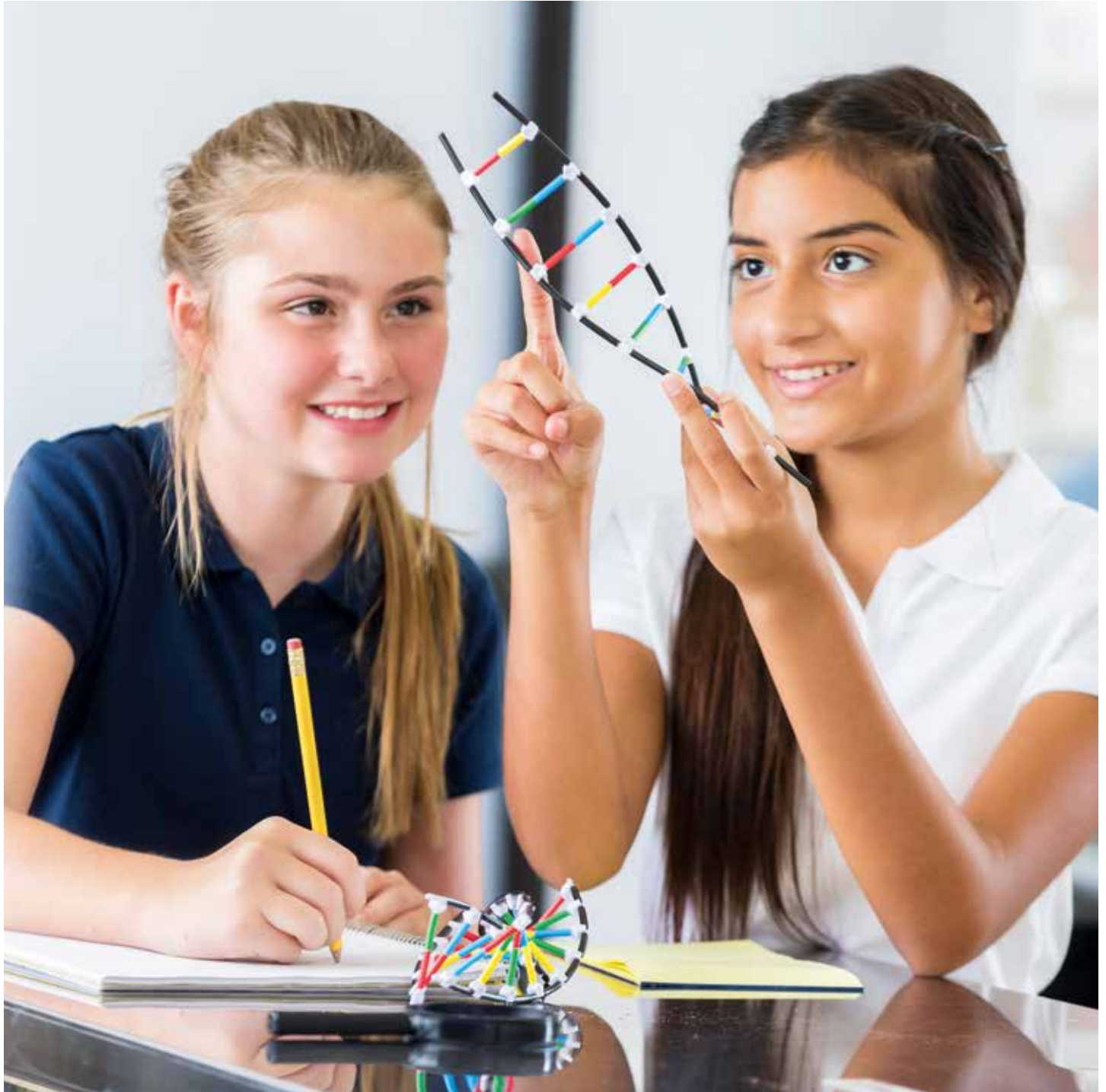


KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 11/18
49. (67.) Jahr · A 4834 E

bvkj.

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



Berufsfragen

BVKJ nimmt Stellung
zu politischen Plänen

Fortbildung

Fieberkrampf –
Zwischen Katastrophe
und Bagatelle, Teil 1

Forum

Aus der
Elternselbsthilfe

Magazin

Wieviel Kita
braucht das Kind?

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

INHALT 11 | 2018

Berufsfragen

Stellungnahme des BVKJ zu „Eingeimpft“	665
Neuwahl des Präsidiums	665
Das TSVG stößt auf Widerstand // Kathrin Jackel-Neusser	666
Hintergrundinformationen zum TSVG	668
Resolution der DV zum TSVG	669
Online-Befragung der Mitglieder des BVKJ // Birgit Jödicke	670
Auszüge aus den Berichten der Ausschüsse des BVKJ zur DV	674
UV-GOÄ Ziffer 1/6 neu definiert // Reinhard Bartzeky	678
Nachfolger/in gesucht!!! // Sebastian Bartels	681
Optionen pädiatrischer Tätigkeit // Philipp Utz	682
Diagnostikverfahren zur physiologischen Entwicklung // Ronald G. Schmid	684
Anhebung der Vergütungssätze in der UV-GOÄ // Wolfgang Landendörfer	687
Pädiatrische Fallvignette 11 // Wolfgang Landendörfer	691
Impressum	692

Fortbildung

Fieberkrampf 2018 – Teil 1 // Michaela V. Bonfert, Ingo Borggräfe, Moritz Tacke, Timo Roser, Celina von Stülpnagel, Florian Heinen, Lucia Gerstel	694
Highlights aus Bad Orb: Familienzentren als Knotenpunkte // Wolfgang Tietze	698
consilium: Beeinflussung des Insulinspiegels durch inhalative Kortikoide // Klaus Mörke	704
Review aus englischsprachigen Zeitschriften	706
Welche Diagnose wird gestellt? // Dörte Petersen	708

Forum

Aus Elternselbsthilfegruppen // Laila Arash-Kaps	712
Baby- und Kindermassage	714
Überregulierung und Misstrauensbürokratie im Krankenhaus	716
Vermischtes	718
Vergesst die Genetik nicht // Kirsten Stollhoff	723
Betreuung kranker Kinder immer häufiger Männersache	726
Das Leser-Forum	728



Wieviel Kita braucht das Kind?

S. 729

Magazin

Kinder- und jugendärztliche Perspektiven auf institutionelle Kinderbetreuung in der Bundesrepublik // Felix Berth	729
Buchtipp	734
Betriebsausflug der BVKJ-Geschäftsstelle // Armin Wölbeling	735
Das Leser-Forum	736
Fortbildungstermine des BVKJ	737
Personalien	738
Pädindex	740

Nachrichten der Industrie

Wichtige Adressen des BVKJ	747
----------------------------	-----

Titelbild: © asiseeit - iStock.com

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe sind eine Beilage der Aspen Germany GmbH sowie Supplements der Biogen GmbH und der CSL Behring GmbH beigelegt. Wir bitten um Beachtung.

Stellungnahme des BVKJ zum Film „Eingeimpft“ vom 12.09.2018

Kinder- und Jugendärzte zum Film „Eingeimpft“: Chance zu sachlicher Information verpasst!
 // „Der Film „Eingeimpft“, der in diesen Tagen in die Kinos kommt, verpasst die große Chance, dem Publikum durch ausgewogene, wissenschaftlich gesicherte Informationen die Bedeutung des Impfens zu erklären - und das ist schade angesichts der Wichtigkeit des Themas Impfen!“ Mit diesen Worten kommentierte Dr. Thomas Fischbach, Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, den Film „Eingeimpft“ von David Sieveking.

Dr. Thomas Fischbach weiter: „Der Film behandelt das Thema der individuellen Impfscheidung in einer Familie und bedient sich der wissenschaftlichen Erkenntnisse nur anekdotisch, er stellt widersprüchliche Szenen und Meinungen – teilweise auch Fehlinformationen und wissenschaftlich widerlegte Hypothesen – nebeneinander, ohne diese einzuordnen. Zuschauerinnen und Zuschauer bleiben am Ende eher ratlos zurück.“

Wir Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte werden nun weiter auf einen Film warten, der laienverständlich und dennoch wissenschaftlich fundiert darstellt,

- dass Impfungen zu den wichtigsten und wirksamsten Maßnahmen zum Schutz vor schweren Krankheiten wie

zum Beispiel Diphtherie, Masern oder Kinderlähmung gehören

- dass Impfungen seit ihrer Einführung weltweit Millionen von Todesfällen und schweren Erkrankungen mit Folgeschäden verhindert haben
- dass alle in Deutschland zugelassenen Impfungen durch Experten des Paul-Ehrlich-Instituts und andere Arzneimittelbehörden in der EU eingehend wissenschaftlich und unabhängig geprüft und überwacht werden, vor und nach der Zulassung
- dass flächendeckende Impfungen auch Menschen schützen, die zum Beispiel wegen Abwehrschwäche nicht geimpft werden können, dass Impfungen also nicht nur Privatsache, sondern Gemeinschaftssache und Ausdruck praktizierter Sozialkompetenz sind.

Ein solcher Film würde auch potenzielle Risiken oder Unannehmlichkeiten nicht verschweigen, die mit dem Impfen verbunden sein können. Er würde sie dem ungleich größeren Risiko lebensbedrohlicher, aber durch Impfungen vermeidbarer Infektion gegenüberstellen und somit Eltern eine informierte und verantwortungsbewusste Entscheidung ermöglichen.

Bis dahin sorgen wir weiter tagtäglich dafür, dass durch Schutzimpfungen die uns anvertrauten Kinder und Jugendlichen, ihre Familien und indirekt auch die ungeimpften Impfskeptiker vor vermeidbaren Infektionskrankheiten geschützt sind.“

Red.: WH

Wahl des Präsidiums des BVKJ für den Zeitraum vom 01.11.2019 bis 31.10.2023

Die Delegiertenversammlung (DV) des BVKJ hat am **13. Oktober 2018 in Bad Orb** satzungsgemäß 1 Jahr vor Ablauf der Amtszeit des derzeit amtierenden Präsidiums (Präsident und drei Vizepräsidenten) das Präsidium für die **Amtszeit vom 01. Novem-**

ber 2019 bis 31. Oktober 2023 gewählt. Auf Vorschlag des Vorstands hat die DV die Zahl der Vizepräsidenten von drei auf zwei reduziert. Die ehrenamtlichen Vorstände und der/die Schatzmeister/in werden im Rahmen der nächsten DV im Jahr 2019 gewählt.

Ohne Gegenkandidaten wurden gewählt:
 Präsident: Dr. Thomas Fischbach, Solingen
 Vizepräsidentin: Dr. Sigrid Peter, Berlin
 Vizepräsident: Prof. Dr. Wolfgang Kölfen, Mönchengladbach

Red.: WH

Das TSVG – Minister Spahns Omnibusgesetz stößt auf großen Widerstand

Schon als im Juni 2018 die Inhalte publik wurden, die in einem neuen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn umgesetzt werden sollten (25-Stunden Woche, 5 offene Sprechstunden u.v.m.) reagierte der BVKJ prompt und deutlich mit einer Pressemeldung. Dr. Fischbach war dann auch nach Veröffentlichung des TSVG-Referentenentwurfes einer der wenigen Ärztfunktionäre, die deutliche Kritik anbrachten.



Kathrin Jackel-Neusser

Frühzeitige Kritik des BVKJ

Am 21.6.18 stellte der BVKJ fest: „Kinder- und Jugendärzte lehnen längere Praxisöffnungszeiten ab! Dr. Thomas Fischbach: GKV-Vorschlag ist unverschämt und geht an eigentlichen Problemen vorbei! Statt Gängelei brauchen wir eine bessere Gesundheitspolitik!“ und am 24. Juli wurde mit der Pressemeldung „BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach: Spahn-Vorschlag ist unausgegoren, schadet unseren Patienten und wird Ärztemangel verschärfen!“ nachgelegt.

Keine einheitliche Reaktion der ärztlichen Verbände

Leider haben nicht alle ärztlichen Verbände hier laut und deutlich mitgezogen. So lautete der Titel der SpiFa-Pressemeldung vom 27. Juli beispielsweise „Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) äußert sich zum geplanten Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das Bundesgesundheitsminister Jens Spahn auf den Weg bringen will, verhalten positiv.“ Der Hausärztever-

band schrieb immerhin schon von „mehr Schatten als Licht“ im TSVG. Ebenso bei der Anhörung des Gesundheitsministeriums zum TSVG vom August. Hier war es wiederum Dr. Fischbach, der am deutlichsten seine Kritik am TSVG äußerte und dafür viel Unterstützung der anderen Anwesenden erhielt. Die allerdings deutlich verhaltener blieben in ihrer Kritik.

So kam es, dass gegenüber den offenen fünf Sprechstunden nur der BVKJ und der Hausärzteverband ganz deutliche Kritik äußerten, was ja auch zu dem Erfolg führte, dass diese im neuen Gesetzentwurf für die Kinder- und Jugendärzte sowie die Allgemeinärzte wieder wegfielen.

Dennoch muss man klar sagen: Die Kritik innerhalb der Ärzteverbände hätte geschlossener und lauter ausfallen müssen! Man hätte dadurch vielleicht mehr erreichen können.

Wir lassen uns keineswegs entmutigen.

So wurde innerhalb des BVKJ-Bundesarbeitsvorstandes ein Brandbrief an die Bundestagsabgeordneten entwickelt, in dem versucht wurde, die Kritik der Basis an dem TSVG zusammenzufassen. Hierin werden vor allem zwei Aspekte kritisiert, die besonders viel Unruhe in die pädiatrische Versorgung zu bringen drohen:

- **Erstens: Die generelle Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für die Kinder- und Jugendärzte ist ein Fehler!**

Es ist völlig unverständlich, dass der Gesetzesentwurf an dieser Regelung festhält, die zu dramatischen Fehlanreizen führen kann. Es besteht Grund zu der Annahme, dass dadurch ungesteuert klinikbetriebene MVZ und

Großpraxen in bereits jetzt attraktiven Ballungsgebieten eröffnet werden und deren Finanzierung zulasten der bereits bestehenden Vertragsarztpraxen erfolgt.

Außerdem wäre eine wechselnde Ärzteschaft in den MVZ anstelle von dauerhaften Arzt-Patienten-Bindungen ganz sicher nicht im Interesse der Patienten selbst. Durch diese Regelung würden die bestehenden pädiatrischen Praxen geschwächt, was der medizinischen Betreuung ihrer Patienten schaden würde. Unsere Forderungen zu diesem Aspekt lauteten:

- Von einer generellen Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für die Kinder- und Jugendärzte muss abgesehen werden.
- Neu entstehende Sitze müssen ausschließlich durch zusätzliche Mittel von den Krankenkassen finanziert werden!

Unsere Bitte: Bitte laden Sie sich diesen Brandbrief, den wir Sie bitten an Ihre lokalen Abgeordneten zu senden, bei **Päd-Inform** herunter, oder fordern Sie diesen in der „Stabstelle Politik und Kommunikation“ des BVKJ (bei Frau Jackel-Neusser, siehe meine Adresse unten) an. Wir sind hier auf Ihre Unterstützung dringend angewiesen, denn im parlamentarischen Verfahren zum TSVG (siehe Infokasten) kann noch einiges geändert werden.

- **Zweitens: Wir brauchen endlich politische Maßnahmen, die die Pädiatrie stärken, nicht schwächen!**

In unserer Pressemeldung und unserem Brandbrief haben wir daher gefordert:

- Es muss zeitnah eine Offensive zur Ausbildung von mehr Medizinstudenten geben.
- Ob ambulante Weiterbildungsförderung auch aus dem Strukturfond be-

zahlt werden kann, muss eindeutig im TSVG klargestellt werden.

- Es findet im TSVG keine Stärkung der Pädiatrie durch bessere verbindliche Repräsentanz in der medizinischen Selbstverwaltung statt. Diese fordern wir weiterhin.
- Durch die von uns kritisierten Regelungen im TSVG wird erheblich mehr Bürokratie in die Praxen getragen und die freiberufliche Ausübung unserer ärztlichen Tätigkeit behindert. Dadurch wird nicht der Anreiz erhöht, in der ambulanten Versorgung ärztlich tätig zu werden.
- Die im Koalitionsvertrag angekündigte und seit Jahren dringend notwendige Besserstellung der sprechenden Medizin muss endlich durch ein tragfähiges Konzept umgesetzt werden.
- Zudem brauchen wir für die aufwändige hausärztliche Koordination, die Kinder- und Jugendärzte übernehmen, und für die Behandlung von chronisch kranken Patienten ebenfalls mehr Mittel.

Unser Appell an die Politik und die Öffentlichkeit vom 4. Oktober lautete: „Wir brauchen angesichts übervoller Kinder- und jugendärztlicher Praxen bei fehlendem ärztlichen Nachwuchs jetzt Maßnahmen zur Stärkung der Pädiatrie, keine zusätzlichen Erschwernisse! Hier stehen wir für gemeinsame Lösungen weiter bereit!“

Wir bleiben aktiv

Zahlreiche BVKJ-Funktionäre (per Facebook) und Frau Jackel-Neusser (per Twitter) äußern sich in den sozialen Medien aktiv gegen das TSVG – weitere Unterstützung ist hier natürlich äußerst wertvoll!

Wir haben unseren Brandbrief an die Abgeordneten konzipiert und am 4. Oktober abermals eine sehr deutliche Pressemitteilung verfasst. Jetzt gilt es, die Expertise unserer Justitiare in Ruhe auszuwerten und unsere Stellungnahme zum TSVG-Referentenentwurf zu überarbeiten, sodass wir unsere Kritik zum neuen Gesetzentwurf im parlamentarischen Verfahren

(geplant ab Dezember) auf einer fundierten sachlichen Grundlage einbringen können. Passenderweise treffen wir in den nächsten Monaten beide neuen Staatssekretäre im BMG, sodass wir unsere Kritik gezielt äußern werden. Auch einige zentrale Bundestagsabgeordnete werden wir dazu bald erneut sprechen können.

Mit Ihrer Unterstützung kann es gelingen, die Kritik am TSVG an möglichst alle Abgeordneten heran zu tragen. Fordern Sie bitte den Brandbrief an, Sie erhalten dann auch eine genaue Beschreibung, wie Sie die zuständigen Abgeordneten suchen.

Vielen Dank! Auch an alle, die den Brandbrief bereits versendet haben!

Korrespondenzadresse:

Kathrin Jackel-Neusser
Stabstelle Politik und Kommunikation
Chausseestr. 128/129

10115 Berlin

Tel: 030-280 47510

E-Mail: kathrin.jackel-neusser@uminfo.de

Red.: WH

Hintergrundinformationen zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Zeitplan

23.7.2018 Referentenentwurf – 22.8. Verbändeanhörung – 26.9. Kabinettsbeschluss – 23.11. 1. Durchgang Bundesrat – Dezember 1. Lesung Bundestag – 1.4.2019 Anvisiertes Inkrafttreten – zustimmungsfrei

Zu den Regelungen im Einzelnen (von der Internetseite des BMG):

Terminservicestellen werden zu Servicestellen für ambulante Versorgung und Notfälle weiterentwickelt:

- Auch Terminvermittlung zu Haus- und Kinderärzten und Unterstützung bei Suche nach dauerhaft versorgenden Haus-, Kinder- und Jugendärzten;
- über bundesweit einheitliche Notdienstnummer 116 117 an 24 Stunden täglich an sieben Tagen der Woche (24/7) erreichbar;

- in Akutfällen werden Patienten auch während der Sprechstundenzeiten an Arztpraxen oder Notfallambulanzen vermittelt;
- Online-Angebot zu Terminservicestellen (damit Termine nicht nur telefonisch, sondern auch online oder per App vereinbart werden können);
- Die KBV regelt in Richtlinie Näheres zur einheitlichen Umsetzung durch KVen.

Das Mindestsprechstundenangebot der niedergelassenen Ärzte wird in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) festgelegt:

- mindestens 25 Stunden pro Woche (Hausbesuchszeiten werden angerechnet);
- die KVen informieren im Internet über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte;
- Facharztgruppen der Grundversorgenden und wohnortnahen Versorgung

(z.B. konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, HNO-Ärzte) müssen mindestens 5 Stunden pro Woche als offene Sprechstunde anbieten (ohne vorherige Terminvereinbarung); Neu: nicht die Kinder- und Jugendärzte!

- Bundesmantelvertragspartner vereinbarten zeitnah Einzelheiten
- die KVen überwachen die Einhaltung der Mindestsprechstunden (einheitliche Prüfkriterien und jährliche Ergebnisberichte an Landes- und Zulassungsausschüsse sowie Aufsichtsbehörden).

Extrabudgetäre Vergütung, Zuschläge, Entbudgetierung oder bessere Förderung von:

- Erfolgreicher Vermittlung eines dringenden Facharzt-Termins durch einen Hausarzt (Zuschlag von mindestens 5 Euro)
- (Akut-)Leistungen für Patienten, die von der Terminservicestelle vermittelt werden

- Leistungen für neue Patienten in der Praxis (Zuschläge von mindestens 25 % auf die Versicherten- und Grundpauschalen)
- Leistungen, die in den offenen Sprechstundenzeiten erbracht werden (Zuschläge von mindestens 15 % auf die Grundpauschalen)
- Leistungen für übernommene Patienten nach Terminvermittlung durch einen Hausarzt
- „Sprechende Medizin“ soll gestärkt werden (für uns unklar, wie genau)
- Strukturfonds der KVen werden verpflichtend und auf bis zu 0,2 Prozent der Gesamtvergütung verdoppelt; Verwendungszwecke erweitert (z.B. auch für Investitionskosten bei Praxisübernahmen, etc.)
- KVen werden verpflichtet, in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten eigene Praxen (Eigeneinrichtungen) oder mobile und telemedizinische Versorgungs-Alternativen anzubieten, wenn es zu wenig Ärzte gibt
- Die qualitätsgesicherte Leistungserbringung in der Pflege wird durch die Zulassung von ambulanten Betreuungsdiensten für Sachleistungen (wie Haushaltshilfe, Gespräche führen, gedächtnisfördernde Beschäftigung, Spaziergänge und Begleitung etc.) erweitert.
- Patientinnen und Patienten stehen künftig die Impfstoffe aller Hersteller in der Versorgung zur Verfügung. Der Ausschluss von Herstellern durch Verträge wird vermieden. Zugleich werden die Regelungen für eine wirtschaftliche Preisfindung geschärft. Damit wird eine hochwertige und wirtschaftliche Impfstoffversorgung gewährleistet.

So können Patienten künftig auf ihre Daten zugreifen

- Krankenkassen müssen ihren Versicherten spätestens ab 2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung stellen und sie darüber informieren.
- Der Zugriff auf medizinische Daten der ePA wird auch mittels Smartphone oder Tablet möglich.
- Das Verfahren für die Erteilung der Einwilligung des Versicherten in die Nutzung der medizinischen Anwendungen -unter Beachtung des Datenschutzes- wird vereinfacht.

So sorgen wir für Ärzte auf dem Land

- Obligatorische regionale Zuschläge für Ärzte auf dem Land

So verbessern wir die Versorgung

- Versicherte mit substantiellem HIV-Infektionsrisiko erhalten Anspruch auf Präexpositionsprophylaxe (PrEP). Erforderliche ärztliche Beratung, Untersuchungen und Arzneimittel werden von den Kassen künftig erstattet.
- Der Leistungsanspruch auf künstliche Befruchtung wird erweitert um die Kryokonservierung von Keimzellgewebe, Ei- und Samenzellen in Fällen, in denen eine keimzellschädigende Behandlung (z.B. bei Krebserkrankung) zu Fertilitätsverlust führen könnte und Kryokonservierung erforderlich ist, um nach Genesung künstliche Befruchtung zu ermöglichen.

Ferner ist vorgesehen, die Transparenz bei der Veröffentlichung der Vorstandsgehälter bei Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zu verbessern und künftige Vergütungssteigerungen bei den Spitzenorganisationen auf Bundesebene zu begrenzen.

Das Gesetz soll voraussichtlich im Frühjahr 2019 in Kraft treten und ist im Bundesrat nicht zustimmungspflichtig.

Resolution der Delegiertenversammlung (DV) 2018 zum TSVG

Die Delegierten der DV lehnen eine unregelmäßige Aussetzung der Zulassungsbeschränkungen für Kinder- und Jugendärzte ab, da zu befürchten ist, dass davon nur attraktive und meist schon gut versorgte Gegenden profitieren und die Versorgung in der

Peripherie und in sozial schwachen Gebieten massiv beeinträchtigt wird.

Wir fordern eine Ausweitung der Zulassungen, die sich am Bedarf orientiert und die von den Krankenkassen voll gegenfinanziert wird. Um den Nachwuchsproblemen unserer Fachgruppe

zu begegnen, fordern wir eine vollständige Förderung des ambulanten Teils der Facharztweiterbildung Kinder- und Jugendmedizin und eine Anhebung der Studierendenzahlen.

Red.: WH

Online-Befragung der Mitglieder des BVKJ zur Gesundheitsförderung und Adipositasprävention in der kinder- und jugendärztlichen Praxis

Seit März 2017 führen die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA), die Deutsche Adipositas Gesellschaft e.V. (DAG) und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ein Projekt zur Gesundheitsförderung und Adipositas-Prävention in der kinder- und jugendärztlichen Praxis durch. Die Umsetzung erfolgt im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) und im Institut für medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften; Charité Universitätsmedizin Berlin. Das Ziel des Projektes ist die Bereitstellung von Beratungsmaterial zur Gesundheitsförderung und Adipositasprävention. Die kinder- und jugendärztliche Praxis ist primäre Anlaufstelle der Eltern bei Fragen zur Kinder- und Jugendgesundheit und bietet ein wichtiges „Setting“ mit niederschwelligem Zugang auch zu ansonsten schwer erreichbaren Familien. Hier wird das Kind vor allem in seinen ersten Lebensjahren engmaschig begleitet. In einer Bedarfsanalyse (Online-Befragung aller Mitglieder des BVKJ) wurde ermittelt, inwieweit Materialien für eine gesundheitsförderliche Lebensweise aktuell eingesetzt, respektive gewünscht werden. Auf Grundlage dieser Recherche sollen vorhandene und neu entwickelte Materialien (analog und digital) den Mitgliedern des BVKJ als „Toolbox“ bereitgestellt werden.



Dr. med. Birgit Jödicke

Hintergrund

Aktuelle Daten der KiGGS Welle 2 vom März 2018 zeigen für 3- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche eine Prävalenz von Übergewicht (9,5 %) und Adipositas (5,9 %), die auf hohem Niveau stabil ist [1]. **Erfreulich rückläufig sind jedoch die Zahlen für Kinder unter 5 Jahren** [2]. Dies lässt vermuten, dass Präventionsprogramme in Kindergärten, Aufklärungskampagnen bei Schwangeren und die Beratung in den Kinder- und Jugendarztpraxen – bei allen Familien als generelle Beratung zu einer gesunden Lebensweise – erste Erfolge verzeichnen.

Kinder aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus und/oder mit einem Migrationshintergrund sind jedoch weiterhin signifikant häufiger betroffen (dreifach höhere Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen mit einem niedrigen im Vergleich zu einem hohen Sozialstatus [3]). Die HBSC-Studie („Health Behaviour in School-aged Children“) zeigt außerdem Unterschiede in der Freizeitgestaltung, der körperlichen Aktivität und den Ernährungsgewohnheiten bei Kindern aus sozial schlechter gestellten Familien (z.B. häufiger ohne Frühstück zur Schule, weniger geregelte Alltagsstruktur, weniger regelmäßiger Besuch eines Sportangebotes), im Gegensatz zu Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus [4].

Ein hoher Prozentsatz aller Kinder und Jugendlichen (ca. 82 %) nimmt regelmäßig an den Vorsorgeuntersuchungen der Kinder- und Jugendärzte/-innen teil [5] und entwickelt so jenseits der krankheitsbezogenen Akutversorgung eine enge Beziehung zu Medizinischen Fachangestellten (MFA) und Kinder- und Jugendärzten/innen. Daher bieten gerade diese regelmäßigen Untersuchungs- und Beratungstermine in den ersten Lebensjahren eine gute Möglichkeit Informatio-

nen über einen kindgerechten, gesunden Lebensstil zu vermitteln.

Um den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen die Beratung zu erleichtern, zielt das Forschungsprojekt auf die Erfassung, Entwicklung und Bereitstellung von Beratungsmaterial zur Gesundheitsförderung und Adipositas-Prävention im Sinne einer „Toolbox“, die über den Berufsverband verfügbar sein wird. Dieses Schulungsmaterial soll insbesondere für sogenannte „Risikofamilien“ nutzbar sein, also wenig Sprachkompetenz erfordern und praxisnahe Handlungsempfehlungen enthalten.

In einer ersten Projektphase galt es den Ist-Zustand der aktuellen Beratungssituation zu erfragen, sowie die Bedarfe und Wünsche der Kinder- und Jugendarztpraxen zu ermitteln. Wir sind von der Hypothese ausgegangen, dass insbesondere Sprachbarriere-freies, genderspezifisches, kultursensibles, digitales und selbsterklärend gestaltetes Material bisher wenig bzw. gar nicht verfügbar ist.

Online-Umfrage

Die Programmierung und Administration der Online-Befragung erfolgte mittels der EFS Software von Unipark. (QuestBack-Köln). Die Angaben wurden

in anonymer Form erhoben, sodass keine Rückschlüsse auf konkrete Personen möglich waren. Zur Inzentivierung wurden 3 Gutscheine unter den Teilnehmenden verlost (gesonderte Anmeldung per mail).

In einer Pre-Test-Phase (Oktober- Dezember 2017) wurden 50 zufällig vom Berufsverband BVKJ ausgewählte niedergelassene Kinder- und Jugendärzte/-innen gebeten, die Anzahl der Fragen und die Auswahl der gefragten Themen zu evaluieren. Die Fragen wurden zu den Bereichen „Angaben zur Praxis“, „Beratungssituation“ und „bereits verwendete

Materialien“ auf der Grundlage von Experteninterviews in 6 unterschiedlichen Kinder- und Jugendarztpraxen in Berlin und Ludwigsburg konzipiert (Durchführung: Institut für medizinische Soziologie, Charité). Nach Auswertung des Pre-Tests wurde der Fragebogen einerseits gekürzt, andererseits Inhalte ergänzt.

Im Januar 2018 wurden im Rahmen einer Vollerhebung alle Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (N=11.608) per Mail über das Forschungsprojekt informiert und um Teilnahme an der Online-Umfrage gebeten. Die Laufzeit betrug 8 Wochen, es

gab insgesamt 3 Erinnerungsnachrichten, die über den Verteiler des BVKJ versandt wurden.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen **2.024 (= bereinigte Nettostichprobe) Personen** an der Umfrage teil. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 17,4 % der gesamten Mitglieder des BVKJ (11.608) bzw. **33,3 % der insgesamt 6.081 ambulant tätigen Kolleginnen und Kollegen**. Die Stichprobe teilt sich in 1.944 (96,2 %) Ärztinnen und Ärzte, die eine Gesundheitsförderung und Übergewichtsprävention zu ihren Aufgaben zählen und 76 Ärztinnen und Ärzte (3,8 %), die dies verneinten (fehlende Zeit für eine ausführliche Beratung im Praxisalltag, fehlende Beratungsmaterialien, fehlende Honorierung der Beratungszeit, Resignation wegen fehlender Erfolge und sonstige Gründe). Dargestellt sind im Folgenden ausschließlich die Antworten der Kolleginnen und Kollegen, die Gesundheitsförderung und Übergewichtsprävention zu ihren Aufgaben zählen:

A) Teilnehmende Praxen

Die meisten Praxen (54,3 %) bestehen seit über 15 Jahren (10-15 Jahre: 17,2 %; < 5 Jahre: 15 %; 5-10 Jahre: 13,6 %). Der überwiegende Teil (67,4 %) liegt im städtischen Raum, knapp die Hälfte der Praxen (49,5 %) würde ihren Einzugsbereich nicht als sozialen Brennpunkt bezeichnen. Der Anteil von Einzel- und Gemeinschaftspraxen ist mit jeweils 42,4 % bzw. 42,6 % annähernd gleich, gefolgt von Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) mit 5,8 %. Pro Praxis sind durchschnittlich zwei ärztliche und fünf nicht-ärztliche Mitarbeiter/-innen tätig. Das Durchschnittsalter der Umfrageteilnehmer/-innen liegt bei 52,6 ± 9,3 Jahren; 62,3 % sind weiblich und 37,7 % männlich. **Der geschätzte Anteil von Patienten/-innen der Praxis mit Übergewicht liegt bei 16,3 ± 11,2 %. Der geschätzte Anteil der Patienten/-innen mit Migrationshintergrund liegt bei 30,6 ± 21,2 %** (Länderverteilung s. Abb. 1).

