Evidenz durch randomisierte Studien gehört die prophylaktische Hypothermie, die in einigen Studien sogar einen negativen Effekt gezeigt hatte. Sie kann nicht empfohlen werden (16). Ebenso muss von einer pharmakologischen Gabe von Glukokortikoiden abgeraten werden, da auch hier (bei Erwachsenen) kein Nutzen für den Patienten in Studien gezeigt werden konnte (17).

Bei therapierefraktärem erhöhtem Hirndruck kann nach Ausschöpfen aller konservativen und operativen Maßnahmen versucht werden, über eine kontrollierte Hypothermie und/oder über eine Hyperventilation mit CO₂-Zielwerten um 30 mmHg den Hirndruck kurzfristig und kurzzeitig zu senken.

Insgesamt macht es Sinn, Patienten mit schwerem SHT standardisiert nach einem festgelegten Algorithmus zu behandeln. Retrospektive Arbeiten konnten einen Zusammenhang zwischen Befolgen von Handlungsempfehlungen und Patienten-Outcome zeigen. Dieser Effekt beruht möglicherweise auf schnelleren Reaktionen auf Veränderungen, orientiert an Leitlinien (18).

Abbildung 3 zeigt ein Fluss-Schema, nach dem Kinder und Jugendliche mit schwerem SHT und erhöhtem ICP behandelt werden können.

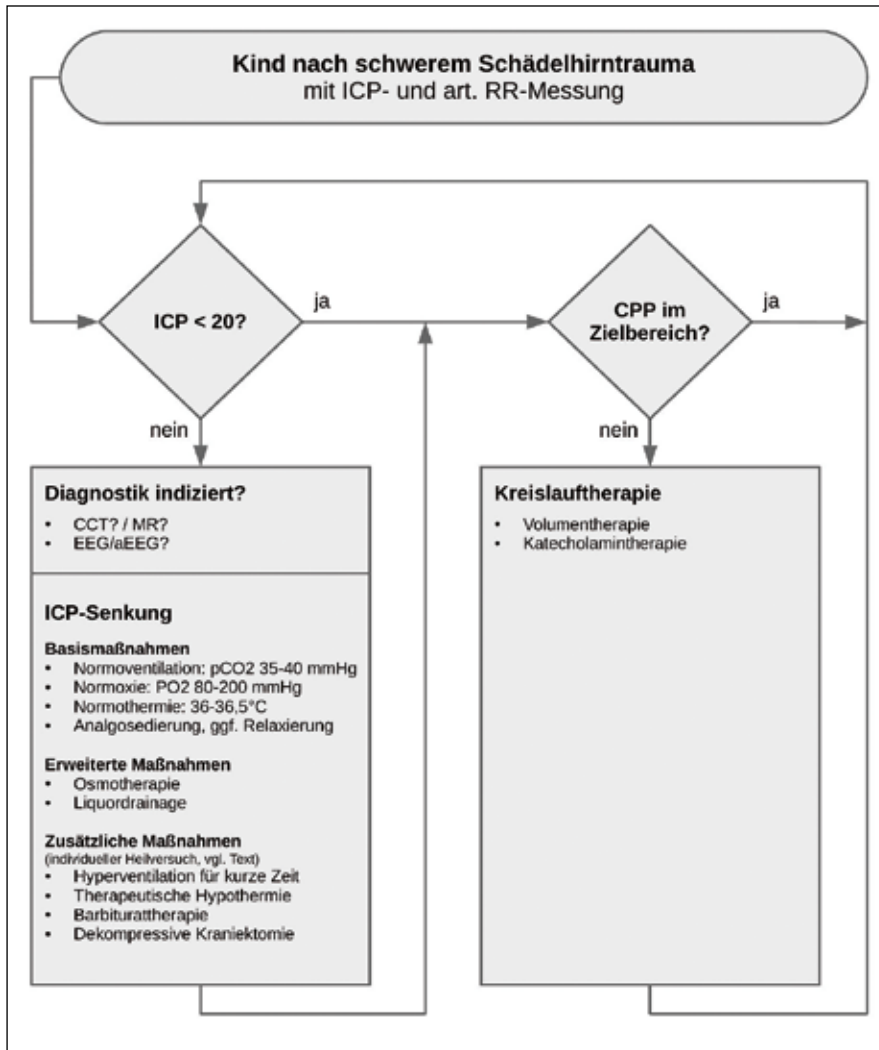


Abb. 3: Therapie-Algorithmus des erhöhten intrakraniellen Drucks

Rehabilitationsmaßnahmen und Prognose

Die Einschätzung der Überlebens-Wahrscheinlichkeit und der Schwere der neurologischen und funktionellen Beeinträchtigung nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma ist für den einzelnen Patienten nicht einfach. Für viele Faktoren wie Alter, MRT-Befunde oder Biomarker gibt es positive Korrelationen, die im Einzelfall und für sich stehend häufig nur eingeschränkt hinweisend sind. Zum Teil sind manche Daten auch widersprüchlich, z. B. beim Einfluss des Alters auf das Outcome. Die Folgen können auch noch lange nach dem SHT nachweisbar sein. In

einer prospektiven Studie an 25 Kindern, die aufgrund eines SHT auf der Intensivstation behandelt wurden, zeigte sich auch sechs Jahre nach dem Ereignis eine hohe Prävalenz an neuropsychologischen Defiziten (19).

Ein wesentlicher Aspekt der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist die Prüfung und ggf., wenn möglich, Förderung der schrittweisen Re-Integration in das Alltags- und Schulleben. Dabei ist es nicht immer einfach, Effekte der Rehabilitation von per se ablaufenden Erholungsprozessen abzugrenzen. Allerdings scheint z. B. die Häufigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen mit verbesserter Funktionalität bei Alltagsaktivitäten zu

korrelieren. Bei der Organisation, Struktur und Durchführung der stationären Rehabilitation nach SHT kann man sich an internationalen Leitlinien orientieren (20-21).

Fazit für die Praxis

- Das schwere Schädel-Hirn-Trauma im Kindes- und Jugendalter erfordert eine initiale Stabilisierung am Unfallort und eine sofortige multiprofessionelle Versorgung, wie sie in Schockräumen von pädiatrischen Traumazentren vorgehalten wird.
- Eine sofortige zerebrale Bildgebung (CCT) ist indiziert, um operationsbedürftige Verletzungen zu identifizieren.
- Operative und konservative Maßnahmen haben das Ziel, Sekundärschäden nach SHT zu verhindern oder zu minimieren.
- Die Therapie sollte sich an existierenden Leitlinien orientieren, um schnell und fokussiert die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Schritte einzuleiten.
- Zu vielen Maßnahmen fehlt vor allem im Kindes- und Jugendalter belastbare Evidenz. Multizentrische Studien sind hier erforderlich, um dieses Defizit zu verkleinern und solide Grundlagen für die Therapie des schweren SHT zu schaffen.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift:

Priv.-Doz. Dr. Christian Dohna-Schwake
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
 Kinderheilkunde I
 Universitätsmedizin Essen
 Hufelandstr. 55, 45147 Essen
 Tel.: 0201/7232251
 E-Mail: Christian.Dohna-schwake@uk-essen.de

Interessenkonflikt:

Der Autor erklärt, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Red.: Huppertz

Krank am Herzen, krank vor Angst

Der 16-jährige Patient kam im September 2016 im Anschluss an einen viermonatigen Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik in Berlin zur Aufnahme in ein Rehabilitationszentrum in Berchtesgaden (im Rahmen der Eingliederungshilfe, SBG XII). Eine Rückführung ins häusliche familiäre und soziale Umfeld war nicht möglich, und keine lokale oder regionale Einrichtung traute sich die Betreuung des jungen Mannes zu.



Dr. med. Ulrich Dorsch

Anamnese

Nachdem 2013 seine Mutter völlig unerwartet am plötzlichen Herztod verstorben war, wurde der Jugendliche am 24. und 25.07.2014 wegen rezidivierendem idiopathischen Kammerflimmern mehrfach reanimiert. Am 04.08.2014 wurde ein 2-Kammer-ICD (intrakardialer Defibrillator) implantiert. Im Anschluss erfolgten mehrfache elektrophysiologische Untersuchungen, sowie Ablationen. Im Mai 2015 kam es zu mehreren Defibrillator-Auslösungen und Reanimation bei Kammerflimmern. Im Juli 2015 und Dezember 2015 erfolgte eine beidseitige Sympathektomie. Im Dezember 2015 und im Mai 2016 trat erneutes Kammerflimmern mit Defibrillator-Auslösung auf.

Wegen posttraumatischer Belastungsstörung und depressiver Störung mit suizidalen Gedanken und einer generalisierten Angststörung erfolgten eine ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung und mehrere stationäre mehrmonatige Aufenthalte, zuletzt über vier Monate direkt vor Aufnahme in unsere Einrichtung.

Bei Ängsten und Schlafstörungen wurde Lorazepam mit gutem Erfolg angewendet.

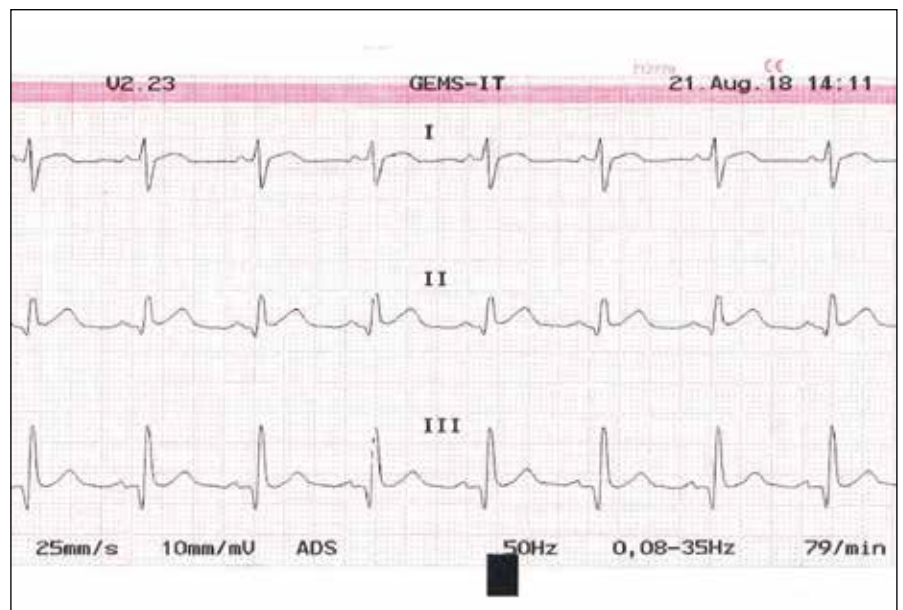
Diagnosen

1. Rezidivierendes idiopathisches Kammerflimmern/Torsade de points-Tachykardien mit Z.n. Ablationen und beidseitiger Sympathektomie
2. Depressive Störung als mittelgradige Episode mit suizidalen Gedanken
3. Generalisierte Angststörung
4. Posttraumatische Belastungsstörung

Verlauf

Die Aufnahme in die Rehabilitation in Berchtesgaden im September 2016 im Rahmen der Eingliederungshilfe erfolgte mit dem Ziel eines regelmäßigen Schulbesuchs mit Schulabschluss. Weiterhin wünscht sich der 16-jährige Patient wieder ein normales Leben außerhalb von Krankenhäusern zu führen. Bei Aufnahme war er klinisch stabil, aufgrund der Vorgeschichte mit vielen Komplikationen war die körperliche Leistungsfähigkeit und Ausdauer jedoch deutlich eingeschränkt. Im Vordergrund

stand neben der kardiologischen Erkrankung eine generalisierte Angststörung. Ängste der Mitarbeiter im pädagogischen Bereich, in der Schule und in der Werkstatt vor möglicherweise auftretenden ihnen unbekanntem Notfallsituationen konnten durch Informations- und Schulungsangebote vermindert werden. So gelang es durch die interdisziplinäre Kooperation von Ärzten, Psychologen, Sporttherapeuten, Ausbildern und pädagogischen Mitarbeitern die körperliche Leistungsfähigkeit zu steigern, einen regelmäßigen Schulbesuch zu gewährleisten und trotz eines erneuten Vorfalles mit Kammerflimmern und Defibrillator-Auslösung die Mittelschule erfolgreich abzuschließen. Der Junge wurde durch die Teilnahme an begleiteten Freizeit- und Sportaktivitäten psychisch zunehmend stabiler und traute sich mehr zu. Nach Durchlaufen einer Berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme in Berchtesgaden (Kostenträger Agentur für Arbeit, SGBIII) begann er im September 2018 in der gleichen Einrichtung



Im Ruhe-EKG kein Hinweis auf das Kammerflimmern.

eine überbetriebliche Ausbildung zum Einzelhandelskaufmann.

Fazit für die Praxis

Bei chronischen Erkrankungen sind es oft nicht nur die somatischen Probleme, die eine soziale und berufliche Integration erschweren oder verhindern. Häufig

spielen der familiäre Rahmen, Defizite im Krankheitsmanagement, die Angst des Umfelds im Privatbereich, in Schule und Beruf und/oder psychische Komorbiditäten eine viel entscheidendere Rolle. Diese komplexe Problematik lässt sich nur durch ein enges Zusammenspiel von Ärzten und allen anderen Fachdisziplinen bis in den Alltagsbereich hinein lösen.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Ulrich Dorsch, CJD Berchtesgaden – Gesundheit · Bildung · Beruf
 Buchenhöhe 46, 83471 Berchtesgaden
 Tel.: 08652/6000-0
 E-Mail: cjd@cjd.de

Red.: Huppertz

Welche Diagnose wird gestellt?

Anne Teichler

Anamnese

Ein 15 Monate alter Junge wird mit einer Schwellung unterhalb der linken Augenbraue vorgestellt, die im Alter von drei Monaten erstmals aufgefallen und seither langsam, aber stetig gewachsen sei. Assoziierte Beschwerden bestünden nicht. Die weitere Eigen- und Familienanamnese sind unauffällig.

Untersuchungsbefund

15 Monate altes männliches Kleinkind in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Unter der linken Augenbraue findet sich lateral ein 1.5 cm durchmessender, subkutaner, prallelastischer, kaum verschieblicher und nicht druckdolenter Tumor. Das übrige Integument ist unauffällig. Sonografisch zeigt sich ein echoarme und ovaläre Struktur mit einer geringen Impression der Knochenkontur.

Welche Diagnose wird gestellt?