B) Fragen zur Beratungssituation

Wer berät in der Praxis (Arzt/Ärztin oder MFA)? Findet die Beratung während der regulären Termine statt oder werden extra Termine dafür vereinbart? (Darstellung der Ergebnisse s. Abb. 2).

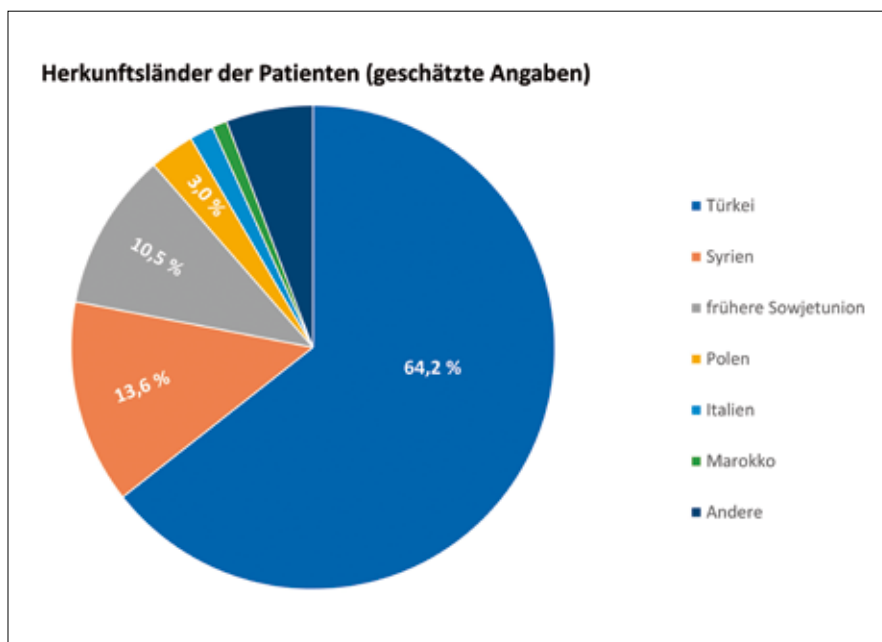


Abb. 1: Frage: Welches, denken Sie, ist das häufigste Herkunftsland Ihrer Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund?

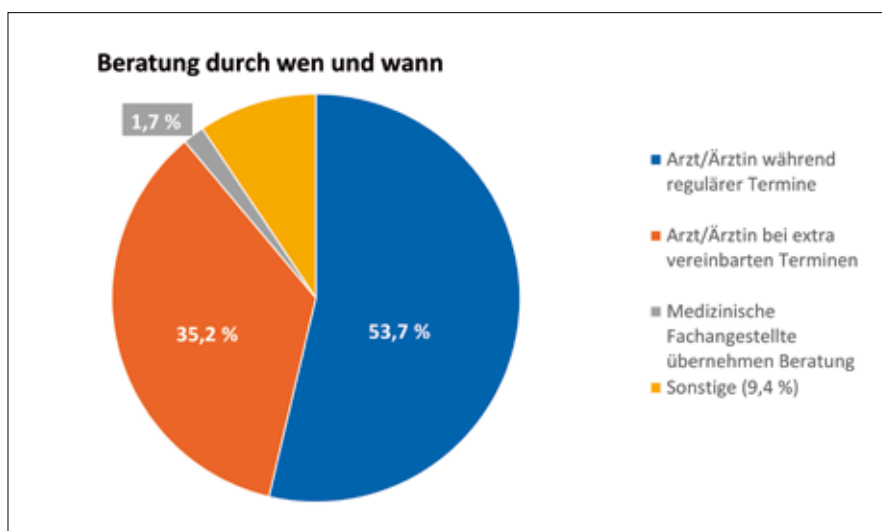


Abb. 2: Frage: Wie beraten Sie Ihre Patientinnen, Patienten und deren Familien in Sachen Gesundheitsförderung und Adipositasprävention?

Es wurde deutlich, dass die **Beratung als ärztliche Aufgabe angesehen und nur selten delegiert** wird. Mehrheitlich wird während regulärer Sprechstundentermine beraten (53,7%), aber auch gesonderte Termine werden vergeben (35,2%).

C) Fragen zu bereits verwendeten Materialien

Drei Fragen beschäftigten sich mit der Verwendung des bereits genutzten Materials. Sie zielten insbesondere auf die Zufriedenheit bzw. die Wünsche nach Verbesserung oder Erweiterung des Spektrums an Beratungsmaterial. Hierbei zeigte sich, dass **aktuell überwiegend Beratungsmaterial in Papierversionen** verwendet werden (Flyer, Broschüren, Bücher, Poster), aber besonders digitale Beratungstools gewünscht werden (s. Abb. 3).

Nur knapp 10% der Befragten waren zufrieden mit den verwendeten Materialien. Gerade kultursensibles, Sprachbarriere-freies, altersentsprechendes und in verschiedenen Sprachen sowie für Jungen und Mädchen getrennt verfügbares Material fehlt und wird gewünscht (s. Abb. 4.).

Diskussion und Schlussfolgerung

Die initial aufgestellten Hypothesen haben sich weitgehend in der Online-Befragung bestätigt:

.....
 Materialien zur Gesundheitsförderung und Adipositas-Prävention in der kinder- und jugendärztlichen Praxis werden in vielfältiger Form genutzt, die Zufriedenheit mit den vorhanden ist aber gering und eine Weiterentwicklung wird ausdrücklich gewünscht. Dabei dominiert insbesondere der Wunsch nach digitalen Beratungsmedien.

Folgende Eigenschaften sollte das Beratungsmaterial erfüllen:

- es sollte spezifisch für unterschiedliche Altersgruppen sein,
- verschiedene kulturelle Hintergründe berücksichtigen,
- Sprachbarriere-frei sein oder in unterschiedliche Sprachen (insbesondere türkisch, arabisch, russisch) erhältlich,
- Die Materialien sollten für Jungen und Mädchen (gerade für Jugendliche) getrennt zur Verfügung stehen.

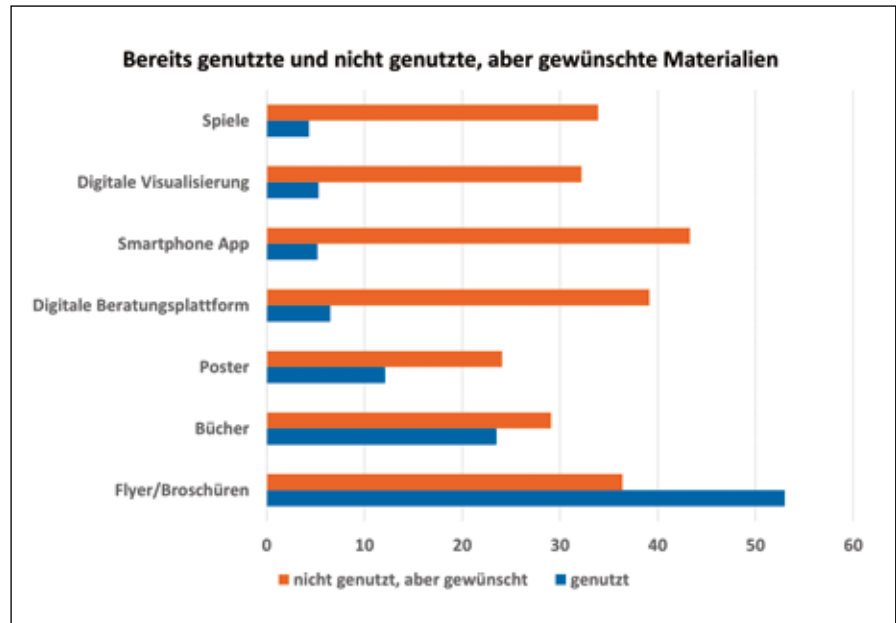


Abb. 3: Frage: Welche Materialien nutzen Sie zur Beratung für die Gesundheitsförderung und Adipositasprävention?

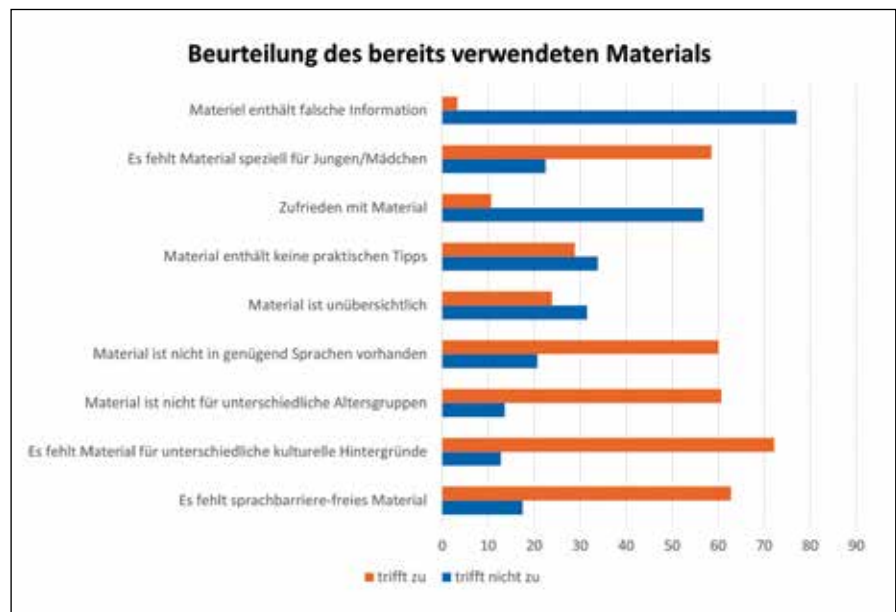


Abb. 4: Frage: Wie zufrieden sind Sie mit den von Ihnen genutzten Beratungsmaterialien?

Auf die Frage, welche allgemeinen Hindernisse im Praxisalltag bei der Beratung zur Gesundheitsförderung und Adipositas-Prävention bestehen, wurden neben dem Fehlen von altersangepassten, kulturspezifischen Angeboten auch die zusätzlichen Kosten für externe Ernährungsberatung oder fehlende bzw. zu teure Sportangebote in der näheren Umgebung genannt. Diese strukturellen Defizite in der Gesundheitsförderung können durch ein verbessertes Angebot an Schulungsmaterial allerdings nicht kompensiert werden.

Zusammenfassend hält jedoch der ganz überwiegende Anteil der niedergelassenen Kinder- und Jugendarztpraxen sowohl die Aufklärung aller Familien über einen gesunden Lebensstil als auch die Kontrolluntersuchungen bei Risikopatienten und Beratung übergewichtiger und adipöser Patienten/-innen für ein wichtiges Tätigkeitsfeld.

Ein sehr hoher Prozentsatz der Befragten sieht dies auch als eine ärztliche, nicht delegierbare Aufgabe. Die Kooperation mit externen Partnern zur praktischen Umsetzung des empfohlenen

Ernährungs- bzw. Bewegungsverhaltens wird dabei sehr geschätzt. Die Ergebnisse der Online-Umfrage werden nun in die Entwicklung neuer und Verbesserung bestehender Materialien einfließen und als „Toolbox“ über den Berufsverband schließlich für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen zur Verfügung stehen. Die bei der Recherche ermittelten bereits existierenden Beratungsmaterialien werden in Form einer bewerteten

Übersicht publiziert und später ggf. auch auf einer Online-Plattform bereitgestellt.

Danksagung

Wir danken den Mitgliedern des BVKJ für die Teilnahme an der Umfrage, der Vizepräsidentin Frau Dr. Peters und der Geschäftsstelle des BVKJ für die Unterstützung bei der Durchführung.

Literatur bei der Autorin.

Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Birgit Jödicke
Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
Abteilung Interdisziplinär/Bereich
Adipositas Ambulanz
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
e-mail: birgit.joedicke@charite.de

Red.: WH

Auszüge aus den Berichten der Ausschüsse des BVKJ zur Delegiertenversammlung (DV) 2018

*(Die vollständigen Ausschussberichte finden Sie zusammen mit allen anderen Berichten zur DV in **PädInform** im Ordner BVKJ Aktuell)*

Ausschuss Für Psychosomatik und Psychotherapie

Mitglieder:

Dr. med. Dipl.-Psych. Harald Tegtmeyer-Metzdorf (Sprecher), Dr. Alfred Freund, Frau Dr. Petra Kapau

Es droht ein Rückfall in eine Pädiatrie ohne Subjekt und ohne dessen sozioemotionale Eingebundenheit. Dazu bedarf es einer grundsätzlichen Positionierung in unserem Berufsverband!

Die Psychosomatische Grundversorgung als obligater Bestandteil der MWBO (Musterweiterbildungsordnung) – ein vorläufig versandetes Projekt. Auf dem diesjährigen Ärztetag in Erfurt gar nicht erst behandelt. Wie kann es weitergehen? In den Landesärztekammern können abweichende Beschlüsse gefasst und der 80-Stunden-Kurs zum unverzichtbaren Teil der Voraussetzungen der Facharztanerkennung gemacht werden. Dazu bedarf es konzertierter Bemühungen in den Ländern!

Es gibt ca. **800 Anerkennungen von Pädiatern mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie**. Ein Großteil hat die Weiterbildung erst aus der Arbeit in der Praxis heraus begonnen und damit eine wertvolle Ergänzung in das Portfolio der

Behandlungsangebote gebracht. Die Psychiatrie-Verbände wollten mit aller Macht zukünftig ein Psychiatrie-Jahr in das verpflichtende WB-Curriculum einbringen. Mit den vereinten Kräften einiger somatischer Verbände und dem Widerstand in der Ständigen Konferenz Ärztlich-Psychotherapeutischer Verbände (STÄKO) wurde das Psychiatrie-Jahr vom Vorstand der BÄK nicht mehr unterstützt.

Zusammen sind wir stark: wiederholt hat es sich gezeigt, dass die gesprächsorientierten Pädiater ohne Bündnispartner unzureichend wahrgenommen werden. Die Eingebundenheit in den BVKJ ist das eine wichtige Standbein, der Schulterchluss mit anderen Gesprächsmedizinern aus anderen somatischen Fachgruppen deshalb das andere. Das passiert über die VPK (Vereinigung psychotherapeutisch und psychosomatisch tätiger Kassenärzte), mit der wiederholt gute Initiativen zusammen mit dem BVKJ gelaufen sind. Wichtig dabei ist auch der neue Block von somatischen Fachvertretern in der STÄKO.

Fortbildung in der Gesprächsmedizin motiviert den Nachwuchs! Deshalb auch die Beteiligung an Fortbildungen (PGV in Bad Orb), am Jahresschwerpunktheft „Psychosomatik“ 2018 und am Praxis live-Kongress sowie an einschlägigen Leitlinien.

Ausschuss ohne Basis? Es gibt eine gute Zusammenarbeit des Ausschusses mit dem BVKJ-Vorstand. Von den Betroffenen gibt es aber wenig Impulse für die Arbeit. Deshalb versteht sich die mit der DV zeitgleiche Gründung der Arbeitsgemeinschaft Ärztliche Psychotherapie und Pädiatrische Psychosomatik (AG ÄPPP) als Reflex darauf.

Wir wünschen uns sehr die Mitarbeit weiterer interessierter Kolleginnen und Kollegen im Umfeld des Ausschusses und in der AG ÄPPP!

*Dr. med. Dipl.-Psych.
Harald Tegtmeyer-Metzdorf*

Fortbildungsausschuss

Mitglieder:

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

Die angebotenen Tagungen werden weiterhin sehr gut bis gut angenommen mit TN-Zahlen in etwa wie in den Vorjahren, wobei die TN-Zahlen in Berlin leicht steigen und in Bad Orb etwas rückläufig sind. Der Kongress für Jugendmedizin in Weimar wurde sehr gut besucht, der Assistentenkongress sowieso.

Der **45. HSK von Do. 05.–So. 08.10.17 stand unter dem Thema „Wie geht es Dir mit Handicap?“**, angepasst wegen der

Vielfalt des Themas an das Schwerpunktthema des BVKJ 2017: Das chronisch kranke Kind – der chronisch kranke Jugendliche.

Die Verschiebung auf Donnerstag – Sonntag statt Sonntag bis Mittwoch wurde durchweg positiv aufgenommen.

Der **Kurs zur psychosomatischen Grundversorgung** war auch 2017 in Bad Orb wieder komplett ausgebucht. Neu war das Angebot des „**Grundkurses Entwicklungsdiagnostik gemäß Tandem-Curriculum Entwicklungsdiagnostik für Medizinische Fachangestellte und Kinder- und Jugendärzte/Innen** am Vortag.

Auch 2019 wird der 47. HSK wieder in Bad Orb stattfinden. Trotz ausgedehnter Suche durch die Geschäftsstelle konnten bislang keine vergleichbar kostengünstigere Tagungsstätten in Deutschland ausgemacht werden. Der Tagungsort Bad Orb ist auch aufgrund vieler Anmerkungen von Kongress-TN immer wieder Gegenstand von ausgiebigen Diskussionen. Wir suchen stets nach möglichen Alternativen, wurden aber bislang noch nicht fündig. Geplant für 2019 ist ein **Televoting** für einige Vorträge als Anreiz für mehr aktive Teilnahme aus dem Auditorium.

Der 15. Assistentenkongress war vom 15.–18.02.2018 in Hamburg unter der bewährten Leitung von Prof. R.G. Schmid, Altötting, in sehr guter Kooperation mit den Chefärzten der Hamburger Kinderkliniken wieder sehr erfolgreich und in schon fast gewohnter Weise sehr gut besucht.

Der 16. Assistentenkongress soll vom 28.–31. März 2019 wieder in Berlin von Prof. R.G. Schmid in Kooperation mit der Charité organisiert werden.

Der 24. Kongress für Jugendmedizin fand anstatt im März in Weimar dieses Jahr erst im April statt, vom 13.–15. 04.18 (Leitung Dres. Achenbach, Büsching, Reckert, Ruppert und Trost-Brinkhues), und war dem Thema „Hilfe, ich werde erwachsen und wie wir Pädiater damit umgehen!“ gewidmet. Die diesjährige sehr gute Auswahl an Themenvielfalt, und der spätere Kongresstermin im Frühjahr, haben sicher dazu beigetragen, dass es erfreulicherweise sehr viel mehr Teilnehmer als sonst gab, inklusive der gleichzeitig tagenden MFAs. Der Themenbogen spannte sich von Medien, Rechtsfragen, Kommunikationsregeln, Grenzüberschreitungen, Essstörungen und Ernährungsfragen bis hin zu Rheuma, Diabetes, Bluthochdruck, orthopädi-

schen und Schilddrüsenkrankheiten und chronischen Schmerzen.

Der **48. Kinder- und Jugendärztetag fand vom 22.–24. Juni 2018 in Berlin** statt zusammen mit einer Parallelveranstaltung, dem **13. Kongress für die medizinische Fachangestellte in der Kinder- und Jugendarztpraxis** sowie dem **Grundkurs Tandem-Curriculum Entwicklungsdiagnostik für die MFAs und Kinder und Jugendärzte am 22.06.2018.**

Das Kongressthema in Berlin war gemäß dem Schwerpunktthema des BVKJ für 2018 die **Psychosomatik**. Die TN-Zahlen stiegen leicht im Vergleich zu den Vorjahren. Neu war die Teilnahme von einigen Schweizer Kollegen vom dortigen pädiatrisch-hausärztlichen Berufsverband.

Das Presseecho war trotz vieler anderer politischer Hotspots für den BVKJ zu unserer eigenen Überraschung sowohl in Bad Orb als auch in Berlin wieder ganz ausgezeichnet.

Der parallel verlaufende 13. Kongress für medizinische Fachangestellte in der Kinder- und Jugendarztpraxis erfreut sich zum Glück weiterhin sehr großer Beliebtheit und war wieder sehr gut besucht, eine nach wie vor einzigartige Initiative des BVKJ. Die TN bewerteten die Tagung im Hotel Estrel sehr positiv und belebten in erfreulicher Weise in den Pausen die Industrieausstellung, was wiederum von den Vertretern der Industrie sehr positiv aufgenommen wurde.

Das **Jahresschwerpunktthema des BVKJ für 2019 wird „Entwicklung“** sein, somit auch das Thema für den Kinder- und Jugendärztetag 2019, der vom 14. – 16. Juni 2019 wieder im Estrel in Berlin stattfinden wird.

Die Veranstaltung **Paediatrice** läuft weiter bundesweit mit 5 Themenblöcken. Die TN-Zahlen sind weiterhin konstant und liegen bei ca. 900 MFAs pro Jahr. Seit dem zweiten Halbjahr 2016 laufen die Paediatrice-Veranstaltungen ohne Sponsoring. Durch eine Gebührenerhöhung finanzieren sie sich jedoch selbst kostendeckend.

„**Immer etwas Neues**“ wird bundesweit für Ärzte und MFAs zeitgleich angeboten, 10 Veranstaltungen pro Jahr. Neben den neuen Selektivverträgen gibt es Vorträge zu Impfungen, Ernährungsfragen, ADHS und PaedExpert im Konsiliarsystem und „Point of Care – das kleine Labor“. TN-Zahlen liegen bei ca. 80 MFAs und 50 Ärzten pro Veranstaltung, die Gebühren

sind dank eines Sponsoring (GKS, Shire, Axonlab, Nestlé, BVKJ Service GmbH) niedrig. 2018 wurde das Basisprogramm mit Seminarangeboten erweitert. Zudem die Vortragsthemen Reiseschutzimpfungen, HPV-Impfungen, seltene Erkrankungen, spinale Muskelatrophie, Mikrobioms, Paed.Selekt, neues aus der BVKJ-Service GmbH und PaedExpert referiert, welche von den Firmen Biogen, Shire, GSK, Nestlé, MSD und der Service GmbH gesponsert wird.

Ferner neu im Fortbildungs-Programm sind **Webinare für Pädiater**. Bisher angeboten wurden Webinare für Dermatologische Fragestellungen und Honorarfragen, geplant sind weitere zu Vorsorgeuntersuchungen und Einsatz von Antibiotika, gedacht wird an ca. 3 Veranstaltungen in den Herbst-/Wintermonaten. Nach bisherigem Eindruck sind die TN jüngere Kollegen/Innen, die bisher auf den BVKJ-Tagungen in Berlin, Weimar und Bad Orb noch nicht registriert

Prof. Dr. K.-M Keller

QM Ausschuss 2017/18

Mitglieder:

D. Ewald (Sprecher), Dr. C. Bornhöft, Dr. R. Moebus

Der Ausschuss trifft sich derzeit unregelmäßig, regelmäßiger E-Mailkontakt oder Telefonkontakt besteht. Gemeinsam mit Dehtleff Banthien wurde 2017 die **Mitgliederbefragung** vorbereitet, die Erkenntnisse zusammengefasst und dem Vorstand zur Kenntnis gebracht.

Seminarangebot für MFA und Ärzte in Berlin 2018 (BA-Akademie mit Vorstellung des vom Ausschuss empfohlenen QM Systems „QPäd“) mit mangelhafter Beteiligung, Hauptthema im Seminar DSGVO. Das Seminar fand am Freitagvormittags statt.

Seminarangebot an Ärzte im Rahmen des Kongressangebotes fand keine Interessenten.

QM-Arbeit in QZ, weiterhin kein gesteigertes Interesse der Kolleginnen und Kollegen.

COSI-PPC-EU Der Vorstand des BVKJ hat entschieden, COSIPPC-EU weiter zu unterstützen und im Interesse des Verbands zu fördern. Hinsichtlich der inhaltlichen Weiterentwicklung bzw. Umsetzung und finanziellen Förderung sollen neue Partner, insbesondere die KBV gewonnen werden.

Ausblick 2019

- Thema Ambulante Qualitätssicherung
- Neue Serie zu Themen des QM „QM-geregelt“

2019: Weiterbildung, Fortbildung und Schulungen für Mitarbeiter, Studentenunterricht in der Praxis

D. Ewald

Ausschuss Pädiatrische Subdisziplinen

Mitglieder:

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

EBM: Unsere Forderungen, die wohl erst in der EBM-Novelle „2019“ berücksichtigt werden:

- Die SP Gesprächsziffer, analog zur GOP 04230 vergütet, dient der F Kennzeichnung und ermöglicht so den Aufschlag auf die Versichertenpauschale

- Angemessene Vergütung von **Schweißtest**
- Änderung der **Anlage 5 des Bundesmantelvertrags Ärzte:** Das Problem, welches seit März 2016 gelöst schien, ist immer noch nicht vom Tisch.

Das Problem der **Gastroenterologen** mit F Kennzeichnung und nicht existierender Komplexziffer ist noch nicht gelöst. Es gibt einen intensiven Austausch auf Vorstandsebene BVKJ und GPGE.

Die Behandlung von **chronisch kranken Erwachsenen** durch Pädiater wird je nach KV Bezirk unterschiedlich gehandhabt. Ein Beispiel sind Diagnoselisten, d.h. nur bei Vorliegen einer bestimmten Diagnose kann die Leistung durch den Pädiater erbracht werden. Der EBM ist an die Weiterbildungsordnung gebunden. Dort steht geschrieben, dass Pädiater bestimmte Tätigkeiten nur bei Kindern bis zum 18. Lebensjahr erlernt haben (z.B. Sonographie). Auf dem letzten Ärztetag ist eine entsprechende Änderung zumindest im Bereich Kinderkardiologie beschlossen worden. Die KBV hat zugesichert, hier zu kooperieren, falls sich neue Aspekte ergeben.

GOÄ: Die Verhandlungen sind zunächst einmal abgeschlossen, die Zeitbewertung der einzelnen Leistungen steht, die monetäre Bewertung noch nicht. Auf der letzten Sitzung am 26.4.2018 wurde uns mitgeteilt, dass unter der neuen Regierung zunächst einmal eine Pause eingelegt werde, ob und wann die neue GOÄ in Kraft tritt, weiß niemand.

Der § 116b stellt im Moment keine akute Bedrohung dar. Letztes aktuelles Projekt ist Mucoviszidose, im Moment im Abstimmungsverfahren.

Telemedizin: PaedExpert® ist seit dem 1.7.2016 für Versicherte der Barmer GEK, mittlerweile auch für PKV und andere Kassen, bundesweit verfügbar. Nach wie vor ist die Inanspruchnahme überschaubar.

Stefan Renz

Weitere Berichte folgen im nächsten Heft der Verbandszeitschrift.

Zusammenstellung:

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

Der Honorar Ausschuss informiert

UV-GOÄ Ziffer 1/6 neu definiert/ endlich Berücksichtigung des Faktes „Behandlung Kind“

Der Honorar Ausschuss des BVKJ hat im Jahr 2018 das Thema BG-Abrechnen zum Schwerpunktthema gemacht. Sie konnten eine ganze Reihe von Artikeln zum Thema UV-GOÄ nachlesen. Des Weiteren wurden zahlreiche Vorträge und Veranstaltungen zum Thema UV-GOÄ initiiert und ein Mustervortrag entwickelt, wir berichteten über die jetzt jedes Jahr stattfindenden Gebührenanpassungen und über die neu eingerichtete bundeseinheitliche Clearingstelle für nicht lösbare Konflikte bei der Abrechnung zwischen den Ärzten und den regionalen Unfallkassen und BGen.



Dr. med. Reinhard Bartzky

Weiterer Teilerfolg des BVKJ

Die Anstrengungen des Honorar Ausschusses wurden nun endlich von einem weiteren Teilerfolg gekrönt:

Im Bereich der UV-GOÄ-Abrechnung kann nun bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr einmal im Behandlungsfall die Gebührenordnungsposition 6 abgerechnet werden. Dies gilt nicht bei Bagatellverletzungen.

Endlich findet also der Umstand „Behandlung eines Kindes“ auch in der UV-GOÄ Berücksichtigung, denn für die Behandlung eines Kindes benötigen wir mehr Zeit, mehr Personal und manchmal auch mehr Raum.

Der Leistungslegende der Ziffer 1 wurde in der UV-GOÄ folgender Satz hinzugefügt:

„Bei Kindern bis zum 6. Geburtstag wird anstelle der Nummer 1 einmal im

Behandlungsfall die Nummer 6 abgerechnet. Dies gilt nicht bei Verletzungen, bei denen durch bloße Inaugenscheinnahme das Ausmaß der Erkrankung beurteilt werden kann.“

Diese Veränderung gilt ab der Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt, welche am 21.9.18 erfolgt ist.

Nochmal zur Erläuterung: Der Behandlungsfall im BG-Bereich ist wie folgt definiert:

Als Behandlungsfall gilt die gesamte ambulante Versorgung, die von demselben Arzt nach der ersten Inanspruchnahme innerhalb von drei Monaten an demselben Patienten zu Lasten desselben gesetzlichen UV-Trägers vorgenommen worden ist.

Im Bereich der Allgemeinen Heilbehandlung (also bei uns Vertragsärzten) sind das nun aktuell **ab dem 1.10.18: 16,13 € statt 6,91 €** – also in der Regel ein Mehr von ca. 9 € pro Fall. Kritiker mögen einwerfen, dies sei nicht unser Standbein, es ist aber eine weitere Anerkennung unserer pädiatrischen Arbeit am Patienten und somit berufspolitisch von Gewicht.

Die UV-GOÄ-Ziffer 6 beinhaltet von jeher eine umfassende Untersuchung verbunden mit nach Umfang und Zeit besonderem differential-diagnostischen Aufwand und/oder Beteiligung mehrerer Organe. Im Prinzip gab es schon immer die Möglichkeit einen besonderen Aufwand über die 6 in der UV-GOÄ abzubilden.

Nur ist sie uns von den BGen und Unfallkassen nahezu regelmäßig gestrichen

worden, denn der besondere Umfang der Betreuung musste aus der Dokumentation hervorgehen. **Prototyp für die Ziffer 6 beim Kinder- und Jugendarzt ist die Schädelprellung oder die leichte Gehirnerschütterung.** Wenn Sie eine dieser beiden Diagnosen kodieren und einen grob neurologischen Status dokumentieren, dann geht die 6 durch (auch jenseits des 6. Lebensjahres). Bei einer Knieverletzung mit Verdacht auf Kniebinnenschaden kann man bei den BGen auch die Ziffer 6 ansetzen – nur müssen Sie dann aber zum Nachweis den Ergänzungsbericht Knie (F1004) ausgefüllt haben – wer von uns macht das schon.

Und dann wären wir beim **besonders aufwändigen Kind** (schreit, wehrt ab, etc.): Gemäß Textierung ein klarer Fall für die 6; nur kenne ich kaum einen Pädiater, der das auch durchbekommen hat; da wird von den Unfallkassen nach Guts herrenmanier gestrichen, wenn Sie das nicht klein-klein im BG-Bericht (F1050; Ärztliche Unfallmeldung) dokumentiert haben. Unter diesem Aspekt ist der neue Zusatz zur Ziffer 1 ein wahrer Erfolg und schafft hoffentlich zumindest bis zum 6. Lebensjahr Klarheit bei den regionalen Unfallkassen. Warten wir's ab.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Reinhard Bartzky
10967 Berlin
E-Mail: dr@bartzky.de

Red.: WH

Nachfolger/in gesucht!!!

Vertretung der Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung



Dr. med. Sebastian Bartels

Seit nun fast drei Jahren habe ich das BVKJ-Ehrenamt des Assistentensprechers inne, und so langsam rückt das Ende meiner Amts- und auch Assistenzarztzeit immer näher. Beim kommenden Assistentenkongress (28.-31.03.2019) in Berlin wählen die Kongressteilnehmer neu und ich würde mich sehr freuen, wenn sich bis dahin Kandidaten finden würden, die sich zur Wahl stellen würden. Aus diesem Grunde möchte ich hiermit nochmal Werbung für dieses wirklich sehr spannende und persönlich bereichernde Amt machen und Euch etwas von meiner Tätigkeit berichten.

Durch mehrere Zufälle bin ich in die Position hineingerutscht und konnte mir anfangs noch nicht wirklich viel darunter vorstellen. Es brauchte eine längere Eingewöhnungszeit, um den Verband, seine funktionellen Strukturen und Abläufe sowie alle wichtigen Personen kennenzulernen. Berufspolitik war bis dahin für mich eine „Black-Box“, meine vagen Vorstellungen davon stellten sich bald als

wirklichkeitsfremd heraus. In der ersten Zeit als Assistentensprecher habe ich also viele Überraschungen erlebt und jede Menge gelernt.

Als Vertreter/In der Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung ist man kooptiertes Vorstandsmitglied und nimmt an etwa fünf bis sechs Vorstandssitzungen teil. Diese finden meist im Rahmen größerer Kongresse statt und die Themenvielfalt hierbei ist kaum zu beschreiben. Neben aktueller Politik, Verbandsangelegenheiten und neuen Entwicklungen geht es auch immer wieder um aus- und weiterbildungsrelevante Themen. Aber nicht nur hierbei darf man sich einbringen – vielmehr wird die „junge Perspektive“ auch bei vielen anderen Themen abgefragt.

Die eigentliche Plattform des Assistentensprechers ist natürlich der jährliche Assistentenkongress – in seiner Art einzigartig und jedes Jahr immer wieder ein Erlebnis und ein großartiger Austausch mit vielen Gleichgesinnten. Als Weiterbildungsbildender ist man darüber hinaus auch gern gesehener Teilnehmer auf der jährlichen Weiterbildungs-Werkstatt. Hier treffen sich alle im Berufsverband rund um Aus- und Weiterbildung engagierte Personen, tauschen ihre Erfahrungen aus und entwickeln neue Ideen.

Dann gibt es natürlich noch den *p@ediatric-express*, den elektronischen Newsletter für alle Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung. Er erscheint vierteljährlich. Hier kann man als Redaktionsmitglied in einem tollen Team mitarbeiten, Inhalte planen und auch selbst gestalten. Aktuell stehen viele Neuerungen bei der Gestaltung und Konzeption an, die von Euren neuen kreativen Ideen nur profitieren können.

Ich selbst hatte die Idee und Vorstellung, mich für eine bessere Vernetzung aller Ärzte und Ärztinnen in pädiatrischer Weiterbildung einzusetzen. Hier konnte ich auf der einen Seite zwar bereits viele Steine ins Rollen bringen, auf der anderen Seite aber dauern manche Prozesse doch deutlich länger als man es sich wünschen würde. So gibt es auch auf dieser Ebene weiterhin viel zu tun, damit unsere Weiterbildungsplattform zum interaktiven Austausch möglichst bald online gehen kann – Eure Hilfe ist gefragt.

Ihr habt Spaß neue Perspektiven kennenzulernen, Interesse an der Verbesserung unserer Weiterbildung, wollt mehr über die pädiatrische Grundversorgung und die Arbeitswelt niedergelassener Kinder- und Jugendärzte erfahren und seid aufgeschlossen für was Neues – dann seid Ihr wahrscheinlich genau der oder die Richtige für dieses Amt! Ihr habt noch Fragen und wollt erst mal mehr erfahren über das Amt, bevor Ihr euch traut? Meldet Euch einfach bei mir! Gerne erzähle ich Euch im persönlichen Gespräch mehr! Übrigens, vor meiner Zeit haben sich zwei Kolleginnen das Amt geteilt – auch dies ist sicher wieder möglich.

Über jede Anfrage oder Bewerbung freue ich mich! Helft mit, unsere berufliche Zukunft weiter aktiv mitzugestalten!!!

Korrespondenzadresse:

Sebastian Bartels

BVKJ-Assistentensprecher

56073 Koblenz

E-Mail: s.bartels@daad-alumni.de

Red.: ReH

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

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

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

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



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

Optionen pädiatrischer Tätigkeit

Arbeiten in einer Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche

In den 50 bundesdeutschen Rehabilitationskliniken für Kinder und Jugendliche arbeiten etwa 250 Ärzte, darunter viele Kinder- und Jugendärzte. Wegen ihrer medizinischen Spezialisierungen und der hohen Qualitätsanforderungen der Leistungsträger bieten die Rehakliniken attraktive ärztliche Arbeitsplätze. Sie ermöglichen Ärzten auch die Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt und Kinder- und Jugendärzten den Erwerb von Zusatzbezeichnungen.



Dr. med. Philipp Utz

Vorbereitung eines stationären Aufenthaltes in einer Reha-Einrichtung

Als Kinder- und Jugendarzt in einer großen Rehaklinik umfasst mein Aufgabenfeld die fallverantwortliche Begleitung und die medizinische Mitbetreuung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen, die für mehrere Wochen stationär aufgenommen sind. Bereits vor der Anreise sichte ich die Patientenakten, teilweise wird auch bereits im Vorfeld der behandelnde Kinder- und Jugendarzt am Heimatort kontaktiert, um die Datenlage zu optimieren und Ziele für den Rehabilitationsaufenthalt abzugleichen.

Ärztliches Aufgabenfeld

Nach der Anreise der jungen Patienten nehme ich mir in einem ausführli-

chen Aufnahmetermin Zeit, um die Patienten und ihre Bezugspersonen kennenzulernen und mit ihnen gemeinsam, die Ziele der Reha zu erarbeiten. Hier ist es wichtig, die entscheidenden Faktoren für eine Teilhabebeeinschränkung des jeweiligen Patienten zu erkennen und mit der Familie realistische Rehabilitationsziele in Abstimmung mit den Vorstellungen der Einweiser zu entwickeln. Daraus wird dann ein **individuell angepasstes Rehabilitationsprogramm** zusammengestellt. Häufig ist bereits bei der Planung der Schulungen und Therapieeinheiten eine gute **Abprache im Team** mit meinen Kollegen u.a. aus den Bereichen Pflege, Pädagogik, Ernährungsberatung, Sport- und Physiotherapie, Logopädie oder Psychotherapie notwendig. Wichtig ist auch der Schulbesuch während der Reha, der in der klinikeigenen Schule in kleineren Klassen durchgeführt wird und ebenso in das umfangreiche und individuelle Programm des Patienten eingepplant wird.

Befriedigende Tätigkeit im Team

Definitiv notwendig für die Arbeit in einer Rehaklinik ist ein gesunder Teamgeist: zahlreiche, teils hochspezialisierte Kollegen u.a. aus den Bereichen Pflege, Pädagogik, Ernährungsberatung, Physiotherapie, Logopädie und Psychologie arbeiten gemeinsam daran, dem Patienten beim Erreichen seiner Ziele zu helfen. Ob es darum geht, Medikation anzupassen, in altersentsprechenden Schulungen mehr Selbstständigkeit zu vermitteln

oder körperliche Fitness aufzubauen – immer werden der Reha-Fortschritt des Patienten und neue Optionen gemeinsam mit dem Team bewertet. Ebenso freuen sich dann alle gemeinsam, wenn am Ende der Reha ein Erfolg steht und die Patienten mit einem tragfähigen Nachsorgeplan nach Hause entlassen werden. Auch die Abstimmung mit dem weiterbehandelnden Kinder- und Jugendarzt und den Eltern am Ende der Reha zählt zu meinen Aufgaben.

Effektivitätskontrolle

Im Verlauf der Reha wird im Rahmen von fest eingeplanten Zwischengesprächen mit dem Patienten gemeinsam unter Einbezug der Rückmeldung aus den multiprofessionellen Teams reflektiert, ob das individualisiert angepasste Wochenprogramm bei der Erarbeitung der persönlichen Rehabilitationsziele unterstützt.

Breites Tätigkeitsspektrum

Aufgrund der Spezialisierungen der Rehabilitationskliniken (u.a. Pneumologie, Allergologie, Psychosomatik, Kardiologie oder Orthopädie) fällt es nicht schwer, während der alltäglichen Arbeit mit den Patienten Erfahrung im jeweiligen Spezialgebiet aufzubauen. Zu Recht verfügen viele Einrichtungen über Ermächtigungen umfassender Schwerpunktweiterbildung, welche idealerweise vor Ort durch entsprechende diagnostische Verfahren wie Sonographie oder Provokationsuntersuchungen komplettiert wird.

Tätigkeit in einer Reha-Einrichtung nicht für Berufseinsteiger geeignet

Für Berufsanfänger kann die Rehaklinik nicht als erste Stelle empfohlen werden: auf dieser Entwicklungsstufe sollten Erkennen und Behandlung akuter Erkrankungen im Vordergrund der Weiterbildung stehen.

Wann macht der Einstieg in eine Reha-Einrichtung Sinn?

Für fortgeschrittene Assistentinnen/Assistenten und Fachärztinnen/Fachärzte kann die Arbeit in einer Rehakinderklinik (u.U. sogar im Rahmen eines Rotationsverfahrens) jedoch wertvolle neue Facetten kinderärztlicher Arbeit aufzeigen.

Vorteile der Tätigkeit in einer Reha-Einrichtung

Sehr gut planbare, selbstständige Arbeit und tendenziell geringere Dienst-

belastung im Vergleich zur Akutklinik lassen nicht nur Raum für die eigene Familie und Fortbildungen. Vielmehr wird die für jeden Kinder- und Jugendarzt unabdingbare sozialmedizinische Blickweise geschärft: durch die wochenlange Zusammenarbeit mit den Patienten und ihren Familien, aber auch durch die intensive Zusammenarbeit mit einem interdisziplinären Team erlernt man eine Teilhabe-orientierte Arbeitsweise, bei welcher die Ressourcen des Patienten und seiner Familie berücksichtigt werden und der Kinder- und Jugendarzt zusammen mit dem multiprofessionellen Team die bestmöglichen Maßnahmen zusammenstellen kann. Die Erfolge, die man innerhalb weniger Wochen in der Reha sehen kann, sind mitunter immens und motivierend sowohl für den Patienten mit seiner Familie als auch für das gesamte Rehabilitationsteam.

Kinder- und Jugendrehabilitation macht nur Spaß und Sinn, wenn sie auf hohem Niveau erfolgt: eine Bereitschaft zur Teilnahme an Kongressen und Fort-

bildungen ist für den Reha-Arzt ebenso erforderlich wie die Vernetzung mit Zentren im jeweiligen Schwerpunkt, vor allem aber auch mit pädiatrischen Kollegen in Praxis und heimatlicher Spezialambulanz. So können gemeinsam Wege gefunden werden, um den teils schwer betroffenen Patienten und ihren Familien neue Wege der Krankheitsbewältigung aufzuzeigen, Therapien zu optimieren und durch qualifizierte Schulungen ein verbessertes Selbstmanagement zu ermöglichen.

*Alle Informationen zu den Rehabilitationskliniken für Kinder und Jugendliche:
www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de*

Korrespondenzadresse:

*Dr. med. Philipp Utz
Fachkliniken Wangen
Am Vogelherd 14
88239 Wangen im Allgäu
E-Mail: philipp.utz@wz-kliniken.de*

Red.: WH

Diagnostikverfahren zur Erfassung von Abweichungen von der physiologischen Entwicklung

Dieser Beitrag ergänzt den Beitrag in Heft 10-2018 zur physiologischen Entwicklung.



Prof. Dr. med.
Ronald G. Schmid

Entwicklungsdiagnostik in der pädiatrischen Praxis

Im IVAN I-Papier (Behandlung von Entwicklungsauffälligkeiten in der Sozialpädiatrie) wird ein 3-stufiges Diagnostiksystem vorgeschlagen.

- **Stufe 1:** Screening – Zeitkurve 10 bis 30 Minuten.
- **Stufe 2:** Basisdiagnostik – Zeitkurve 25 bis 50 Minuten.
- **Stufe 3:** Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie (MBS) – Zeitkorridor 4-10 Stunden.

Die erste Stufe (Screening) ist mit Inkraftsetzung des „neuen gelben Heftes“ durch die Screening-Items zur Entwicklung bis zum Alter von fünf Jahren definiert. Im Kindergarten-/Schulalter wird davon ausgegangen, dass Entwicklungsauffälligkeiten durch die Umgebung des Kindes entweder zu Hause oder in Kindergarten bzw. Schule bemerkt und deren Abklärung in Gang gesetzt wird.

Der Kinder- und Jugendarzt hat grundsätzlich die Wahl, die Abklärung eines auffälligen Screening- Ergebnisses in Form der **Basisdiagnostik (Stufe 2)** in der Praxis oder durch Überweisung in eine Institution vorzunehmen, aber auch in schweren Fällen primär schon als **MBS-Diagnostik (Stufe 3)** in einer Institution (Frühförderung, SPZ, KJP u. a.) durchführen zu lassen.

Das IVAN I-Papier definiert Basisdiagnostik- Verfahren, die die gesamte Breite der Fragestellung von der Geburt bis zum Alter von 10 Jahren erfassen. Jenseits des 10. Lebensjahres ist in der Regel eine umfassende Komplexdiagnostik zur Einordnung der Problematik erforderlich. Die IVAN-Empfehlungen wird in der Tabelle 1 für das Alter bis zu sechs Jahren und in der Tabelle 2 für das Alter bis zehn/ fünfzehn Jahren dargestellt.

Grundlage sind die Tabellen der Publikation des **IVAN Papiers** (Hollmann et al, 2016 Qualität in der Sozialpädiatrie – IVAN Papier, RS Verlag, Seite 72 bis 135, alternativ Homepage DGSPJ). Die Tabelle des IVAN Papiers ist in diesem Beitrag in einer fortgeschriebenen modifizierten Form entsprechend der Entwicklung der Diagnostikverfahren publiziert. (s. auch Heft 3-2015 dieser Zeitschrift)

Die globale Entwicklung bis zum sechsten Lebensjahr nach dem **EKPSA-System** ist durch die Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik (MFED) und den ET 6-6 R gut abgebildet. Vom siebten bis zehnten Lebensjahr werden die Leistungsparameter durch die BUEGA erfasst. Ergänzend sind aber Verfahren zur Erfassung der emotionalen Entwicklung, des Sozialverhaltens und der Konzentration und Aufmerksamkeit erforderlich.

Spezifische Fragestellung wie die Frage nach der kognitiven-, der Sprach- oder

der Motorik- Entwicklung sind für die Stufe 2 (Basisdiagnostik) in der Tabelle 1 bis zum sechsten Lebensjahr dargestellt, von siebten bis zehnten Lebensjahr werden sie altersspezifisch durch die BUEGA abgebildet. Um einen mehrdimensionalen Eindruck auch im emotionalen-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsbereich bis hin zu Arbeitsgedächtnis zu erhalten, können ergänzende Verfahren bis zum sechsten Lebensjahr eingesetzt werden.

Nach dem sechsten Lebensjahr ist zur Erfassung der emotionalen Entwicklung der **Mannheimer Elternfragebogen (MEF)**, das **DISYPS-System**, der **SDQ** oder die **CBCL** vorgeschlagen. Alle Testverfahren sind Fragebogen-Systeme, die nach der Auswertung mit dem Patienten besprochen werden müssen. Sie ergänzen die Testung der Leistungsebene und sind zur mehrdimensionalen Betrachtungsweise unersetzlich.

In der Rubrik „ergänzende Testverfahren“ sind zum Teil **komplexe Testverfahren** aufgeführt, die wie der WISC V bis zu zwei Stunden dauern können und nicht mehr der Basisdiagnostik zuzuordnen sind. Die Interpretation der Testergebnisse ist in den Manualen der einzelnen Verfahren angegeben. Grundsätzlich gelten für die gesamte Diagnostik die Grundsätze des Beitrages „Die physiologische Entwicklung im Kinder- und Jugendalter“ im letzten Heft.

Fortsetzung des Beitrages auf den Seiten 686 und 687

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid
Kinder- und Jugendarzt, Neuropädiatrie-
Neonatologie- Allergologie
84503 Altötting
E-Mail: praxis@schmid.altoetting.de

Red.: WH

Tab. 1: Konzept zur entwicklungsdiagnostischen Basisdiagnostik in der allgemeinpädiatrischen Praxis oder im SPZ in den ersten sechs Lebensjahren. Fortgeschriebene Fassung aus dem IVAN I-Papier (2016). Die Beschreibung der Testverfahren aus dem IVAN-Papier ist in der Originalpublikation (ISBN: 978-3-922917-16-X) auf Seite 105 bis 107 vorgenommen. Eine differenzierte Information zu den Tests wird auf den Seiten 117 bis 133 dargestellt. Die meisten der Testverfahren sind über die Testzentrale (www.testzentrale.de) zu beziehen.



Obligate Testverfahren		Ergänzende Testverfahren				
Entwicklungs- bereich	bis 12/24 Monate	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	6 Jahre	
Globale Entwicklung	ET 6-6-R bzw. MFED 1. Lj., MFED 2.-3.Lj.,	ET 6-6-R bzw. MFED 2.-3.Lj.,	ET 6-6-R bzw. BUEVA III (UTs zu sozial-emotionaler Entwicklung fehlen)	ET 6-6-R bzw. BUEVA III (UTs zu sozial-emotionaler Entwicklung fehlen)	ET 6-6-R bzw. BUEVA III (UTs zu sozial-emotionaler Entwicklung fehlen)	WIPISSI III
Kognition	ET 6-6-R (UT: Kognition) bzw. MFED 1., bzw. MFED 2.-3.Lj. (UT: Perzeptionsalter)	ET 6-6-R (UT: Kognition) bzw. MFED 2.-3.Lj. (UT: Perzeptionsalter)	BUEVA III (UT: nonverbale und verbale Intelligenz) bzw. ET 6-6-R (UT: Kognition)	BUEVA III (UT: nonverbale und verbale Intelligenz) bzw. ET 6-6-R (UT: Kognition)	BUEVA III (UT: nonverbale und verbale Intelligenz) bzw. ET 6-6-R (UT: Kognition)	SON-R 2 ½ -7, K-ABC WPSSI III, IDS-P, IDS
Sprache	FRAKIS-K ET 6-6-R (UT: Sprache) bzw. MFED 2.-3.Lj. (UT: Sprechalter, Sprach- verständnisalter)	SBE-3-KT, ET 6-6-R (UT: Sprache) bzw. MFED 2.-3.Lj. (UT: Sprechalter, Sprachver- ständnis-alter) PLAKSS-II (KF) (Artikulation)	HASE ergänzend: BUEVA III (UT: Expres- sive/ Rezeptive Sprache, Phonologie, verbale Intelligenz, Artikula- tion Arbeitsgedächtnis), PLAKSS-II (KF) (Artikulation)	HASE ergänzend: BUEVA III (UT: Expressive/ Rezeptive Sprache, Phonologie, ver- bale Intelligenz, Artikula- tion Arbeitsgedächtnis) PLAKSS-II (KF) (Artikulation)	HASE ergänzend: BUEVA III (UT: Expressive/ Rezeptive Sprache, Phonologie, verbale Intelligenz, Artikulation Ar- beitsgedächtnis) PLAKSS-II (KF) (Artikulation)	SETK-2 (UT: Wörter und Sätze verstehen), SSV/ SET-K 3-5, AWST-R WWT 6-10, TROG-D
Motorik	ET 6-6-R (UT: Hand-, Körpermotorik) bzw. MFED 1. Lj. (UT: Lauf-, Krabbel-Sitralter, Greif- alter) oder MFED 2.-3.Lj., (UT: Laufalter, Hand- geschicklichkeit)	ET 6-6-R (UT: Hand-, Körpermotorik) bzw. MFED 2.-3.Lj., (UT: Lauf- alter, Handgeschicklich- keit)	ET 6-6-R (UT: Hand-, Körper-Motorik, Nach- zeichnen) BUEVA III (UT: Körperko- ordination, Visuomotorik)	ET 6-6-R (UT: Hand-, Körper- Motorik, Nachzeichnen) BUEVA III (UT: Körperkoordination, Vi- suomotorik)	ET 6-6-R (UT: Hand-, Körper- Motorik, Nachzeichnen) BUEVA III (UT: Körperkoordination, Vi- suomotorik)	Movement ABC-2 BOT-2 FEW 2
Emotionale Entwicklung u. Sozial-Verhalten	ET 6-6-R (UT: Fragebogen zur sozial-emotionalen Entwicklung) bzw. MFED 1./2.-3.Lj. (UT: Sozial-, Selbstständigkeitsalter) MEF	ET 6-6-R (UT: Fragebogen zur sozial-emotionalen Entwicklung), MFED 2.-3. Lj. (UT: Sozial-, Selbst-stän- digkeitsalter), MEF	ET 6-6-R (UT: Fragebogen zur sozial-emotionalen Entwicklung) MEF	ET 6-6-R (UT: Fragebogen zur sozial-emotionalen Entwicklung) MEF	ET 6-6-R (UT: Fragebogen zur sozial-emotionalen Entwick- lung) MEF	SDQ CBCL 1½-5 CBCL/4-18 Conners EC
Konzentration, Aufmerksam- keit		FBB-ADHS-V aus DISYPS II	FBB-ADHS-V aus DISYPS II	FBB-ADHS-V aus DISYPS II	FBB-ADHS-V aus DISYPS II	Conners EC
Auditives Arbeitsgedäch- nis			BUEVA III (UT: Arbeitsgedächtnis)	HASE (UT: Nachsprechen v. Kunstwörtern, Wieder- gabe v. Zahlenfolgen)	HASE (UT: Nachsprechen v. Kunstwörtern, Wiedergabe v. Zahlenfolgen)	
Spielverhalten	Beurteilung n. R. Largo und n. B. Zollinger					

Tab. 2: Konzept zur entwicklungsdiagnostischen Basisdiagnostik in der allgemeinpädiatrischen Praxis oder im SPZ. Fortgeschriebenes Konzept aus dem IVAN I-Papier (2016) entsprechend der Entwicklung auf dem Angebotsmarkt für Testverfahren. Die Beschreibung der Testverfahren aus dem IVAN-Papier ist in der Originalpublikation (ISBN: 978-3-922917-16X) auf Seite 105 bis 107 vorgenommen. Eine differenzierte Information zu den Tests wird auf Seite 117 bis 133 dargestellt. Die meisten der Testverfahren sind über die Testzentrale (www.Testzentrale.de) zu beziehen.

Entwicklungsbereich	Obligate Testverfahren			Ergänzende Testverfahren
	7-8 Jahre	9-10 Jahre	12-15 Jahre	
Kognition	BUEGA (UT: verbale und nonverbale Intelligenz)	BUEGA (UT: verbale und nonverbale Intelligenz)	-	WISC V/HAWIK V SON-R 2 ½ -7 K-ABC, IDS
Schulische Leistungen: Lesen, Rechtschreibung Rechnen	BUEGA (UT: Lesen, Rechtschreibung, Rechnen)	BUEGA (UT: Lesen, Rechtschreibung, Rechnen)	-	FEW-JE, Rechen-/ Rechtschreib-/ Lesetestverfahren, HSP 5-9
Sprache	BUEGA (UT: expressive Sprache, verbale Intelligenz)	BUEGA (UT: expressive Sprache, verbale Intelligenz)	-	TROG-D WWT 6-10
Motorik	-	-	-	Movement ABC-2 BOT-2, FEW 2
Emotionale Entwicklung u. Sozialverhalten	MEF	MEF	MEF	SDQ CBCL/4-18
Konzentration, Aufmerksamkeit	FBB-ADHS aus DISYPS II	FBB-ADHS aus DISYPS II	FBB-ADHS, SBB-ADHS aus DISYPS II	Conners 3

Der Honorarausschuss informiert

Anhebung der Vergütungssätze in der UV-GOÄ



**Dr. med.
Wolfgang Landendörfer**

Die Vergütungssätze der UV-GOÄ wurden im vergangenen Jahr, in einer Entscheidung der Ständigen

Gebührenkommission zwischen der Kasernenärztlichen Bundesvereinigung KBV und dem Dachverband der Unfallversicherer DGUV, am 22.8.2017 erhöht und in einem Stufenplan bis zum Jahr 2020 festgelegt.

Die achtprozentige Erhöhung zum 1.10.2017 liegt hinter uns. Nun folgt die nächste vertragliche Erhöhung um weitere **3% zum 1.10.2018** nach. Nicht alle Arztinformationssysteme werden die neuen Vergütungssätze zeitgerecht zum 1.10.2018 eingepflegt haben. Der Honorarausschuss rät zum Abgleich und - falls notwendig – zur händischen Korrektur der hinterlegten Abrechnungsbeträge.

Bitte checken Sie dabei gleich mit, ob für die Besonderen Kosten zur GOP 2001 (Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht und/oder Gewebekleber)

der korrekte Preis in Höhe 8,50 € für die Verwendung von Gewebekleber berechnet ist. Häufig pflegen die Arztinformationssystemhersteller den falsch niedrigen Betrag in Höhe 5,41 € ein.

Die Tabelle gibt eine aktuelle Übersicht für die am häufigsten verwendeten Gebührenordnungspositionen in der Kinder- und Jugendarztpraxis.

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: WH

BERUFSFRAGEN

GOP	Beschreibung	€	Anmerkungen
1	Symptomzentr. Untersuchung	6,91	
6	Umfassende Untersuchung	16,13	Immer unter 6 Jahren + diagnosenbedingter Zusatz bei Commotio, tiefer Knieverletzung und multiplen Verletzungen / großer Aufwand
800	Eingehende neurologische Untersuchung	14,98	nur für Neuropädiater Der allgemeinen Pädiatrie ist die GOP 800 nicht zugänglich.
826	neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung	7,60	Textblock empfohlen: „Notwendiger Ausschluss einer Gleichgewichtsstörung oder Koordinationsstörung nach Untersuchungsergebnis der ausführlichen Untersuchung nach GOP 6“
125	Unfallbericht F1050	8,34	
192	Fax des Unfallberichts	0,39	Fax
Porto	Porto Standardbrief bis 20g	0,70	
143	Arbeitsunfähigkeits-bescheinigung	3,05	Auch Kindkrankschreibung, auch Attest auf Verlangen der Schule
145	Überweisung zum D-Arzt Ü-Formular weglassen – gibt es nicht mehr	3,88	neben GOP 125 dann wenn Entscheidung zur D-Arzt-Ü erst nach Untersuchung erfolgt
410	Sonographie erstes Organ	15,35	
420	Sonographie Folgeorgan	6,14	Max. 3
401	Duplexzuschlag Sono	25,93	
404	Frequenzanalysezuschlag Sono	16,21	
412	Sonographie ZNS	21,51	Bis 2. Geburtstag, auch transkraniell

GOP	Beschreibung	€	Besondere Kosten	Anmerkungen
200	Verband	3,61	1,28	
212	Schienenverband unter Einschluss großer Gelenke	12,13	10,11	
530	Kalt- oder Heißpackung	2,69	-	z.B. als Erste Hilfemaßnahme bereits im Wartezimmer
602	Pulsoxymetrie	11,67	-	
1427	Entfernung Fremdkörper Nase	7,29	-	
2000	Erstversorgung kleine Wunde	5,38		Ausschluss GOP 200
2001	Erstversorgung kleine Wunde + Naht/Gewebekleber	9,98	8,50	Bei Verwendung von Gewebekleber stets zu nehmen Ausschluss GOP 200
2003	Erstversorgung große Wunde	9,98	-	Ausschluss GOP 200
2006	Wunde, nicht primär heilend	4,84	-	daneben Verband GOP 200 möglich
2007	Entfernung von Fäden	3,07	-	Abrechnung je einzelne Wunde, nicht je einzelner Naht möglich
2016	Wundbad	3,53	-	
2226	Chassaignac Reposition	9,21	-	
2004	Versorgung große Wunde + Naht	18,44	9,40	Nicht bei Verwendung von Gewebekleber, Nicht bei Wunden am Kopf und Händen, Nicht bei Kinder < 6 Jahre, Ausschluss GOP 200
2009	Fremdkörper unter der Haut gelegen	7,67		Ausschluss GOP 200
442a	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 2008*, 2009*, 2063* und 2403*	15,00	-	Wird derzeit von Unfallkassen nicht anerkannt

WICHTIG: Bitte Check beim eigenen Arzteinformationssystem ob die Besonderen Kosten automatisiert zugesetzt werden

Der Honorarausschuss informiert

Pädiatrische Fallvignette 11

Schwerpunkthema: Behandlungsauftrag durch D-Arzt, OP-Vorbereitung



**Dr. med.
Wolfgang Landendörfer**

Fallbeschreibung:

Ein zwölfjähriges Schulkind mit kompletter dislozierter Unterarmfraktur wurde primär beim D-Arzt versorgt.

2 Monate später erfolgt die Vorstellung des Jungen wegen der geplanten Metallentfernung. Ein Überweisungsschein des D-Arzt (Formtext 2902) wird mitgebracht.

Auf Wunsch des Chirurgen soll die OP-Vorbereitung mit Blutentnahme (Gerinnung, BB, Elektrolyte) beim Allgemeinpädiater stattfinden.

Befund:

Reizlos verheilte OP-Wunde am rechten Unterarm, klinisch gesundes und infektfreies Schulkind, körperliche Untersuchung ohne sonstige Besonderheiten.

Maßnahmen:

Anamnese, umfassende Untersuchung, Beratung, Blutabnahme, Befundübermittlung an den überweisenden D-Arzt.

Erläuterung:

Bei einer Metallentfernung nach Fraktur liegt eine **besondere Heilbehandlung** vor, die regelhaft dem D-Arztverfahren vorbehalten ist.

Sofern jedoch der D-Arzt den Kinder- und Jugendarzt mittels Formtext F2902 zur Mitbehandlung hinzuzieht (§ 12 Ärztevertrag), darf der Kinder- und Jugendarzt behandeln und zwar nach den erhöhten

Abrechnungssätzen der besonderen Heilbehandlung.

Der Unfallbericht (GOP 125) muss nicht erstellt werden, weil dies im Rahmen der Primärversorgung beim D-Arzt bereits geschah.

Für den ärztlichen Brief zur Narkosefähigkeit gilt grundsätzlich § 61 Abs. 2 ÄV, in dem ausgeführt ist:

(1) Ein Arzt, der nach § 12 hinzugezogen wird, erstattet unverzüglich einen Befundbericht. Dieser ist dem hinzuziehenden Arzt zu übersenden. Der Unfallversicherungsträger erhält eine Kopie.

(2) Der Befundbericht ist Bestandteil der Leistung. Für eine im begründeten Einzelfall erforderliche weitergehende Berichterstattung gelten die Nrn. 110 ff. UV-GOÄ.

Die kurze Mitteilung über die gegebene OP-Fähigkeit, fällt unter (2) Satz 1, also keine Vergütung. Für den begründeten Einzelfall = Narkosefähigkeit liegt nicht vor oder ist bedenklich greift Satz 2 und die Vergütung erfolgt dann nach Nr. 110 UV-GOÄ (8,94 €).