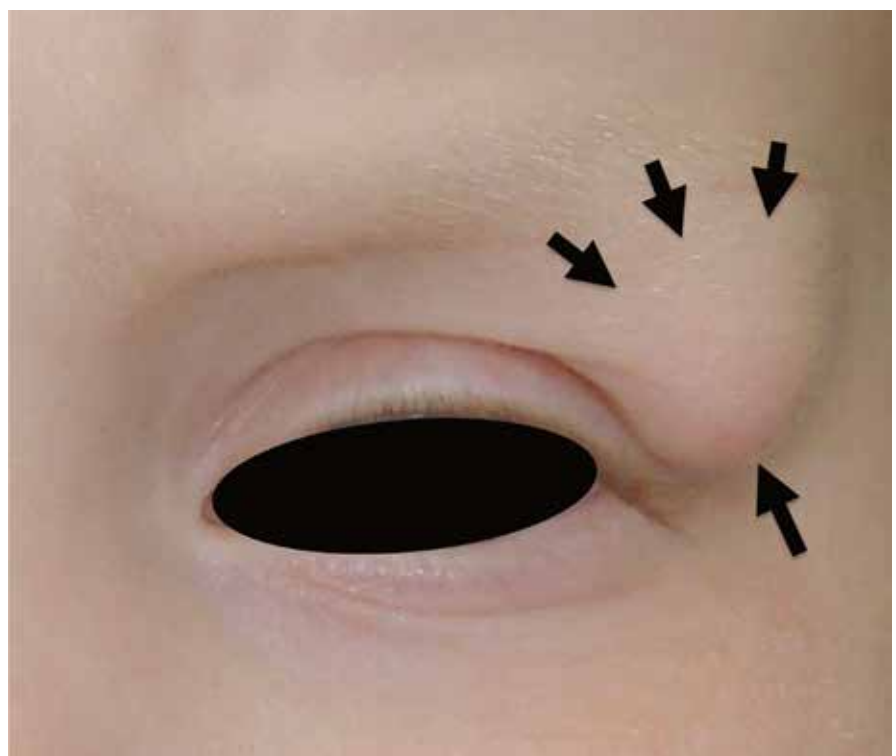


Abb. 1: Prallelastischer Tumor unterhalb der linken Augenbraue lateral

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



Diagnose

Dermoidzyste

Dermoidzysten sind kongenitale, subkutane Zysten, die häufig erst im Laufe der ersten Lebensmonate durch langsames Größenwachstum manifest werden. Es handelt sich um dysontogenetische Tumore, die durch Versprengung embryonalen Gewebes entlang embryonaler Fusionslinien entstehen und verschiedene Adnexstrukturen wie Talgdrüsen, Schweißdrüsen und Haarfollikel, seltener auch Knochen, Zähne und Nervengewebe enthalten können.

Klinisch finden sich subkutane, prall-elastische und asymptomatische Tumore, die durch Verwachsung mit dem darunter liegenden Periost oftmals nicht oder kaum verschieblich sind. In der Regel handelt es sich um solitäre, 1-4 cm durchmessende, hautfarbene Läsionen mit darüber liegender unauffälliger Epidermis. Manchmal findet sich ein assoziierter Porus oder Dermalsinus. Dermoidzysten bilden sich im Bereich von Kopf, Gesicht oder Rücken aus, z.B. an der lateralen Stirn, über der Nasenwurzel, occipital, am vorderen Hals, submental oder über der anterioren Fontanelle. Am häufigsten sind sie über der lateralen Augenbraue lokalisiert und können hier mit einer Proptosis und einer Erosion der orbitalen Knochen einhergehen. Bei Lokalisation in der Mittellinie ist eine Verbindung zum Ventrikelsystem bzw. Spinalkanal möglich. In diesem Fall besteht ein erhöhtes Meningitisrisiko.

Unbehandelt kommt es zu einem allmählichen Größenwachstum der Dermoidzysten. Komplikationen wie Ruptur mit entzündlicher Umgebungsreaktion, Rötung und zunehmender Schwellung, insbesondere im Falle eines Traumas sind möglich. In Einzelfällen wurde eine maligne Entartung beschrieben.

Diagnostik und Differenzialdiagnosen

Die Diagnose einer Dermoidzyste ist zumeist eine Blickdiagnose.

Histologische Merkmale sind eine epidermale Auskleidung der zystischen Hohlräume, in deren Lumen abgeschilferte Epithelien, Talg, Adnexstrukturen, wie Haarfollikel, Talgdrüsen, ekkrine und apokrine Schweißdrüsen und teilweise auch mesodermale Hautbestandteile zu finden sind.

Bei Epidermalen Zysten, die im Gegensatz zu den Dermoidzysten intradermal gelegen sind, findet man diese Strukturen nicht. Sie treten zudem eher bei älteren Kindern auf. Trichilemmalzysten sind meist am behaarten Kopf lokalisiert und zum Teil etwas besser verschieblich.

Subkutane Hämangiome unterscheiden sich von Dermoidzysten durch den meist weichen Tastbefund und die sonografisch darstellbare kräftige Perfusion und schnellere Größenzunahme in der Wachstumsphase. Weitere Differenzialdiagnosen sind

- bei Lokalisation über der Nasenwurzel ein nasales Gliom und eine Meningoenzephalozele

- bei Lokalisation am Hals mediane Halszysten, branchiogene Zysten und seltener ektopes Schilddrüsengewebe.

Therapie

Um maligne Transformation, ästhetische Beeinträchtigung und Komplikationen wie Perforation und entzündliche Reaktionen zu vermeiden, wird eine prophylaktische Exzision empfohlen. Aufgrund des erhöhten Narkoserisikos im ersten Lebensjahr bietet sich hierfür das Kleinkindalter an. Bei Lokalisation in der Mittellinie ist präoperativ eine bildgebende Diagnostik (MRT) angezeigt um eine Kommunikation der Zyste mit Liquorräumen bzw. eine assoziierte Enzephalozele auszuschließen.

Literaturangaben

1. Choi JS, Bae YC, Lee JW, Kang GB. Dermoid cysts: Epidemiology and diagnostic approach based on clinical experiences. Arch Plast Surg. 2018; 45: 512-516.
2. Hoeger PH Differential Diagnosis of Skin Nodules and Cysts. In: Irvine A, Hoeger PH, Yan A (Eds). Hapner's Textbook of Pediatric Dermatology. Oxford: Wiley Blackwell 3rd edition 2011, S. 92.1-92.9.
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. S.18.88.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Anne Teichler
 Abt. Pädiatrische Dermatologie
 und Allergologie
 Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
 Liliencronstraße 130, 22149 Hamburg
 Red.: Höger

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Eine akute Takotsubo-Kardiomyopathie bei einem 15-jährigen Mädchen nach Einnahme einer Überdosis von Amphetamin/Dextroamphetamin und Sertralin

A Case Report of Reversible Takotsubo Cardiomyopathy after Amphetamin/Dextroamphetamin Ingestion in a 15-Year-Old Adolescent Girl

Toce MS et al., J Pediatr; 182: 385-388, März 2017

Stimulanzien zählen bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsstörungen mit und ohne Hyperaktivität zu den bevorzugten Behandlungsoptionen. Mit ihrer erhöhten Verfügbarkeit hat auch die nicht medizinisch indizierte Einnahme dieser Medikamente zugenommen. Mehrere Studien haben das relative Risiko kardiovaskulärer Nebenwirkungen bei therapeutischer Anwendung von Stimulanzien auf das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-Syndrom untersucht und als gering eingestuft. In Überdosierung eingenommen können Stimulanzien jedoch eine Vielzahl von neurologischen und kardiovaskulären Komplikationen verursachen. Hierzu gehören Unruhe, Mydriasis, Diaphoresis, Tachykardie, Hypertonie und in schweren Fällen Anfälle, Koma, Myokardischämie, Kardiomyopathie und Tod.

Das Takotsubo-Syndrom (TTS), das auch unter dem Begriff Stresskardiomyopathie, apikales Ballonierungssyndrom oder als Syndrom des gebrochenen Herzens bekannt ist, wird definiert als eine vorübergehende Episode einer linksventrikulären systolischen und diastolischen Dysfunktion. Sie ist mit unterschiedlichen Graden von Bewegungsstörungen der Herzwand und einer charakteristischen Ballonbildung an der ventrikulären Spitze assoziiert, die zu einer Einschränkung der Pumpleistung führen. „Takotsubo“ ist der Name für eine japanische Oktopusfalle, die die gleiche Form und das gleiche Aussehen wie die ballonierende linke Herzkammer in der typischen Ausprägung dieser Kardiomyopathie in den bildgebenden Verfahren besitzt. Sie tritt hauptsächlich bei älteren, postmenopausalen Frauen auf, seltener bei Kindern und Jugendlichen, und wird durch emotionalen und/oder körperlichen Stress ausgelöst. Stimulanzien können, wenn sie im Übermaß aufgenommen werden, wie der Fallbericht von Toce et al. zeigt, ebenfalls zu einer Takotsubo-Kardiomyopathie führen.

Ein 15-jähriges Mädchen entwickelte 12 Stunden nach einer akuten, in suizidaler Absicht durchgeführten Einnahme von 6 Tabletten Amphetamin/Dextroamphetamin Retard 20 mg, 15 Tabletten Sertralin 25 mg (Antidepressivum) und von einer unbekannt Menge an Loratadin (Antihistaminikum) eine Takotsubo-Kardiomyopathie. Bei der Vorstellung in der Notfallambulanz berichtete sie, dass sie unter einem erheblichen Schulstress stehe und die Medikamente mit Absicht zusammen mit einer Klassenkameradin eingenommen habe. Bei der Untersuchung wies sie einen Puls von 128/Minute, einen Galopprrhythmus und ein weiches systolisches Herzgeräusch auf. Es fanden sich keine pulmonalen Symptome, keine Hepatosplenomegalie und keine peripheren Ödeme. Die Blutdruckwerte werden nicht berichtet. Bei den neurologischen Untersuchungen zeigten sich weder eine Hyperreflexie noch Kloni. Der Serum-Troponin T-Spiegel betrug 0,33 ng/ml und ging am 2. Krankenhaustag auf 0,08 ng/ml (Normalwert) zurück. Im Urin-Screening konnte ein Amphetamin-Wert von 1958 ng/ml nachgewiesen werden. Die mittlere Amphetamin-Halbwertszeit wird zwischen 9-11 Stunden angegeben. Das bei der Vorstellung abgeleitete initiale EKG wies eine Sinus-Tachykardie mit einer verlängerten QTc-Zeit von 482 ms (normal <450 ms) und eine leichte ST-Senkung in den präkordialen Ableitungen auf. Das Echokardiogramm zeigte Motilitätsstörungen der Herzwände und eine systolische Funktionsstörung mit einer linksventrikulären Ejektionsfraktion (LEVF) von 19%. (Anm.: eine Ejektionsfraktion <40% signalisiert ein Herzversagen) Die Patientin erhielt eine Heparin-Infusion und wurde auf der Intensivstation überwacht. Im weiteren Verlauf konnten die kardiologischen Befunde mit der Magnetresonanztomographie bestätigt und weiter quantifiziert werden. Eine Myokarditis und eine koronare Erkrankung konnten ausgeschlossen werden. Am 4. Tag nach der Krankenhausaufnahme hatte sich die LEVF bereits auf 45% (Anm.: Borderline LVEF) verbessert und nach 2 Monaten hatten sich alle Werte (LVEF 61%) und die QTc-Zeit normalisiert (<450 ms).

Der Zusammenhang zwischen plötzlichem Herztod und Stress ist seit der Antike als Volksweisheit bekannt. Schon Römer und Griechen wussten, dass starke negative und positive Emotionen das Herz schädigen und in extremen Fällen zum Tod führen können. Das Takotsubo-Syndrom (TTS) wurde erstmals in Japan 1990 von Sato und Dote zusammengefasst und als eigenständiges Krankheitsbild beschrieben. Die Originalartikel sind in japanisch verfasst und waren deshalb über 10 Jahre den westlichen Ländern nicht zugänglich. Die Autoren haben mit dieser Erkrankung eine linksventrikuläre Funktionsstörung mit einem koronaren ischämischen Angiospasmus verbunden, die den Symptomen eines Herzinfarktes ähnlich ist, aber bei der ein Herzinfarkt ausgeschlossen wurde. Neuere Studien stützen die Vorstellung, dass das Herz-Kreislauf-System zentral reguliert wird. Ein Netzwerk

Kommentar

Der Zusammenhang zwischen plötzlichem Herztod und Stress ist seit der Antike als Volksweisheit bekannt. Schon Römer und Griechen wussten, dass starke negative und positive Emotionen das Herz schädigen und in extremen Fällen zum Tod führen können. Das Takotsubo-Syndrom (TTS) wurde erstmals in Japan 1990 von Sato und Dote zusammengefasst und als eigenständiges Krankheitsbild beschrieben. Die Originalartikel sind in japanisch verfasst und waren deshalb über 10 Jahre den westlichen Ländern nicht zugänglich. Die Autoren haben mit dieser Erkrankung eine linksventrikuläre Funktionsstörung mit einem koronaren ischämischen Angiospasmus verbunden, die den Symptomen eines Herzinfarktes ähnlich ist, aber bei der ein Herzinfarkt ausgeschlossen wurde. Neuere Studien stützen die Vorstellung, dass das Herz-Kreislauf-System zentral reguliert wird. Ein Netzwerk

bestehend aus dem insulären Kortex, der bei Schädigung zu einer erhöhten Sympathicusaktivität führt, dem anterioren cingulären Gyrus und dem Nucleus Amygdala scheint eine entscheidende Rolle bei der Regulierung des autonomen Nervensystems und bei der Regulation von emotionalem Stress zu spielen. Eine Schädigung des insulären Cortex und eines Teils des limbischen Systems konnte experimentell in einer MRI-Studie mit der Entstehung des TTS-Syndroms konsistent verbunden werden. TTS-Patienten weisen im emotional-autonomen Kontrollsystem homogene neuronale Veränderungen im MRI auf. Im Tiermodell führt die Aktivierung kardialer Adrenorezeptoren zum klinischen Bild der TTS-Kardiomyopathie. Klinische Untersuchungen bei Patienten mit einer TTS-Kardiomyopathie haben im Vergleich zu Myokardinfarkt-Patienten um das zwei- bis drei-fache erhöhte Katecholamin-Serumspiegel ergeben. Das TTS wird bei jungen und alten Patienten mit Katecholamin-produzierenden Phäochromozytomen beschrieben. Pharmakogenetische Untersuchungen zeigen, dass die kontraktile Gefäßantwort auf Katecholamine über einen ARG389Gly beta1-adrenorezeptor Gen-Polymorphismus mitbeeinflusst wird. Naguy et al. beschreiben ein TTS als Folge einer gleichzeitigen Einnahme von Atomoxetin und Fluoxetin. Mit der zunehmenden Prävalenz der Einnahme verordneter Stimulanzien dürfte das Missbrauchsrisiko für Amphetamin und Amphetamin-ähnlicher Substanzen im Kindes- und Jugendalter wachsen. Ein Übermaß an katecholaminerger Stimulation durch Amphetamin/Dextroamphetamin und die Verlängerung der QTc-Zeit durch Sertralin hat bei der Vergiftung des 15-jährigen Mädchens zu einem transienten kardiotoxischen Effekt und zum TTS geführt.

Die TTS-Myokardiopathie ist ein meist reversibles Krankheitsbild mit einer lokalen und generalisierten systolischen und diastolischen Funktionsstörung der Herzmuskulatur, das überwiegend bei älteren Frauen auftritt. Wenn das TTS im Kindesalter auch nur selten vorkommt und überwiegend unbekannt ist, sollten Kinder- und Jugendärzte auf dieses Krankheitsbild vorbereitet sein. Stimulanzien werden zur Behandlung des ADHD-Syndroms häufig verordnet und können, missbräuchlich eingenommen, das Risiko für eine Stimulanzien-Kardiomyopathie erhöhen und in Einzelfällen ein TTS verursachen.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Zucker und Adipositas

Obesity: The Worldwide Epidemic

James PT, Clin Dermatol, 22 (4), 276-80, Juli/August 2004

In den letzten Jahrzehnten hat die Prävalenz der Adipositas in den westlichen Ländern explosionsartig zugenommen [1]. Die Zahl der übergewichtigen Erwachsenen hat sich in den USA verdoppelt und die der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen verdreifacht. Vergleichbare Zahlen liegen aus Europa und Australien vor [2, 3]. Übergewichtige Kinder werden übergewichtige Erwachsene [4]. Adipositas im Kindesalter erhöht das spätere Blut-

druck-, Schlaganfall-, Krebs- und das Typ-2-Diabetes-Risiko und verkürzt die Lebenserwartung. Die in den genannten Ländern epidemisch auftretende Adipositas hat zu erheblichen Anstrengungen geführt, Lösungen für ein komplexes Problem zu finden.

Wer über Zucker spricht, denkt an den süßen, weißen, kristallinen Tischzucker, mit dem Kuchen oder Plätzchen gebacken, Marmelade gekocht und der Tee, Kaffee oder der Espresso gesüßt werden. Die Menschen benötigen Zucker, der von Pflanzen synthetisiert über Obst und Gemüse, aber auch über tierische Produkte (Milchzucker) in ausreichender Menge über die Nahrung aufgenommen und entsprechend den vielfältigen metabolischen Bedürfnissen des Körpers verändert wird. Im Körper ist Zucker überall. Eiweiße und Fette werden an Zuckermoleküle zu Glykoproteinen und Glykolipiden gebunden, die wichtige Membran-, Signal- und Immunfunktionen besitzen. Jeder Körperzelle ist mit einem Zuckermantel aus Glykolipiden und Glykoproteinen umgeben, der Barcode-ähnliche immunologische Erkennungsmerkmale besitzt [5].

Die Möglichkeit der industriellen Herstellung von Zucker hat zu einem massiven Anstieg des Zuckerkonsums geführt. Der heute vielen Nahrungs- und Genussmitteln zur Besserung des Geschmacks hinzugefügte Zucker besitzt außer als Kalorienträger keinen nutritiven Wert. Darüber hinaus scheint übermäßiger Zuckerkonsum mit gesundheitlichen Risiken verbunden zu sein und ist derzeit Gegenstand wissenschaftlicher Kontroversen und gesundheitspolitischer Bedenken. Studien lassen vermuten, dass eine erhöhte Zuckeraufnahme neben anderen modifizierbaren Faktoren (z.B. Vitamin D-Mangel) mit einem erhöhten Risiko für Zahnkaries [6, 7], Übergewicht bis zur Adipositas [8], einem metabolischen Syndrom, einem Typ-2-Diabetes, einem erhöhten kardiometabolischen Risiko und einer erhöhten Mortalität bei Erwachsenen verbunden ist [9, 10].

Es bestehen jedoch nach wie vor Unsicherheiten und Kontroversen darüber, ob die Zuckeraufnahme in einem direkten Zusammenhang mit den vermuteten Krankheitsrisiken steht, oder ob diese auf die durch Zucker bedingte, übermäßige Energieaufnahme zurückgeführt werden können [8, 11]. Das Adipositas-Risiko scheint auch durch weitere, wie zum Beispiel genetische Faktoren beeinflusst zu werden [12]. Ein iso-kalorischer Zuckeraustausch führte in mehreren kleineren Studien zu nicht-signifikanten Gewichtsveränderungen [4]. De Ruyter et al. konnten mit ihrer Studie an 641 normalgewichtigen Kindern, die über 18 Monate entweder ein zuckerhaltiges oder ein zuckerfreies Getränk in der Schule erhielten, zeigen, dass nicht-kalorische Getränke die Gewichtsentwicklung und die Akkumulation von Körperfett reduzieren [8, 11, 13]. Unabhängig von den Auswirkungen auf das Körpergewicht, erhöht Zucker den Blutdruck und die Serumlipide [5].

In den europäischen, wie auch in anderen Industrieländern scheinen vor allem mit Zucker angereicherte Sodage Getränke (Sugar-Sweetened Beverages - SSB), Fruchtsäfte und Süßigkeiten, die wichtigsten Verursacher für eine erhöhte freie Zuckeraufnahme zu sein [2]. Freie Zucker werden als Monosaccharide, z.B. als Glucose, Galaktose, Fructose, oder als Disaccharide, z.B. als Kochzucker, bestehend zu gleichen Teilen aus Glucose und Fructose zur Süßung von Nahrungsmitteln und Getränken in Form von Honig, Sirup (high-fructose-corn-syrup), Fruchtsaft oder Fruchtsaftkonzentrat hinzugefügt. Der vermehrte Gebrauch von Fruchtsaftkonzentraten als Süßungsmittel und der zunehmende

Konsum von Fruchtsäften und Fruchtsaftgetränken haben in den vergangenen Jahrzehnten zu einer gesteigerten Zuckeraufnahme geführt und wahrscheinlich maßgeblich zum Anstieg der Gewichtskurven bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen beigetragen [14]. Die Zuckeraufnahme über SSB, der größten einzelnen Nahrungsquelle für Kalorien, besitzt in den USA einen etwa 10 bis 15 %igen Anteil an der gesamten täglichen Kalorienaufnahme. [15] SSB waren in einer australischen repräsentativen Studie die Hauptträger für zusätzlichen Zucker beim Lunch und Dinner, süße Brotaufstriche beim Frühstück [3].

In den letzten Jahren wurde vor allem der Fructose, dem natürlich in Früchten vorhandenen Zucker, dessen Konsum als Süßungsmittel in den letzten Jahrzehnten vor allem in den USA in der Form von high fructose corn syrup zugenommen hat, eine größere Aufmerksamkeit gewidmet. Der regelmäßige, übermäßige Konsum von den Nahrungsmitteln zugesetzter Fructose stellt, im Vergleich zur Glucose, eine größere Belastung für die metabolische Homöostase dar [16]. Einige Autoren halten vor allem den in gesüßten Soda-Getränken (SSB) und Speisen vorhandenen hohen freien oder in Kochzucker gebundenen Fruchtzucker für einen Haupttreiber bei der Entstehung der Adipositas, des metabolischen Syndroms, der Fettleber, des Typ-2-Diabetes mellitus und kardiovaskulärer Erkrankungen [17, 18]. Fructose geht im Stoffwechsel einen anderen Weg als Glucose, ist Insulin unabhängig und wird nach der intestinalen Aufnahme hauptsächlich zur Leber transportiert und dort auch zu Fett umgebaut. Fructose fördert bei überhöhtem Konsum die Lipogenese, was noch eher als bei der übermäßigen Aufnahme von Fetten zur nicht-alkoholischen Fettleber führt [19].

Natürlich vorkommender über Obst und Gemüse und nicht übermäßig aufgenommener Zucker ist kein Gift und dient der menschlichen Energieversorgung und Gesundheit. Es ist eher der übermäßige Kalorienkonsum, der Zucker, wie jede Art der Überernährung, zu einem gesundheitlichen Risiko werden lässt.

Angesichts der vorhandenen Daten empfiehlt die Amerikanische Gesellschaft für Kinderheilkunde (AAP) Kindern die geringste mögliche Menge an Zucker zur Verbesserung des Geschmacks für die Aufnahme Mikro- und Makronährstoff-reicher Lebensmittel zu verwenden [20]. Die zusätzliche Gabe von Zucker bietet keine ernährungsphysiologischen Vorteile. Zucker selbst ist aber nicht unbedingt schädlich. Zucker kann nach den amerikanischen Leitlinien auch ein geeignetes Mittel sein, um den Geschmack der kindlichen Nahrung zu verbessern und damit die Aufnahme einer an Mikro- und Makronährstoffen reichen Nahrung zu fördern und zu erleichtern. Im Übermaß verwendet, tragen zugesetzte Zucker wesentlich zur täglichen Kalorienaufnahme bei. In extremen Mengen (d.h. mehr als 25 % bis 30 % der täglichen Gesamtkalorien) können Zucker andere wichtige Mikro- und Makronährstoffe verdrängen. Dies kann bei Kindern zu einem Nährstoffmangel und zu Wachstumsstörungen führen [20]. Erstmals wurden 1995 Gedeihstörungen von Kleinkindern bei übermäßigem Fruchtsaftkonsum (Squash Syndrom) beschrieben. Es betrifft Kinder, die mehr als 30 % ihrer täglichen Energiezufuhr über hoch-zuckerhaltige Säfte decken [21, 22].

Die WHO empfiehlt in ihren Leitlinien die freie Zuckeraufnahme auf weniger als 10 % der gesamten Energieaufnahme bei Kindern und Erwachsenen zu reduzieren [23]. In Anlehnung an die Leitlinien der WHO erwägen viele Länder heute Regelungen oder gesundheitspolitische Maßnahmen, die darauf abzielen, die

Zuckeraufnahme in der Bevölkerung insbesondere bei Kindern zu verringern. Zucker scheint aber nicht die einzige Variable zu sein, die zum Übergewicht beiträgt. Mehrere Studien haben gezeigt, dass schon die pränatale mütterliche Ernährung über eine epigenetische Programmierung und die postnatale Menge der Proteinaufnahme über Formula-Milch das Adipositas-Risiko im Schulalter beeinflussen [24, 25]. Während in den USA Studien eine positive Verbindung zwischen Zuckerkonsum und Übergewicht aufweisen, konnte dieser Zusammenhang für Australien nicht nachgewiesen werden. Dort wurde zwischen 1980 und 2003 trotz eines sinkenden Zuckerkonsums eine Zunahme der Adipositas beobachtet [26]. Dies weist auf weitere, das Adipositas-Risiko beeinflussende Faktoren hin.

Wenn auch noch viele Fragen zur Genese der Adipositas offen bleiben, dürfte eine Begrenzung des Zuckerkonsums bei einer kalorisch ausreichenden und abwechslungsreichen Ernährung eine von vielen vernünftigen Strategien zur Senkung einer erhöhten Energieaufnahme und damit zum Erhalt der Gesundheit zu sein.

Literatur über den Verfasser

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Morphea

Frage

Ich betreue einen Jungen, bei dem ich die Verdachtsdiagnose Morphea bzw. zirkumskripte Sklerodermie stelle. Die Stelle ist am Hals und weist eine Länge von ca. 6 cm und eine maximale Breite von 2,5 cm auf. Aufgetreten ist das Hautbild erstmals vor etwa einem Jahr, ein halbes Jahr später wurde 1x-täglich Prednicarbat 2,5 mg/g Creme verordnet. Das Krankheitsbild besteht allerdings weiterhin.

- Sollten noch weitere differentialdiagnostische Überlegungen herangezogen werden?
- Welche Therapie schlagen Sie vor?

Antwort

Zu der Verdachtsdiagnose zirkumskripte Sklerodermie passt das klinische Bild, soweit auf dem Foto erkennbar, recht gut. Es ist ein ovalärer weißlich indurierter Plaque sichtbar, der umgeben ist von einem blassen ringförmigen Erythem, dem so genannten Lilac-Ring. Zentral ist ein bräunlich hyperpigmentierter atrophglänzender Anteil zu sehen.

In der Anamnese ist leider keine Angabe gemacht zum Palpationsbefund oder zur Entwicklung der Läsion. Wegweisend sind eine Verhärtung der betroffenen Haut oder ein Verwachsen mit dem darunterliegenden Gewebe.

Die hier vorliegende Plaque-Morphea ist die zweit-häufigste Sklerodermieform im Kindesalter, wobei Mädchen häufiger betroffen sind als Jungen. Eine meist solitäre wenige zentimetergroße Läsion ist typisch, die ein langsames zentrifugales Wachstum zeigt. Die initial oft asymptomatischen erythematös-fliederfarbenen und unscharf begrenzten Plaques (ent-

zündliche Phase) entwickeln mit zunehmender Größe ein verhärtetes weißliches Zentrum bis hin zu einer atroph glänzenden Narbenplatte mit Verlust der Haarfollikel. Bei der Plaque-Morphea kommt bei ca. 50 % der Patienten nach 3 Jahren zu einer Rückbildung. Sekundäre Veränderungen wie der hier vorliegende zentrale hyperpigmentierte Anteil, haben nur eine minimale und langsame Rückbildungstendenz. Ein Übergang in eine systemische Sklerodermie oder ein Organbefall kommt nicht vor.

Die Diagnose kann aufgrund des typischen Bildes zumeist klinisch gestellt werden, wie auch in dem vorliegenden Fall. Bei weniger eindeutigen Befunden ist zur Diagnosesicherung eine ausreichend tiefe Hautbiopsie (mit Subkutis) hilfreich. Laborchemische Parameter sind nicht wegweisend bei der Diagnosefindung, wohl aber bei der Abgrenzung anderer Differentialdiagnosen. Es sollten ein Differential-Blutbild (zum Ausschluss einer Eosinophilie), eine klinische Chemie (GOT, GPT, GGT, LDH, CK) sowie Auto-Antikörper (ANA, anti-Scl-70, Rf) bestimmt werden. Bei einem Teil der betroffenen Kinder findet sich eine positive Familienanamnese für rheumatische und Autoimmunerkrankungen. Obwohl sich die viel diskutierte Vermutung, dass die Morphea durch eine Borrelieninfektion ausgelöst wird, nicht hat bestätigen lassen, wird eine Borrelien-Serologie noch vielerorts routinemäßig als Diagnostik gefordert. Diese sollte möglichst nur in begründeten Einzelfällen erfolgen.

Die Differenzialdiagnosen sind stark abhängig von dem jeweiligen klinischen Bild. Die wichtigsten differenzialdiagnostischen Überlegungen sind der extrageni-

tale Lichen sclerosus et atrophicus, das Erythema migrans und das Granuloma anulare. Weitere Differentialdiagnosen umfassen eine Vitiligo, eine Lipodystrophie, Dermatomyositis und Pannikulitis.

Bei dem vorliegenden Fall erfolgte eine symptomatische Therapie der entzündlich aktiven Läsionen mit dem Ziel die Progression aufzuhalten und die Plaques weicher zu machen. Mittel- bis hochpotente topische Steroide sind Mittel der Wahl (z. B. Mometason 1x-täglich über 2–3 Monate, ggf. okklusiv). Die langfristige Anwendung hat bei diesem Patienten allerdings keine Besserung gebracht. Alternativ ist der Einsatz von Calcipotriol Salbe okklusiv 2x-täglich über mindestens 3 Monate, jedoch off-label, bei der Plaque-Morphea vielversprechend. Der Einsatz von topischen Calcineurin-Inhibitoren (z. B. Tacrolimus 0,1 % okklusiv 2x-täglich über 3 Monate) hat in mehreren Fallstudien ebenfalls sehr positive Effekte gezeigt. An bereits atrophischen Arealen wird mit der Lokalthherapie keine Veränderung mehr erreicht. Eine systemische Therapie dagegen ist erst bei Komplikationen oder ausgedehnten Hautbefunden indiziert. Gut wirksam ist die Therapie mit UVA1-Licht, wodurch interstitielle Kollagenasen induziert werden, allerdings sollte die Indikation bei Kindern wegen möglicher Langzeitnebenwirkungen zurückhaltend gestellt werden.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Adriane Peveling-Oberhag
Universitätsmedizin Mainz
Medizinischer Bereich Universitäts-
Hautklinik
Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz

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.

Netzwerke bauen für Kinder

Der BVKJ veranstaltete zum fünften Mal Kooperationspartnertag in Berlin // Am 3. Mai fand in Berlin zum fünften Mal der Kooperationspartnertag des BVKJ statt. Die Idee hinter der Veranstaltung: eine Plattform schaffen, auf der sich Kinder- und Jugendärzte, aber auch Ärzte anderer Fachrichtungen, Therapeuten, ehrenamtliche Organisationen, Versicherungen, Selbsthilfegruppen, Politiker und Pharmaunternehmen begegnen, miteinander ins Gespräch kommen, neue Kontakte knüpfen und alte auffrischen. Denn je besser die Professionen zusammenarbeiten, je fester und enger die Maschen des Netzwerks, desto mehr können sie dazu beitragen, dass Kinder und Jugendliche in Deutschland möglichst gesund aufwachsen und ihre individuellen Kompetenzen entwickeln können. Die bisherigen Kooperationspartnertage waren so erfolgreich, dass der fünfte schon früh geplant werden konnte.