Abrechnung:

	GOP		Vergütung in € nach der Spalte besondere Heilbehandlung
Versorgung in der pädiatrischen Praxis	Porto	Porto	0,70
	110	Vordruck Auskunft Behandlung F1100 für präop. Untersuchung bei gegebener Narkosefähigkeit (-> geringer Aufwand der Begründung)	8,94
	110	Vordruck Auskunft Behandlung F1100 für präop. Untersuchung bei nicht gegebener oder fraglicher Narkosefähigkeit	8,94
	6	(-> höherer Aufwand der Begründung)	20,06
	250	umfassende Untersuchung	3,83
	3524, 3550, 3551, 3555, 3556, 3557, 3558, 3560, 3585H1, 3589H1, 3592H1, 3605, 3607,	Blutentnahme Einzelpositionen für: PTT, TPZ, ChE, Blutbild und Leukodiff, CRP, K, Ca, Cl, Na, BZ, Crea, GGT	39,33

Die umfassende Untersuchung nach GOP 6 ist regelmäßig indiziert vor einer Vollnarkose. Anamnese und Beratung sind hier bereits inkludiert, ebenfalls der (unkomplizierte) Befundbericht (§ 61 ÄV).

Die **Blutentnahme** erfolgt analog der GOÄ. Die Laborabrechnung unterliegt in der UV-GOÄ **speziellen Begrenzungen:**

Stehen dem Arzt für die Erbringung bestimmter Laboruntersuchungen mehrere in ihrer klinischen Aussagefähigkeit und analytischen Qualität gleichwertige Verfahren zur Verfügung, so kann er nur das niedriger bewertete Verfahren abrechnen:

In unserem Fallbeispiel muss deshalb für die Kaliumbestimmung die niedriger vergütete GOP 3557 (2,07 €) anstelle der

GOP 3519 (4,83 €) gewählt werden. In Analogie muss für die Blutzuckerbestimmung die niedriger vergütete GOP 3560 (2,76 €) anstelle der GOP 3514 (4,83 €) gewählt werden. Ebenso muss für das CRP auf die niedriger vergütete GOP 3524 (6,90 €, semiquantitative Bestimmung) ausgewichen werden – die quantitative CRP-Bestimmung nach GOP 3741 (13,80 €) ist dem laborärztlichen Bereich vorbehalten.

Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus einzelnen Messgrößen ist nicht berechnungsfähig (z.B. MCV, Hämatokrit).

Generell können speziellere Untersuchungen ab den GOPs 3650ff nur von Laborärzten abgerechnet werden (z.B. Blutgasanalysen, quantitatives CRP).

In der Summe ergibt sich im genannten Beispiel für die Narkosevorbereitung beim Pädiater eine Abrechnungssumme in Höhe von **63,92 €** bei gegebener Narkosefähigkeit, bzw. **72,86 €** bei fraglicher oder nicht gegebener Narkosefähigkeit

Dieses Musterabrechnungsbeispiel wurde mit der Kommunalen Unfallversicherung Bayern konsentiert.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Wolfgang Landendorfer

90482 Nürnberg

E-Mail: praxis@dr-landendoerfer.de

Red.: WH

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

ISSN 1436-9559

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführer: Dr. Michael Stehr, Tel.: (0221) 68909-11, michael.stehr@uminfo.de; Geschäftsstellenleiter: Armin Wölbeling, Tel.: (0221) 68909-13, Fax: (0221) 6890979, armin.woelbeling@uminfo.de.

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

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

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

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

Druckauflage 12.367
lt. IVW III 2018

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel.: (0201) 8130-104, Fax: (02 01) 8130-130, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: mschulz@schmidt-roemhild.com – **Druck:** Schmidt-Römhild, Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **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, Jahresabonnement € 114,90 zzgl. Versandkosten (€ 7,80 Inland, € 19,50 Ausland), Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende. Für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. ist der Bezug im Mitgliedsbeitrag enthalten.

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

Hinweise zum Urheberrecht:

Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

© 2018. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.



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

Fieberkrampf 2018 – Teil 1: Standards in Diagnostik und Therapie

Definition, Diagnostik, Therapie // Der erste Fieberkrampf führt in der Regel immer zu einer akuten Vorstellung beim Kinder- und Jugendarzt oder in einer pädiatrischen Notfallambulanz. Fieberkrämpfe treten bei ca. 2-5 % aller Kinder im Alter von sechs Monaten bis zum fünften Lebensjahr auf. Meist handelt es sich um kurze, selbstlimitierende Ereignisse ohne weitere Komplikationen oder Langzeitfolgen. Nur bei wenigen Patienten ist eine umfangreichere Diagnostik notwendig. Therapeutisch kommt der fachlichen Beratung der Eltern, d.h. der ärztlichen Führung der Eltern durch den Kinder- und Jugendarzt die Schlüsselrolle zu. Ziel dieses Beitrages ist, den Leser über Standards in der Diagnostik und Therapie von Fieberkrämpfen zu informieren (Teil 1). In einem weiteren, folgenden Artikel dieser Serie (Teil 2) werden die Themenbereiche Rezidivrisiko und Langzeitprognose nach Fieberkrampf sowie die neuesten Erkenntnisse zur Bedeutung des febrilen Status epilepticus behandelt, untermauert durch aktuelle Studienergebnisse (FEBSTAT-Studie).



Dr. med. Michaela V. Bonfert^{1,2}



PD Dr. med. Ingo Borggräfe^{1,2,3}

Dr. med. Moritz Tacke¹

Dr. med. Timo Roser^{1,2}

PD Dr. med.
Celina von Stülpnagel^{1,2,4}

Prof. Dr. med.
Florian Heinen^{1,2}

Dr. med. Lucia Gerstl^{1,2}

Definition

Fieberkrämpfe zählen zu den sogenannten epileptischen Gelegenheitsanfällen. Die Unterscheidung zwischen einfachen und komplizierten Fieberkrämpfen ist sinnvoll, da Unterschiede hinsichtlich der weiteren Diagnostik, Therapie und Beratung abgeleitet werden können (Tabelle 1).

Für das Vorliegen eines komplizierten Fieberkrampfes reicht eines der in der Tabelle 1 genannten Kriterien aus (1).

Liegt eine akute Infektion des ZNS (Meningitis oder Enzephalitis) vor, spricht man definitionsgemäß nicht von einem Fieberkrampf. Es handelt sich auch nicht um einen Fieberkrampf, wenn eine chronische (entwicklungs-) neurologische Grunderkrankung (z. B. bei struktureller Hirnläsion) bei dem Patienten bekannt ist. In einem solchen Fall ist anzunehmen, dass die bekannte ZNS-Schädigung für den Anfall prädisponiert (1).

1 LMU, Klinikum der Universität München, Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Hauner'schen Kinderspital, Abteilung für Pädiatrische Neurologie, Entwicklungsneurologie, Soziale Pädiatrie

2 LMU Zentrum für komplexe und chronisch kranke Kinder – iSPZ Hauner

3 Interdisziplinäres Epilepsiezentrum, LMU, Klinikum der Universität München

4 Paracelsus Medizinische Universität Salzburg, Österreich

Abkürzungen:

FK Fieberkrampf
GTKA Generalisiert tonisch-
klonischer Anfall

Die internationale Liga gegen Epilepsie (ILAE) klassifiziert Fieberkrämpfe als ein eigenständiges Syndrom und nicht als Epilepsie (2).

Ätiologie und Pathophysiologie

Am häufigsten treten Fieberkrämpfe im Zusammenhang mit „banalen“ viralen Infekten auf (1):

- Atemwegsinfekt (38 %)
- Otitis media (23 %)
- Pneumonie (15 %)
- Gastroenteritis (7 %)
- Exanthema subitum (5 %)
- Nicht-infektiös (12 %, z. B. postvazinal)

Fieberkrämpfe werden ausgelöst durch verminderte Erregbarkeitsschwelle des Kortex bei erhöhter Körpertemperatur. Als weitere prädisponierende Faktoren gelten (1):

- Entwicklungsspezifische Besonderheiten des unreifen Gehirns (vermehrte Expression von Rezeptoren exzitatorischer Transmitter, unreife neuronale Netzwerke zur Anfallsterminierung und depolarisierende Wirkung von GABA-Rezeptoren)
- genetische Prädispositionen (Polymorphismen IL-1R-Antagonist)
- Imbalancen zwischen pro- und anti-inflammatorischen Cytokinen (IL-1β und IL-1R-Antagonist).

Viele Fieberkrämpfe treten oft während des ersten Fieberanstiegs auf, aber auch, wenn die Körpertemperatur wieder sinkt.

Tab. 1: Definition einfacher und komplizierter Fieberkrampf (in Anlehnung an 1)

	Einfacher Fieberkrampf (70 %)	Komplizierter Fieberkrampf (30 %)
Alter	6 Monate – 5 Jahre	< 6 Monate, > 5 Jahre
Dauer	< 15 Minuten	> 15 Minuten
Semiologie	generalisiert (tonisch-klonisch), hypomotorisch	fokal (meist motorisch)
Rezidiv innerhalb 24h	nein	ja
neurologisches Defizit	nein	ja, meist postiktale Parese

Diagnostik

Die folgenden drei Faktoren bestimmen im Wesentlichen das weitere Procedere:
 (1) klinischer Zustand des Patienten,
 (2) Alter und
 (3) Art des FK (einfach vs. kompliziert).

Stationäre Überwachung

Bei einem ersten Fieberkrampf sollte bei Kindern unter 18 Monaten zur weiteren Überwachung und ggf. Diagnostik (siehe unten) eine stationäre Aufnahme erfolgen. Bei älteren Kindern in gutem klinischem Zustand mit gesichertem Infektfokus, der seinerseits keine stationäre Diagnostik oder Therapie erfordert, kann auf eine stationäre Aufnahme verzichtet werden. Dies setzt voraus, dass die Eltern ausführlich über das Vorgehen bei einem weiteren Ereignis aufgeklärt werden. Da jedoch viele Eltern einen ersten Fieberkrampf als einschneidend beängstigend erleben, sollte eine stationäre Aufnahme grundsätzlich großzügig angeboten werden.

Dagegen ist eine stationäre Aufnahme bei einem zum wiederholten Male auftretenden einfachen Fieberkrampf nur dann nötig, sollte sich das Kind in einem schlechten klinischen Zustand befinden oder Zeichen einer ZNS-Infektion zeigen.

Nach einem komplizierten Fieberkrampf sollte unabhängig von Alter und Familienanamnese eine stationäre Aufnahme zur Überwachung, weiteren Diagnostik und ggf. Therapie erfolgen (1; 3; 4).

Labordiagnostik

Eine Routinelabordiagnostik ist bei einfachen Fieberkrämpfen nicht notwendig, außer um Sicherheit hinsichtlich der zugrunde liegende Erkrankung/Infektion zu

gewähren und ggf. notwendige Konsequenzen ziehen zu können (Blutbild, CRP, U-Stix etc.). Dagegen wird bei komplizierten Fieberkrämpfen eine Routinelabordiagnostik empfohlen (inkl. Bestimmung der Elektrolyte und des Serumglucosespiegels) (1; 3; 4).

Liquordiagnostik

Bei Vorliegen eines oder mehrerer der folgenden Merkmale sollte bei einem einfachen FK eine Lumbalpunktion durchgeführt werden:

- Anamnestische Hinweise, die den V. a. eine intrakranielle Infektion/Meningitis nahe legen; Risikofaktoren für eine Meningitis sind z. B. unklarer Impfstatus bzgl. Haemophilus influenzae Typ b oder Streptococcus pneumoniae und Cochleaimplantate.
- Klinische Zeichen, die den V. a. eine intrakranielle Infektion/Meningitis nahelegen (z. B. Nackensteife, Kernig-Zeichen, Brudzinski-Zeichen)
- Alter < 12 (-18) Monaten

Da bei Kindern unter 18 Monaten klinisch eindeutige Zeichen einer ZNS-Infektion häufig fehlen oder nur sehr gering ausgeprägt sind, sollte bei Säuglingen (< 12 Monate) in der Regel eine Lumbalpunktion erfolgen. Bei Kindern im Alter zwischen 12 und 18 Monaten sollte die Indikation zur diagnostischen Lumbalpunktion großzügig gestellt werden. Hierbei ist die Entscheidung für oder gegen eine Punktion auch von der Erfahrung des Untersuchers abhängig; bei Patienten zwischen 12 und 18 Lebensmonaten kann auf eine Lumbalpunktion dann verzichtet werden, wenn ein klinisch erfahrener Kinder- und Jugendarzt das Kind ausführlich untersucht und (im Verlauf) beurteilt hat.

Zum Ausschluss einer ZNS-Infektion sollten Patienten mit einem komplizierten FK eine Liquorpunktion erhalten. Das Risiko für das Vorliegen einer bakteriellen Meningitis als Ursache eines febrilen Status epilepticus (Dauer > 30min) ist deutlich erhöht (10 %) (1; 3; 4).

Elektroenzephalographie

Bei einfachen FK hat das EEG keine diagnostische Bedeutung. Ein EEG nach komplizierten Fieberkrämpfen sollte durchgeführt werden, weil ein höheres Risiko für das Vorliegen (oder die spätere Manifestation) einer Epilepsie besteht. Zum anderen können sich im EEG weitere differenzialdiagnostisch wichtige Befunde (zum Beispiel regionale Verlangsamung bei strukturellen Hirnläsionen) zeigen. Der diagnostische Nutzen eines zeitnahen EEGs ist dabei höher als der eines EEGs im Intervall und weiteren Verlauf (1; 3; 4).

Bildgebung

Während nach einfachem FK eine zerebrale Bildgebung in der Regel nicht indiziert ist, sollte diese nach einem komplizierten Fieberkrampf erfolgen. Diese sollte dann notfallmäßig (Sonographie, cCT) direkt durchgeführt werden, wenn Zeichen für Hirndruck oder fokale neurologische Defizite bestehen. Der Beginn einer antibiotischen oder antiviralen Therapie muss bei klinischem Verdacht auf das Vorliegen einer ZNS-Infektion sofort erfolgen und darf unter keinen Umständen durch diagnostische Maßnahmen (Bildgebung, Liquorpunktion) hinausgezögert werden.

Zum Ausschluss struktureller Ursachen z. B. fokale kortikaler Dysplasien

bei komplizierten FK mit lateralisierter Anfallssemiologie sollte im Verlauf ein cMRT (in einem dafür geeigneten Zentrum) durchgeführt werden (1; 3; 4).

Therapie

Medikamentöse Therapie zur Anfallsterminierung

In Analogie zur Anfallsterminierung von epileptischen Anfällen ohne Fieber gelten die im Folgenden aufgeführten therapeutischen Empfehlungen. Ziel der Verabreichung eines Notfallmedikaments ist die Reduktion des Risikos eines Status epilepticus.

Von einem drohenden behandlungspflichtigen Status epilepticus wird aktuell ab einer Anfallsdauer von fünf Minuten gesprochen. Fieberkrämpfe dauern – wie oben beschrieben – in der Regel deutlich kürzer und sistieren spontan. Ab einer Anfallsdauer von fünf Minuten, ist das Risiko, einen Status epilepticus von 30 Minuten und mehr zu erleiden, allerdings erhöht. Eine bereits ambulant erfolgte Gabe eines Benzodiazepins reduziert das Risiko für einen prolongierten epileptischen Anfall (5). Hierauf beruht die Empfehlung, ab einer Anfallsdauer von etwa drei Minuten ein Benzodiazepin von den Eltern oder anderen eingelernten Person verabreichen zu lassen.

Dosierungsempfehlungen:

Rektales Diazepam

- bis 15 kg Körpergewicht: 5 mg
- ab 15 kg Körpergewicht: 10 mg

Buccales Midazolam

- 6 Monate bis 1 Jahr: 2,5 mg
- 1 Jahr bis 5 Jahre: 5 mg

Bei der Verordnung von buccalem Midazolam sollten die Eltern über den off-label Status aufgeklärt werden: Die Zulassung für die „Behandlung langer anhaltender, akuter Krampfanfälle bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen (zwischen drei Monaten und < 18 Jahren)“ ist daran geknüpft, dass „bei dem Patienten eine Epilepsie diagnostiziert wurde“. Wie oben beschrieben, werden Fieberkrämpfe definitionsgemäß nicht als Epilepsie klassifiziert.

In dem Fall, dass der Anfall nach einer Applikation des Notfallmedikaments nicht zum Sistieren kommt, kann spätes-

tens zehn Minuten nach Anfallsbeginn die Gabe in gleicher Dosierung wiederholt werden. Ist vorher der Notarzt eingetroffen, sollte die zweite Benzodiazepingabe möglichst intravenös erfolgen (1; 4).

Antiepileptische Dauertherapie

Eine antiepileptische Dauertherapie ist bei Fieberkrämpfen prinzipiell auf Grund des Risiko/Nutzen-Verhältnisses (Nebenwirkungen/Anfallskontrolle) nicht indiziert. Treten FK in so hoher Frequenz auf, dass eine Dauertherapie in Betracht gezogen wird, ist immer eine kritische Überprüfung der Diagnose angemessen (1; 4; 6).

Intermittierende antiepileptische Therapie bei Fieber

Die Gabe von Benzodiazepinen bei Fieber kann das Rezidivrisiko senken. Dies trifft v. a. auf Patienten zu, die während des initialen Fieberanstiegs zu FK neigen. Sie ist allerdings mit signifikanten neurologischen Nebenwirkungen (u. a. Ataxie, Lethargie und Irritabilität) assoziiert und sollte daher nur in Einzelfällen bei hoher Anfallsfrequenz in kurzer Zeit (z. B. ≥ 3 in 6 Monaten oder ≥ 4 in 12 Monaten) oder bei prolongierter Dauer (> 15 min) in Erwägung gezogen werden (1; 4; 6).

Antipyrese

Die Antipyrese wird pädiatrisch empfohlen wie bei jedem anderen fieberndem Kind auch, das Fieberkrampf-Rezidivrisiko lässt sich dadurch jedoch nicht senken; diese Aussage hat eine robuste Evidenz aus „gut-gemachten“ Studien (1; 7).

Fazit für die Praxis

- Fieberkrämpfe sind häufig.
- Fieberkrämpfe sind in der Regel selbstlimitierend.
- Fieberkrämpfe sind auch in der internationalen Klassifikation **keine** Epilepsie.
- Fieberkrämpfe sind – in der Regel – biologisch ohne negative Folgen.
- Fieberkrämpfe werden von Eltern maximal beängstigend erlebt und bedürfen einer kompetenten, klugen, einfühlsamen und damit immer „zeitintensiven“ Beratung durch den betreuenden Kinder- und Jugendarzt.
- Das Rezidivrisiko lässt sich nicht – wie man erwarten würde – durch Fiebersenkung minimieren, d. h. die Auf-

klärung verzichtet in diesem Kontext ganz ausdrücklich auf „Druck zur schematischen Fiebersenkung“ gegenüber den Eltern.

- Die Eltern werden in die Notfallmedikation für ihr Kind individuell eingewiesen.
- Im Falle einer Dauer von > 3 Minuten sind rektales Diazepam oder buccales Midazolam die Mittel der ersten Wahl (letzteres formal aber off-label, s. o.).
- Die Unterscheidung zwischen einfachen und komplizierten Fieberkrämpfen ist klinisch sinnvoll.
- Bei einfachen Fieberkrämpfen wird die Indikation zur Liquorpunktion in Abhängigkeit vom Alter sowie spezifischen anamnestischen oder klinischen Hinweisen geprüft (je jünger, je eher)
- Bei komplizierten Fieberkrämpfen sollte grundsätzlich eine Liquorpunktion (unter Ausschluss Hirndruck) erfolgen.
- Eine antibiotische und/oder eine antivirale Therapie darf bei klinischem Verdacht auf eine Meningitis oder Enzephalitis nicht durch diagnostische Maßnahmen verzögert werden, der Beginn der Therapie **ohne Zeitverlust** ist entscheidend für die Prognose.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondierende Autoren:

Dr. med. Michaela V. Bonfert und
PD. Dr. med. Ingo Borggräfe
LMU, Klinikum der Universität München,
Kinderklinik und Kinderpoliklinik im
Dr. von Haunerschen Kinderspital,
Abteilung für Pädiatrische Neurologie,
Entwicklungsneurologie, Soziale Pädiatrie,
LMU Zentrum für komplexe und
chronisch kranke Kinder – iSPZ Hauner
Lindwurmstr. 4, 80337 München
Tel.: 089 4400 52811
E-Mail: michaela.bonfert@med.lmu.de

Interessenkonflikt:

PD Dr. Ingo Borggräfe hat Honorarvorträge für die Firmen Desitin und Viropharm gehalten. Dr. Lucia Gerstl, Dr. Moritz Tacke und Prof. Dr. Florian Heinen haben Honorarvorträge für die Firma Desitin gehalten. PD Dr. Celina von Stülpnagel hat Reise- und Tagungskostenerstattungen der Firma Shire erhalten. Alle anderen Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Red.: Heinen

Highlights aus Bad Orb

Familienzentren als Knotenpunkte im Netzwerk von Unterstützungssystemen

Nach wie vor herrscht in Deutschland eine Versäulung der Hilfesysteme vor. Medizinische und pädagogische Hilfen, sowie solche der Kinder- und Jugendhilfe oder auch der Familienhilfe arbeiten zumeist getrennt voneinander. Von vielen Seiten wird dieser Versäulung entgegen zu wirken gesucht. Die Tagung „Gemeinsam stark für Familien“ des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) und der Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit & Frühe Hilfen (BAG) zur Förderung der Zusammenarbeit von Fachkräften aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe Ende 2016 stellt einen wichtigen Schritt dar, um das Zusammenkommen der Unterstützungssysteme von Jugendhilfe und Gesundheitswesen für Eltern und Kinder zu fördern. Zu nennen ist hier auch die Einrichtung des Nationalen Zentrums für Frühe Hilfen in 2007 durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“.



Prof. Dr. Wolfgang Tietze

Etablierung und Aufgaben von Familienzentren

In Deutschland findet in den letzten Jahren im Bereich öffentlich verantworteter früher Bildung bundesweit die Etablierung familienorientierter Einrichtungen statt. Die Formen sind vielfältig und entwickeln sich fortwährend. Der Begriff „Familienzentrum“ findet dabei überregional nicht durchgängig Anwendung. So gibt es beispielsweise in Nordrhein-Westfalen und Berlin *Familienzentren*, in Thüringen *Eltern-Kind-Zentren* und in Sachsen-Anhalt *Kinder-Eltern-Zentren*. Sie alle folgen aber einem gemeinsamen Kerngedanken: Die Einrichtungen sehen einen wesentlichen Teil ihrer Aufgaben darin, als Knotenpunkte in einem Netzwerk von Unterstützungssystemen zu agieren, bereits vorhandene lokale Dienstleistungen des sozialräumlichen Hilfesystems zum Wohle von Kindern und ihren Familien zu organisieren, darüber zu informieren und einen niederschweligen Zugang zu ihnen zu ermöglichen. Kindertageseinrichtungen, für deren Besuch jedes Kind im Alter von einem Jahr bis zum Schuleintritt seit 2013 einen Rechtsanspruch hat und bei denen die Besuchsquoten auch bei den unter Dreijährigen fortlaufend anwachsen, er-

scheinen für diese Funktionserweiterung der Etablierung als Familienzentrum besonders prädestiniert.

In einer Erweiterung des traditionellen Wirkmodells frühkindlicher Bildungsinstitutionen sind Kitas heute Orte, deren Fokus nicht mehr nur auf die klassischen Kernaufgaben von Bildung, Betreuung und Erziehung von Kindern gerichtet ist, sondern welche die Familie als erste Sozialisationsinstanz eines Kindes in die Einrichtung einbinden.

Als (zumeist) erste Institution, in die ein Kind eintritt und die mittlerweile von nahezu allen Kindern in Anspruch genommen wird, bauen Kindertageseinrichtungen bereits früh einen niederschweligen Zugang und ein Vertrauensverhältnis zu den Familien auf. Sie erreichen Familien aus allen sozialen Schichten und mit kulturell unterschiedlichem Hintergrund in ihrem Sozialraum, welche durch andere Angebote des Frühe Hilfesystems nicht ausreichend erreicht werden.

Der Familienzentrumsgedanke wird durch aktuelle Befunde frühpädagogischer Forschung um die Bedeutung des „Faktors Familie“ und die sozialen Rahmenbedingungen für das Aufwachsen von Kindern gestützt (2) (vgl. auch Abbildung 1). Untersuchungen zeigen, dass

In diesem Rahmen sind auch die Funktion und Möglichkeiten von Familienzentren und die Forderung nach einem verstärkten Ausbau solcher Einrichtungen zu sehen. Aufgrund ihrer Familien- und Sozialraumorientierung, ihrer Angliederung an Kindertageseinrichtungen (oder auch an Familienbildungsstätten) können Familienzentren Eltern und Kinder niedrigschwellig, frühzeitig und effektiv erreichen. Auch aus kinderärztlicher Sicht erscheint es zweckmäßig, wenn sich die Frühen Hilfen an bestehende Familienzentren koppeln (1).

der Einfluss familiärer Faktoren auf die Entwicklung von Kindern in den verschiedenen Bereichen deutlich größer ist als der Einfluss des institutionellen Settings. Familienzentren machen sich diese Gelegenheit zu Nutze, indem sie neben der direkten Förderung von Kindern die Unterstützung von Eltern in den verschiedenen Bereichen zu ihren Aufgaben machen. Neben dem direkten Einfluss auf die Bildung, Betreuung und Erziehung von Kindern setzen Bildungs- und Betreuungseinrichtungen als Familienzentren auch auf den indirekten Effekt, die Entwicklungschance von Kindern über die Unterstützung ihrer Familien zu verbessern.

Familienzentren – Das Beispiel Nordrhein-Westfalen

Die Funktionserweiterung von Kindertageseinrichtungen zu Familienzentren ist einer der in Deutschland derzeit beobachtbaren Trends im öffentlich verantworteten Früherziehungssystem. Nahezu jedes Bundesland hat in den letzten Jahren Projekte oder Programme zur Förderung von Familienzentren eingeführt. Der Ausbau gestaltet sich bundesweit dabei sowohl in Hinblick auf Ziel- und Schwerpunktsetzungen, als auch auf organisatorische Verankerung und (Finanzierungs-)Modelle als vielfältig. Die meisten Familienzentren weist Nordrhein-Westfalen auf: Mit Abschluss des Kindergartenjahres 2017/2018 werden in NRW flächendeckend rund 2.500 der insgesamt ca. 10.000 Kindertageseinrichtungen zu Familienzentren ausgebaut sein. Im Sinne des *familienorientierten, niedrigschwelligen* und *sozialraumorientierten* Ansatzes integrieren sie vielfältige, im Sozialraum verfügbare Angebote und (Unterstützungs-) Potenziale in den Alltag der Einrichtung. Dazu gehören regelmäßige offene Sprechstunden für Erziehungs- und Familienberatungsangebote, Veranstaltungen zu pädagogisch wichtigen Themen, zu Fragen der Gesundheitsförderung, Erziehungskompetenzkurse und niedrigschwellige Aktivitäten für Eltern und Familien. Dafür gehen die Familienzentren in NRW verbindliche Kooperationen mit Akteuren im Sozialraum ein – so mit Anbietern aus den Bereichen Familienbildung, Beratung, interkulturelle Öffnung, Kindertagespflege, Grundschulen, Senioreneinrichtungen

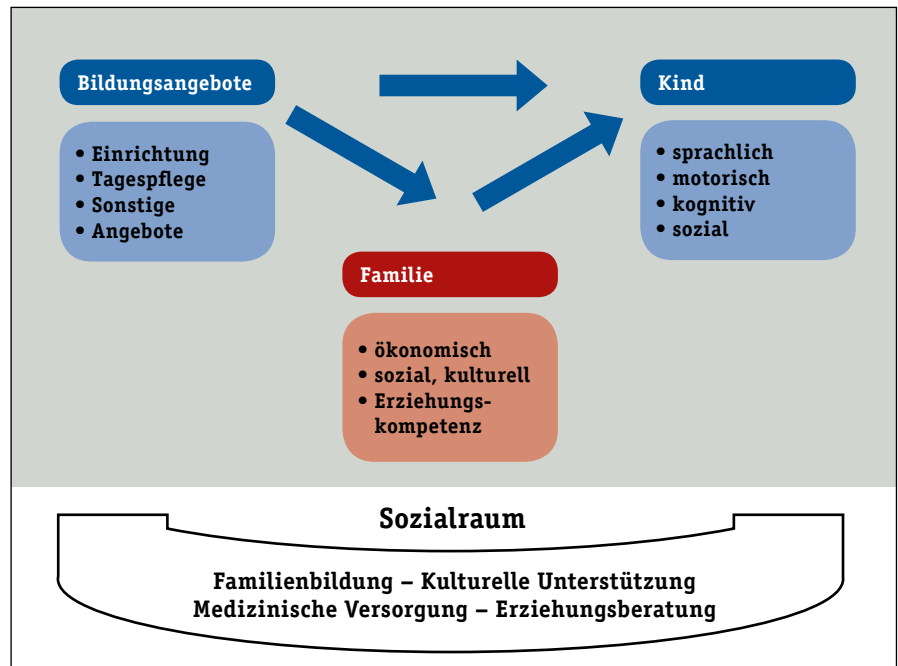


Abb. 1: Familienzentren: Erweitertes Wirkmodell frühkindlicher Erziehung

und auch mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen. Das Land NRW sorgt dafür, dass die Gelder für Familienzentren nach einem Schlüssel vergeben werden, der sich im Wesentlichen an der Anzahl der Kinder in einem regionalen Rahmen und an Prekariatskriterien orientiert. Innerhalb der jeweiligen Region (Stadt, Landkreis) werden die zu Familienzentren auszubauenden Kindertageseinrichtungen dezentral vom jeweiligen Kinder- und Jugendhilfeausschuss festgelegt.

Familienzentren in NRW werden jährlich mit 13.000,- € (bzw. 14.000,- € in benachteiligten Sozialräumen) vom Land gefördert. Die Bezuschussung ist an eine Zertifizierung durch ein vom Land beauftragtes unabhängiges Institut im Vierjahres-Rhythmus auf der Grundlage des „Gütesiegels Familienzentrum NRW“ gebunden (3). Das Gütesiegel erfordert einerseits die Erfüllung bestimmter Kriterien, erlaubt und fordert andererseits die Anpassung an die Bedingungen des Sozialraums. Es besteht (mit Modifikationen) in NRW seit über zehn Jahren und ist in Deutschland das erste und bislang einzige Zertifizierungskonzept, dieser Art. In der Schwerpunktsetzung und Ausgestaltung wird den Familienzentren bewusst ein großer Handlungsspielraum überlassen (4), um eine Ausrichtung an den besonderen Bedürfnissen des jeweiligen Umfeldes zu ermöglichen. Dafür planen und überprüfen Familienzentren ihr Angebotsspektrum anhand von Sozialraumanalysen und

regelmäßigen (Eltern-)Befragungen und stimmen sich in Lenkungsgruppen und Arbeitskreisen zur Vernetzung der Angebote im Sozialraum ab.

Praxisbeispiele: Vernetzung von Familienzentren mit dem Gesundheitswesen

Die Vernetzung eines Familienzentrums mit dem Gesundheitswesen im Sozialraum kann sich z. B. in folgenden Kriterien ausdrücken.