Am Morgen vor der glanzvollen Medienpreisverleihung und am Vortag des Obleutetreffens war es also wieder soweit. Der Präsident des BVKJ, Dr. Thomas Fischbach, eröffnete den fünften Kooperationspartnertag in Berlin. Zahlreiche Institutionen - unter anderen die Barmer GEK, die DAK, die Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für

„Wir Sozialpädiater arbeiten gerne mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte zusammen, hier erreichen wir besonders unsere Kollegen in der Praxis, im Öffentlichen Gesundheitsdienst und in der Rehabilitation!“ **„Gesunde Kinder sind unsere Zukunft“ – Wir unterstützen diese Vision aus voller Überzeugung und kooperieren daher schon immer gerne mit dem BVKJ.“**

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.

Kinder e. V., Ergo- und Logopädieverbände, die Deutsche Liga für das Kind, die Stiftung Lesen und die BVKJ-eigene Stiftung Kind und Jugend, die pädiatrischen Schwesterngesellschaften des BVKJ, das Selbsthilfenetzwerk Kindernetzwerk, MOGIS e.V./Terres des Femmes, das Netzwerk Gesund ins Leben (BZfE), diverse Pharmaunternehmen wie Pfizer, Biogen, GSK und Sanofi und der Verband Bildung und Erziehung – hatten sich dazu

„Warum wir gern mit dem BVKJ miteinander kooperieren? Weil wir zusammen so hilfreiche Produkte wie die Merkblätter und Filme „Seelisch gesund aufwachsen“ entwickeln.“

Prof. Jörg Maywald / Deutsche Liga für das Kind



im Hotel H4 am Alexanderplatz eingefunden, präsentierten ihre Arbeitsfelder und loteten in ungezwungener Atmosphäre mögliche Kooperationen aus. Schon kurz nach Beginn konnte man vor den Ständen der Aussteller und an den vielen Stehtischen beobachten, wie die BVKJ-Gäste miteinander in Gespräche vertieft waren. Zusätzlich zu ihren Ständen präsentierten sich die unterschiedlichen Institutionen auf einer großen Chart-Tafel.

„Der BVKJ ist wichtig, er unterstützt die Kinder- und Jugendreha. Die Kinder- und Jugendreha schult kranke Kinder und Jugendliche und unterstützt die Kinder- und Jugendärzte.“

Alwin Baumann, Bündnis Kinder- und Jugend-Reha

In seiner Begrüßungsrede skizzierte BVKJ-Präsident Thomas Fischbach die Networking-Idee des Kooperationstages und machte die Anwesenden vertraut mit den wichtigsten Themen, die den Berufsverband zur Zeit bewegen: die Ausbildung

„Kinder mit seltenen, chronischen Erkrankungen und Behinderungen benötigen im besonderen Maß ausreichend viele, kompetente und patienten-orientiert arbeitende Kinder- und Jugendärzte. Ohne enge Kooperation mit dem BVKJ ist dieses Ziel für uns nicht zu erreichen.“

Kindernetzwerk e. V.

des pädiatrischen Nachwuchses, die sich durch den Masterplan Medizinstudium 2020 ändern wird, die Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin und die Erwartungen, die der BVKJ und die anderen pädiatrischen Verbände an die Politik der Bundesregierung in der zweiten Hälfte der Legislatur haben und natürlich die Diskussion um die Masernimpfpflicht.

„Die Gespräche auf dem Kooperationspartnertag des BVKJ sind für uns jedes Jahr vor allem für die Kooperation mit den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten wertvoll.“

Rebecca Maier, Nationales Zentrum Frühe Hilfen

Der Präsident zeigte sich erfreut über die rege Teilnahme so vieler Partner am Kooperationsstag. Je stärker die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller mit dem Kindeswohl befassten Professionen werde, um so näher komme man der bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung aller Kinder in Deutschland. Dies hätten auch die bisherigen Kooperationspartnertage – in dieser Form eine einmalige Veranstaltungsreihe – gezeigt.

„Wir sind Partner im Gesundheitssystem und wollen zu einer bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung von Kinder und Jugendlichen beitragen. Dazu gehört auch der Dialog mit medizinischen Fachkreisen, Patientenvertretern, Eltern und Kindern. Deshalb freuen wir uns die Veranstaltung des BVKJ zu unterstützen.“

MSD

Angelegt war der Kooperationspartnertag wieder als interdisziplinäres Forum mit dem Schwerpunkt auf sozialpädiatrischen Themen. Workshops behandelten die Themen Entwicklungsförderung im Vor- und Grundschulbereich, die Rolle des Pädiaters bei Entwicklungsauffälligkeiten, frühkindliche

„Ich bin hier, weil mir das Thema Kinder- und Jugendreha am Herzen liegt und ich gerne Kommunikation betreiben würde, um die Hürden beim Antragsverfahren und bei der Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendreha abzubauen möchte.“

Dr. Markus Jaster, *Abteilungsarzt Deutsche Rentenversicherung Bund*

prägende Faktoren für die Entwicklung und die Möglichkeiten der GKV für die Verbesserung der Situation benachteiligter Kinder.

„Wir sind hier, weil unser Thema, der Kinderschutz, immer auch ein Thema ist, das medizinische Fragen ganz elementar mitbetrifft. Für die notwendige Versachlichung bei oft hoch emotionalen Kinderschutzdebatten braucht es medizinischen Sachverstand und Kompetenz. So ist das Thema rituelle Vorhautentfernungen bei Jungen, die so genannte Beschneidung, sehr emotional aufgeladen, es berührt kulturelle und religiöse Belange. Eltern brauchen hier Aufklärung über die medizinischen Folgen und da sind Kinder- und Jugendärzte einfach die wichtigsten Ansprechpartner.“

Victor Schiering, *Mogis e. V.*

In der Podiumsdiskussion im Plenum ging es am Nachmittag um das große BVKJ-Thema „Kinderarmut – Gesundheit – Bildung:

Situation und mögliche Wege aus dem Teufelskreis“. Als Beispiel dienten die Verhältnisse in Berlin.

„Wir unterstützen diesen Kooperationspartnertag, weil wir die Zusammenarbeit mit dem BVKJ schätzen und uns wünschen, dass alle Kinder gesund durchs Leben gehen durch Impfungen.“

Nicole Lambers, *Projektmanagerin*

Im Mittelpunkt der Veranstaltung, zu der sich über 150 Teilnehmerinnen und Teilnehmer angemeldet hatten, darunter auch mehrere Vertreterinnen und Vertreter vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, stand jedoch der informelle Austausch der Ärzte, Gesundheitspolitiker und Industrievertreter. Das Fazit des fünften Kooperationspartnertags zogen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Regine Hauch

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).

Wohin mit dem Geld
von Tilo Croonenberg, Heft 5 2019,
S. 264 ff.



Liebe Frau Hauch, lieber Herr Croonenberg, seit drei Ausgaben erscheint die Rubrik „Wohin mit dem Geld“, Hexenwerk oder Geheimwissenschaft. Hier beschäftigt sich der Profi für uns mit dem kleinen Einmaleins der Kapitalanlage, sortiert Anlageprofile und Ratings und beleuchtet Gewinnmöglichkeiten. Das alles in knapper und gut verständlicher Weise. Wohlweisend: wir alle haben eine Verlustaversion. Lieber Herr Croonenberg, bitte belästigen Sie uns weiterhin mit Ihren Tipps und erziehen Sie uns zu geduldigen Anlegern. So vermeiden wir hoffentlich typische Fehler, denn wie lautet der alte Spruch an der Börse: „Hin und her macht Taschen leer“.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Sylvia Schuster

Red.: ReH

Wohin mit dem Geld

Deutscher Aktienmarkt: Zwei Jahrzehnte Enttäuschungen // Lässt man die im üblicherweise beobachteten DAX-Performance Aktienindex berücksichtigten Dividenden mal weg, dann zeigt sich, dass unsere heimischen Standardaktien seit fast zwei Jahrzehnten kursmäßig nicht mehr vorangekommen sind. Das überrascht, wenn man zum Beispiel bedenkt, dass die deutsche Volkswirtschaft – gemessen am Bruttoinlandsprodukt – derweil um 64 Prozent oder 1.321 Milliarden Euro gewachsen ist.



Tilo Croonenberg

Lassen wir mögliche Begründungen zunächst mal weg, dann fällt auf, dass sich die Banken etwa im gleichen Zeitraum wertmäßig von zwei Dritteln ihrer Bestände an einheimischen Aktien getrennt haben. Mit gut 15 Milliarden Euro ist ihr Portefeuille inzwischen äußerst gering bestückt, wenn man bedenkt, dass das gesamte Geschäftsvolumen des Kreditgewerbes bei 7.950 Milliarden Euro liegt. Das ist dann eine deutsche Aktienquote an der Bilanzsumme von 0,2 Prozent. Auf dem Höhepunkt der Aktienfreude der Bankiers lag diese Quote im Mai 2000 bei 1,6 Prozent, also acht Mal so hoch.

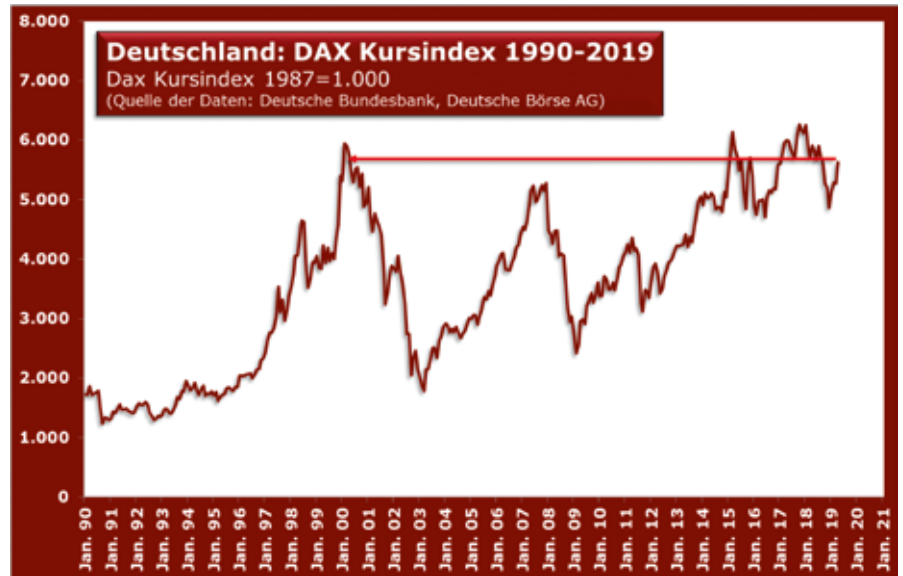
Auch bei Privatanlegern scheinen „unsere“ Aktien „mega-out“ zu sein. Als Indikator dafür kann der heimische Aktienanteil bei deutschen Aktien-Publikumsfonds dienen. Er zeigt, wie viel auf Aktien spezialisierte Fonds, die Sie am Bankschalter kaufen können, in heimische Papiere dieser Art stecken. Ich habe Ihnen das mal im folgenden Schaubild für ein Jahrzehnt ausgewiesen. Sie sehen, dass ab Ende 2013 die Kurse per Saldo wieder mal stagnieren (rote Linie) und dass sich der einheimische Aktienanteil derweil auf ein Allzeittief reduziert hat. Man kauft also noch Aktien, aber keine deutschen.

Und diese Tendenz gilt nicht nur für das breite Anlegerpublikum, sondern auch für die Profis in Versicherungen und

Pensionskassen. Die legen ihr für Aktien reserviertes Geld fast ausschließlich in Spezialfonds an, von denen ich Ihnen die Aktienquoten getrennt nach allen Aktien (rote Kurve oben) und den deutschen Aktien (braune Kurve unten) zeige. Dank der Kursgewinne vom Januar konnte sich die Aktienquote insgesamt wieder auf 13,4 Prozent steigern. Die Quote deutscher Aktien verharnte mit 2,3 Prozent hinge-

gen fast auf dem Tiefstniveau von 2,2 Prozent vom Vormonat Dezember 2018.

Bankiers, die früher an unserem Aktienmarkt eine beherrschende Rolle spielten, das breite Anlegerpublikum und die Profis – alle scheinen sich in der Abneigung gegen heimische Aktien irgendwie einig zu sein. Nun könnte man dafür zunächst einmal einen simplen Grund anführen: ein Markt, an dem die Preise zwei



Jahrzehnte nicht mehr steigen, zieht kein Interesse auf sich. Mehr noch: irgendwann werfen auch die Unentwegtesten entnervt

das Handtuch. Getreu des alten Börsenspruches „Die Baisse nährt die Baisse“. (Der Begriff Bullenmarkt oder Hausse

steht an der Börse für anhaltend steigende Kurse, Bärenmarkt oder Baisse steht hingegen für anhaltend sinkende Kurse.)

Aber diese erste Überlegung verschiebt die Fragestellung nur. Denn nun muss man doch fragen: warum haben die Kurse denn so lange stagniert? Einfach wäre die Antwort: weil da welche verkauft haben wie oben gezeigt etwa die Banken. Aber der Kern der Frage ist: warum sind die Aktien hierzulande so unattraktiv, dass alle fliehen?

Sicherlich waren die Notierungen Anfang 2000 – als die Stagnation ihren Anfang nahm – einfach zu hoch, um nachhaltig zu sein. Die Älteren unter Ihnen erinnern sich noch: damals schwelgten die Anleger in den vorangegangenen Wonnemonaten des Neuen Marktes, diskutierten über den Höhenflug der Telekom-Aktie und zeichneten begeistert Neuemissionen. Der anschließende Kurssturz um 70 Prozent wirkte dann wie eine eiskalte Dusche.

Hinzu kommt aber Tieferliegendes: der deutsche Aktienmarkt bestand und besteht – zumindest bei den Top-Werten – in beachtlichem Umfang aus Branchen, die in den letzten Jahrzehnten in gewissen Zeitabschnitten arg zu kämpfen hatten: Stromversorger, Banken, Auto, Telekom oder Thyssen. Dem standen nur wenige „Leuchttürme“ mit echter Spitzentechnologie wie etwa SAP, Linde, BASF, Bayer oder Siemens gegenüber. So hatte praktisch jedes Depot die eine oder andere dicke Enttäuschung zu verkraften.

Und das bei der chronischen Abneigung der Deutschen gegen Aktien, die seit Menschengedenken jede Pleite als Beleg für die mangelhafte Eignung solcher Papiere zur Langfristanlage betrachten. Dass die größten Reinfälle des letzten Jahrhunderts gleich zwei Mal bei Spareinlagen, Anleihen und Lebensversicherungen stattfanden, haben wir alle geflissentlich aus dem Gedächtnis getilgt.

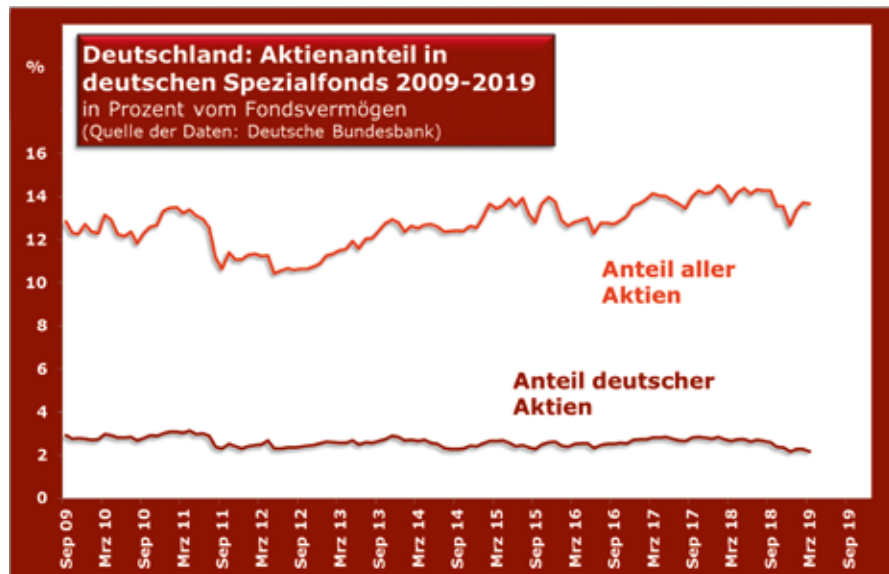
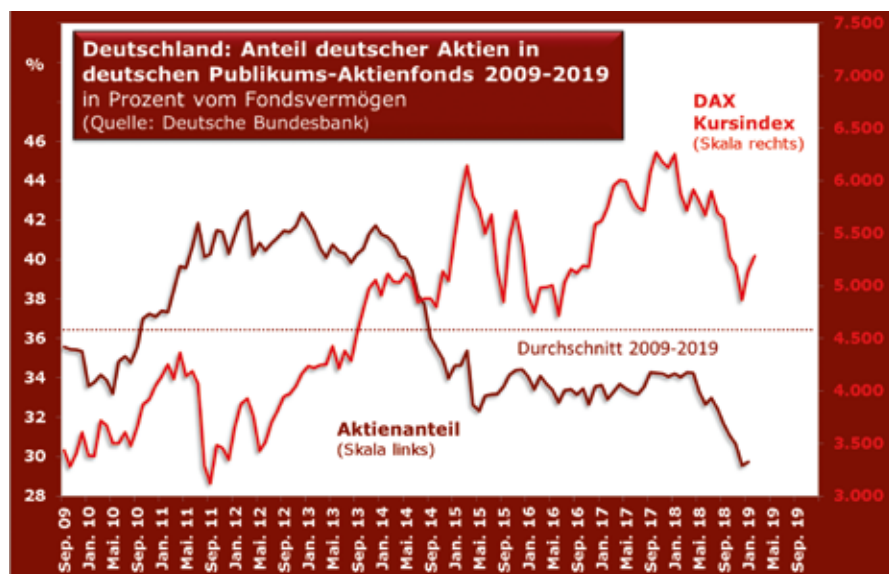
Die größte Frage aber steht am Ende: schafft die Friedhofstimmung am Aktienmarkt irgendwann mal den Nährboden für eine nachhaltige Hausse?

Die Antwort kennen wir alle (noch) nicht.

Korrespondenzanschrift:

Tilo Croonenberg
VM Vermögens-Management GmbH
Berliner Allee 10, 40212 Düsseldorf

Red.: ReH



Der Bundesverband Williams-Beuren-Syndrom e.V. stellt sich vor



Schon sehr früh erkannte Prof. Dr. Pankau die Besonderheiten von Patienten mit einem Williams-Beuren-Syndrom (WBS). Ihr besonderer Charme, die Kontaktfreude, das besondere musikalische Gespür stachen hervor. Der engagierte Pädiater knüpfte Kontakte zu und unter betroffenen Familien und betrieb bereits sehr intensives „Netzwerken“. Aus den ersten informellen und primär informativen Treffen entstand der Gedanke, sich in einem Verein zu organisieren, um dem „Seltenen eine gemeinsame Stimme zu geben“. Im Jahr 1989 wurde schließlich der Bundesverband gegründet.

Selbsthilfeverband WBS heute

Aus 24 Gründungsmitgliedern wuchs der Verband kontinuierlich aber stetig und etablierte feste Strukturen mit regionalen Ansprechpartnern, lokalen und regionalen Familientreffen, einer regelmäßigen Bundesverbandstagung bis hin zur Vernetzung über neue Medien (Homepage und soziale Netzwerke), um so viele Betroffene wie möglich zu erreichen. Inzwischen wird der **30. Jahrestag der Verbandsgründung** begangen. Der jahrelange enge Kontakt zum **medizinischen Beirat** trug wesentlich zur Grundlagenforschung bei und die einst kleine Elternselbsthilfegruppe ist mit seinen Mitgliedern und Betroffenen mittlerweile erwachsen geworden und darf sich – bei aller Bescheidenheit – als internationales Vorbild sehen. Die medizinische Versorgungsstruktur ist einzigartig in Europa.

In Deutschland haben sich **über 600 betroffene Familien** im ehrenamtlich arbeitenden Bundesverband Williams-Beuren-Syndrom e. V. zusammengeschlossen. Die Elternselbsthilfegruppe versorgt Sie mit wichtigem Informationsmaterial, wie z. B. der Eltern-, Pädagogenbroschüre, dem Merkblatt für Arbeitgeber oder dem Patientenordner. Kontakt und Austausch auf regionaler Ebene helfen Probleme und den Alltag besser zu meistern. Der Verband vermittelt Kontakte, organisiert Treffen und Informationsveranstaltungen, unterstützt Forschende, veröffentlicht und verbreitet Informationen. Er vermittelt Hilfe und Unterstützung und kooperiert mit nationalen und internationalen Dachverbänden.

Seit 2015 hat sich in der **HELIOS St. Johannes Klinik in Duisburg ein Zentrum für WBS-Patienten aller Altersklassen unter pädiatrischer Federführung** etabliert, welches alle notwendigen Fachdisziplinen aus der Erwachsenen- und pädiatri-

schen Medizin in eng getakteten stationären Aufenthalten involviert und Konzepte für die heimatnah betreuenden Ärzte und Kliniken erstellt. Über 250 direkte stationäre Patientenkontakte aus ganz Deutschland fanden so bereits statt, darunter über 70 erwachsene Patienten. Der Bundesverband arbeitet eng mit dem Klinikum zusammen.

Kurzdarstellung des WBS

Das WBS tritt mit einer Häufigkeit von 1:7.500 – 1:10.000 auf. Es ist eine **Multisystemerkrankung**, welche besonders auf der **Fehlkodierung für Elastin** fokussiert. 1993 wurde die **Mikrodeletion auf dem langen Arm des Chromosoms 7** entdeckt. Anfang der 60er Jahre wurde es durch die beiden Kardiologen Williams und Beuren erstmals beschrieben.

Charakteristische Merkmale sind:

- Gefäßverengungen und Gefäßveränderungen insbesondere in Herznähe
- Typische Gesichtszüge

- Minderwuchs
- leichte bis mittelschwere geistige Behinderung
- Entwicklungsverzögerung (u. a. Laufen und Sprechen)
- Typisches Persönlichkeitsprofil
- Ess- und Trinkschwierigkeiten
- Geräuschempfindlichkeit
- musikalische Begabung

Probleme bei der frühzeitigen Diagnosestellung

Wenn ein Kind nicht das fast schon pathognomonische Bild der WBS-typischen **kardiovaskulären Fehlbildung** bietet, vergehen oft Jahre bis zur Diagnosestellung. Der Wunsch aller Eltern ist es, ernst genommen zu werden und nicht mit Beruhigungen und Abwinken abgetan zu werden. Eltern haben oft einen sechsten Sinn, dass etwas „anders“ ist, dass mit ihrem Kind etwas nicht stimmt. Diese Signale als Ausdruck großer Beunruhigung sollten bei jedem Arzt berücksichtigt werden.



Ist die Diagnose erst einmal gestellt, entwickeln sich die Eltern eines Kindes mit einer seltenen Erkrankung rasch zu Spezialisten. Wenige Ärzte kennen die Besonderheiten des Syndroms und sind zunächst auf das Wissen und die Erläuterungen der Eltern angewiesen. Eltern wünschen sich für die Begleitung dieser Kinder einen engagierten Arzt, der sich mit dem komplexen Thema beschäftigt und sich mit Spezialisten austauscht um

das eigene Kind optimal behandeln, fördern und fordern zu können.

Erste Informationen finden sich in den Empfehlungen, die 2005 in der Monatszeitschrift für Kinderheilkunde veröffentlicht wurden. Herr Prof. Pankau, Herr Prof. Partsch, Herr Prof. Wessel und Frau Prof. Gosch veröffentlichen 2014 ein Buch zum Williams-Beuren-Syndrom. Informationen und Kontakte finden Sie auf den Internetseiten des Verbandes (www.w-b-s.de).

Korrespondenzanschrift:

Christina Leber
 Urselbachstraße 17, 61440 Oberursel
 Tel. 06171 / 78740
 E-Mail: info@w-b-s.de

Fachliche Beratung:

elke.reutershahn@helios-gesundheit.de
 Red.: WH

Giffey will Kinder stärker vor Missbrauch schützen

Bundesfamilienministerin Franziska Giffey (SPD) hat in Dannenberg im Wendland das Modellprojekt Violetta zum Schutz von Kindern vor sexueller Gewalt eingeleitet. In den kommenden Jahren sollen bundesweit acht weitere Beratungszentren im ländlichen Raum gefördert werden.

„Es darf nicht vom Wohnort abhängen, ob es kompetente Ansprechpersonen gibt, wenn Hilfe und Unterstützung nötig

sind“, sagte Giffey nach Angaben ihres Ministeriums.

Bis 2022 stellt die Bundesregierung für das Projekt 3,3 Millionen Euro zur Verfügung. In Dannenberg wird damit die Fachberatungsstelle Violetta unterstützt. In Mecklenburg-Vorpommern ist es die Caritas in Greifswald, in Baden-Württemberg die Fachberatung Brennessel in Ravensburg. Weitere fünf Stellen sollen 2020 ausgewählt werden.

Das Modellprojekt „Wir vor Ort gegen sexuelle Gewalt“ sollte nach den Worten von Johannes-Wilhelm Rörig, Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, von den Ländern als Ansporn verstanden werden, den Kinderschutz in ihren ländlichen Regionen zu verbessern.

Quelle: dpa

Red.: ReH

Leitfaden für Kindertagesstätten

Zur Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes und zum Umgang mit Infektionskrankheiten in Hamburg // In einer 67-seitigen Broschüre vom März 2019, die in Zusammenarbeit mit dem LV Hamburg des BVKJ entstanden ist, hat die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), Amt für Gesundheit der freien Hansestadt Hamburg wichtige Punkte zusammengefasst, die im Alltag der pädiatrischen Praxen immer wieder zu oft unnötigen Diskussionen mit Eltern und Kindertagesstätten führen.

Inhalt:

1. Einleitung
2. Handlungsleitfaden: Was müssen Einrichtungen beachten?
3. Impfen – keine Frage!
4. Ausbrüche: Wann spricht man davon und was ist zu tun?
5. Informationen zu einzelnen Erkrankungen
6. Übersicht zu gängigen Infektionskrankheiten in der Kita
7. nützliche Hilfsmittel zusammengefasst
8. Gesetzliche Grundlagen zum Nachlesen
9. Adressen der bezirklichen Fachämter Gesundheit und des Instituts für Hygiene und Umwelt

In der Übersicht zu gängigen Infektionskrankheiten in der Kita

- Magen-Darm-Infektionen
- Masern, Mumps, Röteln, Windpocken
- Ansteckende Leberentzündungen
- Keuchhusten
- Meningokokkenerkrankungen und Hämophilus influenzae Typ B
- Scharlach, Borkenflechte, eitrige Halsentzündung (Infektionen mit Streptococcus pyogenes)
- Krätze (Skabies), Kopfläuse
- Augenerkrankungen



- Atemwegserkrankungen: Erkältungskrankheiten, Influenza
 - Weitere Infektionskrankheiten
- gibt es folgende Rubriken:**
- Erkrankungen
 - Inkubationszeit
 - Dauer der Ansteckungsfähigkeit
 - Wiedezulassung nach Erkrankung
 - Ärztliches Attest erforderlich?
 - Ausschluss von Kontaktpersonen

- Benachrichtigungspflicht an das Fachamt Gesundheit (Gesundheitsamt)
- Impfung gemäß STIKO empfohlen

Ein ärztliches Attest zur Wiedezulassung ist in Hamburg erfreulicherweise nur bei wenigen Erkrankungen erforderlich (Shigelleninfektion, Krätze, Kopfläuse, Meningokokkenerkrankungen, ansteckender Bindehautentzündung).

Es wäre schön, wenn sich die Gesundheitsministerkonferenz hier auf einen bundesweit einheitlichen Leitfaden einigen würde, das würde die Arbeit in unseren Praxen vereinfachen und helfen, viele unnötige Diskussionen und Attestwünsche zu vermeiden.

Der BVKJ hat solche Zusammenstellungen früher auch mehrfach herausgegeben, aber wir können ja nur empfehlen, nicht anordnen. Hier sind die zuständigen Länderbehörden gefragt.

Link:

<https://www.hamburg.de/kindergesundheit/12289284/kita-gesundheitsleitfaden/>

Zusammenstellung:

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

Eine Frage an ...

Dr. med. Markus Jaster, Abteilungsarzt Rehabilitation, DRV-Bund

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund) hat als größter Rentenversicherungsträger zusammen mit dem BVKJ und dem Bündnis Kinder- und Jugendreha ein Handbuch mit dem Titel: „Medizinische Rehabilitation für

Kinder und Jugendliche“ erstellt. Warum und für wen?

„Weil wir uns deutlich sichtbar für das einsetzen, was uns wichtig ist. Rehabilitation als Therapieoption in der Behandlungskette für chronisch kranke Kinder

und Jugendliche sinnvoll und frühzeitig zu nutzen, setzt Verlässlichkeit der beteiligten Partnerinnen und Partner voraus. Dafür ist Transparenz über die Entscheidungskriterien bei der Antragsprüfung durch den Sozialmedizinischen

Dienst (SMD) der Deutschen Rentenversicherung Bund ein wichtiger Beitrag. Auch Kolleginnen und Kollegen, die noch nicht so sehr vertraut sind im Umgang mit Rehabilitation, die diese aber den ihnen anvertrauten Kindern und Jugendlichen ermöglichen wollen, nur eben nicht genau wissen, wie, haben jetzt eine Erläuterung der notwendigen Schritte und der dazu gehörenden Formulare „wie auf einen Blick“ zur Verfügung. Das vorliegende Handbuch soll als Wegweiser alle, denen Rehabilitation für chronisch kranke Kinder und Jugendliche am Herzen liegt, dabei unterstützen, Hürden im Antragsverfahren zu minimieren, miteinander zu kommunizieren und aus „Schnittstellen“ Verbindungsstellen zu gestalten. So kann man zum



Beispiel in dem Handbuch nachlesen, was die Grundlagen und Voraussetzungen für eine Kinder- und Jugendrehabilitation sind, und Antworten auf häufig gestellte Fragen finden. Asthma, Neurodermitis, Adipositas und ADHS sind als Fallbeispiele dargestellt. Außerdem ist aufgeführt, welche auf Rehabilitation für Kinder und Jugendliche spezialisierten Kliniken im Bündnis Kinder- und

Jugendreha zusammengeschlossen sind. Auch finden sich im Handbuch die im Internet verfügbaren Kontaktadressen sämtlicher Träger der Rentenversicherung in Deutschland in kompakter Form aufgelistet.

Insgesamt hoffen wir, mit dem Handbuch nicht nur den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten sondern allen interessierten Fachkräften eine brauchbare Hilfestellung an die Hand zu geben, Kindern und Jugendlichen eine Rehabilitation einfach und frühzeitig zu ermöglichen.

Info: Das Handbuch gibt es kostenfrei über die Abteilung für Öffentlichkeitsarbeit der Abteilung Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund.

ReH

Pädiatrie in Entwicklungsländern



Zwei Welten – Eine Medizin



Barbara Sophie Brunner

Doktorarbeit in Äthiopien // Das Studium der Medizin ist faszinierend, die Prinzipien der Medizin sind für alle Menschen identisch, so ist zumindest die Theorie. Die Realität kann in der Praxis komplett anders aussehen – dies konnten wir im Oktober 2018 im Rahmen unserer Doktorarbeit bei einem Besuch in Äthiopien erfahren. Wir, das sind zwei Studentinnen an der LMU in München. Unsere Promotion befasst sich mit der Entwicklung eines 3D-Modells zum Training und zur Therapie angeborener Herzfehler mittels Herzkathetertechnik an speziell dafür angefertigten Herzmodellen.