Das Familienzentrum

- ... verfügt über ein aktuelles Verzeichnis von Beratungs- und Therapiemöglichkeiten und Angeboten zu Gesundheits- und Bewegungsförderung in der Umgebung.
- ... verfügt über anerkannte Verfahren zur allgemeinen Früherkennung (Entwicklungsscreening) und wendet sie an.
- ... sorgt dafür, dass die Inanspruchnahme von U-Untersuchungen und die Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendärztinnen durch gezielte Maßnahmen gefördert werden.
- ... ermöglicht, wenn es die Rechtslage zulässt, individuelle Therapien (bspw. durch freie Praxen) in seinen Räumlichkeiten oder bietet Kindern die Möglichkeit, während der Öffnungszeiten der Einrichtung Therapien in Praxen in der unmittelbaren Nachbarschaft zu nutzen.

Die Zusammenarbeit zwischen Familienzentren und Pädiatern kann sich im Einzelnen sehr konkret gestalten. Zu den Elementen der Kooperation gehören z. B.

- ... dass sich das Familienzentrum bei der Aufnahme eines Kindes und in regelmäßigen Entwicklungsgesprächen mit den Eltern über den Status seiner U-Untersuchungen informiert.
- ... dass das Familienzentrum auf Elternabenden über die Notwendigkeiten von U-Untersuchungen informiert und auch Eltern individuell erinnert.
- ... dass es medizinische Elternbildung zu verschiedenen Themen in Kooperation mit Kinderarztpraxen organisiert (z. B. über Kinderkrankheiten, Hygiene, Impfungen)
- ... dass es einen Bring- und Begleitservice von MitarbeiterInnen des Familienzentrums zur Arztpraxis bzw. zu medizinischen Therapieangeboten organisiert.
- ... dass, zumindest aufgrund der Fortbildung einzelner MitarbeiterInnen, eine kompetente Kooperation in Sachen Kinderschutz gewährleistet ist (z.B. Kinderschutzfachkräfte in den Einrichtungen).
- Um die Verbindlichkeit der Zusammenarbeit zu sichern und diese mit Leben zu erfüllen, empfiehlt sich eine schriftliche Kooperationsvereinbarung zwischen Kinderarztpraxis und Familienzentrum. Schriftliche Vereinbarungen sind umso wichtiger, wenn Familienzentren in übergeordnete Gesundheitsnetzwerke eingebunden sind.

Familienzentren sind damit ein wichtiger Bestandteil der Infrastruktur in einem Sozialraum, die auch in den zunehmenden schwierigen Fällen (z.B.

Flüchtlingskinder) helfen können, Zugänge für medizinische und pädagogische Hilfen zu sichern.

Vernetzung und Verbundstrukturen von Familienzentren

Familienzentren als Erweiterungen von Kindertageseinrichtungen sind teilweise nicht groß genug, um die vielfältigen Kooperationsaufgaben im Sozialraum eigenständig zu bewältigen. Auch liegen die „medizinischen Anlaufstellen“ im Regelfall nicht so direkt beieinander, dass Sozialräume jeweils geeignete Bezugsgrößen darstellen. Vor diesem Hintergrund entwickeln sich auch Modelle, in denen sich mehrere Familienzentren mit ihren jeweiligen Kooperationspartnern in regionalen Arbeitskreisen und Netzwerkstrukturen organisieren. Dies kann auf verschiedenen Ebenen (Städte, Landkreisebene) umgesetzt werden. Die Erfahrung zeigt, dass eine verbindliche Kooperation zwischen öffentlichen und freien Trägern der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens eine zentrale Voraussetzung vor allem zur frühen Förderung von Kindern in armuts- und krisenbelasteten Familien und Gebieten darstellt.

Ausblick

Die Entwicklung von Familienzentren, die verschiedenen (vorhandenen) Angebote und Unterstützungsformen aus ihrer jeweiligen fachlichen Versäulung heraus zu holen, zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zu veranlassen und einen niederschweligen Zugang für alle Kinder und Familien sicher zu stellen, ist noch

keineswegs an ihrem Ziel. Zu den wesentlichen Herausforderungen für alle Beteiligten gehört,

- den **Bewusstseinswandel weg von einem versäulten Hilffssystem hin zu einem Netzwerk** von Prävention und therapeutischen Angeboten weiter zu betreiben,
- Modelle der Kooperation auf den verschiedenen Ebenen zu entwickeln, beispielhaft umzusetzen und zu evaluieren,
- teilweise entgegenstehende rechtliche Regelungen auf ihre Funktionalität zu überprüfen und
- entstehende Zusatzkosten wie auch Einsparpotenziale zu analysieren.

Die wichtigste Herausforderung besteht sicherlich darin, die beteiligten Akteure zur Kooperation zu bewegen, diese zu einem festen Bestandteil des eigenen Berufsbildes zu entwickeln und intendierte wie nicht-intendierte Effekte bei allen Beteiligten, kurz- und mittelfristige Effekte, zu untersuchen: im Gesundheitssystem, bei pädagogischen Fachkräften, Eltern und Kindern.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Wolfgang Tietze

PädQuis gGmbH

Ordensmeisterstraße 15-16

12099 Berlin

Tel.: 030/72006111

E-Mail: w.tietze@fu-berlin.de

Interessenkonflikt: *Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.*

Red.: Keller

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.



Beeinflussung des Insulinspiegels durch inhalative Kortikoide

Frage

Ich betreue ein siebenjähriges Mädchen, das seit vier Jahren an Diabetes (ohne Pumpe) leidet. Ihre Werte liegen in einem Bereich von 100 bis 300. Zusätzlich leidet sie an einer Frühblüher-Pollenallergie. Daher bekam sie letztes Jahr ein Mometason-Nasenspray, woraufhin ihre Werte dramatisch nach oben (auf 300) gingen. Nachdem sie das Spray wieder abgesetzt hat, stabilisierten sich die Werte wieder auf 100.

- Ist das normal?
- Ist so eine Wirkung für alle Kortisone gleich oder gibt es welche, die bei Patienten mit Diabetes besser verträglich sind?
- Gibt es eine Alternative, die ich meiner Patientin verordnen kann?

Antwort

Eine Reduktion der Glucosetoleranz bis hin zur Entstehung einer diabetischen Stoffwechsellaage muss – auch ohne vorbestehenden Diabetes mellitus – als eine Nebenwirkung aller Glucocorticoide angesehen werden. Die entzündungshemmende Wirkung (hier erwünscht bei Pollenallergie) ist eng mit dieser unerwünschten Wirkung auf den Glucosestoffwechsel gekoppelt und beide Wirkungen sind dosisabhängig.

Bei nasaler Applikation sind systemische Wirkungen zwar deutlich geringer und weniger häufig als bei systemischer

(z. B. oraler) Applikation, gleichwohl möglich. Dass der vorbestehende Diabetes mellitus die Empfindlichkeit für die Entstehung einer Hyperglykämie unter diesen besonderen Umständen erhöht, ist anzunehmen.

Eine Übersichtsarbeit (1) zum Thema „endokrine Wirkungen inhalativer Corticosteroide (ICS) bei Kindern“ führt aus: „Deteriorating blood glucose level control in patients with preexisting diabetes mellitus (types 1 and 2) (DM) is common with ICSs, and DM medication dose adjustments are likely required at the initiation of ICS treatment and with ICS dose increases.“ Weitere Arbeiten (2–8), teilweise aus der Erwachsenenmedizin und mit nicht durchweg einheitlichen Ergebnissen, lege ich bei.

In der Fachinformation von Mometason Nasenspray ist die Möglichkeit systemischer Nebenwirkungen (wie z. B. Wachstumsverzögerung bei Kindern) aufgeführt, explizit die Reduktion der Glucosetoleranz jedoch offenbar nicht. Nicht zuletzt auch unter diesem Aspekt ist Ihre Beobachtung sehr wichtig, einschließlich des Verlaufs mit Rückgang nach Absetzen („dechallenge“). Ich möchte daher vorschlagen, diesen Verdachtsfall einer unerwünschten Arzneimittelwirkung zu berichten, z. B. der *Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft* (<https://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/UAW-Meldung/index.html>), – mit der Gelegenheit, so wertvolle Informationen zurück zu erhalten.

Was kann man in dieser Situation für die symptomatische Behandlung der Pollenallergie tun? Neben der Überprüfung, ob die verordnete Dosis korrekt eingehalten worden war, wird man zunächst an den Versuch einer Dosisreduktion denken. Alternativ könnte der Wechsel auf ein anderes Steroid dann erfolgversprechend sein, wenn es ein Wirkstoff mit geringerer glucocorticoider Wirkstärke ist. Die Dosisabhängigkeit der Nebenwirkungen wird weder die eine noch die andere Vorgehensweise voraussichtlich ändern. Ich halte sie für wenig erfolgversprechend.

Daher erscheint die Prüfung der Frage, ob ein steroid-freies Vorgehen möglich sein wird, naheliegend. Ein Antihistaminikum (wie Cetirizin oder Loratadin) oral oder Cromoglicinsäure ist hier vorstellbar. Näheres enthält die Literatur (9). Auch Fexofenadin 2 x 30 mg/d erscheint neuerdings denkbar.

Literatur bei InfectoPharm

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Klaus Mörike
Arzt für Klinische Pharmakologie
Universitätsklinikum Tübingen
Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie
Abteilung Klinische Pharmakologie
Auf der Morgenstelle 8
72076 Tübingen

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Sollten systemische Antibiotika nach Inzision und Drainage zur ergänzenden Behandlung von Haut- und Weichteilabszessen verabreicht werden?

Systemic Antibiotics for the Treatment of Skin and Soft Tissue Abscesses: A Systematic Review and Meta-Analysis
Gottlieb M et al., *Ann Emerg Med*, Pii: S0196-0644(18)30142-2, März 2018

Haut- und Weichteilinfektionen mit Abszessen gehören zu den häufigen Alltags-Erkrankungen in der Praxis und Klinik. Inzision und Drainage zählen zum therapeutischen Standard. Haut-Abszesse werden weltweit überwiegend von Antibiotika sensitiven und Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* verursacht. Bisher ist unklar geblieben, ob eine ergänzende systemische antibiotische Therapie hierbei von Vorteil ist. Empfehlungen der „Infectious Diseases Society of America“ für die Behandlung von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA)-Infektionen bei Erwachsenen und Kindern besagen, dass Inzision und Drainage für einfache Abszesse in den meisten Fällen ausreichen und ergänzende Antibiotika nur bei ausgewählten Patienten nützlich sind. Diese Empfehlungen basieren auf älteren Studien, mit denen im Ergebnis kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Antibiotika-Therapie und Nicht-Antibiotika-Therapie nachgewiesen werden konnte. Zwei große, kürzlich veröffentlichte multizentrische Studien stellen diese Ergebnisse in Frage. Ziel dieser aktuellen Untersuchung war es, mit einem Literatur-Review und einer Meta-Analyse erneut zu prüfen, ob nach Inzision und Drainage systemische Antibiotika die Heilungsraten verbessern können.

Vier randomisierte, Placebo-kontrollierte Studien (n=2.406 Teilnehmer) konnten aus den Literaturdatenbanken zu dieser

Frage identifiziert und ausgewertet werden. Alle 4 Studien fanden an 16 unterschiedlichen Orten in den USA statt. 3 Studien wurden in Notfallaufnahmen durchgeführt, eine Studie in der Ambulanz und in der Notfallaufnahme. Das mediane Alter der Patienten (57,2 % männlich) bewegte sich zwischen 4 und 44 Jahren. Die Methicillin sensitive *Staphylococcus aureus*-Prävalenz betrug 16,3 %, die MRS-Prävalenz 49 %. In zwei Studien wurde Ultraschall zur Abszess-Identifikation und -Behandlung eingesetzt. Die Patienten wurden in drei Studien auf Trimethoprim-Sulfamethoxazol (TMP-SMX) und in einer Studie entweder auf TMP-SMX oder Clindamycin randomisiert.

In der Antibiotika-plus-Chirurgie-Gruppe trat bei 89 Patienten (7,7 %), in der Nur-Chirurgie-Gruppe bei 150 (16,1 %) Patienten ein Therapieversagen auf. Die berechnete Risikodifferenz betrug 7,4 % (95 % Konfidenzintervall [KI] 2,8 % bis 12,1 %) mit einer Odds Ratio für die klinische Heilung von 2,32 (95 % KI 1,75 bis 3,08) zugunsten der Chirurgie-plus-Antibiotika-Gruppe. In dieser Gruppe wurde auch eine geringere Inzidenz neuer Läsionen beobachtet (Risikodifferenz -10,0 %, 95 % KI -12,8 % bis -7,2 %; Odds Ratio 0,32, 95 % KI 0,23 bis 0,44). In der Antibiotika-plus-Chirurgie-Gruppe wurde erwartungsgemäß ein gering erhöhtes Risiko für Arzneimittel-Nebenwirkungen (Risikodifferenz 4,4 %, 95 % KI 1,0 % bis 7,8 %; Odds Ratio 1,29, 95 % KI 1,06 bis 1,58) beobachtet.

Der Einsatz von systemischen Antibiotika nach der Inzision von Haut- und Weichteilabszessen und Drainage führte zu höheren klinischen Heilungsraten und einer geringeren Inzidenz neuer Läsionen.

Kommentar

Sollen wir Weichteilabszesse mit *Staphylococcus aureus* und Methicillin-resistenten Staphylokokken (MRS) nach Standard-Inzisionen immer antibiotisch behandeln? Die von Gottlieb et al. durchgeführte Meta-Analyse von 4 randomisierten Placebo-kontrollierten Studien zeigt, dass ergänzende Antibiotika zu einem Rückgang von Therapieversagern nach chirurgischen Eingriffen bei Abszessen führen (errechnete Risikodifferenz 7,4 %). Ob eine allgemeine, anstatt der nur die in zwei statt der in vier Studien Abszess-eingesetzte Ultraschall-Identifizierung und -Therapie, das nur-chirurgische Ergebnis verbessert hätten, kann nicht beantwortet werden. In der Studie von Duong et al. fand sich unter Verwendung eines diagnostischen Ultraschalls, im Gegensatz zur Studie von Talan et al., kein Unterschied in der Heilungsrate zwischen der alleinigen chirurgischen und der chirurgischen Therapie plus Trimethoprim-Sulfamethoxazol (TMP-SMX). Der über alle 4 Studien errechnete Wahrscheinlichkeitsquotient (Odds Ratio) von 2,3 spricht für eine bessere klinische Heilung bei Einsatz von Drainage plus Antibiotika (TMP-SMX oder Clindamycin) im Vergleich zur alleinigen chirurgischen Therapie. Damit verringerte sich auch die Entstehung neuer Läsionen. Die Studie von Gottlieb gibt keine Empfehlung zum routinemäßigen Einsatz von Antibiotika, sie zeigt aber, dass der Einsatz bei Abszessen je nach Schwere und Lokalisation der Erkrankung in Betracht gezogen werden sollte.

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Verläufe der Staphylokokkensepsis: Welche Komplikationen gibt es bei Kindern?

Epidemiology and Hospital Readmission Associated with Complications of Staphylococcus aureus Bacteremia in Pediatrics over a 25-Year Period

L J, Dam Q, Tran T et al., *Epidemiol Infect* ;145 (14): 2631-2639, September 2017

Staphylococcus (*S.*) aureus ist ein klassischer Erreger ambulant und nosokomial erworbener Infektionen. Das Spektrum der durch *S. aureus* hervorgerufenen Erkrankungen reicht von oberflächlichen und tiefen Haut- und Wundinfektionen über Osteomyelitiden und abszedierenden Infektionen innerer Organe bis zu Sepsis, Endokarditis oder Meningitis.

Bei Kindern kann *S. aureus* neben einer Reihe anderer Manifestationen schwere Blutstrominfektionen hervorrufen. Studien, die am Übergang zum 21. Jahrhundert durchgeführt wurden, zeigten, dass *S. aureus* bei Kindern mit positiver Blutkultur in ca. 9-12 % der Fälle isoliert wurde. In vielen führenden Industrienationen nahm dabei der Anteil methicillin-resistenter Isolate (MRSA) stark zu. In den USA zeigte eine multizentrische Studie aus mehreren Bundesstaaten einen Anteil von 60 % MRSA an allen *S.-aureus*-Isolaten aus Blutkulturen.

Die *S.-aureus*-Sepsis ist bekanntermaßen schwer zu therapieren und neigt zu Komplikationen wie beispielsweise septischen Metastasen, infizierten Thrombosen oder Endokarditiden. Nach zunächst erfolgreich erscheinender Therapie kommt es nicht selten zu Rezidiven. Eine aktuelle, retrospektive Studie aus dem Kinderkrankenhaus von Long Beach in Kalifornien, USA, hatte zum Ziel, die Häufigkeit von Komplikationen bei Kindern zu ermitteln [1].

Studie in einem kommunalen Krankenhaus

Das Miller-Kinderkrankenhaus mit angeschlossener Frauenklinik ist ein nicht-kommerzielles Lehrkrankenhaus mit 308 Betten, welches über alle operativen und konservativen pädiatrischen Fachdisziplinen einschließlich Onkologie verfügt. Eingeschlossen wurden stationäre Patienten aus dem Zeitraum von Januar 1990 bis Dezember 2014, bei denen mindestens einmal *S. aureus* aus einer Blutkultur isoliert wurde. Das Alter der eingeschlossenen Patienten lag bei ≤ 18 Jahren. Endpunkte der Auswertung waren demographische Variablen, Grundkrankheiten, Ursachen und Komplikationen der Sepsis, die Mortalität und Rezidive.

Insgesamt konnten für den Untersuchungszeitraum die Patientenakten von 424 Neugeborenen und pädiatrischen Patienten ausgewertet werden. 48 Patienten mussten ausgeschlossen werden, weil die Akten inkomplett oder nicht auffindbar waren. Es verblieben 376 Patienten zur Auswertung.

Insgesamt 197 Patienten (52,4 %) erlitten mindestens eine Komplikation. Diese Patienten waren mit $5 \pm 5,5$ Jahren tendenziell etwas älter als Patienten ohne Komplikation ($3,8 \pm 5,7$ Jahre) ($p=0,05$). Ein ambulanter Erwerb der Infektion lag bei den Verläufen mit Komplikation signifikant häufiger vor als bei

den unkomplizierten Fällen (66 versus 34 %, $p=0,001$). Zentrale Venenkatheter oder onkologische Erkrankungen waren nicht in statistisch signifikanter Weise mit komplizierten Verläufen assoziiert. Ebenso korrelierten Geschlecht, Rassenzugehörigkeit oder bestimmte Grundkrankheiten nicht mit der Komplikationshäufigkeit.

Spektrum der Komplikationen

Die häufigsten Komplikationen waren Haut- oder Weichgewebsinfektionen ($n=20$), Pneumonien ($n=13$), Osteomyelitiden ($n=27$) oder septische Arthritiden ($n=13$). Seltener kamen Endokarditis ($n=7$), Harnwegsinfektion, Meningitis, Toxic-shock-Syndrom (1 Fall) oder septische Thrombophlebitis (1 Fall) vor. 63 von 197 Patienten mit einer Komplikation (32 %) hatten mehr als 2 septische Herde und 48 hatten einen klinisch zunächst nicht erkannten Focus wie z. B. eine Osteomyelitis.

Dreiviertel aller Patienten wurden initial mit Vancomycin behandelt, nachdem die *S.-aureus*-Sepsis mikrobiologisch gesichert war. Die Therapiedauer mit Vancomycin betrug im Mittel 8-9 Tage und war bei Patienten mit und ohne Komplikation nicht signifikant verschieden. Etwa die Hälfte der Patienten musste intensivmedizinisch behandelt werden, auch hierfür fand sich kein Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Komplikation. Die Gesamtmortalität war 9 % bei Patienten mit und 8 % bei Patienten ohne Komplikation. Bezogen auf alle Patienten, die verstarben, war allerdings der Anteil derer, die mit noch nicht kurativ ausbehandelter *S.-aureus*-Sepsis verstarben, sehr hoch, nämlich 56 % für Patienten mit Komplikation und 29 % für Patienten ohne Komplikation. Damit war das relative Risiko, an der *S.-aureus*-Sepsis zu versterben, für die Patienten mit nicht beherrschter Sepsis um 84 % erhöht.

Ein unerwartetes Ergebnis der Studie war, dass Patienten ohne Komplikation signifikant länger im Krankenhaus behandelt wurden als Patienten mit Komplikation. Die Liegedauer betrug im Mittel 29,1 Tage für Patienten mit und 39,7 Tage für Patienten ohne Komplikation ($p=0,02$). Die Streuung war dabei allerdings erheblich (0-309 Tage). Die Autoren können dieses Ergebnis nicht ohne weiteres interpretieren.

Der Anteil methicillin-resistenter *S.-aureus* Stämme (MRSA) stieg im Untersuchungszeitraum zunächst signifikant an. Im ersten 10-Jahresabschnitt (1990 bis 1999) lag er bei 5 %, im nächsten (2000 bis 2009) bei 26 % ($p<0,001$). Danach kam es wieder zu einem Abfall auf 2 %. Dies zeigt, dass MRSA-assoziierte Infektionen in den USA im neuen Jahrtausend zunächst noch deutlich zunahmten, dann aber stark abnahmen. Komplizierte Verläufe der *S.-aureus*-Sepsis nahmen im Untersuchungszeitraum zu, von 36 % auf 53 %.

Schlussfolgerung der Autoren

Die *S.-aureus*-Sepsis bei Kindern kam mit insgesamt 376 Fällen über 25 Jahre in einem überregionalen Krankenhaus in durchaus beachtenswerter Häufigkeit vor. Es wurden etwa 15 Fälle pro Jahr beobachtet. Da die Komplikationsrate mit 53 % relativ hoch war, sollten klinisch tätige Kinderärzte die möglichen Komplikationen und die optimale Therapie kennen. Interessanterweise war die Behandlungsdauer im Krankenhaus nach der ersten positiven Blutkultur bei Patienten mit Komplikationen

signifikant kürzer als bei Patienten ohne Komplikation. Dies könnte durch eine aggressivere Therapie erklärt werden. Möglicherweise lenken aber die Komplikationen durch entsprechende Schmerzen (z. B. Knochenschmerzen) auch früher den Verdacht auf einen septischen Focus, der dann chirurgisch ausgeräumt und saniert werden kann.

Kommentar der korrespondierenden Referenten

Die Therapie der S.-aureus-Sepsis unterscheidet sich zwischen den USA und Deutschland. Da in den USA zumindest bis Anfang der 2000er Jahre noch mit einem hohen Anteil von MRSA zu rechnen war, wird hier zunächst bis zum Vorliegen des Antibiotogramms mit Vancomycin i. v. behandelt. Vancomycin muss bei dieser Indikation hoch dosiert werden. Im Kindesalter sind Dosen von 30 mg/kg täglich intravenös üblich. Die Dosis wird auf 3 tägliche Gaben aufgeteilt. Dabei ist darauf zu achten, dass Vancomycin langsam über Perfusor (Infusionsdauer mindestens 1 Stunde) gegeben werden sollte, da es andernfalls durch eine Histaminausschüttung zu Flush-artigen Hautrötung, die als „red man syndrome“ bezeichnet wird, kommen kann. In Deutschland kann dagegen aufgrund des geringen MRSA-Vorkommens bei ambulant erworbenen S.-aureus-Septikämien mit

Ampicillin/Sulbactam oder Cefuroxim i. v. (oder einem anderen Basiscephalosporin, z. B. Cefazolin) begonnen und das Antibiotogramm abgewartet werden [2]. Ob bei nosokomial erworbenen Fällen ähnlich begonnen wird, sollte anhand der eigenen mikrobiologischen Laborstatistik (MRSA-Häufigkeit in Blutkulturen) geklärt werden.

Die hier vorgelegte Studie zeigt, dass bei etwa der Hälfte aller pädiatrischen Patienten mit S.-aureus-Sepsis ein tief im Gewebe liegender Infektionsherd vorliegt. Um diesen zu erreichen, sollte zusätzlich zu Ampicillin/Sulbactam ein stärker gewebegängiges Antibiotikum gegeben werden. Hierbei kann es sich um Rifampicin, Clindamycin oder um Fosfomycin handeln [2]. Nach klinischer Stabilisierung kann die Antibiotikatherapie oralisiert werden. Insgesamt sollte die Therapiedauer einer S.-aureus-Sepsis ohne manifeste Komplikationen 14 Tage betragen, bei Meningitis 4 Wochen, bei Osteomyelitis, septischer Arthritis und Endokarditis 6 Wochen. Bei septischen Organherden sollte stets auch ein Chirurg des jeweiligen Fachgebiets konsiliarisch hinzugezogen werden.

Korrespondenzadresse

Hardy-Thorsten Panknin / Matthias Trautmann

Welche Diagnose wird gestellt?

Dörte Petersen

Anamnese

Ein 1,5-jähriges Mädchen wird zur Beurteilung von Papeln im Analbereich vorgestellt, die seit einigen Wochen bestehen. Die Mutter vermutet Hämorrhoiden aufgrund härteren Stuhlganges im Zuge der Beikosteneinführung.

Untersuchungsbefund

Altersgerecht entwickeltes, freundliches Mädchen in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Perianal rechts finden sich zwei je etwa 2 mm durchmessende, hautfarbene Papeln in den Analfalten (**Abb. 1**). Das übrige Integument ist unauffällig.

Welche Diagnose wird gestellt?



Abb 1: Hautfarbene Papeln in den Analfalten. Nebenbefundlich ist bei 12 Uhr eine IPPP (infantile perianale pyramidale Protrusion) sichtbar.

Diagnose

Anogenitale Warzen

Erkrankungen durch humane Papillomaviren (HPV) nehmen weltweit deutlich zu. Es existieren über 100 verschiedene HPV-Serotypen. Warzen im Genitalbereich, die bei Erwachsenen als *Condylomata acuminata* bezeichnet werden, werden fast ausschließlich durch die HPV-Typen 6 und 11 verursacht. Bei Kindern ist die Bandbreite der ursächlichen HPV-Typen wesentlich größer (1).

Voraussetzung für die HPV-Infektion der Plattenepithelien sind Mikroläsionen, die es den Viren ermöglichen, die Targets wie Basalmembran und Basalzellen zu erreichen. Die Inkubationszeit beträgt 1-20 Monate. Die Übertragung erfolgt von Mensch zu Mensch durch engen Körperkontakt (Haut-Haut-, Schleimhaut-Haut-, Schleimhaut-Schleimhaut-Kontakt). Da der häufigste Übertragungsweg bei Erwachsenen der Geschlechtsverkehr ist, muss bei Kindern mit anogenitalen Warzen immer auch an sexuellen Missbrauch gedacht werden. Wesentlich häufiger sind bei Säuglingen und Kindern jedoch Schmierinfektionen durch Auto- und Heteroinokulation. Bei der Heteroinokulation werden die Viren oft durch Bezugspersonen weitergegeben, die entweder asymptomatische Virusträger sind oder klinisch manifeste Vulgärwarzen besitzen (2). In dem vorliegenden Fall war, wie auf der **Abb. 2** zu sehen, der Vater mit seinen Händen Überträger der HPV. Der häufige pflegerische Hautkontakt bei Windelkindern erklärt, warum anogenitale Warzen bei Kleinkindern fast immer anal (und nicht genital) lokalisiert sind (3). Die Diagnose *Condylomata acuminata* („Feigwarzen“) wird synonym zu dem Begriff der anogenitalen Warzen verwendet. Da *Condylomata accminata* jedoch im engeren Sinne als sexuell übertragene Geschlechtskrankung definiert sind, wird die Bezeichnung „anogenitale Warzen“ den nicht-sexuellen Übertragungswegen eher gerecht.

Diagnostik

Die Diagnose wird klinisch gestellt. Im Zweifel können ein HPV-Nachweis im

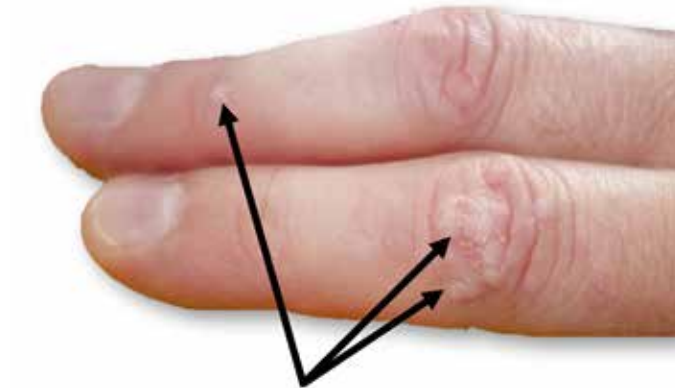


Abb 2: Verrucae vulgares am Zeige- und Mittelfinger des Vaters

Abstrich oder eine Probebiopsie Klarheit verschaffen.

Differenzialdiagnosen

Die im Rahmen von chronischen Irritationen (z.B. chronischem Durchfall) auftretenden, perianal lokalisierten Papeln können analen Warzen ähneln. Dasselbe gilt für gestielte, hautfarbene, weiche Tumore (Fibromata molle) oder die infantile perianale pyramidale Protrusion (IPPP), die auf der **Abb. 1** bei 12 Uhr nebenbefundlich zu erkennen ist. Des Weiteren kann auch das Molluscum contagiosum-Virus im Anogenitalbereich knötchenförmige Hautveränderungen hervorrufen. Differentialdiagnostisch seien der Vollständigkeit halber auch die breitbasig aufsitzenden Papeln der Früh-syphilis (*Condylomata lata*) erwähnt.

Therapie und Prognose

Die im Erwachsenenalter befürchtete maligne Entartung ist bei Kindern nicht bekannt. Vielmehr weisen anogenitale Warzen im Kindesalter eine hohe Spontanremissionsrate auf (4). Diese Spontanremission sollte in halbjährlichen Abständen kontrolliert werden. Nur mehr als zwei Jahre persistierende, sehr große oder potentiell obstruierende Warzen bedürfen einer Behandlung. Therapie der ersten Wahl stellt bei Kindern die off-label-Behandlung mit Imiquimod (Aldara® -Creme) dar, die 3x/Woche bis zum Verschwinden der Hauterscheinungen für max. 16 Wochen aufgetragen werden sollte. Größere Tumore können in Intubationsnarkose mittels Elektrokoagulation, Diathermieschlinge oder CO₂-Laser

abgetragen werden. Um das nicht geringe Rezidivrisiko zu senken, wird eine Nachbehandlung mit Imiquimod empfohlen.

Prophylaxe

Seit 2006 gibt es Impfungen gegen HPV. Während der Impfstoff Cervarix® nur vor der Ansteckung mit HPV 16 und 18 schützt, die hauptverantwortlich für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs und seinen Vorstufen sind, deckt Gardasil 9® weitere krebserregende HPV-Typen ab: Der Impfstoff schützt auch vor HPV 6 und 11, die anogenitale Warzen hervorrufen können. Seit diesem Jahr wird seitens der StIKo nicht nur – wie bereits bisher – die Impfung von Mädchen, sondern auch von Jungen im Alter von 9-14 Jahren empfohlen.

Literaturangaben

1. Marcoux D et al. Pediatric anogenital warts: a 7-year review of children referred to a tertiary-care hospital in Montreal, Canada. *Pediatr Dermatol* 2006; 23:199
2. Sinclair KA et al. Anogenital and respiratory tract human papillomavirus infections among children: age, gender, and potential transmission through sexual abuse. *Pediatrics* 2005; 116:815-25
3. Stefanaki C et al. Condylomata acuminata in children. *Pediatr Infect Dis J* 2012; 31:422-24
4. Allen AL, Siegfried EC. The natural history of condyloma in children. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39:951

Korrespondenzadresse:

Dr. Dörte Petersen
 Abt. Pädiatrische Dermatologie /
 Allergologie
 Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
 Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg
 Red.: Höger

Aus Elternselbsthilfegruppen

Schreckhaftigkeit oder extreme Ungeschicklichkeit – dahinter kann eine seltene Krankheit stecken

Tay-Sachs und Morbus Sandhoff haben sehr unterschiedliche Gesichter // Tay-Sachs und Morbus Sandhoff sind sehr seltene Stoffwechselstörungen, die vor allem Kinder betreffen, aber auch erst im Jugendalter auftreten können. Beide Erkrankungen sind lysosomale Speicherkrankheiten und gehören zu den GM2-Gangliosidosen. Sie sind aktuell nicht heilbar. Es gibt Forschungen an einer Gentherapie, sowie Studien und individuelle Heilversuche mit Wirkstoffen, die den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen und die Symptome lindern können.

Pathogenese

Die Erkrankungen beruhen im Wesentlichen auf einem Mangel der Enzyme Hexosaminidase A und B. Es handelt sich um eine autosomal-rezessiv vererbte Krankheit. Die Prävalenz beträgt 1:201 000 für M.Tay-Sachs und 1:384 000 für M. Sandhoff¹. Die Rate der sog. Heterozygoten, d.h. der Personen, die nur ein erkranktes Gen tragen, beträgt in der Allgemeinbevölkerung 1:300².

Symptomatik

Am häufigsten wird die klassisch infantile Form diagnostiziert. Sie präsentiert sich nach meist normaler Geburt mit einer **zunehmenden muskulären Schwäche zwischen dem 3. und 6. Lebensmonat**. Häufig beobachten Eltern als erstes Symptom eine übermäßige Reaktion auf akustische Reize mit plötzlicher Überstreckung der Arme und Beine und Muskelzuckungen. Aufgrund unwillkürlicher Augenbewegungen und visueller Störungen wird meistens der Augenarzt konsultiert. Dabei kann der **kirschrote Fleck im Augenhintergrund** entdeckt werden, was die Diagnose GM2-Gangliosidose neben einigen wenigen anderen Erkrankungen wahrscheinlich macht. Im weiteren Verlauf kommt es zu einer Dystonie, geringerer Ansprechbarkeit und einer eingeschränkten visuellen Wahrnehmung bis zur völligen Erblindung. Schluckbeschwerden und erhöhte Infektanfälligkeit führen häufig zu pulmonalen Infekten.

Formen und Probleme bei der Diagnosestellung

Die **juvenile Form** der Krankheit beginnt im Kleinkindesalter. Wobei es fließende Übergänge zwischen sog. **späntantilen, juvenilen** und **adulten Formen** gibt. Zu den häufigen Symptomen zählen: Gang-, Sprech- und Koordinationsstörung. Außerdem entwickeln die Patienten eine muskuläre Schwäche, extrapyramidale Störungen, spastische Paresen, Verhaltensstörung, psychiatrische Symptome sowie intellektuelle Defizite³. Epileptische Anfälle treten nicht selten auf.

Das Auftreten der unspezifischen Symptome bei meist fehlendem kirschrotem Makulafleck bei Patienten mit juveniler und adultem Verlauf erschwert eine frühe Diagnose dieser Patienten. Patienten mit adulter Verlaufsform fallen in der Regel mit cerebellären Symptomen (Ataxie), Intensionstremor und Dysmetrie um das 20. Lebensjahr oder mit spastischen Paresen und muskulärer Schwäche auf¹. Oft aber sind erste Anzeichen bereits im Kindes- oder Jugendalter (Kinder können z.B. nicht hüpfen, nicht auf einem Bein stehen, sind extrem ungeschickt, etc.) feststellbar, werden aber nicht mit einer Erkrankung und schon gar nicht mit einer GM2-Gangliosidose in Verbindung gebracht.

Wegweisende Diagnose ist die Messung der Enzymaktivitäten im Blut. Zusätzlich wird die erhöhte Ausscheidung von Oligosacchariden im Urin gemessen, was lediglich eine Screeningmethode und gerade bei juvenilen und adulten Patienten nicht immer wegweisend ist. Die end-

gültige Diagnose erfolgt dann durch eine Genanalyse.

Hilfe für Betroffene

Es gibt eine Selbsthilfegruppe „Hand in Hand gegen Tay-Sachs und Sandhoff in Deutschland e.V.“ www.tay-sachs-sandhoff.de; Email: info@tay-sachs-sandhoff.de

Über diese Gruppe ist die 65-seitige Informationsbroschüre „Leben mit Tay-Sachs und Sandhoff“ erhältlich, die sich an Betroffene, Ärzte und Therapeuten richtet. Dieser Broschüre ist vorliegender Text weitgehend entnommen, überarbeitet und aktualisiert von Dr. Laila Arash-Kaps, Mitglied der Selbsthilfegruppe und Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin an der Uni-Kinderklinik Mainz (Villa Metabolica).

Literatur bei der Autorin.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Laila Arash-Kaps, Mitglied der Selbsthilfegruppe und Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin an der Uni-Kinderklinik Mainz (Villa Metabolica), Universitätsmedizin Johannes Gutenberg Universität Zentrum f. Kinder- und Jugendmedizin, Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz, Hand in Hand gegen Tay-Sachs und Sandhoff in Deutschland e.V., Theodor-Heuss-Straße 58, 97204 Höchberg
Homepage: www.tay-sachs-sandhoff.de
Social media: [facebook.com/taysachssandhoff](https://www.facebook.com/taysachssandhoff), Email: info@tay-sachs-sandhoff.de

Red.: WH

Bindungsförderung und Prävention durch DGBM – Baby- und Kindermassage

Das Konzept „Berührung mit Respekt“ der Deutschen Gesellschaft für Baby- und Kindermassage e.V. (DGBM) basiert auf einer Kombination achtsamer Berührung, aufmerksamer Beobachtung kindlicher Feinzeichen und liebevoller Kommunikation mit dem Baby oder Kind. Im Gespräch mit unserer Zeitschrift spricht die Präventionsbeauftragte des DGBM, Ulla Drolshagen, darüber, was Baby- und Kindermassage bedeutet, was das Konzept mit Prävention zu tun hat und wohin Kinder- und Jugendärzte interessierte Eltern schicken können.

Wie lernen Eltern Baby- oder Kindermassage?

Intensiv ausgebildete und zertifizierte Kursleiter und Kursleiterinnen begleiten Eltern durch ein sorgfältig entwickeltes Massageprogramm, das sich stets an den Bedürfnissen des Babys oder Kindes orientiert. Wenn ein Baby signalisiert, dass es eine Pause braucht, werden Eltern unterstützt, diesen Signalen zu folgen.

Können Sie uns diesen Gedanken etwas verdeutlichen?

Wir nennen unser Konzept „Berührung mit Respekt“. Der Name verrät bereits, um was es geht. Berührung kann gut tun, aber hier geht es um mehr, nämlich um eine gut ineinander verzahnte Kombination aus dem Kennenlernen sanfter Streichungen und bindungsunterstützenden Elementen.

Die Erfahrung zeigt, dass junge Eltern dadurch sicherer in der Einschätzung und Beantwortung kindlicher Bedürfnisse und in der Beurteilung kindlicher Bewusstseinszustände werden. Es gelingt ihnen im Laufe eines Kurses, die Bedeutung kindlicher Eigenregulationsfähigkeiten zu ermessen und diese aktiv zu unterstützen.

Bisher haben Sie über die Eltern gesprochen, was geschieht beim Kind?

Körperliche Anregung durch sanfte Streichungen in Verbindung mit liebevollen Worten und freundlich-ermuntern-

der Mimik schaffen beim Kind optimale Voraussetzungen für ein wohltuendes Empfinden emotionaler Wärme, Geborgenheit und Sicherheit. Indem das Baby oder Kind durch verbale wie auch nonverbale Zeichen zeigt, was es aufzunehmen bereit ist, und somit immer als ernstzunehmender Partner gesehen wird, lernt es auf ganz basaler Ebene, dass es gehört, verstanden und respektiert wird. Selbstbewusstsein kann sich seinen Weg bahnen, kann wachsen und gedeihen.

Das heißt, Sie schreiben dem Konzept präventive Bedeutung zu?

Ja, unbedingt. Eingebettet in ein vom Baby als emotional stimmig empfundenes Berührungserleben, wird auf körperlicher Ebene das neuronale System wie auch die Durchblutung mit daraus resultierender Sauerstoffversorgung sanft angeregt. Es kommt verstärkt zur Oxytocinausschüttung und gleichzeitig zur Reduktion von Cortisol im Körper. Hier sind wechselseitige Prozesse zwischen Eltern und Kind nachgewiesen, indem es beiderseits zur Steigerung der Oxytocinproduktion kommt. Auf seelisch-körperlicher Ebene können durch die auf das Baby oder Kind abgestimmten Streichungen auf taktil-neuronaler Ebene mittelfristig Voraussetzungen zur Erweiterung körperlich-seelischer Schwingungsfähigkeit im Sinne wachsender Resilienz geschaffen werden.

Gibt es Besonderheiten im Kurs?

In DGBM-Kursen massieren ausschließlich Eltern oder engste Bezugspersonen die Kinder. Da die Kursleiter und Kursleiterinnen keinen medizinischen Behandlungsauftrag haben und zudem den anwesenden Babys oder Kindern

fremd sind, zeigen sie konsequenterweise alle Streichungen an einer Demo-Puppe, welche auch im Hinblick auf Interaktion und Handling im Sinne eines Rollenmodells dient.

Wie findet man zu den Kursen? Was muss ich als Pädiater tun, um sie zu finden?

DGBM-Massagekurse sind ein äußerst niedrigschwelliges Angebot. Durch die Kooperation mit Krankenhäusern, Trägern der Jugendhilfe, sozialen Verbänden, Schulen, Familienzentren, Hebammenpraxen u.a. Einrichtungen überzeugen die Kursleitungen der DGBM e.V. bereits seit 20 Jahren mit einem verlässlichen professionell aufbereiteten Kursangebot und sollten in keinem Frühe-Hilfen-Angebot fehlen. Auf der Website des Verbandes www.dgbm.de gelangen Sie über den Button „für Eltern“ zur „Kursleiterdatenbank“. Dort finden Sie ortsnahe Kursangebote und können Kontakt zu den jeweiligen Kursleitungen aufnehmen. Die Kurse umfassen fünf Einheiten, die jeweils 1,5 Stunden dauern. Die Kursgebühren sind regional unterschiedlich.

Info: Die DGBM e.V. (www.dgbm.de) gründete sich 1995 als Zweig der Internationalen Gesellschaft für Babymassage. (www.iaim.net)

Red.: ReH



Überregulierung und Misstrauensbürokratie im Krankenhaus

Eine systemische Erkrankung? // Kein anderer Bereich im deutschen Gesundheitswesen hat in den vergangenen Jahren so viele Reformen erfahren wie der Krankenhausbereich. Über die Jahre ist so eine administrative Überregulierung entstanden, die angesichts ihres Umfangs, ihrer Komplexität und Regelungstiefe über alle Maßen hervorsteicht.



Foto: © upixa - Fotolia.com

Die Ursachen für diese Entwicklungen sind vielfältig. Doch können Folgen der Einführung der pauschalierenden stationären Vergütungssysteme (DRG-System, PEPP) sowie Auswirkungen anderer allgemeiner Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser unzweifelhaft als relevante Faktoren benannt werden. Die Verhältnismäßigkeit von Aufwand und Nutzen zahlreicher Vorschriften sowie die Belastung und die Wertschätzung gegenüber den Menschen, die die Patientenversorgung in deutschen Krankenhäusern rund um die Uhr sicherstellen, sind hierbei völlig aus dem Blick geraten und haben tragfähige Grenzen weit überschritten, schreibt die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Wir drucken im Folgenden einen Auszug aus einer Denkschrift, in der die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf relevante Fehlentwicklungen exemplarisch hinweist und zugleich eine dringende Zäsur fordert.

Deutsche Krankenhäuser stellen ihre Leistungsfähigkeit bereits seit vielen Jahren erfolgreich unter Beweis. Bei ver-

gleichsweise niedrigen Leistungspreisen stehen sie für eine bundesweite, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung und genießen hohe internationale Anerkennung. Sie versorgen jährlich ca. 19,2 Millionen stationäre Patienten und stellen den medizinisch-technischen Fortschritt sicher. Mit der Ausbildung von Pflegefachkräften und Ärzten leisten die Krankenhäuser zudem einen unverzichtbaren Beitrag zur Sicherstellung des zunehmenden Personalbedarfs einer älter werdenden Gesellschaft. Nicht zuletzt sind Ärzte und Pflegefachkräfte sowie weitere Berufsgruppen Garanten für eine durchgängige Rund-um-die-Uhr-Versorgung, die Patientenbelange auch in schweren Stunden kompetent und empathisch berücksichtigt.

Demgegenüber sehen sich Ärzte und Pflegefachkräfte selbst zunehmend einem Klima mangelnder Wertschätzung und stetig wachsenden Misstrauens ausgesetzt, insbesondere seitens der Krankenkassen, aber auch vonseiten der Politik und der Öffentlichkeit. Medienwirksam untermauerte, pauschale, oft wenig fundierte Vorwürfe stützen den politisch formulierten Bedarf an immer mehr „Transparenz“, „Qualität“ und „Regulierung“ bis tief in die innerbetrieblichen Abläufe der Krankenhäuser hinein. Wie die Einführung der neuen Vergütungssysteme zieht auch dieses Misstrauen zusätzliche Reformen mit daraus resultierenden Kontrollen und weiterer Bürokratie nach sich.

Dabei treten Versorgungsrealitäten sowie der Bedarf an einer patientenindividuellen Versorgung in vielen Vorschriften immer weiter in den Hintergrund. Ersetzt werden sie durch mannigfache medizinisch-fremde Detailregelungen, die primär dem Zweck der Kostendämpfung und Strukturbereinigung dienen. Notwendige Zeit für die Patienten geht immer mehr zugunsten administrativer Aufgaben von zweifelhaftem Nutzen verloren.

Krankenhausmitarbeiter sehen sich hierdurch einer undurchdringlichen, demotivierenden und belastenden Regelungsfülle ausgesetzt, die ein zunehmend unattraktives berufliches Umfeld zeichnet. Nicht zuletzt werden dem Gesundheitswesen durch die zunehmende Bürokratisierung der Patientenversorgung enorme Finanzmittel entzogen, die die Versicherten in Form von Krankenversicherungsbeiträgen vermutlich eher für ihre medizinische Versorgung bereitstellen. Angesichts des Ausmaßes erreichter Verwaltungsbürokratie und damit einhergehender Probleme drängt sich immer mehr die Frage nach der Verhältnismäßigkeit von Aufwand und Nutzen vieler Vorschriften sowie nach den Risiken einer in dieser Weise fortgesetzten Gesundheitspolitik auf.

Die gesamte Denkschrift findet sich auf https://www.dkgev.de/media/file/96181.SOS_Notruf_aus_allen_Krankenhaeusern_an_die_Politik_final.pdf oder kann bei der DKG bestellt werden.

Der Beitrag ist erstmalig erschienen in „das Krankenhaus“ Heft 06/2018. (W. Kohlhammer GmbH Stuttgart)

Red.: ReH

Neue Tagesklinik für Eltern mit psychischen Störungen nach der Geburt

Für Eltern mit psychischen Störungen nach der Geburt ihres Kindes startete die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Jena (UKJ) am 1. September ein neues Behandlungsangebot: Mütter und Väter mit postpartalen psychischen Störungen können hier gemeinsam mit ihrem Kind im Alter von bis zu 24 Monaten tagesklinisch betreut werden. Die Therapie fokussiert nicht nur die psychische Erkrankung der Mutter beziehungsweise des Vaters, sondern unterstützt und fördert auch den Umgang mit dem Kind – ohne Eltern und Kind aus ihrem sozialen Umfeld zu reißen, da die Patienten die Nächte und Wochenenden zu Hause verbringen können. Die neue Tagesklinik ist die einzige ihrer Art in Thüringen. Insgesamt stehen fünf Behandlungsplätze zur Verfügung.

Zehn bis 15 Prozent aller Mütter im Wochenbett sind von Depressionen betroffen. Damit sind diese die häufigsten psychischen Erkrankungen nach der Geburt. „Neben Müttern und Vätern mit Depressionen betreuen wir in der neuen Tagesklinik jedoch sämtliche peripartale psychischen Störungen wie Angst- und Zwangsstörungen oder postpartale Psychosen“, so Dr. Uta Pietsch, Oberärztin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am UKJ. „Patienten mit mas-

siven Selbstverletzungen, akuter Suizidalität oder Suchtproblematik können wir jedoch erst nach einer vollstationären Stabilisierungsphase gemeinsam mit ihren Kindern tagesklinisch weiter behandeln.“

Grundlage der tagesklinischen Behandlung stellt die Einzelpsychotherapie dar, die speziell auf die Bedürfnisse und Probleme der jeweiligen Patienten abgestimmt ist. „Mithilfe von gezielten Verhaltensbeobachtungen und videogestützter Analysen untersuchen die Ärzte und Psychologen die individuelle Interaktion mit dem Kind, um geeignete Therapiemöglichkeiten abzuleiten“, erklärt Dr. Pietsch. „Zudem behandeln sie gezielt die psychische Störung der Mutter bzw. des Vaters.“ Ergänzend zur Einzeltherapie werden die Eltern in das verhaltenstherapeutische Behandlungsprogramm der Klinik integriert. Spezifische Gruppentherapien, Musik- und Tanztherapie sowie Ergo-, Sport- und Entspannungstherapie helfen den Betroffenen unter anderem dabei, ihre neue Rolle als Mutter bzw. Vater anzunehmen, mit Stress umzugehen und auf die elterlichen Kompetenzen zu vertrauen. Zusätzlich zu diesen Behandlungen untersuchen die Experten der Klinik für Kinder- und Ju-



Foto: UKJ/Schleenvoigt

gendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am UKJ die Kinder, um frühkindliche Bindungs-, Entwicklungs- und emotionale Störungen zu erkennen und zu therapieren. Abhängig von der Schwere der Erkrankungen und der Bindungsstörung zwischen Eltern und Kind dauert die tagesklinische Behandlung etwa vier bis acht Wochen.

Red.: ReH

Ausschreibung des Förderpreises „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. schreibt für das Jahr 2019 den Förderpreis „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“ aus, für den Kinder- und Jugendärzte vorgeschlagen werden können, die sich über einen längeren Zeitraum für benachteiligte Kinder in Krisenregionen oder in der Entwicklungszusammenarbeit persönlich eingesetzt haben.

Die schriftliche Bewerbung sollte den Einsatz und den Grund für die Preisverleihung detailliert beschreiben.

Der Preis ist mit 5.000,- € dotiert. Er soll Anerkennung und Dank für die Bereitschaft des Bewerbers sein, eine Zeitlang aktiv mitzuhelfen, die Not der Kinder unserer Welt zu lindern.

Bewerbungen sind bis zum 28.02.2019 zu richten an den

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Kennwort „Förderpreis“

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln

Die Verleihung des Preises für zukünftige Einsätze oder Organisationen ist nicht möglich.

Vergesst die Genetik nicht

„Wie die Eltern die Gesundheit ihrer Kinder prägen“ lautet die Schlagzeile einer Tageszeitung; und im Fließtext: „Nicht nur der Schulerfolg hängt in Deutschland stark vom Elternhaus ab. Auch die Gesundheit: Adipositas und Karies treten um das dreifache häufiger auf bei bildungsarmen Kindern. Die Anzahl der Kinder mit ADHS (Aufmerksamkeitshyperaktivitätssyndrom) ist in bildungsfernen Milieus deutlich höher als bei Akademikerkindern. Kinder von Eltern ohne Schulabschluss bekommen häufiger Medikamente verschrieben als ihre Altersgenossen mit besser gebildeten Eltern.“ „Wenn das Elternhaus krank macht, hängt die Diagnose oft mit dem Lebensstil der Eltern zusammen“ wird der Vorstandschef der DAK, Andreas Storm, zitiert.

Grundlage des Artikels ist die Veröffentlichung des Kinder- und Jugendreports DAK-Gesundheit 2018. Er enthält eine Querschnittsanalyse für das Jahr 2016 hinsichtlich des Krankheits- und Versorgungsgeschehens, soweit dies mit GKV-Routinedaten abbildbar ist. Anonymisierte Abrechnungsdaten aller Versicherten der DAK-Gesundheit aus dem Zeitraum 1.1.2016 bis 31.12.2016 wurden dabei berücksichtigt. Daten von 587.977 Kindern im Alter von 0 bis 17 Jahren wurden erfasst, 51 Prozent Jungen, 49 Prozent Mädchen, zusätzlich Leistungsdaten aller über die DAK-Gesundheit verknüpfbarer Familienmitglieder. Soweit möglich wurden die Daten mit den Ergebnissen der KIGGS (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) verglichen.

Ergebnisse:

Jedes vierte Kind ist chronisch somatisch oder psychisch krank

Die fünf häufigsten Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sind unabhängig von Alter und Geschlecht Atemwegserkrankungen, Infektions- und Augenerkrankungen, Hauterkrankungen sowie psychische Erkrankungen bzw. Verhaltensstörungen.

Psychische – und Verhaltensstörungen zählen mit einer Prävalenz von 26 Prozent zu den häufigsten Krankheitsbildern bei Kindern- und Jugendlichen. Verhaltensstörungen, wie z.B. ADHS treten vermehrt im späten Kindes- und frühen Jugendalter und z.T. doppelt so häufig bei Jungen wie bei Mädchen auf.

Von 1000 Kindern/Jugendlichen erhalten insgesamt 40,48 Prozent die Diagnose ADHS (Jungen 59,8 Prozent,

Mädchen 20,9 Prozent). Die Prävalenz psychischer- und Verhaltensstörungen (hier wird ADHS nicht mehr separat aufgelistet) findet ihren Höhepunkt bei sechs Jahren und nimmt deutlich bis zum 18 Lebensjahr ab

Es findet sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen psychischen und Verhaltensstörungen der Eltern und dem ihrer Kinder mit einer OR von 1,5, wenn auch weniger ausgeprägt als der Zusammenhang bei Krebsleiden und Augenerkrankungen (2,3 bzw. 2,1)

Vor allem bei den Krankheitsgruppen Adipositas (im Mittel -34 %) und Zahnkaries (im Mittel -52 %) sind die Unterschiede der Erkrankungsprävalenz der Kinder in Abhängigkeit des Ausbildungsabschlusses der Eltern am stärksten ausgeprägt. Danach werden Entwicklungsstörungen mit im Mittel -14 Prozent, Verhaltensstörungen mit im Mittel - 8 Prozent und Allergien mit -7 Prozent aufgelistet. ADHS wurde nicht extra aufgeführt, wird aber in der Regel unter den Verhaltensstörungen kodiert.

In Rahmen der Datenerhebung wurde auch das Verschreiben von Medikamenten dokumentiert. Dabei ist zu erkennen, dass bei ADHS eine medikamentöse Therapie erst nach einer Phase mit nicht medikamentösen therapeutischen Maßnahmen beginnt.

Die erhobenen Daten unterstützen die auch schon aus den KIGGS-Daten zu vermutende Beobachtung, dass die Prävalenz für ADHS mit ca. 4,4 Prozent konstant bleibt. Die immer wieder in den Medien beschworene Inflation der Diagnose bleibt auch weiterhin aus. Auch der in den Leitlinien empfohlene Algorithmus der Therapie mit zunächst psychoedukativen Maßnahmen, die einer medikamentösen

Therapie vorausgehen sollten, spiegelt sich in den Daten wieder.

Der Schluss, den der Vorstand der DAK aus der hochinteressanten Datenerhebung zieht, **„wenn das Elternhaus krank macht, hängt die Diagnose oft mit dem Lebensstil der Eltern zusammen“** erscheint mir vereinfacht. Zweifelsfrei spielt das Umfeld und hier vor allem das familiäre Umfeld eine wichtige Rolle für die Entwicklung von psychischen und auch somatischen Merkmalen. Es sollte aber nicht vergessen werden, dass gerade bei den Erkrankungen, bei denen hohe Übereinstimmungen zwischen der Erkrankung der Eltern und der ihrer Kinder zu beobachten ist, auch die Übertragung von genetischen Merkmalen eine Rolle spielt. So besteht bei ADHS eine Konkordanz bei eineiigen Zwillingen von 80 Prozent, was auf eine hohe genetische Kompetenz der ADHS hinweist, vergleichbar mit der Vererbung der Körpergröße eines Menschen

Auch kann eine ADHS bei Jugendlichen und auch Erwachsenen im Vergleich zu Kontrollgruppen zu Schulabbrüchen und einem niedrigeren Bildungsstand führen. Eltern mit ADHS haben ein deutlich erhöhtes Risiko, ebenfalls ein Kind mit ADHS zu bekommen, die Symptomatik kann durch das dann nicht immer günstige familiäre Umfeld noch verstärkt werden. Den Eltern wird daher Unrecht getan, wenn die ADHS-Symptomatik ausschließlich auf ihren Lebensstil zurückgeführt wird. Wie auch bei den anderen chronischen Erkrankungen sollte aber darauf geachtet werden, das Umfeld zu optimieren, um die Symptomatik nicht zu verstärken, und dies so früh wie möglich, wie Dr. Thomas Fischbach, Präsident des BVKJ, anmerkte.

Um **Eltern und Kind** frühestmöglich, kompetent und flächendeckend betreuen zu können, hat die AG ADHS seit Juni 2018 ihre Satzung geändert: alle Kollegen, die Kinder und Erwachsene mit ADHS betreuen, können jetzt von einer Mitgliedschaft profitieren und gemeinsam mit der AG Therapiestrategien entwi-

ckeln und umsetzen, um die Diagnostik und Betreuung von Kind und Eltern zu verbessern. Nur eine fachübergreifende Zusammenarbeit kann Therapieabbrüche im Rahmen einer missglückten Transition verhindern.

Literatur bei der Verfasserin

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Kirsten Stollhoff
Kinderärztin und Neuropädiaterin
Vorstand der AG ADHS
22767 Hamburg
E-Mail: stollhoff@gmx.de

Red.: ReH

Warum die Geburtenrate in Deutschland wieder steigt

In den vergangenen Jahren hat sich die Situation für Familien in Deutschland spürbar verbessert. Auf fast allen Feldern wurden Fortschritte gemacht. Reformen wie die Einführung des Betreuungsanspruchs für unter Dreijährige und das Elterngeld scheinen sich positiv auf die Bereitschaft von Paaren auszuwirken, Kinder in die Welt zu setzen. Damit wäre eins von vier Zielen der Familienpolitik schon mal erreicht:



Foto: © luckybusiness - Fotolia.com

Mutter, Vater, zwei Kinder: diesem Familientyp geht es in Deutschland gut

Kinderwunsch

Zwei von drei Kinderlosen zwischen 18 und 30 Jahren wünschen sich mindestens zwei Kinder. Die tatsächliche Geburtenrate liegt zwar weit darunter, doch seit einigen Jahren steigt die Zahl der Neugeborenen wieder. Im Jahr 2016 betrug die Geburtenrate 1,59 Kinder je Frau – höher war sie zuletzt 1972.

Gestiegen ist auch der Anteil der Mütter, die ein drittes oder viertes Kind geboren haben.

Wirtschaftliche Stabilität

Das mittlere Einkommen von Familien mit zwei Elternteilen und zwei Kindern hat sich von 2007 bis 2016 von 101,6

auf 104,5 Prozent des Durchschnitts aller Haushalte erhöht. Die Armutsgefährdungsquote für diesen Familientyp ist von 7,9 auf 7,8 Prozent gesunken, für alle Haushalte mit Kindern ist sie allerdings gestiegen: von 12,6 auf 13,5 Prozent.

Seit einigen Jahren steigt die Zahl der Neugeborenen in Deutschland wieder. Im Jahr 2016 betrug die Geburtenrate 1,59 Kinder je Frau.

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Ein wichtiger Indikator für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist die Teilhabe von Müttern am Arbeitsmarkt:

Seit 2007 ist die Erwerbsbeteiligung von Frauen mit Kindern unter 15 Jahren von rund 56 Prozent auf mehr als 65 Prozent gestiegen.

Als Folge davon hat sich auch der Unterschied in der Erwerbsquote von Frauen und Männern weiter verringert, er beträgt jetzt nur noch sieben Prozentpunkte. Zwar arbeiten die meisten Frauen mit Kindern in Teilzeit, doch viele Mütter wünschen sich auch gar keine Vollzeitstelle.

Kindliches Wohlergehen

Ob es Kindern gut in Deutschland geht, ob sie sich Kinder rundum gut entwickeln, lässt sich statistisch schwer erfassen.

Die gerade vom Robert Koch-Institut veröffentlichten Analysen zur zweiten KiGGS-Welle geben Aufschluss über die gesundheitliche Entwicklung der Kinder in Deutschland.

Die Zunahme bei Zivilisationskrankheiten scheint zumindest gestoppt, auch wenn gerade bei allergischen Erkrankungen das Niveau der Anzahl betroffener Kinder hoch bleibt, wie die aktuelle Analyse zeigt.

Bei psychischen Auffälligkeiten hat es sogar einen deutlichen Rückgang der Prävalenz gegeben – auch bei ADHS.

Für die 15-Jährigen überprüft immerhin der PISA-Test seit 2000 regelmäßig die schulischen Kompetenzen. In der jüngsten Erhebung von 2015 konnten sich die Schüler in Deutschland im Vergleich zu 2012 im Lesen nicht weiter verbessern, in Mathematik und in den Naturwissenschaften haben sie sich sogar etwas verschlechtert.

Die IGLU-Studie hat zudem 2016 einen leichten Rückgang der Leseleistungen von Grundschulern festgestellt – was wohl vor allem auf die verstärkte Zuwanderung zurückzuführen ist. Die Familienpolitik sollte sich deshalb primär darum bemühen, für Kinder und Jugendliche ein Umfeld zu schaffen, das ihre Entwicklung fördert.

Quelle: *iwd*

Red.: ReH

Betreuung kranker Kinder immer häufiger Männersache

Die Betreuung kranker Kinder ist zunehmend auch Männersache. So war 2017 der Anteil der Väter, die Kinderkrankengeld beantragten, so hoch wie noch nie. Das ergab jetzt eine Auswertung der Versichertendaten der KKH Kaufmännische Krankenkasse. Demnach waren es im vergangenen Jahr zu 21 Prozent die Männer, die sich tageweise unentgeltlich freinahmen, um ein erkranktes Kind zu betreuen. 2015 betrug der Anteil noch 19 Prozent, 2007 lediglich zehn Prozent. „Auch wenn die Versorgung kranker Kinder zu 79 Prozent immer noch Frauensache ist, zeigt diese Entwicklung, dass sich das Rollenverständnis zunehmend wandelt“, sagte Christian Klameth vom KKH-Serviceteam in Hameln bei der Vorstellung der Studie.

Bundesweiter Vergleich: Thüringens Papas Spitzenreiter

Der Anteil der Väter, die sich um ihren erkrankten Nachwuchs kümmern, war 2017 im Osten teils deutlich höher als

im restlichen Teil der Republik: Spitzenreiter waren mit 24 Prozent die Väter in Thüringen, dicht gefolgt von Berlin, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt mit jeweils 22 Prozent. Auf dem letzten Platz rangierten mit je 17 Prozent die Väter aus Bayern und Nordrhein-Westfalen. Christian Klameth nennt als einen möglichen Grund für diese Entwicklung, dass es in Thüringen offenbar immer mehr moderne, familienfreundliche Unternehmen gibt, in denen sich auch die Väter im Krankheitsfall ihres Kindes unbesorgt frei nehmen können. „Den Männern in Bayern und Nordrhein-Westfalen fällt es dagegen offensichtlich schwerer, dem Job fern zu bleiben“, sagt Klameth.

Wenn ein Kind erkrankt, können sich berufstätige Mütter und Väter jeweils bis zu zehn Tage unentgeltlich von der Arbeit



Foto: © Viacheslav Jakobchuk - Fotolia.com

befreien lassen. Dafür erhalten sie von den gesetzlichen Krankenkassen Kinderkrankengeld, sofern das Kind unter zwölf Jahre alt ist und der Arzt eine Erkrankung sowie die notwendige Betreuung bescheinigt. Im Jahr 2017 beantragten bei der KKH bundesweit rund 143.280 Eltern Kinderkrankengeld, darunter rund 29.640 Väter.