Hintergrund

Äthiopien gilt als eines der ärmsten Länder der Welt, befindet sich jedoch im Aufbruch. Im Norden des Landes bildet Mekelle das wirtschaftliche, kulturelle und politische Zentrum. Das Ayder Referral Hospital der Universität Mekelle

ist für die medizinische Versorgung von rund neun Millionen Menschen aus Tigray und den Nachbarregionen zuständig.

Das Ayder Referral Hospital

Von außen betrachtet vermittelt das gepflegte Gebäude den Eindruck, als wäre hier die Welt tatsächlich in Ordnung. Im Inneren des Klinikums tut sich jedoch ein

ganz anderes Bild auf, welches für Afrika wohl typisch ist. Massig überfüllte Gänge, durch die an vielen Stellen der stechende Geruch von verstopften Abflüssen zieht. Kaputte Türen und Fenster, bröckelnde Wände. Mittendrin liegen unzählige kranke Kinder und Erwachsene in zusammengewürfelten Betten und selbst mitgebrachten Decken. Obwohl alles irgendwie nicht zeitgemäß wirkt, scheint der Alltag trotzdem einigermaßen zu funktionieren.

Das Herzkatheterlabor

Dazwischen findet sich ein neues Herzkatheterlabor nach europäischem Standard. Große Räume mit hell gestrichenen Wänden und einer monoplanen Röntgenanlage. Fließendes Wasser, das hier häufiger verfügbar ist als auf den anderen Stationen. Strom, genügend Bleischürzen für die Ärzte, all das lässt uns für kurze Zeit vergessen, in Äthiopien zu sein. Dieses Katheterlabor ist konzipiert, geplant, umgesetzt und zuletzt auch liebevoll umsorgt von dem Deutschen Kardiologen, Herrn Dr. Christian Leuner.

Ethiopia Witten

Zahlreiche Initiativen und Projekte freiwilliger Hilfsorganisationen begünstigen und fördern die positive Entwicklung in Äthiopien. Hierzu gehört auch der Verein „Ethiopia – Witten“, der immer wieder Ärzte nach Mekelle entsendet. So ist auch Dr. Christian Leuner mehrmals pro Jahr im Ayder Hospital vor Ort.

Entstehung einer Doktorarbeit

Seit 2017 ist auch unser Doktorvater, Prof. Dr. Nikolaus Haas, am Aufbau des Katheterlabors beteiligt und widmet sich dabei der praktischen Ausbildung äthiopischer Kardiologen und Kinderkardiologen. Mittels der von uns angefertigten 3D-Herzmodelle zur Darstellung der häufigsten angeborenen Herzfehler, können Theorie und Praxis gleichermaßen sinnvoll gelehrt werden.

Erste Eindrücke

Ein ergreifendes, zugleich aber ein von Optimismus geprägtes Bild tat sich uns auf. Eltern mit ihren sehr kranken Kindern, alle in der Hoffnung, für die Behandlung ausgewählt zu werden, warteten auf uns. Einen bleibenden Eindruck hat ein kleines Mädchen mit einer Pulmonalstenose hinterlassen, bei dem man bereits mit bloßen Händen das Schwirren über dem Herzen spüren konnte.

Patientenversorgung

Nach dem Modelltraining konnten fünf Patienten erfolgreich von Kardiologen des Ayder Hospitals behandelt wer-

den. Bei drei Patienten wurde die Pulmonalklappe mit dem Ballon dilatiert, bei zweien der Ductus arteriosus problemlos verschlossen. Die letzte Patientin konnte leider nicht behandelt werden, da ihr Ductus derart weit war, sodass die vorhandenen Verschlussysteme zu klein waren. Ob und wann sie operiert werden kann, ist völlig unklar.

Die Kinderintensivstation

Besonders in Erinnerung bleiben wird uns auch die Kinderintensivstation. Die Station besteht aus einem großen Raum, ausgestattet mit alten, kaputten Bettgestellen und abgenützten Matratzen. Leere Plastikflaschen und Taschentücher lagen herum. Platz für Privatsphäre gibt es praktisch nicht. Überall an den Wänden kleben Zettel mit Informationen zu den Patienten. Man hört die Geräusche moderner Überwachungsmonitore, doch das Personal scheint nicht in der Lage, diese Geräte fachgerecht zu bedienen. Alarme ertönen, doch niemand fühlt sich zuständig.



Abb. 3: Kinderintensivstation

Bewertung der Modelle

Alles in allem war der Aufenthalt in Äthiopien für unsere Doktorarbeit ein Erfolg. Die Modelle erwiesen sich als äußerst nützlich, um den Kollegen die Systematik der Herzkatheter Untersuchungen zu zeigen, sie daran mehrfach üben zu lassen und somit auf die Patientenversorgung vorzubereiten.



Abb. 2: Modelltraining

Fazit

Für uns beide war der Aufenthalt eine unglaublich wertvolle Erfahrung. Wir waren mit Krankheitsbildern konfrontiert, die man in Europa nur aus dem Lehrbuch kennt. Äthiopien hinterlässt bei uns zweifelsohne bleibende Eindrücke. Einerseits Betroffenheit über das Ausmaß des Elends, andererseits aber auch Bewunderung für alle, die helfen und das vor Ort tätige Personal in ihrer Eigenverantwortlichkeit und Eigeninitiative dahingehend fördern und stärken, damit es später selbstständig die richtigen Behandlungsschritte setzen kann.

Es sollte uns nachdenklich stimmen, dass sich einerseits die Hightech-Medizin in den reichen Ländern rasant weiterentwickelt, andererseits aber noch immer Millionen Menschen medizinisch unterversorgt sind.

Korrespondenzanschrift:

Barbara Sophie Brunner, Alisa Thierij,
Prof. Dr. Nikolaus Haas
Univ. Prof. Dr. Nikolaus Haas, Direktor
Kinderkardiologie und Pädiatrische
Intensivmedizin
LMU Ludwig Maximilians Universität,
Klinikum der Universität München
Campus Grosshadern
Marchioninistrasse 15, 81377 München
Campus Innenstadt
Lindwurmstrasse 4, 80336 München
E-Mail: barbarasophie_brunner@
hotmail.com
E-Mail: Nikolaus.Haas@
med.uni-muenchen.de

Red.: WH

BVKJ-Medienpreis: über Kinderretter, eine verzweifelte Lehrerin und eine unermüdliche Sozialarbeiterin

Am 3. Mai wurde in Berlin zum elften Mal der BVKJ-Medienpreis verliehen. Der Preis zeichnet herausragende journalistische Beiträge aus, die das Thema der Kinder im sozialen Abseits leser-, Hörer- bzw. zuschauernah und fachlich kompetent behandeln, die der Öffentlichkeit vom Kinderleben auf der Schattenseite der Gesellschaft berichten und sagen, worauf es ankommt, um sozial benachteiligten Kindern von Anfang an und nachhaltig zu helfen.

Die Preisverleihung fand im H4-Hotel in Berlin vor rund 100 geladenen Gästen aus dem BVKJ, den Medien und der Politik statt.

Über 50 Journalistinnen und Journalisten hatten sich in diesem Jahr um den BVKJ-Medienpreis beworben, die meisten von den großen Tageszeitungen, Magazinen und öffentlich-rechtlichen Sendern – entsprechend schwer war die Arbeit der Jury: BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach, die beiden „Erfinder“ des BVKJ-Medienpreises, die Rundfunkjournalistin Regine Hauch und Dr. Ulrich Fegeler, BVKJ-Pressesprecher Dr. Hermann Josef Kahl, und Dr. Michael Platzköster, Geschäftsführer des Hansischen Verlagskontors, in dem diese Zeitschrift erscheint.

Kathrin Spoerr, die für Die Welt arbeitet, und Petra Sorge, Journalistin bei der Berliner Zeitung, teilten sich den Preis in der Kategorie Print.

Kathrin Spoerr dokumentiert in ihrem Bericht „Ich hatte Angst vor den Eltern“ die Erfahrungen einer Lehrerin in drei sehr unterschiedlichen Schulen und wirft damit ein Licht auf die Lebenswirklichkeit von Kindern in Deutschland. Sie lässt die Lehrerin erzählen, wie sie von einem Gymnasium in einem hippen Großstadtviertel zu einer Grundschule in einem Problemkiez wechselt; dort hat sie damit zu kämpfen, dass Viertklässler weder lesen und schreiben, noch rechnen – ja, nicht einmal richtig sprechen können.



Preisträgerinnen und Preisträger mit den Mitgliedern der Jury und den Sponsoren

In dem Gymnasium beklagten sich die Eltern, wenn das Kind „nur“ mit einer Zwei plus nach Hause kam, den Eltern der Grundschüler war es völlig egal, ob ihre Kinder etwas lernten, oft gab es in den Familien niemanden, der die Kinder morgens weckte, ihnen Brote schmierte und sie in die Schule schickte. Die Lehrerin erwischt sich selbst bei dem Gedanken über ein Kind: „Er wird vielleicht nie das Einmaleins können, aber er wird es auch nicht brauchen.“ Sie stellt die Frage nach den beruflichen Chancen ihrer sozial benachteiligten Schülerinnen und Schüler, vor allem aber erschrickt sie über deren unerwiderten Hunger nach Liebe und Aufmerksamkeit. Am Ende verlässt die Lehrerin die Problemschule und wechselt wieder an eine Schule mit wohlbehüteten Kindern – und schämt sich dafür. Kathrin Spoerr ist mit ihrem Artikel ein erschütterndes Dokument über die Ungleichheit von Bildungschancen in Deutschland gelungen.

In „Lieblingsfach Deutsch“, schildert Petra Sorge den Fall des 16-jährigen mus-

limischen Roma-Mädchens Nadire, die stellvertretend steht für eine Generation junger Menschen aus Bürgerkriegsregionen, die als Flüchtlinge nach Deutschland kamen, dann aber nach Jahren guter Integration in Deutschland abgeschoben werden in die „Heimat“, die sie nicht kennen. Am 17. März 2010 wird Nadire mit ihrer Familie in den Kosovo abgeschoben. Die Familie stammt von dort, aber Nadire kennt das Land nicht, sie spricht nicht einmal die Sprache. Sieben lange Jahre geht sie nicht zur Schule – obwohl Deutschland versprochen hat, für die Rückkehrer im Kosovo zu sorgen. Nadire hat es geschafft, sich in Deutschland zu integrieren, sie ging gern zur Schule, aber die rigide Abschiebebürokratie nimmt darauf keine Rücksicht. Petra Sorge ist dem Fall Nadire nachgegangen, sie hat bei den Behörden nachgefragt, warum man die Familie abgeschoben hat, und in der neuen Schule, warum man Nadire nicht aufnimmt. Sie lässt Migrationsexperten zu Wort kommen und belegt ihre Beobachtungen mit wissenschaftlichen Stu-

dien. Sie verschweigt nicht, dass Nadires Familie bzw der Vater in Deutschland gegen Regeln verstoßen hat. Aber warum bestraft man dann auch die Kinder, nimmt ihnen die Zukunft? Diese Frage bleibt unbeantwortet. Aber am Ende gibt es doch ein wenig Hoffnung. Nadire darf wieder zur Schule gehen.

Den Preis in der Kategorie Hörfunk bekam in diesem Jahr Isabell Hartmann für ihren Beitrag „Nah dran: Ganzheitliche Hilfe für benachteiligte Familien – 25 Jahre Lichtblick Hasenberg!“, ausgestrahlt von Bayern 2. Der Beitrag nimmt Hörerinnen und Hörer mit in ein Hilfsprojekt in Hasenberg. Hasenberg gilt als sozialer Brennpunkt im reichen München. 50 000 Menschen wohnen hier, die Hälfte von ihnen mit Migrationshintergrund. Hier gibt es doppelt so viele Menschen, die von sozialen Transferleistungen leben, wie im Münchner Durchschnitt. Im November 1993 gründete hier die junge Sozialpädagogin Johanna Hofmeir den „Lichtblick Hasenberg!“, um sich um sozial stark benachteiligte Kinder zu kümmern. Sie tut dies mit großem Erfolg. Von allen Schulabgängern zwischen 2010 und 2017 ist kein Einziger arbeitslos. Isabell Hartmann hat die Jugendhilfeeinrichtung besucht und beobachtet, wie dort Kinder und Erwachsene Hilfe erhalten, welche Methoden hinter dem Erfolg stecken. Im Lichtblick gibt es gesundes Essen, medizinische Hilfe, auch Kleidung, dazu Hochbeete, Kinderkochkurse, Ruhe zum Hausaufgabenmachen und vieles mehr. Mit seinem auf Schulförderung, sozialem und lebenspraktischem Training basierendem Konzept erfüllt der Lichtblick die Forderungen nach einem niedrigschwelligen Hilfsangebot für Familien, wie es der BVKJ seit vielen Jahren fordert.

Sanja Hardinghaus von Spiegel-TV hat über ein Jahr den Sozialarbeiter Florian Fischer beim Jugendamt Braunschweig bei seinen Einsätzen begleitet. Dabei ist die mehrteilige Sendung „Der Kinderretter“ entstanden, die den Zuschauern einen Blick in eine Welt am Rande der Gesellschaft erlaubt bzw zumutet. Ju-

gendämter haben nicht den besten Ruf. Gerade in letzter Zeit kamen immer wieder Fälle von Missbrauch ans Tageslicht, bei denen Jugendämter nicht gut gearbeitet haben. Diese Fälle verdecken, was die Sozialarbeiter in den Jugendämtern tagtäglich leisten.

In der Folge „Sein schwerster Fall“ geht es um Jessica, 22 Jahre alt und dreifache Mutter. Jessica will sich nicht damit abfinden, dass keines ihrer drei Kinder bei ihr aufwächst. Florian Fischer versucht ihr, so weit es geht, zu helfen, wieder stabil zu werden. In „Familien in Not“ geht es um eine junge Mutter, die befürchtet, dass man ihr das Kind wegnimmt. Weil sie eine Arbeitsmaßnahme abgebrochen hat, wurden ihre Transferleistungen gekürzt; jetzt ist das Geld für das Essen knapp. Auch hier versucht Florian Fischer, der Frau mit einem Notfallplan zu helfen. In „Mütter am Ende“ sieht man Melanie, die von der Erziehung ihrer Töchter überfordert ist. Hier vermag es Florian Fischer, Kinder und Mutter zu unterstützen durch geduldiges Reden und viele Tipps. Insgesamt zeigt die Miniserie, wie wichtig es ist, Familien nicht nur zu verwalten, sondern ihnen Perspektiven für ein selbständiges Leben zu vermitteln.

Sonderpreis für Spiegel-TV

Den undotierten Sonderpreis für Redaktionen erhielt in diesem Jahr die Redaktion von Spiegel-TV für ihr außergewöhnliches Engagement für Kinder in Not mit der Sendereihe „Der Kinderretter“.

In seiner Ansprache ging BVKJ-Präsident Thomas Fischbach auf das Schicksal der 2,8 Millionen armutsgefährdeten Kinder in Deutschland ein. „Armutsgefährdete Kinder und Jugendliche wohnen in kleineren Wohnungen als ihre gleichaltrigen Klassenkameraden, in Vierteln mit weniger Grünflächen, weniger Spielplätzen, sie fahren seltener in Urlaub – wenn überhaupt-, sie gehen mit ihren Eltern nicht mal eben so zum „Italiener“, tragen auch keine Markenklamotten. All das ist sicher schmerzlich für die betrof-

fenen Kinder und Jugendlichen. Aber es ist eigentlich nicht schlimm. Schlimm ist etwas ganz anderes: dass diese Kinder und Jugendlichen – etwa 2,8 Millionen junge Menschen sind es – schlechtere Zukunftsaussichten haben als Gleichaltrige aus bürgerlichen Familien, in denen gekocht und gemeinsam gegessen wird, in denen man Konflikte mit Worten löst und nicht mit Schlägen, in denen die Eltern Anteil an den Bildungswegen nehmen, in denen sie an ihre Kinder glauben und sie unterstützen, auch wenn es mal nicht rund läuft in der Schule. Auf all dies müssen viele Kinder aus armen Familien verzichten. Sie wachsen auf ohne viel Unterstützung, ohne Förderung. Wenn sie nicht über außergewöhnliche Gaben und Energie verfügen, bleiben sie schon in der Schule und erst recht im Beruf weit unter ihren Möglichkeiten. Und nicht nur das. Sie nehmen weniger am gesellschaftlichen Leben teil, verfügen über weniger Netzwerke, sie leben ungesünder und sterben früher. Sie, aber auch wir alle als Gesellschaft verlieren Chancen und verschenken Potenziale (...) Dass der Staat so viele Kinder sich selbst überlässt, macht uns Sorgen. Und es macht uns auch zornig. Wir fragen uns: Wie können Politiker den Mangel an sozialem Zusammenhalt, das Unvermögen, miteinander zu kommunizieren, beklagen, wenn sie dies selbst verursachen?“ Fischbach forderte mehr kompensatorische Förderung in Kitas und Schulen und niedrigschwellige Familienzentren, in denen Eltern Rat und Hilfe finden. Und er forderte eine Stadtplanung, die das soziale Miteinander fördert anstatt Reinghettos zu schaffen, wie es derzeit in vielen Städten geschieht.

Nach der offiziellen Preisverleihung wurde gefeiert. Dies und auch die anspruchsvolle Dotierung des Medienpreises ermöglichten die Sponsoren: das Hansische Verlagskontor, die Firma Nestlé Deutschland AG und die Assekuranz AG.

Regine Hauch

Geburtstage im Juli 2019

65. Geburtstag

Frau Dr. medic(R). **Elvira Cvasa**, Duisburg, am 04.07.1954
 Herr Dr. med. **Andreas Gentner**, Aachen, am 04.07.1954
 Herr Dr. med. **Martin Günther**, Bottrop, am 07.07.1954
 Frau **Eleonora Nicolaus**, Neuendorf, am 10.07.1954
 Frau Dr. med. **Christine Christ-Thilo**, Berlin, am 12.07.1954
 Frau Dipl.-Med. **Birgit Raabe**, Uhlstädt, am 14.07.1954
 Frau Dipl.-Med. **Petra Nowak**, Merseburg, am 17.07.1954
 Herr Dr. med. **Norbert Schmidt**, Schongau, am 18.07.1954
 Frau **Helga Ohlenbusch-Wieland**, Aachen, am 21.07.1954
 Herr **Rüdiger Borrmann-Matz**, Neckarsulm, am 22.07.1954
 Frau Dr. med. **Angela Busam**, Heidelberg, am 26.07.1954
 Frau Dipl.-Med. **Rosemarie Plate**, Weitenhagen, am 27.07.1954
 Frau Dipl.-Med. **Beate Baumann**, Idstein, am 29.07.1954
 Herr Dr. med. **Hans-Georg Bresser**, Bielefeld, am 29.07.1954
 Frau Dr. med. **Waltraud Behrens**, Salzwedel, am 30.07.1954
 Frau Dr. med. **Carola Moock**, Templin, am 31.07.1954

70. Geburtstag

Frau M.D. (Toronto) **Beate Huber**, Wachtberg, am 02.07.1949
 Herr Prof. Dr. med. **Heribert Jürgens**, Münster, am 03.07.1949
 Herr Dr. med. **Rudolf Koch**, Lampertheim, am 05.07.1949
 Herr Dr. med. **Ladislau Hochschau**, Regensburg, am 06.07.1949
 Frau Dr. med. **Marta Szabo**, Pforzheim, am 09.07.1949
 Herr Dr. med. **Hans-D. Schweder**, Göppingen, am 09.07.1949
 Frau Dr. med. **Marion Schüler**, Cottbus, am 15.07.1949
 Frau Dr. med. **Petra Hirsemann**, Schwielowsee, am 20.07.1949
 Herr Dr. med. **Manfred Steiner**, Bremen, am 22.07.1949
 Herr Prof. Dr. med. **Ronald G. Schmid**, Altötting, am 22.07.1949
 Frau Dr. med. **Irmhild Richter**, Hanau, am 24.07.1949
 Herr **Georg Hiller**, Memmingen, am 25.07.1949
 Frau **Brigitte Kempf-Aymanns**, Kehl, am 31.07.1949
 Frau Dr. med. **Hannelore Heuchert**, Hamburg, am 31.07.1949

75. Geburtstag

Herr Dr. med. **Thomas Textor**, Oldenburg, am 01.07.1944
 Frau Dr. med. **Johanna Marklein**, Meerbusch, am 05.07.1944
 Herr Dr. med. **Wolfram Janke**, Hamburg, am 05.07.1944
 Herr Dr. med. **Armin Neugebauer**, München, am 06.07.1944
 Herr **Dieter Brendel**, Hamburg, am 07.07.1944
 Frau Dr. med. **Gabriele Löffler**, Zwickau, am 08.07.1944
 Frau Dr. med. **Sigrun Rehfeld**, Salztal, am 08.07.1944
 Herr Dr. med. **Fokko de Boer**, Bremen, am 09.07.1944
 Herr Dr. med. **Werner Strahl**, Essen, am 13.07.1944
 Herr **Albrecht Jungck**, Sankt Augustin, am 13.07.1944
 Frau **Antje Gerlich-Hänßle**, Kiel, am 14.07.1944
 Frau Dr. med. **Christine Vorndran**, Sonneberg, am 15.07.1944
 Herr Dr. med. **Uwe Goering**, Pegnitz, am 16.07.1944
 Herr Dr. med. **Martin-Peter Floehr**, Eschweiler, am 16.07.1944
 Herr Dr. med. **Karl-Heinz Walther**, Frankfurt, am 23.07.1944
 Herr Dr. med. **Wolfgang Vöhl**, Wittlich, am 29.07.1944

80. Geburtstag und älter

Frau **Inge Doehner**, Chemnitz, am 01.07.1939
 Herr Dr. med. **Eberhard Bruder**, Uelzen, am 02.07.1935
 Herr Dr. med. **Adolf Apel**, Heilbad Heiligenstadt, am 03.07.1931
 Herr Dr. med. **Alex Walter**, Braunschweig, am 03.07.1938
 Frau SR Dr. med. **Dorothea Schumann**, Erfurt, am 03.07.1935
 Frau Dr. med. **Ebba Müller**, Mühlhausen, am 03.07.1939
 Herr Dr. med. **Gerhard Thomas**, München, am 05.07.1939
 Herr Dr. med. **Klaus Hofmann**, Lichtenau, am 05.07.1939
 Herr Dr. med. **Sirus Moradof**, Maintal, am 05.07.1938
 Herr Prof. Dr. **Michael Hertl**, Mönchengladbach, am 05.07.1926
 Frau Dr. med. **Gisela Bisping**, Essen, am 06.07.1936
 Herr Dr. med. **Johann August Ermert**, Mainz, am 08.07.1934
 Frau Dr. med. **Gerda Mittermaier**, Dossenheim, am 08.07.1935
 Herr Dr. med. **Albrecht Neumann**, Leverkusen, am 08.07.1928
 Frau Prof. Dr. med. **Christa Fiehring**, Erfurt, am 08.07.1936
 Frau Dr. med. **Karin Hahn-Müther**, Ratzeburg, am 08.07.1938
 Herr Dr. med. **Ismat Al-Rebaie**, Weilburg, am 14.07.1939
 Herr Dr. med. **Heiner Kolfenbach**, Bad Honnef, am 14.07.1936
 Herr Dr. med. **Lothar Biskup**, Neuss, am 14.07.1937
 Frau Dr. med. **Gabriele Uhlemann**, Chemnitz, am 14.07.1936
 Herr Dr. med. **Volker Noll**, Weissach, am 14.07.1938
 Frau Dr. med. **Erika Maneke**, Hannover, am 16.07.1919
 Herr Dr. med. **Eberhard Grütte**, Bassum, am 16.07.1937
 Frau Dr. med. **Helene Schreiber**, Erfurt, am 17.07.1938
 Herr Prof. Dr. med. **Hans-Martin Weinmann**,
 Straßlach-Dingharting, am 17.07.1928
 Herr Dr. med. **Klaus Dvorak**, Nordhausen, am 17.07.1939
 Frau Dr. med. **Dorothee Flessa**, Erlangen, am 17.07.1939
 Frau Dr. med. **Ingeborg Lübeck**, Hannover, am 18.07.1934
 Herr Dr. med. **Burkhard Pauka**, Seevetal, am 18.07.1937
 Frau Dr. med. **Edith Wollgast**, Dresden, am 19.07.1939
 Herr Dr. med. **Franz H. Dormann**, Neuhausen, am 21.07.1936
 Frau Dr. med. **Brigitte Geschöll-Bauer**, Freiburg, am 21.07.1930
 Herr OMR Dr. med. **Friedrich-Ludwig Schlesinger**,
 Berlin, am 21.07.1929
 Herr Dr. med. **Wolfgang Pintgen**, Geretsried, am 24.07.1939
 Frau Dr. med. **Gertraud Donders**, Ebersbach, am 24.07.1935
 Frau Dr. med. **Gertrud Giffels**, Sankt Augustin, am 24.07.1938
 Herr Dr. med. **Dirck Heye**, Siegen, am 25.07.1931
 Herr Dr. med. **Digambar Bidde**, Nordenham, am 25.07.1939
 Frau Dr. med. **Erika Bernhardt**, Essen, am 25.07.1930
 Frau Dr. med. **Gisela Schmitz**, Düsseldorf, am 26.07.1932
 Herr Dr. med. **Lutz Breuer**, Velbert, am 26.07.1935
 Herr Dr. med. **Rolf Lück**, Crailsheim, am 26.07.1936
 Frau Dr. med. **Mathilde Vortisch**, Berlin, am 29.07.1938
 Frau Dr. med. **Annemarie Brenner**, Herten, am 30.07.1930
 Frau Dr. med. **Ines Menning**, Berlin, am 30.07.1938
 Herr Dr. med. **Werner Schultze**, Berlin, am 31.07.1932

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. **Hans Christof v. Schoenebeck**, Berlin

Im Monat April durften wir 30 neue Mitglieder begrüßen.

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



Baden-Württemberg

Frau Dr. med. **Lara Rösch**



Bayern

Frau MU Dr.
Barbora Stuchlikova



Berlin

Frau **Nora Degott**



Brandenburg

Frau **Kati Tschischkale**



Hamburg

Frau Dr. med.
Christiane von Wichert



Hessen

Herrn **Torsten Feichtinger**



Niedersachsen

Frau Dr. med.
Alina Olga Iorgachi
Frau **Bao-Anh Nguyen**
Frau **Nora Janina Scholz**



Sachsen-Anhalt

Frau MUDr. **Eva Cech**
Herrn **Gunther Jach**
Frau **Corinna Wernecke**



Schleswig-Holstein

Herrn **Jan Schreiber**
Frau **Sigrid Zurwellen**



Westfalen-Lippe

Herrn **Nikolaj Derksen**

ERGEBNIS

*Wahl im Landesverband Rheinland-Pfalz
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V.
Wahlperiode 2019-2023*

Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter:

1. stellv. Landesverbandsvorsitzender und 2. Delegierter:

2. stellv. Landesverbandsvorsitzender und 3. Delegierter:

1. Ersatzdelegierter:

2. Ersatzdelegierter:

Dr. Lothar Maurer, Frankenthal

Dr. Hans Werner Wolf, Mainz

Christian Wantzen, Bernkastel-Kues

Dr. Stephan Buchner, Mainz

Dr. Sebastian Bartels, Koblenz

Fortbildungstermine

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

26. Juni 2019

Immer etwas Neues in Lübeck

Auskunft: ⑤

10. Juli 2019

Immer etwas Neues in Nürnberg

Auskunft: ⑤

20. Juli 2019

Pädiatrie zum Anfassen in Ulm des LV Baden-Württemberg

Leitung: Dr. Jochen Steinmacher, Dr. Matthias Schlaud, Dr. Klaus Rodens,

Auskunft: ③

24.-25. August 2019

23. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck der Landesverbände Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein u. Niedersachsen

Leitung: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Dr. Stefan Renz, Hamburg,

Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Dr. Volker Dittmar, Celle

Auskunft: ②

28. August 2019

Immer etwas Neues in Leipzig

Auskunft: ⑤

4. September 2019

Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern in Rostock

Leitung: Dr. A. Michel, Greifswald, Auskunft: ①

14. September 2019

Jahrestagung des LV Sachsen in Dresden

Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul, Auskunft: ①

21. September 2019

Jahrestagung des LV Sachsen-Anhalt in Magdeburg

Leitung: Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben, Auskunft: ①

10.-13. Oktober 2019

47. Herbst-Seminar-Kongress des BVKJ e.V. in Bad Orb

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

23. Oktober 2019

Immer etwas Neues in München

Auskunft: ⑤

2. November 2019

bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen in Verden/Aller

Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham /

Dr. Ulrike Gitmans, Rhauderfehn

Auskunft: ③

6. November 2019

Immer etwas Neues in Nürtingen

Auskunft: ⑤

9.-10. November 2019

17. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg des LV Bayern

Leitung: Prof. Dr. Carl-Peter Bauer, Gaißach/München /

Dr. Martin Lang, Augsburg

Auskunft: ③

27. November 2019

Immer etwas Neues im LV Nordrhein

Auskunft: ⑤

4. Dezember 2019

Immer etwas Neues in Magdeburg

Auskunft: ⑤

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

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.



Die drei größten Sonnenschutz-Irrtümer

440.000 Treffer in 0,29 Sekunden. Die Frage „Wie schütze ich meine Haut vor Sonne?“ beschäftigt die Bevölkerung. Unter den Suchergebnissen bei Google kursieren aber auch allerhand Sonnenschutz-Irrtümer. Linola räumt mit drei Mythen rund um den Sonnenschutz auf.

Irrtum 1: Sonnenschutz benötigt 20 Minuten Einwirkzeit

Oft hört und liest man den Rat, sich 20 Minuten vor dem geplanten Sonnenbad einzucremen. Richtig ist jedoch, dass Sonnencremes sofort schützen, da ihre mineralischen wie chemischen UV-Filter physikalische Effekte nutzen, um die UV-Strahlen unschädlich zu machen. Hierzu reflektieren sie diese wie kleine Spiegel oder wandeln sie in Wärmestrahlung um. Allerdings wird der angegebene Lichtschutzfaktor (LSF) nur erreicht, wenn die empfohlene Menge aufgetragen wird. Dazu müssen für den ganzen Körper bei einem 5-jährigen Kind etwa 10 g und bei einem Erwachsenen sogar 30 g Creme pro Anwendung verschmiert werden. Viele tragen jedoch zu wenig Creme auf, das heißt verwenden sie zu dünn, sodass die Schutzleistung deutlich niedriger ist, als auf der Packung als LSF angegeben.