Red.: ReH

Zahl des Monats

2,7 % weniger Schwangerschaftsabbrüche im 2. Quartal 2018

Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nahm im zweiten Quartal 2018 gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum um 2,7 Prozent ab. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) am 18. September mitteilte, wurden im zweiten Quartal 2018 rund 25 000 Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland gemeldet.

Knapp drei Viertel (73 %) der Frauen, die im zweiten Quartal 2018 einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, waren zwischen 18 und 34 Jahre alt, 17 Prozent zwischen 35 und 39 Jah-

re. Knapp acht Prozent der Frauen waren 40 Jahre und älter. Die unter 18-Jährigen hatten einen Anteil von drei Prozent. Rund 40 Prozent der Frauen hatten vor dem Schwangerschaftsabbruch noch keine Lebendgeburt.

96 Prozent der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche wurden nach der Beratungsregelung vorgenommen. Medizinische und kriminologische Indikationen waren in vier Prozent der Fälle die Begründung für den Abbruch. Die meisten Schwangerschaftsabbrüche (59 %) wurden mit der Absaugmethode

(Vakuumaspiration) durchgeführt, bei 23 Prozent wurde das Mittel Mifegyne® verwendet. Die Eingriffe erfolgten überwiegend ambulant, und zwar 80 Prozent in gynäkologischen Praxen und 17 Prozent ambulant im Krankenhaus. Sieben Prozent der Frauen ließen den Eingriff in einem Bundesland vornehmen, in dem sie nicht wohnten.

Red.: ReH

30,5 % der Krankenhausentbindungen per Kaiserschnitt im Jahr 2017



Foto: © GordonGrand - Fotolia.com

ringfügig über dem Niveau von 2016 (761 777). Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) weiter mitteilte, lag der Anteil der Krankenhausentbindungen per Kaiserschnitt im Jahr 2017 bei 30,5 Prozent. Gegenüber dem Vorjahr blieb die Kaiserschnitttrate damit unverändert.

In den meisten Bundesländern ging die Kaiserschnitttrate leicht zurück. Entgegen diesem Trend nahm der Anteil der Kaiserschnittentbindungen gegenüber 2016 in sechs von sechzehn

Bundesländern zu. Im Saarland war die Kaiserschnitttrate mit 37,2 Prozent am höchsten. Den niedrigsten Anteil hatte Sachsen mit 24,0 Prozent.

Andere Geburtshilfen werden selten angewandt: Eine Saugglocke (Vakuumextraktion) wurde bei 5,9 Prozent der Entbindungen im Jahr 2017 eingesetzt, eine Geburtszange bei 0,3 Prozent der Entbindungen.

Im Jahr 2017 führten 672 von 1 942 Krankenhäusern in Deutschland Entbindungen durch. Das entsprach einem Anteil von 34,6 Prozent aller Krankenhäuser. Im Vorjahr hatte der Anteil bei 35,4 Prozent gelegen.

777 820 Kinder (einschließlich Zwillings- und Mehrlingsgeburten) wurden im Jahr 2017 im Krankenhaus geboren, 937 mehr als im Jahr 2016. Der Anteil der lebend geborenen Kinder betrug in beiden Jahren 99,7 Prozent.

Red.: ReH

7 62 343 Frauen haben nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2017 in einem Krankenhaus in Deutschland entbunden. Die Zahl lag damit ge-

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).

KINDER-UND JUGENDARZT Heft 09/18
49. (67.) Jahrgang - A 4834 E

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

Beratungen
Sprachdiagnostik

Beratung
Was werden wir
unsern Kindern endlich
effektiv schenken?

Forum
Meningokokken B-
Erntefest

Magazin
Kinder und
Bildschirmmedien

www.kinder-undjugendarzt.de HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÖBECK

Auf den • gebracht:
Jungenbeschneidung
Von Dr. Christoph Kupferschmid
KJA 2018, Heft 9, S. 564

Lieber Herr Kollege Kupferschmid, bewundernswert ist es, wie Sie all die Jahre nach der Beschneidungsdebatte am Thema bleiben!

In den Praxen und bei unseren Kolleg/Innen ist längst wieder die Gleichgültigkeit zur männlichen Beschneidung eingetreten und die überwiegend muslimischen Kinder werden weiterhin „lustig“ beschnitten.

Deprimierend ist, dass wir vor dem Zirkumzisionsergebnis stehen und niemand uns als Pädiater vorher um Rat bittet oder informiert.

Ziemlich ratlos grüße ich Sie nach Ulm.

Thomas Richter
Pädiater in Berlin

Red.: ReH



Kinder- und jugendärztliche Perspektiven auf institutionelle Kinderbetreuung in der Bundesrepublik

Anhaltende Skepsis // Wie nehmen Kinder- und Jugendärzte in der Bundesrepublik seit den 1960er-Jahren die institutionelle Betreuung von Kindern unter drei Jahren wahr und wie bewerten sie sie? Eine Inhaltsanalyse von Lehrbüchern weist auf eine andauernd hohe Skepsis hin; erst nach der Jahrtausendwende wird eine partielle Neubewertung institutioneller Kleinkindbetreuung erkennbar, die derzeit allerdings nicht von der gesamten Disziplin getragen wird.



Dr. Felix Berth

Das Aufwachen von Kindern in Deutschland verändert sich seit der Jahrtausendwende mit hoher Geschwindigkeit. Dies betrifft insbesondere Kinder in den ersten Lebensjahren: Für sie entstanden Tageseinrichtungen in einem bisher unbekanntem Maß, daneben wurden neue Verbindlichkeiten bei kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen geschaffen, und die Einrichtung eines Systems Früher Hilfen deutet ebenfalls auf eine ausgeprägte öffentliche Beteiligung hin. Insgesamt, so stellt etwa der 14. Kinder- und Jugendbericht fest, ist eine verstärkte öffentliche

Verantwortungsübernahme für das Aufwachen von Kindern zu beobachten (1).

Diese Entwicklung wurde von verschiedenen Forschungsdisziplinen geprägt, wobei Frühpädagogik, Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie die Debatten dominierten. Wenig untersucht ist bislang, wie sich die Position der Kinder- und Jugendärzte bei diesem Thema entwickelt hat. Dieser Beitrag versucht deshalb eine diskurshistorische Rekonstruktion und geht der Frage nach, wie sich die kinder- und jugendärztliche Forschung bei diesem Thema im Lauf der vergangenen Jahrzehnte artikuliert und positioniert hat.

Foto: © Boggy - Fotolia.com



© akg-images/picture-alliance/ZB/Wilfried Glienke

Der Betrachtungszeitraum beginnt dabei in den 1960er-Jahren, weil damals in der Bundesrepublik umfassende gesellschaftliche Modernisierungsprozesse einsetzten, durch die auch institutionelle Kinderbetreuung – zumindest der Kindergarten – neu bewertet wurde. Der Fokus dieses Beitrags liegt gleichwohl auf der Betreuung von Kindern bis zum dritten Lebensjahr, weil hier jüngst die größten Veränderungen stattfanden.

Die lange Tradition pädiatrischer Skepsis

Im 19. Jahrhundert entwickelten sich in Deutschland verschiedene „Wissenschaften vom Kinde“, insbesondere die Pädagogik und die Pädiatrie. Gerade die junge Disziplin der Pädiatrie ging dabei der Frage nach, wie sich außerfamiliale, institutionelle Unterbringung von Kindern auf deren Gesundheit auswirkte. Dabei wurde nicht zwischen primär betreuenden Institutionen (etwa Säuglingsheimen) und primär medizinischen Institutionen (etwa Kinderkrankenhäusern) unterschieden; diverse Kinderkliniken entwickelten sich aus Säuglingsheimen,

was etwa für Häuser in Dresden, München und Münster belegt ist.

Pragmatischer Ausgangspunkt der Pädiatrie im 19. Jahrhundert war die dramatisch hohe Sterblichkeit von Säuglingen und Kleinkindern, und weil gerade in Heimen und Kinderkrankenhäusern hohe Mortalitätsraten beobachtet wurden, wurden die Risiken dieser Institutionen kontinuierlich thematisiert. Diese Skepsis ging so weit, dass andere medizinische Disziplinen – insbesondere die Allgemeinmedizin – in den 1840er-Jahren beispielsweise die Auflösung der ersten deutschen pädiatrischen Klinik an der Berliner Charité verlangten (2).

Weil die Sterblichkeit im Lauf der nächsten Jahrzehnte dank der Erfolge in Bakteriologie, Ernährungslehre und Säuglingsheilkunde langsam sank, konnten sich Kinderkliniken dauerhaft etablieren; gegen Ende des 19. Jahrhunderts verwies die klinische Pädiatrie dann auf ihren Beitrag zu einer enormen Senkung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit (3). Kurz nach der Wende zum 20. Jahrhundert wurden schließlich sogar Säuglinge in Kinderkliniken aufgenommen, die bis dahin wegen ihrer

Infektanfälligkeit faktisch ausgeschlossen waren. Die immer wieder implizit verhandelte Frage „Gehören kranke Kinder überhaupt in eine Anstalt?“ hatte die Pädiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts in ihrem Interesse (und wie zeitgenössische Pädiater zu Recht formuliert hätten: im Interesse der Kindergesundheit) beantwortet.

Die andere, damals ebenfalls implizit behandelte Frage „Sollen gesunde Kinder außerhalb ihrer Herkunftsfamilien betreut werden?“ blieb für die Pädiatrie des 20. Jahrhunderts weiter ein Thema. Antworten renommierter Kinderärzte auf diese Frage lassen eine Skepsis erkennen, die sich auf zwei Risiken bezog. So warnte Arthur Schlossmann (4) im wichtigsten Pädiatrie-Handbuch der 1920er-Jahre vor „bakteriellem Hospitalismus“: „Unsere (...) Abneigung gegen eine missbräuchliche Verbringung von gesunden Säuglingen in Anstalten beruht auf der immer wieder zu machenden Erfahrung, dass eine Zusammenbringung von Kindern im frühen Kindesalter, insbesondere im ersten Lebensjahre in geschlossenen Anstalten zu einer starken Lebensbedrohung führt.“

Außerdem beobachteten Pädiater einen „Massenpflegescha-den“ aufgrund von seelischer Vernachlässigung. Meinhard von Pfaundler, wie Schlossmann ein einflussreicher Pädiatrie-Lehrstuhlinhaber, nahm nach Beobachtungen auf Krankenstationen an, dass das Fehlen früher Interaktionen zwischen Mutter und Säugling massive psychische und in der Folge auch körperliche Schäden auslöse, was von ihm als „seelischer Hospitalismus“ bezeichnet wurde (5). Ihm wird auch der Ausspruch zugeschrieben, „noch das siebte Kind am schmutzigen Rockzipfel seiner Mutter“ sei besser untergebracht als das Kind im Heim (6).

Nach dem zweiten Weltkrieg wurde das Hospitalismus-Konzept für westdeutsche Kinder- und Jugendärzte auch aufgrund einer wachsenden Wahrnehmung internationaler Forschung zu einem zentralen Bezugspunkt bei der Beurteilung institutioneller Kinderbetreuung. Mit den intensiv rezipierten Filmen des US-amerikanischen Psychoanalytikers und Kinderarztes René Spitz und den Publikationen John Bowlbys wurde das Leid „hospitalisierter“ Säuglinge und Kleinkinder zu einem wichtigen Thema der westdeutschen Pädiatrie (7). Bowlbys

Fazit in seiner WHO-Forschungsbilanz *Maternal Care and Mental Health*, die weltweit in mehr als 400.000 Exemplaren vertrieben wurde, glich dem Pfaunders: „Children thrive better in bad homes than in good institutions“ (8).

Fragestellung und Methode

Aus heutiger Sicht drängt sich die Vermutung auf, dass dieser kritische Blick erhalten blieb, wenn Kinder- und Jugendärzte später über institutionelle Kinderbetreuung urteilten. Fraglich ist also, wie sich die Sichtweise im Lauf der folgenden Jahrzehnte entwickelte: Wie wurde die institutionelle Betreuung von Kindern in der kinder- und jugendärztlichen Disziplin zu welchem Zeitpunkt verhandelt? Welche Konstanten der Thematisierung sind im Zeitverlauf erkennbar – und welche Veränderungen?

Als Verfahren zur Analyse eines Textkorpus wurde eine qualitative Inhaltsanalyse nach Schreier (9) gewählt. Bei der Textauswahl mussten Positionierungen über einen langen Zeitraum hinweg gefunden werden; diese sollten möglichst gut vergleichbar sein. Deshalb wurden kinder- und jugendärztliche Lehrbücher ausgewählt, die seit 1960 in der Bundesrepublik erschienen sind: Sie geben das wieder, was aus der Sicht der Disziplin anerkannt ist und den Studierenden vermittelt werden soll – im Unterschied zu wissenschaftlichen Zeitschriften und Monografien, die eher die Forschung vorantreiben wollen.

Für eine vergleichende Analyse wurden fünf Lehrbücher ausgewählt, die zwischen 1961 und 2014 auf dem deutschen Markt erhältlich waren: die Bücher der Herausgeber *Feer, Joppich, Schulte & Spranger* (erste Edition bereits 1911, letzte Edition 1992), *Keller, Wiskott, Betke, Künzler & Schaub* (erschieden 1961 bis 1991), *Opitz & Schmid* (erschieden nur 1966), *Harnack & Koletzko* (erschieden 1968 bis 2013) sowie *Hoffmann, Lentze, Schaub, Schulte, Spranger & Zepp* (erschieden 2001 bis 2014). Drei dieser Editionen sind klassische Lehrbücher zur Examensvorbereitung; zwei – *Opitz & Schmid* sowie *Hoffmann et al.* – sind umfangreichere Handbücher, die sich auch an klinische Praktiker wenden.

Weil die meisten Lehrbücher häufig überarbeitet wurden – teilweise erreichten sie mehr als zwanzig Auflagen –, waren bei der Korpusbildung Einschränkungen notwendig. Dafür wurde aus jedem der relevanten Jahrzehnte (1960-69, 1970-79, 1980-89, 1990-99, 2000-2009) die gleiche Zahl von Lehrbüchern ausgewählt, nämlich pro Jahrzehnt drei, für die Phase ab 2010 dann zwei. Auch sollte jede Edition mit mindestens drei Ausgaben vertreten sein. Insgesamt umfasst der Korpus damit 17 Werke aus fünf Editionen mit teilweise wechselnden Herausgebern, die sich gleichmäßig auf fünf Jahrzehnte verteilen (vgl. Abb. 1).

Die Kodiereinheiten der Inhaltsanalyse wurden vom Autor bestimmt; das Kategoriensystem wurde am Material entwickelt und nach einem Probelauf

überarbeitet. Bei der anschließenden Kodierung durch zwei Kodierer ergab sich eine Übereinstimmung von 93,9 Prozent und ein Cohen's Kappa von 0,76, was auf eine hohe Konsistenz der Kodierungen und damit auf hohe Reliabilität des Kategoriensystems hindeutet (10).

Hinweise auf beständige Skepsis

Bei der Auswertung wurden zunächst Textpassagen betrachtet, die sich auf Säuglinge und Kleinkinder bezogen. Dabei wurden die genannten Folgen institutioneller Kleinkindbetreuung – seien sie positiver oder negativer Art – je Lehrbuch-Ausgabe festgehalten. Es zeigte sich zunächst ein polares Bild: Jahrzehntelang dominierte eine skeptische Beurteilung institutioneller Kleinkindbetreuung, der nach der Jahrtausendwende eine partielle Neuorientierung folgte (vgl. Tab. 1).

Auch wiesen die Texte darauf hin, dass institutionelle Betreuung nichts Alltägliches werden sollte. Das Lehrbuch von Harnack beispielsweise erwähnte den Kindergarten und die Kinderkrippe im Kapitel „Betreuung des benachteiligten Kindes“ und bewertete Kindergärten und Krippen als letzte Lösung der Betreuungsfrage: „Ist die Mutter erwerbstätig und können nicht Verwandte ihre Stelle tagsüber einnehmen, nimmt sie die Hilfe der ‚halboffenen‘ Fürsorge in Anspruch: Ihre Kinder werden z.B. in Tageskrippen oder Kindergärten betreut.“ (11).

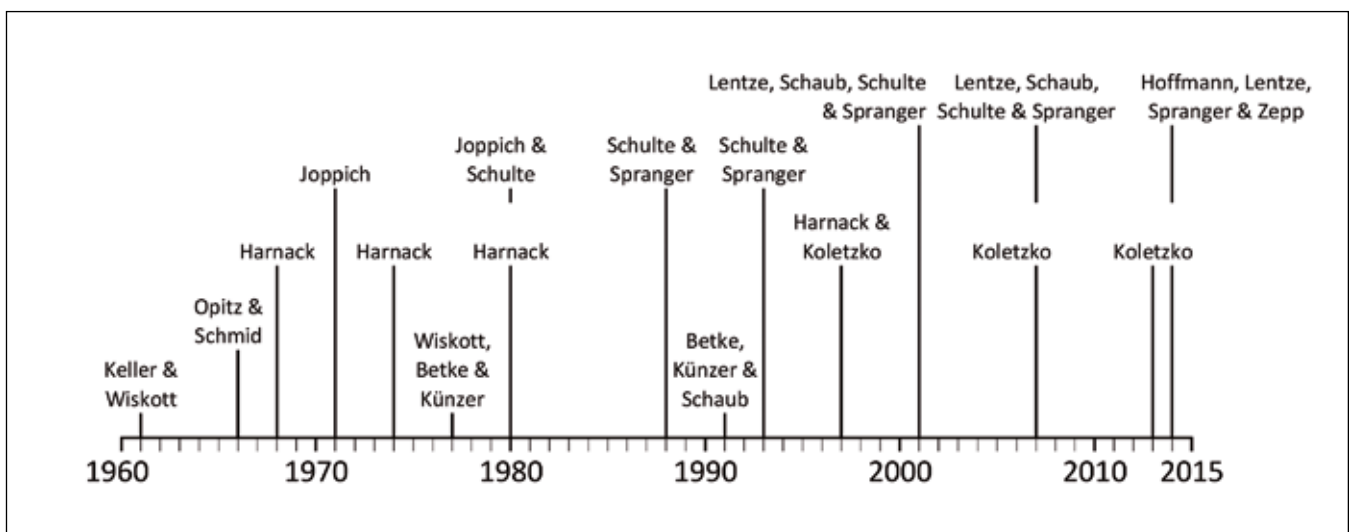


Abb. 1: Erscheinungsjahre und Herausgeber der für den Korpus ausgewählten Lehrbücher, 1961-2014

Eigene Darstellung: Lesehilfe: Ein Wechsel der Herausgeber wird in der Horizontalen erkennbar, wenn z.B. das Lehrbuch Harnack später von Harnack & Koletzko und noch später von Koletzko herausgegeben wird.

Solche Bewertungen hielten sich, wie Tabelle 1 zeigt, erstaunlich lange, nämlich bis in die 1990er-Jahre. Erst nach der Jahrtausendwende stellte ein neu herausgegebenes Handbuch von Lentze und Kollegen fest, dass institutionelle Kinderbetreuung auch positive Effekte haben könne: In Kinderkrippen und Kindergärten sei soziales, emotionales und kognitives Lernen möglich. Auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die Förderung von Kindern bildungsferner Familien wurden nun als potenziell positive Resultate früher Betreuung genannt (12).

Um zu klären, ob die Lehrbücher über die Jahrzehnte hinweg stets dieselbe Betreuungsinstitution im Blick hatten oder ob sie beispielsweise familienersetzende von familienergänzenden Einrichtungen unterschieden, wurde in einem zweiten Schritt die Häufigkeit betrachtet, mit der die Texte verschiedene Formen institutioneller Kinderbetreuung (Säuglingsheim, Kinderkrippe, Kindergarten) nannten (vgl. Abb. 2).

Übergeneralisierungen

Die eingangs formulierte Vermutung hat sich also bestätigt: Die Position der

Kinder- und Jugendärzte zur außerfamiliären Kinderbetreuung war jahrzehntelang von hoher Skepsis geprägt. Basierend auf Forschungen zum Hospitalismus in Säuglingsheimen warnten ihre Lehrbücher kontinuierlich vor Betreuungsinstitutionen aller Art. Noch in den 1990er-Jahren, als Säuglingsheime in der Bundesrepublik faktisch nicht mehr existierten, waren diese Einrichtungen ein wichtiger Bezugspunkt der Lehrbuch-Darstellungen.

In einer Art Übergeneralisierung wurden also ältere, alarmierende Befunde aus diesen Heimen auf alle Arten von außerfamiliärer Betreuung übertragen: Eine Kinderkrippe unterschied sich aus dieser Perspektive allenfalls graduell von einem Säuglingsheim. Eine Differenzierung nach familienergänzenden und familienersetzenden Einrichtungen spielte dabei keine Rolle; die eine Form der „Fremdbetreuung“ galt als so schlimm wie die andere: „Jede Massenpflege (ist) mit einem mehr oder minder großen Schaden für die Kinder verbunden“, so Theodor Hellbrügge im Jahr 1984 (13).

Dieses Ergebnis weist zum einen auf eine gewisse „Trägheit“ des Lehrbuch-

wissens hin: Weil der Entstehung von Lehrbüchern langwierige disziplinäre Positionsbestimmungen vorausgehen, kann es Jahre dauern, bis sich neuere Befunde durchsetzen. Zum anderen fällt auf, dass in den hier betrachteten Lehrbüchern eine besonders ausgeprägte Trägheit festzustellen ist: Das Säuglingsheim mit seinen typischen Risiken noch Jahrzehnte nach seinem faktischen Verschwinden zum Ausgangspunkt der Argumentation zu machen, deutet auf eine eher geringe Bereitschaft hin, etablierte Positionen in Frage zu stellen.

Möglicherweise ist dies ein Hinweis auf einen Unterschied der Kinder- und Jugendmedizin zu anderen, eher „reformfreudigen“ Disziplinen; möglicherweise hängt dies auch mit einflussreichen Wissenschaftlern wie Theodor Hellbrügge und Johannes Pechstein zusammen, die ihre konservativen, familialistischen Positionen in der Fachwelt und der Öffentlichkeit vehement vertraten, wie Heinrich und Koletzko (14) feststellten. Plausibel erscheint jedenfalls, dass diese Lehrstuhlinhaber lange Zeit einen wissenschaftlichen Pfad stabilisierten, der erst nach ihrer Emeritierung verlassen werden konnte.

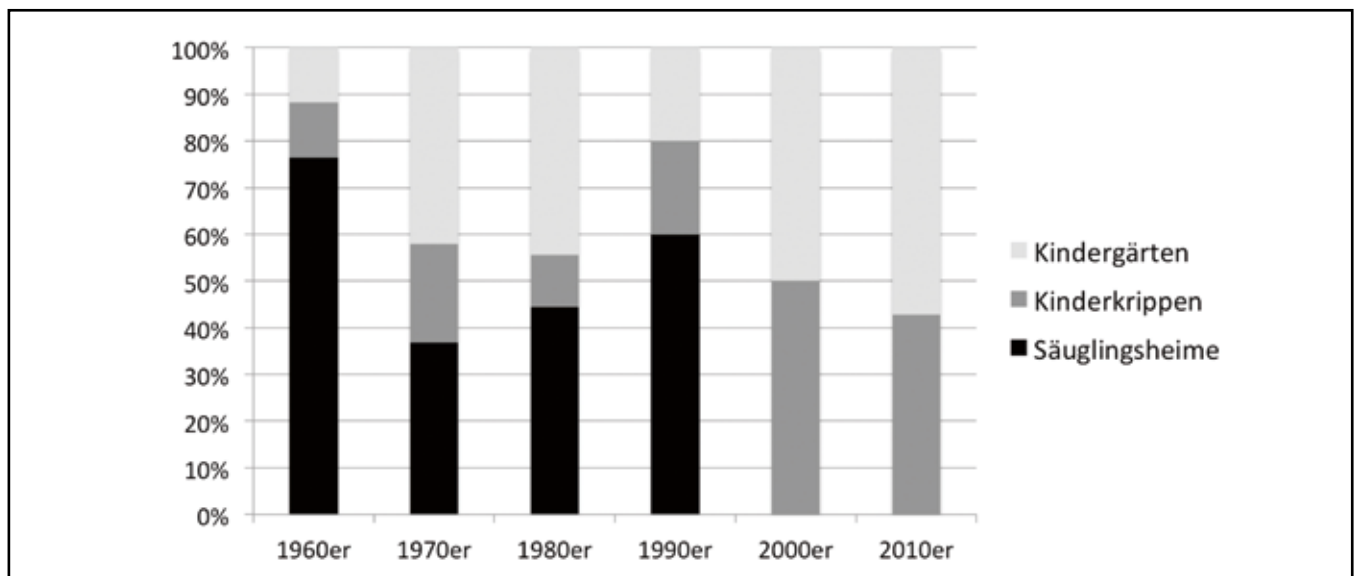


Abb. 2: In Lehrbüchern erwähnte Formen institutioneller Betreuung nach Jahrzehnten, in Prozenten.

Eigene Darstellung: Nun wurde eine Verschiebung deutlich. In den 1960er-Jahren behandelten circa drei Viertel der kodierten Textpassagen das familienersetzende Säuglings- und Kleinkinderheim; dieser Anteil sank in den Folgejahrzehnten, erreichte aber in den 1990er-Jahren wieder erstaunliche 60 Prozent – obwohl Heime für Kinder unter drei Jahren zu diesem Zeitpunkt de facto nicht mehr existierten (sie hatten, so die Tabellen des Statistischen Bundesamtes, im Jahr 1990 in ganz Westdeutschland noch 377 Plätze). Damit kann das Säuglingsheim als beständiger Bezugspunkt der kinder- und jugendärztlichen Wahrnehmung bezeichnet werden, welcher erst nach dem Jahr 2000 verschwand. Komplementär dazu verlief die Thematisierung der familienergänzenden Institutionen Kindergarten und Kinderkrippe: In den 1960ern wurden beide von der kinder- und jugendärztlichen Disziplin kaum betrachtet; zwischen den 1970ern und den 1990ern wuchs das Interesse an diesen Institutionen. Erst nach der Jahrtausendwende galt ihnen das überwiegende Interesse der Forschung.

Tab. 1: In Lehrbüchern beschriebene Folgen institutioneller Betreuung von Kindern unter drei Jahren, 1961-2014
Eigene Darstellung: So wandte sich der Blick in den 1960er- und 1970er-Jahren fast ausschließlich den Risiken für Kleinkinder zu, wofür sich die Begriffe Deprivation (Mutterentbehrung) und Hospitalismus (massive körperliche, emotionale und kognitive Entwicklungsverzögerungen) durchsetzten. Erkennbar ist diese Fokussierung auf Risiken an den stark besetzten Zellen der Tab. 1 im Bereich oben links. Allenfalls gestanden die Lehrbücher zu, dass institutionelle Betreuung in Einzelfällen dem Schutz von Kindern dienen könne – etwa im Fall von Gewalt in der Familie oder bei der Versorgung von Waisenkindern.

Erscheinungsjahr	Handbuch	Folgen institutioneller Betreuung von Kindern unter drei Jahren								
		Infektionskrankheiten	Risiko für körperliche Entwicklung	Risiko für seelische und emotionale Entwicklung	Späteres asoziales Verhalten	Schutz von Kindern aus Risikofamilien	Versorgung von Waisenkindern	Soziales, emotionales, kognitives Lernen	Vereinbarkeit von Familie und Beruf	Förderung von Kindern bildungsferner Familien
1961	Keller & Wiskott	x	x	x						
1966	Opitz & Schmid	x	x	x	x					
1968	Harnack	x	x	x		x	x			
1971	Joppich	x	x	x		x				
1974	Harnack	x	x	x		x	x			
1977	Wiskott et al.		x	x	x					
1980	Harnack					x	x			
1980	Joppich & Schulte									
1988	Schulte & Spranger	x		x						
1991	Betke et al.	x	x	x						
1993	Schulte & Spranger	x	x	x						
1997	Harnack & Koletzko					x	x			
2001	Lentze et al.	x				x		x	x	
2007	Koletzko									
2007	Lentze et al.							x		
2013	Koletzko									
2014	Hoffmann et al.							x	x	x

Für die Gegenwart lässt sich beobachten, dass die einheitliche Ablehnung früher institutioneller Betreuung unter Kinder- und Jugendärzten und -ärztinnen nicht mehr zu beobachten ist. Ob sich die Neubewertung in den nächsten Jahren fortsetzen wird, ist unsicher. Zwar listen neuere Texte und Verbandspositionen positive Aspekte früher institutioneller Betreuung auf (15; 16; 17); gleichzeitig wiederholt sich der skeptische Blick auf Betreuungsrisiken zum Beispiel in einer jüngeren Studie zum kindlichen Stresserleben in Krippen (18).

Zum Schluss bleibt festzustellen, dass Lehrbücher gewiss nicht das Einzige sind, was individuelle ärztliche Haltungen prägt. Dennoch kamen wohl gerade ältere Kinder- und Jugendmediziner in ihrem

Studium und bei ihren Examensvorbereitungen durch die hier betrachteten Lehrbücher mit skeptischen Positionen zur außerfamilialen Kinderbetreuung in Kontakt. Das dürfte – grob kalkuliert – auf Examenskandidaten der Geburtsjahrgänge bis ungefähr 1970 zutreffen. Dass diese Kohorte in der Praxis noch auf Jahre hinaus präsent bleibt, ist offensichtlich.

¹ „Pädiatrie“ wird hier als historischer Begriff für die Disziplin gebraucht; dies soll nicht in Abrede stellen, dass Kinder- und Jugendärzte heute sich nicht mehr als „Pädiater“ bezeichnen.

² Einige Lehrwerke wurden nicht in den Korpus aufgenommen, darunter der *Fanconi-Wallgren* (Publikationsort Basel), der nur bis 1972 erschien und von einem internationalen Autorenteam verfasst wurde. Ausgeschlossen wurden auch Lehrbücher andere Disziplinen (z.B. Pflegekräfte) oder für Teilbereiche der Kinder- und Jugendmedizin sowie sog. Kurzlehrbücher oder „Crashkurse“.

Eine ausführlichere Fassung dieses Beitrags erschien in der *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 1 (2018).

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Dr. Felix Berth

Adresse: Nockherstr. 2, 81541 München

E-Mail: berth@dji.de

Der Autor ist Referent

am Deutschen Jugendinstitut (DJI)

Für seinen am 20. 10. 2009 in der *SZ* erschienen Leitartikel „Hartz, aber fair“ erhielt er den *BVKJ-Medienpreis*

Red.: ReH

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

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



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Buchtipps

Bernhard Stier und Katja Höhn
Abenteuer Pubertät – Was sich die Natur dabei gedacht hat
 Verlag Kösel, 2017, 256 Seiten
 13 s/w Abbildungen, € 19,99
 ISBN 978-3-466-31057-9



Der Markt ist voll mit Büchern über Pubertät. Offenbar wird diese Lebensspanne von der Gesellschaft als problematisch und angsterfüllt erlebt. Der überwiegende Teil der vorhandenen Literatur ist demnach als reiner Tipp- oder Erziehungsratgeber für die Eltern oder Lehrer konzipiert.

Das Autoren-Duo Bernhard Stier und Katja Höhn (übrigens: Vater und Tochter) „**Abenteuer Pubertät – was sich die Natur dabei gedacht hat**“ gibt keine simplen Tipps, das Buch ist nicht auf Erziehungsratschläge focussiert, sondern die Autoren fragen nach dem „Warum“ der Pubertät.