Irrtum 2: Wasserfestes Sonnenmittel schützt auch nach dem Baden

Viele Verbraucher kaufen wasserfeste Sonnencreme in dem Glauben, die Eincremeprozedur nach dem Baden nicht wiederholen zu müssen. Jedoch allein dieser Wasserkontakt kann die Schutzwirkung schon um bis zu 50 Prozent verringern. Das anschließende Abtrocknen kann den Sonnenschutz noch weiter abschwächen, sodass Nachcremen Pflicht ist. Bei starker Hitze sollte der Schutz – unabhängig davon, ob man ins Wasser geht oder nicht – alle zwei Stunden erneuert werden, da durch Schweiß, Kleidung, Liegen auf Handtüchern oder Decken, die Schutzschicht der Sonnencreme dünner wird. Viele Anwender meinen irrtümlich, dass sich dadurch die maximale Schutzdauer erhöht, dies ist jedoch nicht der Fall, der



Schutz wird lediglich aufrechterhalten. Die maximale Schutzdauer wird durch den Lichtschutzfaktor vorgegeben.

Irrtum 3: Kleidung ist der beste Sonnenschutz

In vielen Köpfen existiert der Gedanke: Haut, die von Kleidung bedeckt ist, ist automatisch vor Sonne geschützt. Je nach Materialart und Fertigungsverfah-

ren können Sonnenstrahlen jedoch auch Stoffe durchdringen. Es gelten die Faustregeln: Je engmaschiger die Textilie, desto besser schützt sie vor Sonnenstrahlung. Locker geschnittene Kleidung hat eine bessere Schutzleistung als enge Kleidung. Dunkle Stoffe sind hellen Stoffen vorzuziehen. Alle Hautbereiche, die nicht mit Stoff bedeckt sind, müssen mit ausreichend Sonnenschutz eingecremt werden.

Korrekterweise müssten die Ratschläge so lauten:

1. Sonnenschutz sollte unmittelbar vor dem Sonnenbad aufgetragen werden
2. Nachcremen ist auch bei wasserfesten Produkten unbedingt erforderlich
3. Dunkle, dichtgewebte Kleidung mit lockerer Passform schützt zusätzlich vor Sonnenstrahlung

Ein Sonnenprodukt mit hohem Lichtschutzfaktor kann die Aufenthaltszeit in der Sonne in Abhängigkeit vom Hauttyp verlängern. Also ordentlich eincremen und ab nach draußen zum Beispiel mit dem Schutz für empfindliche und neurodermitische Haut:

Linola Sonnen-Hautmilch (100 ml, UVP: 11,95 Euro)

- mit einem ausgewogenen und hochwirksamen UVA-/UVB-Filtersystem (LSF 50)
 - auch für Babys und Kleinkinder geeignet
 - leicht verteilbar und zieht schnell ein (Öl-in-Wasser-Emulsion)
 - hinterlässt keine klebrigen oder weißen Rückstände, da sie ohne mineralische Pigmente auskommt
- In Apotheken erhältlich.

**Nach Informationen von
Dr. August Wolff GmbH & Co. KG
Arzneimittel, Bielefeld**

Mehr als jedem zweiten Frühgeborenen fehlt eine Pneumokokken-Impfdosis

Aktuelle Studiendaten vom ESPID-Kongress 2019 // Zu diesem Ergebnis kommt eine retrospektive Analyse für Deutschland bezüglich Alter und Geschlecht repräsentativer Krankenkassendaten, die auf dem diesjährigen ESPID-Kongress^A vorgestellt wurde.¹ Häufig werden die Impfungen zudem verzögert durchgeführt. Ungefähr 10 % aller Kinder wurden gar nicht gegen Pneumokokken geimpft. Frühgeborene sind anfälliger für Atemwegsinfektionen als Reifgeborene, sodass gerade bei ihnen eine vollständige Impfprophylaxe sehr wichtig ist.² Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfiehlt Kindern, die vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche geboren wurden, eine zusätzliche vierte Impfdosis gegen Pneumokokken. Für sie gilt ein 3+1-Impfschema im Alter von 2, 3, 4 und 11-14 Monaten.

Die auf dem ESPID vorgestellte Studie bewertete Impfraten und Zeitpunkt der Pneumokokken-Impfung auf der Grundlage von realen Daten, nachdem die STIKO-Empfehlung für Reifgeborene im August 2015 geändert wurde.³ Als Referenzimpfung diente die 6-fach-Kombinationsimpfung (DTaP-IPV-Hib-HepB)^B. Die Studienpopulation bestand aus allen Kindern, die in der zugrundeliegenden Datenbank (Forschungsdatenbank InGef) enthalten und im Jahr 2016 geboren wurden. Der Follow-up-Zeitraum betrug 9 Monate.

Zu diesem Zeitpunkt waren 73,3 % der Frühgeborenen und 77,9 % der Reifgeborenen mit drei Dosen der Referenzimpfung geimpft. Im Vergleich erhielten 77,6 % der Reifgeborenen im Beobachtungszeitraum die empfohlenen zwei Impfdosen gegen Pneumokokken. Die Werte für die Referenz- und die Pneumokokkenimpfung für Reifgeborene lagen somit auf einem numerisch ähnlichen Niveau.¹

3+1-Pneumokokken-Impfschema für frühgeborene Säuglinge^C in der Praxis häufig nicht umgesetzt

Deutlich niedriger war die Impf-rate für die Pneumokokken-Impfung nach dem von der STIKO empfohlenen 3+1-Impfschema für Frühgeborene. Für diese wird im Vergleich zu reifgeborenen Säuglingen eine zusätzliche Impfdosis im Alter von drei Monaten empfohlen.

Frühgeborene sollen somit gemäß der Empfehlung bis zum Alter von 9 Monaten drei Dosen eines Pneumokokken-Impfstoffs erhalten.⁴ Die Analyse der Daten zeigt jedoch, dass dies nur für 43,3 % der Frühgeborenen der Fall war.¹ Der große Unterschied zur Referenzimpfung lässt darauf schließen, dass das Impfschema für Frühgeborene nicht in der Praxis verankert ist. Häufig wurde die Pneumokokken-Impfung zudem verzögert initiiert. Die erste Dosis erhielten nur 45,7 % der Frühgeborenen im empfohlenen Alter von 2 Monaten. Auch in der Gruppe der Reifgeborenen erhielten lediglich 51,4 % der Säuglinge die erste Impfung wie von der STIKO empfohlen in einem Alter von 2 Monaten.

Erhöhtes Risiko für Atemwegserkrankungen und invasive Pneumokokken-Erkrankungen

Frühgeborene sind u. a. aufgrund des noch nicht vollständig ausgeprägten Immunsystems und in einigen Fällen aufgrund einer noch unreifen Lunge anfälliger für Atemwegsinfektionen als Reifgeborene.² Auch das Risiko für invasive Pneumokokken-Erkrankungen ist bei Frühgeborenen im Vergleich zu Reifgeborenen erhöht.⁵ Daher ist gerade bei Frühgeborenen die Impfprophylaxe sehr wichtig.

Die STIKO empfiehlt die Impfung gegen Pneumokokken für Frühgeborene

mit insgesamt vier Impfdosen nach einem 3+1 Schema. Die Impfungen sollen im Alter von 2, 3, 4 und nach 11-14 Monaten durchgeführt werden. Reifgeborene Kinder sollen im Alter von 2, 4 und 11-14 Monaten nach einem 2+1-Schema geimpft werden.⁴

Quellen

- European Society for Paediatric Infectious Diseases, 6.5.-11.5.2019, Ljubljana, Slowenien
 - Diphtherie (D), Tetanus (T), Pertussis (azelluläre Komponenten) (aP), Poliomyelitis (inaktiviert) (IPV), Haemophilus influenzae Typ b (Hib) und Hepatitis B (HepB)
 - < 37 Schwangerschaftswochen
- Laurenz M et al. Implementation of two different recommendations regarding pneumococcal vaccination for preterm (3+1) and term (2+1) infants in Germany (birth cohort 2016). Poster. ESPID 2019, Ljubljana, Slowenien.
 - World Health Organisation. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes; 2015 [abgerufen am 18/10/20]. Verfügbar unter: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/.
 - Ständige Impfkommission. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: August 2015. Epid Bull 2015; 34:327-62.
 - Ständige Impfkommission. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut - 2018/2019. Epid Bull 2018; 34:335-82.
 - Kent A et al. Invasive pneumococcal disease in UK children under 1 year of age in the post-PCV13 era: What are the risks now? Clin Infect Dis 2018.

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

Die sichere Wahl bei Pseudokrupp: Rectodelt® 100 Notfallzäpfchen

Seit 58 Jahren 1. Wahl bei Pseudokrupp // Wenn die Luft wegbleibt, ist dies ein sehr unangenehmes, gar bedrohliches Gefühl, insbesondere bei einem Kleinkind. In dieser Situation müssen Eltern schnell, aber besonnen reagieren, um das Kind nicht noch zusätzlich zu ängstigen. Ein verlässliches Notfallmedikament in der Hausapotheke kann helfen, dass Eltern leichter Ruhe bewahren und ihrem Kind schnell helfen können.



Krupp und spastischer Bronchitis bewährt. Sie sind eine ideale Applikationsform für Kinder mit Luftnot und wirken bei Atemwegsobstruktion entzündungshemmend. Neben der schnellen Abschwellung der Schleimhaut tragen sie zur Reduktion der Schleimproduktion und zu einer verringerten Schleimviskosität bei. Außerdem hemmt das Glucocorticoid die Bronchialkonstriktion sowie die Ausbildung eines Schleimhautödems.

Große Zufriedenheit mit der kinderfreundlichen Therapie

Neben der raschen Wirkung ist für Eltern die einfache Dosierung ein zusätzlicher Vorteil, weil bei korrekter Anwendung keine Gefahr einer Überdosierung besteht. Das Zäpfchen gelangt sicher an Ort und Stelle und setzt im Enddarm zuverlässig seinen Wirkstoff

Prednison frei. Nicht nur Eltern schätzen das Medikament, 91 Prozent der Ärzte und Ärztinnen gaben in einer Praxisbefragung² an, dass sie mit der kinderfreundlichen Therapie zufrieden bis sehr zufrieden sind. Im Notfall reicht ein Zäpfchen. Ist eine weitere Anwendung erforderlich, sollte eine Gesamtmenge von zwei Zäpfchen nicht überschritten werden.

Quellen:

1. <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/krankheiten/pseudokrupp-stenosierende-laryngitis/> (am 7.2.19)
2. Trommsdorff-Praxisbefragung 2014

Nach Informationen von Trommsdorff GmbH & Co. Alsdorf

In der kalten Jahreszeit treten, oft in Folge vorangegangener Erkältungen¹, Pseudokrupp-Anfälle häufiger auf. Eine Situation, die bei schweren Ereignissen den Notarzt oder den Besuch des Pädiaters erforderlich macht. Eltern, die das einmal erlebt haben, sind oftmals äußerst beunruhigt und für die Verordnung eines verlässlichen, schnell wirkenden Notfallmedikaments dankbar.

Kindgerechte Notfallzäpfchen parat halten

Ein verängstigtes, schreiendes Kleinkind mit verengten Atemwegen und Luftnot dazu zu bewegen, einen Saft zu schlucken, ist oft hoffnungslos und sowohl für

die Eltern als auch das Kind eine Tortur. Kindgerechter, einfacher und sicherer ist daher die Verabreichung eines Zäpfchens, dessen Wirkstoffe eine schnelle Schleimhautabschwellung herbeiführen. Eltern, bei deren Kindern nach einem Pseudokrupp-Anfall die Möglichkeit eines Rezidivs besteht, sollten darum vorsichtshalber ein Medikament in der Hausapotheke bereithalten.

Das deutsche Originalpräparat seit 58 Jahren im Notfall zur Hand

Seit 58 Jahren haben sich die gut verträglichen Rectodelt® 100 Notfallzäpfchen von Trommsdorff bei Pseudokrupp,

Charity-Aktion „50 Jahre PARI BOY – 50 Jahre Luft zum Atmen“

Spendenübergabe an den Mukoviszidose e. V.: PARI GmbH, Moosstraße 3, 82319 Starnberg



Die Mitarbeiter der PARI Firmengruppe stehen geschlossen hinter der Aktion „50 Jahre PARI BOY – 50 Jahre Luft zum Atmen“.

Seit über 100 Jahren engagiert PARI sich für die Gesundheit von Menschen mit Atemwegserkrankungen. Mit der „MitmachAIR“-Aktion anlässlich des 50. Jubiläums der Marke PARI BOY® im vergangenen Jahr hat PARI Menschen auf der ganzen Welt dazu eingeladen, sich der Mission anzuschließen: Mitmenschen, die an Atemwegs-

erkrankungen leiden, das Leben zu erleichtern.

Mit der im wahrsten Sinne bewegenden Charity-Aktion „50 Jahre PARI BOY – 50 Jahre Luft zum Atmen“ konnten Menschen an öffentlichen Sportveranstaltungen im PARI BOY Shirt teilnehmen,

Bilder davon auf die Webseite www.facebook.com/parigmbh hochladen und

dadurch eine Spende wahlweise an den Mukoviszidose e. V. oder den Kartagener Syndrom und Primäre Ciliäre Dyskinesie e. V. (PCD e. V.) auslösen. Gemäß dem Motto: „Du machst Sport – PARI spendet“. Ziel war, auf seltene Atemwegserkrankungen wie Mukoviszidose oder PCD aufmerksam zu machen und Verständnis für Betroffene zu generieren.

Die Resonanz war enorm: Einige Tausend Menschen weltweit haben mitgemacht und in über 30 verschiedenen Sportarten Bilder gepostet. Allein für den Mukoviszidose e. V. in Deutschland wurde eine Spendensumme von 24.000 € „ersportelt“, die PARI auf 30.000 € aufgerundet hat.

Am 12. April übergab die Geschäftsführerin der PARI GmbH Davia Viellechner im Starnberger Hauptsitz der PARI Unternehmensgruppe, begleitet durch eine große Zahl an Mitarbeitern, die Spendensumme an den Vorstand des Mukoviszidose e. V. Stephan Kruij.

Nach Informationen von PARI GmbH, Starnberg

Anaesthesulf® Lotio – das bewährte Produkt in neuem Design

Seit Jahrzehnten hat sich Anaesthesulf Lotio zur Juckreizlinderung bei Windpocken und Gürtelrose bewährt. Jetzt bekommt der Klassiker eine ansprechende und klar strukturierte neue Packung. Deren charakteristisches Grün und Orange wird künftig mit einem höheren Weißanteil kombiniert, wodurch die Packung moderner wirkt und der Text besser zu lesen ist.

Anaesthesulf Lotio lindert durch seine Wirkstoffkombination sofort und langanhaltend den Juckreiz: Polidocanol (Lauromacrogol 400 Ph. Eur.) wirkt leicht lokalanästhetisch und juckreizstillend, die Schüttelmixtur hat einen kühlenden

Effekt und das enthaltene Zinkoxid wirkt antientzündlich.

Studien mit Anaesthesulf bei Kindern mit Windpocken zeigen: Bei 88 % der behandelten Kinder wurde der Juckreiz sofort gelindert und über 99 % bewerteten die Anwendung als einfach und hautschonend.^{1,2}

Literatur

1. G. Rass, Der Kinderarzt 1991, 22/3: 463-465. 2 Data on file, InfectoPharm GmbH, 2004.

Nach Informationen von InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH, Heppenheim



Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Dr. med. Roland Ulmer

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard 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 und
Syndikusanwalt:**

Dr. P.H. Andreas Plate

Tel.: 0221/68909-34

andreas.plate@uminfo.de

Geschäftsstellenleiter:

Armin Wölbeling

Tel.: 0221/68909-0

armin.woelbeling@uminfo.de

**Teamleiterin Bereich Mit-
gliederservice/Gremien:**

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

**Ansprechpartnerin Bereich
Fortbildung/Veranstaltungen:**

Yvonne Rottländer

Tel.: 0221/68909-26

yvonne.rottlaender@uminfo.de

**Leiterin der Stabsstelle
Politik und Kommunikation,
Büro Berlin**

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaezrte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de