Die Leser werden rasch mit der Erkenntnis konfrontiert: Die Pubertät ist eine notwendige, in der Evolution gereifte und das spätere Erwachsenenleben erst ermöglichende Konditionierung des Menschen und zusammen mit dem Erwachsenen und der Ausformung der Sexualität Voraussetzung zu seiner Arterhaltung. Es werden in insgesamt 8 Kapiteln die aktuellen Erkenntnisse der Neurobiologie genauso berücksichtigt wie die komplexen hormonalen Veränderungen, die anatomisch-funktionellen Umbauprozesse am Körper und das herkömmliche, gesellschaftliche Verhaltensweisen infrage stellende, oft provokative Verhalten.

Im Kern des Buches steht die Frage nach dem Warum der Pubertät. Die Autoren postulieren, dass nach der relativ ungeordneten kognitiven/motorischen/sozialen Erfahrungssammlung in der Kindheitsphase solche Erfahrungen auf den Prüfstand gestellt werden müssen, um für das Erwachsenenalter einen passgenauen Zuschnitt des individualisierten Gehirns und seines Verhaltens auf die jeweiligen individuellen Bedingungen zu ermöglichen.

Die Pubertät ist geprägt von „Individualisierung (Ich-Bezug), gepaart mit Infragestellung des Althergebrachten bei gleichzeitig stattfindendem Umbau des

Kontrollorgans, nämlich des Gehirns“ resümieren die Autoren. Einen großen Raum widmen sie der Entwicklung des sozialen Bewusstseins. Soziales Empfinden spielt bei vielen Überlegungen eine größere Rolle als die Vernunft. Die Entwicklung eines „sozialen Gehirns“ ist also für die Autoren mit ein Schlüssel zu eigenverantwortlichem, sozial verträglichem Handeln. Wichtige Grundlage hierfür sind stabile zwischenmenschliche Beziehungen, auf deren Grundlage die Teenager Emotionen entwickeln oder für Dinge begeistert werden können und ihrer Umwelt offen und neugierig begegnen.

Die Autoren listen die vielfältigen Unterstützungen auf, die seitens der Erwachsenen Pubertierenden gegenüber wichtig sind. Sie alle funktionieren nur nach dem Prinzip der gleichen Augenhöhe und umso besser, wenn empathisch gelenkt wird und der Erwachsene für den Jugendlichen als Vorbild glaubhaft ist. Mit Empathie und Sympathie, aber auch dem Verständnis für die Notwendigkeit und Bedeutung der Pubertät und ihrer Abläufe als Prozess hin zu einem sozialen Individuum lässt sich die Pubertät als spannendes Abenteuer nicht nur für den Heranwachsenden, sondern auch für ihre Eltern und Erzieher beschreiben. Bernhard Stier und Katja Höhn haben dies auf ganz hervorragende Art und Weise geleistet.

Korrespondenzanschrift:

Dr.med. Ulrich Fegeler
 16515 Oranienburg
 E-Mail: ul.fe@t-online.de

Red.: WH

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

Mitteilungen aus dem Verband

Betriebsausflug der BVKJ Geschäftsstelle – Unterwegs auf den Spuren der Ritterzeit

Am 04.09.2018 machten sich alle Mitarbeiter der Geschäftsstelle und der Präsident Dr. Thomas Fischbach mit dem Bus von Köln aus auf den Weg nach Mechenich in der Eifel, zur Burg Satzvey, 40 km entfernt. Dies ist eine Wasserburg aus dem Mittelalter, d.h. aus dem 14. Jahrhundert. Im Kreise der Experten und Historiker gilt sie in ihrer originalen Bausubstanz als beste erhaltene Wasserburg des Rheinlandes und als Besonderheit des rheinischen Burgenbaus. Sie stellt ein Denkmal adliger Lebenskultur dar.



Wir hatten hier die einmalige Gelegenheit bei Speis und Trank in geselliger Runde die mittelalterliche Lebenslust zu erleben. Bei leckeren und deftigen Gerichten und flüssiger Nahrung fand ein reger Informationsaustausch statt, bei dem wir regelmäßig mittelalterlicher Musik lauschen durften. Aber auch interessante Gebräuche aus dieser Zeit wurden uns kundgetan. Es war ein sehr amüsanter Nachmittag, den der BVKJ uns hier beschert hat. Das kurzfristige Eintauchen in eine längst vergangene Welt hat allen Kolleginnen und Kollegen sehr viel Spaß bereitet.

Korrespondenzadresse:

Armin Wölbeling
Geschäftsstellenleiter BVKJ

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).

**Kinder und Bildschirmmedien –
Ein Diskurs voller Tücken**
Von Prof. Dr. Paula Bleckmann
KJA 2018, Heft 9, S. 569 ff.



Mit großem Interesse haben wir den Beitrag von Frau Prof. Dr. Paula Bleckmann im Kinder- und Jugendarzt (49. Jg. (2018) Nr. 09/18) gelesen. Der Aufforderung, dass sich „Kinderexperten“ (in diesem Artikel als

Kinder- und Jugendärzte, Neurobiologen, Entwicklungspsychologen und allgemeine Pädagogen definiert) in die Diskussion um die Mediennutzung im Kindes- und Jugendalter einmischen sollen, kann man nur uneingeschränkt zustimmen. Wie von Frau Bleckmann aufgeführt, sind es lerntheoretische und lernpsychologische Erkenntnisse ebenso wie das Wissen über die psychosozialen Langzeitauswirkungen und das Thema Mediensucht, die in der Debatte um frühe Mediennutzung Gehör finden sollten und hier sind die „Kinderexperten“ gefragt.

Ergänzend wollen wir in diesem Zusammenhang auf die bereits vorliegenden Empfehlungen, wie sie unter anderem von der American Academy of Pediatrics formuliert wurden, hinweisen. Empfohlen wird eine „Zero-Screen Time“ für Kinder unter 18 Monaten. Wenn Eltern dies explizit wünschen, können ausgewählte Medien ab dem 18. Lebensmonat eingeführt werden, jedoch nur unter strikt gemeinsamer Anwendung. Ab dem 24. Lebensmonat sollte die Screen Time bei einer Stunde pro Tag oder darunter liegen (1). Nach eigener ausführlicher Literatur-recherche können wir diese Empfehlung nur unterstützen. Ein Wissenstransfer (z.B. Sprachvermittlung) durch

elektronische Medien ist vor dem 18. Lebensmonat überhaupt nicht, zwischen dem 18. und 24. Lebensmonat nur vereinzelt belegt; die Auswirkungen auf die psychische und somatische Gesundheit eines hohen Medienkonsums jedoch anhand großer Kohortenstudien sehr wohl (2). Die positiven Effekte des freien, unstrukturierten Spiels auf den Spracherwerb, kognitive Flexibilität, Arbeitsgedächtnis, soziale Fähigkeiten, Stressresistenz und psychologische Gesundheit sind übrigens sehr gut belegt. Wer daran zweifelt, dem sei der vor wenigen Wochen in Pediatrics erschiene Artikel: „The Power of Play“ ans Herz gelegt (3).

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Volker Mall
(Ärztlicher Direktor kbo-Kinderzentrum
München, Lehrstuhlinhaber für
Sozialpädiatrie TU München)
Dr. phil. Frank W. Paulus
(Leitender Psychologe, Klinik für
Kinder und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie am
Universitätsklinikum des Saarlandes)

Red.: ReH

Mitteilungen aus dem Verband

Fortbildungstermine

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

21. November 2018

Immer etwas Neues in München

Auskunft ⑤

30. November-1. Dezember 2018

8. Berliner Kongress für Kinder- und Jugendmedizin & 8. Berliner Kongress für praktische Pädiatrie für Medizinische Fachangestellte

Leitung: Prof. Dr. V. Stephan, Berlin/Dr. B. Ruppert, Berlin

Auskunft ①

1. Dezember 2018

Immer etwas Neues in Oldenburg

Auskunft ⑤

8. Dezember 2018

Immer etwas Neues in Stuttgart

Auskunft ⑤

9. März 2019

28. Pädiatrie zum Anfassen in Rostock des LV Mecklenburg-Vorpommern

Leitung: Dr. A. Michel, Greifswald,

Auskunft ①

23. März 2019

Seminar für MFA in Dresden des LV Sachsen

Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul

Auskunft ①

28.-31. März 2019

16. Assistentenkongress in Berlin

Leitung: Prof. Dr. Ronald G. Schmid

Auskunft ⑤

13. April 2019

32. Pädiatrie zum Anfassen in Worms des LV Rheinland-Pfalz und Saarland

Leitung: Prof. Dr. Heino Skopnik, Worms / Dr. C. von Buch, Bad Kreuznach

Auskunft ①

10.-11. Mai 2019

29. Pädiatrie zum Anfassen in Erfurt des LV Thüringen

Leitung: Dr. Andreas Lemmer, Erfurt

Auskunft ①

24.-26. Mai 2019

25. Kongress für Jugendmedizin in Weimar

Leitung: Dr. Uwe Büsching, Bielefeld

Auskunft ⑤

14.-16. Juni 2019

49. Kinder- und Jugendärztetag

Jahrestagung des BVKJ e.V. in Berlin

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

Auskunft ⑤

14.-16. Juni 2019

14. Praxisfieber-live Kongress für MFA in Berlin

Leitung: Dr. Michael Mühlischlegel, Lauffen

Auskunft ⑤

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

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

10.-13. Oktober 2019

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

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

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

Mitteilungen aus dem Verband

Geburtstage im Dezember 2018

65. Geburtstag

Frau Dr. med. **Sigrid Apitzsch**, Rangsdorf, am 02.12.1953
 Herr **Martin Haarmann-Thiemann**, Sundern, am 09.12.1953
 Frau Dr. med. **Kerstin Junge**, Thale, am 10.12.1953
 Frau Dr. med. **Helga Julius**, Kritzmow, am 12.12.1953
 Herr Dr. med. **Frieder Wenk**, Tübingen, am 14.12.1953
 Frau Dr. med. **Sieglinde Eckardt**, Schleusingen, am 16.12.1953
 Herr Dr. med. **Dietrich Böhme**, Ellwangen, am 17.12.1953
 Frau Dr. med. **Skadi Springer**, Leipzig, am 17.12.1953
 Frau Dr. med. **Gisela Platiel**, München, am 18.12.1953
 Herr Dr. med. **Reinhard Wartha**, Oberndorf, am 19.12.1953
 Herr **Leo Gamermann**, Duisburg, am 20.12.1953
 Herr Dr. med. **Gerd Ganser**, Sendenhorst, am 21.12.1953
 Herr **Peter Purczeld**, Neuss, am 23.12.1953
 Frau Dr. med. **Gisela Schulz-Lell**, Hohenwestedt, am 23.12.1953
 Frau Dr. med. **Isabella Vogel**, Werdau, am 27.12.1953
 Frau Dipl.-Med. **Sylvia Löffler**, Brahmenau, am 27.12.1953
 Frau **Elisabeth Ritter-Weiner**, Duisburg, am 31.12.1953

70. Geburtstag

Frau **Ludmilla Janzen**, Bergisch Gladbach, am 01.12.1948
 Herr Dr. med. **Manfred Reichert**, Karlsruhe, am 05.12.1948
 Herr Dr. med. **Dieter Bulle**, Ravensburg, am 08.12.1948
 Frau Dr. med. **Annette Ahlmeyer**, Osnabrück, am 10.12.1948
 Herr Dr. med. **Franz-Josef Manemann**, Coesfeld, am 14.12.1948
 Frau **Maria Büttner**, Zweibrücken, am 15.12.1948
 Herr Dr. med. **Frank Dietzsch**, Calw, am 19.12.1948
 Frau Dr. med. **Vera Wolf**, Potsdam, am 24.12.1948

75. Geburtstag

Frau Dr. med. **Elke Weber**, Dresden, am 01.12.1943
 Frau SR Dr. med. **Doris-Maria Lang**, Eisenberg, am 05.12.1943
 Frau Dr. med. **Heidrun Gruner**, Chemnitz, am 08.12.1943
 Herr Dr. med. **Matthias Röskau**, Münster, am 12.12.1943
 Herr Dr. med. **Bernd Tillessen**, Warendorf, am 13.12.1943
 Herr Dr. med. **Jürgen Wallstein**, Wertheim, am 15.12.1943
 Frau Dr. med. **Frauke Schulze**, Bremen, am 21.12.1943
 Frau Dr. med. **Angelika Schmidt**, Neukirchen-Adorf, am 24.12.1943
 Herr **Eduardo Nelli**, Gelsenkirchen, am 25.12.1943
 Herr Dr. med. **Reinhard von Kietzell**, Lüneburg, am 25.12.1943
 Herr Dr. med. **Hans-Eberhard Heuer**, Hamburg, am 25.12.1943
 Herr Dr. med. **Michael Richter**, Fuldabrück, am 27.12.1943
 Herr Dr. med. **Gunter Hüttig**, Ansbach, am 29.12.1943

80. Geburtstag und älter

Frau Dr. med. **Inge Baader**, Köln, am 01.12.1923
 Herr Dr. med. **Hans Jörg Baumann**, Göttingen, am 02.12.1935

Frau Dr. med. **Helga Kämmerer**, Jena, am 02.12.1936
 Herr Dr. med. **Wolfgang Kröckel**, Ahrensfelde, am 06.12.1936
 Frau Dr. med. **Wilma Krümmel**, Saarbrücken, am 06.12.1934
 Frau Dr. med. **Freya Labitzke**, Recklinghausen, am 07.12.1938
 Herr Dr. med. **Hans Johann Hager**, Köln, am 08.12.1924
 Frau Dr. med. **Elfriede Philipp**, Oberursel, am 09.12.1935
 Frau **Ursula Dethloff**, Stade, am 09.12.1936
 Frau Dr. med. **Beate Irek**, Alsfeld, am 09.12.1938
 Frau Dr. med. **Isis Elbern**, München, am 10.12.1925
 Frau Dr. med. **Ursula Eulner**, Göttingen, am 11.12.1922
 Frau Dr. med. **Ina Beckel**, Faistenau, am 11.12.1936
 Herr Dr. med. **Rolf Hille**, Niederwartha, am 11.12.1935
 Herr MR Dr. med. **Fredy Pathenheimer**, Rostock, am 12.12.1931
 Herr Dr. med. **Winfried Rath**, Forchheim, am 12.12.1935
 Frau Dr. med. **Angela Bahr**, Münster, am 12.12.1923
 Frau Dr. med. **Lore Köppen**, Marbach, am 14.12.1938
 Herr Dr. med. **Günter Mann**, Dietzenbach, am 14.12.1933
 Herr Dr. med. **Marwan Hafez**, Berlin, am 15.12.1934
 Frau Dr. med. **Helga Carstensen**, Lübeck, am 16.12.1935
 Herr Dr. med. **Dieter Lensing**, München, am 17.12.1937
 Frau **Marlene Zacharias**, Berlin, am 17.12.1928
 Frau Dr. med. **Renate Werwigk-Schneider**, Berlin, am 17.12.1938
 Herr Dr. med. **Horst Hoffmann**, Kiel, am 18.12.1934
 Herr Dr. med. **Niels Callsen**, Buxtehude, am 19.12.1938
 Frau Dr. med. **Anna-Maria Brumberg**, Bielefeld, am 19.12.1935
 Frau SR Dr. med. **Christa Hentschel**, Freital, am 19.12.1937
 Herr Dr. med. **Harro Schirmer**, Friedrichsdorf, am 20.12.1930
 Frau Dr. med. **Barbara Mueller**, Potsdam, am 20.12.1938
 Frau Dr. med. **Hildegard Geiger**, Offenburg, am 20.12.1922
 Herr Dr. med. **Theodor Jouck**, Mönchengladbach, am 21.12.1937
 Frau Dr. med. **Marianne Kremer**, Essen, am 22.12.1923
 Frau Dr. med. **Renate Stefan**, Ingolstadt, am 22.12.1923
 Herr Dr. med. **Mohammad Tahbasian Saleh**, Hannover, am 24.12.1932
 Frau Dr. med.(R) **Gabriela Ganea**, Mülheim, am 25.12.1937
 Frau Dr. med. **Gisela Brinkmann**, Bad Driburg, am 26.12.1938
 Frau Dr. med. **Helga Claußen**, Magdeburg, am 28.12.1932
 Herr Prof. Dr. med. **Lothar Pelz**, Rostock, am 30.12.1934
 Herr Dr. med. **Günter Voigt**, Lutherstadt Eisleben, am 30.12.1935
 Herr Prof. Dr. med. **Gerhard Schöch**, Ibbenbüren, am 31.12.1936

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. **Dieter Hefke**, Lübeck
 Herrn Dr. med. **Karl-Heinz Siegert**, Wolfen
 Herrn Dr. med. **Ulrich Spiegelberg**, Hirschhorn
 Frau Dr. med. **Judit Varga**, Waldmünchen

Im Monat September durften wir 13 neue Mitglieder begrüßen.
Inzwischen haben uns folgende Mitglieder die Genehmigung erteilt, sie öffentlich in der Verbandszeitschrift willkommen zu heißen.



Mecklenburg-Vorpommern

Frau Dr. med. **Anna Pieper**



Niedersachsen

Frau **Claudia Suhrkamp**



Nordrhein

Frau Dr. med. **Nele Siegler**



Rheinland-Pfalz

Frau **Martina Werle**



Thüringen

Frau Dr. med. **Jennifer Hahn**

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

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

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

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



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

Kopfschmerzen: Adäquate Akuttherapie beugt Chronifizierung vor

Kopfschmerzen sind bei Kindern und Jugendlichen weit verbreitet und auch Migräne kann schon in jungem Alter auftreten. Um einer Chronifizierung der Schmerzen vorzubeugen, „müssen wir die Akutmedikation frühzeitig und ausreichend dosiert einsetzen“, forderten die Experten auf dem diesjährigen Kongress für Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen des Symposiums der Initiative Schmerzlos.

Seit der KiGGS-Erhebung ist bekannt, dass viele Kinder und Jugendliche unter Kopfschmerzen leiden und sich die Schmerzhäufigkeit mit steigendem Alter erhöht.^{1,2} Gemäß der Umfrage traten die Kopfschmerzen erstmalig im Alter von durchschnittlich 7,5 Jahren auf. „Am schwersten betroffen sind jedoch Kinder, deren Kopfschmerzen bereits mit vier oder fünf Jahren beginnen“, berichtete Dr. Raymund Pothmann, Hamburg. Bedenklich ist seiner Ansicht nach die Beobachtung, dass einerseits zunehmend jüngere Kinder unter chronischen Kopfschmerzen leiden, andererseits auch die chronische Migräne immer häufiger bereits im Kindes- und Jugendalter auftritt.³ „Kinder, deren Eltern unter chronischer Migräne leiden, erkranken überdurchschnittlich oft ebenfalls daran“, erklärte Pothmann unter Verweis auf eine aktuelle Studie.⁴

Kopfschmerzen vom Spannungstyp

„Ich spüre einen Druck im Kopf, als ob ein enges Seil darum gespannt wäre“, schildert ein Junge seinen Kopfschmerz vom Spannungstyp. Da die Aussagen zu Dauer und Häufigkeit der Schmerzen häufig unzuverlässig sind, lässt Pothmann gerne ein Kopfschmerztagebuch führen – für mindestens vier Wochen. Abhängig von der Anamnese umfassen die ersten therapeutischen Empfehlungen mehr Bewegung an der frischen Luft, ausreichend Schlaf, längere PC-Pausen sowie Pfefferminzöl an den Schläfen. Reichen diese niederschweligen Maßnahmen nicht aus, rät der Experte, ein Schmerzmittel wie Ibuprofen einzusetzen – in einer adäquaten Dosierung von 10 mg/kg Körpergewicht. Zur Prophylaxe eignen sich Entspannungsverfahren wie die progressive Muskelentspannung nach Jacobson.

Migräne: früh behandeln, ausreichend dosieren

Stechende Kopfschmerzen, die von Übelkeit begleitet werden und sich durch Schlafen verbessern – diese Symptome sprechen für eine Migräne. „Bei Kindern dauern die Attacken teilweise unter zwei Stunden“, erklärte PD Dr. Charly Gaul, Königstein im Taunus. Zudem ist bei jüngeren Kindern in der Regel der gesamte Kopf betroffen, erst ab der Pubertät tritt häufig der typische halbseitige Kopfschmerz auf. Für die Akuttherapie rät der Neurologe zu einem stratifizierten Vorgehen: Stufe 1 besteht aus Kühlung und Reizabschirmung, Stufe 2 entspricht der pharmakologischen Behandlung der Begleitsymptome und Stufe 3 umfasst die pharmakologische Behandlung der Migräneattacken. „Für die Akuttherapie leichter Attacken stellt Ibuprofen die 1. Wahl dar“, betonte Gaul. Seiner Erfahrung nach dosieren die Eltern hier oft zu zurückhaltend. Die besten Ergebnisse lassen sich mit einer frühzeitigen Ibuprofen-Gabe von 10-15 mg/kg Körpergewicht erreichen. „Bei Migräne ist die ausreichende Dosierung besonders wichtig, denn eine frustrane Akuttherapie ist der erste Schritt zur Chronifizierung“, bekräftigte Pothmann.

Tipps aus der Praxis

Worauf ist bei der Dosierung von Schmerzmitteln zu achten? Zum Beispiel bei Kopfschmerzen vom Spannungstyp oder bei Migräne?

Pothmann: Bei Migräne kommt es darauf an, das Analgetikum frühzeitig einzusetzen, denn nur durch eine rasche Gabe lassen sich die Schmerzen so weit verringern, dass die Kinder schlafen können. Für eine wirkungsvolle Schmerzreduktion sollte die Dosierung doppelt so hoch sein wie zur Fiebersenkung, also

10 mg/kg Körpergewicht. Kopfschmerzen vom Spannungstyp sollten erst in zweiter Linie mit Schmerzmitteln behandelt werden, wenn Lifestyle-Maßnahmen nicht helfen. Dann allerdings sollten wir nicht kleckern, sondern Ibuprofen mit 10 mg/kg Körpergewicht ausreichend dosieren.

Wie begegnen Sie den Bedenken der Eltern hinsichtlich der medikamentösen Behandlung von Kopfschmerzen?

Pothmann: Manche Eltern haben diffuse Ängste, dass Schmerzmittel ihren Kindern schaden könnten. Dabei hat ein Medikament wie Ibuprofen so gut wie keine Nebenwirkung, aber zahlreiche Vorteile. Wenn die Eltern das Medikament frühzeitig geben, können sie ihrem Kind eine größere Anzahl an Tabletten ersparen – die bei verzögerter Gabe nötig sind, um die Schmerzen noch in den Griff zu bekommen. Außerdem können sie so die Leidenszeit des Kindes verringern. Hilfreich ist auch die ‚3er-Regel‘. Sie besagt, dass Schmerzmittel dreimal täglich über drei Tage und insgesamt für dreimal drei Tage im Monat gegeben werden dürfen.

Autorin: Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Literatur:

1. Ellert U et al. Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 516, 2007; 50:711-717
2. Straube A et al. Headache in school children: prevalence and risk factors. Dtsch Arztebl Int 2013; 110(48): 811-18. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0811
3. Özge A, Yalin OÖ. Chronic Migraine in Children and Adolescents. Curr Pain Headache Rep 2016; 20:14
4. Buse DC et al. Adolescent Perspectives on the Burden of a Parent's Migraine: Results from the CaMEQ Study. Headache. 2018; 58(4): 512-524

Quelle: Symposium „Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen – interaktive Fallbesprechung“ anlässlich Kongresses für Kinder- und Jugendmedizin 2018, mit freundlicher Unterstützung der Initiative Schmerzlos – Eine Aufklärungskampagne von RB (Reckitt Benckiser Deutschland GmbH)

M. Fabry, M. Hunter, M. Gaucher: Alarmzeichen erkennen

Die Symptome der Speicherkrankheiten Morbus (M.) Fabry, M. Hunter und M. Gaucher manifestieren sich häufig bereits im Kindesalter, daher sind Pädiater bei der Diagnose besonders gefordert. „Wir wollen den Blick für diese seltene Erkrankungen schärfen“, sagte Prof. Andreas Hahn von der Justus-Liebig-Universität Gießen beim Kongress für Kinder- und Jugendmedizin 2018.

Der Kinderneurologe berichtete von zwei 11- und 14-jährigen Mädchen, bei denen bisher nur gelegentlich Durchfälle sowie Schmerzen in Hand- und Fußgelenken bzw. in Armen und Beinen aufgetreten waren. Als die Ältere aufgrund einer Konjunktivitis beim Augenarzt war, fiel eine Cornea verticillata, also eine wirbelartige Ablagerungen im Hornhautepithel der Augen auf. „Das ist ein pathognomonisches Zeichen für M. Fabry, das ansonsten nur als Medikamenten-Nebenwirkung bekannt ist“, erklärte Horn. Bei beiden Mädchen wurde daraufhin der X-chromosomal vererbte M. Fabry diagnostiziert. Seit vier Jahren erhalten sie eine Enzymersatztherapie (EET) für das Enzym α -Galactosidase A, welches bei M. Fabry-Patienten defekt ist. „Seither geht es ihnen gut“, berichtete Horn. M. Fabry kann sich bereits im 2. Lebensjahr bemerkbar machen. Zu den frühen Symptomen zählen: stechende, brennende Schmerzen an den Extremitäten, Wärme- und/oder Kälteintoleranz, Angiokeratome, gestörte Schweißsekretion und gastrointestinale Beschwerden. Diese Manifestationen können einzeln oder in Kombinationen auftreten.

Die Diagnose erfolgt bei Jungen mittels Enzymaktivitätsbestimmung aus Trockenblut, bei Mädchen ist zusätzlich eine DNA-Analyse erforderlich, da sie trotz Symptomen normale Enzymaktivitätsspiegel aufweisen können.

Morbus Hunter: Hernien und HNO-Infekte

M. Hunter kann sich als milde oder schwere Verlaufsform präsentieren. Bei der schweren Form ist die Defizienz der Iduronat-2 Sulfatase vollständig und

zwei Drittel der Fälle zeigen ZNS-Beteiligung. Patienten mit milder Form weisen eine Restenzymaktivität auf und zeigen in der Regel keine kognitive Beeinträchtigung.

„Sehr verdächtig auf M. Hunter sind eine Hepato-Splenomegalie sowie Makrozephalie“, erklärte Horn. Typische faziale Merkmale – vorgewölbte Stirn, breite Nase, dicke Lippen, vergrößerte, sichtbare Zunge – entwickeln sich mit zunehmendem Alter und sind bei leichtem Verlauf oft nicht deutlich ausgeprägt. Bis zum zweiten Lebensjahr fallen oft nur Hernien und Otitis auf.

So war es auch bei Heiko G., der sich als M. Hunter-Botschafter in Deutschland engagiert. „Zunächst schien alles ganz normal, bis ich mit zweieinhalb Jahren meinen ersten Leistenbruch hatte“, erzählte Heiko. Sein Arzt vermutete sofort M. Hunter, eine lange Suche nach der Diagnose blieb ihm erspart. Allerdings gab es damals noch keine EET. So entwickelte Heiko einige Symptome, etwa Dysostosis und Schwerhörigkeit und musste sich zahlreichen Operationen unterziehen. Als er 2011 die Möglichkeit hatte, eine EET zu erhalten, entschied er sich für die Therapie. Seither hat sich sein Krankheitsverlauf deutlich stabilisiert.

Morbus Gaucher, cave: Splénomegalie

Beim autosomal-rezessiv-vererbten M. Gaucher finden sich sehr unterschiedliche Symptome und variable Ausprägungen. Am häufigsten ist die chronische nicht-neurologische Form (95%), seltener treten die akute bzw. subakute neurologische Form auf. Die akute neurologische Form beginnt im ersten Lebensjahr mit einer Dysfunktion des Hirnstamms und

schreitet rasch voran. Die Lebenserwartung liegt bei bis zu zwei Jahren.

Im Kindes- oder Jugendalter kann sich die milder verlaufende, subakute neurologische Form manifestieren. Typisch ist hier die progrediente Enzephalopathie mit okulomotorischer Apraxie, Epilepsie und Ataxie. Allen Manifestationen gemeinsam ist eine Hepato- und Splenomegalie. „Insbesondere die Splenomegalie kann extreme Ausmaße annehmen“, erklärte Dr. Ralf Husain, Universitätsklinikum Jena. Weitere frühe Merkmale der chronischen nicht-neurologischen Form sind: Knochen-Symptome wie Schmerzen, Knocheninfarkte, Osteonekrosen, Zytopenien (insbesondere Thrombozytopenie), Blutungen, Kleinwuchs und Dystrophie.

Ein Defekt des Enzyms β -Glukozerebrosidase führt zur Akkumulation von Glykosphingolipiden in Makrophagen. Diese lassen sich meist – aber nicht immer – als ‚Gaucher Zellen‘ nachweisen. Wird die Erkrankung frühzeitig diagnostiziert, kann eine EET erfolgen, die den progredienten Verlauf aufhält oder verlangsamt.

Autorin

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Quelle

Symposium „Außergewöhnliches kennen lernen – Wenn seltene Krankheiten ein Gesicht bekommen“ am 15.09.2018 in Leipzig, veranstaltet von Shire Deutschland anlässlich des DGKJ 2018

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

Neue Therapieoption für akute Rhinosinusitis

Für Kinder ab sechs Jahren gibt es eine neue Option zur Behandlung von Schnupfen und Sinusitis: Ab November 2018 ist mit Sinolpan® ein Arzneimittel in den Apotheken erhältlich, das die Beschwerden der Rhinosinusitis gezielt angehen und lindern kann. Damit lässt sich – neben Halsschmerzen und Husten – ein weiteres Beschwerdebild der Erkältung indikationsspezifisch behandeln.

Grippale Infekte verlaufen in bestimmten Phasen, die jeweils mit typischen Beschwerden einhergehen. In der Regel ist zunächst der Hals betroffen. Doch noch bevor die Halsbeschwerden vollständig abgeklungen sind, beginnt bereits die nächste Erkältungsphase: Schnupfen, häufig vergesellschaftet mit einer Sinusitis. In dieser Zeit klagen die Kinder über erschwertes Atmen, Kopfschmerzen und/oder ein schmerzhaftes Druckgefühl im Kopf. Charakteristisch für die Rhinosinusitis ist die Entzündung des Gewebes, das anschwillt und die Ostien verengt. Dazu kommt eine ausgeprägte Schleimbildung, für welche die in den oberen Atemwegen zahlreich vorhandenen Becherzellen verantwortlich sind. Daher stehen in dieser Phase das Anschwellen des Gewebes sowie die Verminderung der Muzinproduktion durch die Becherzellen im Vordergrund.

Aufgrund seiner antiinflammatorischen und sekretolytischen Eigenschaften hat sich das aus natürlichem Eukalyptusöl gewonnene Cineol (Sinolpan®) als ein gut geeigneter Wirkstoff bei akuter Rhinosinusitis erwiesen. „Denn Cineol greift direkt am Ort der Krankheitsentstehung an“, erläuterte Dr. Anja Wacker, Pharmazeutin bei Engelhard Arzneimittel, Niederdorfelden. So hemmt Cineol die Muzinproduktion der Becherzellen, indem es die Aktivierung des Entzündungsregulators NF- κ B unterdrückt. Die Folge: Es wird weniger zähflüssiger Schleim gebildet, und die Aktivität der Becherzellen normalisiert sich¹.

Zusätzlich lindert Cineol die Entzündung, wodurch die Ostien abschwellen und der Druck in Kopf und Nase deutlich nachlässt². Dadurch funktioniert auch die mukoziliäre Clearance wieder und kann den Schleim abtransportieren.

Halsbeschwerden gezielt angehen

„Der Körper wehrt sich gegen die Virus-Infektion, was zu einer Entzündung der Halsschleimhäute führt“, erklärte Dr. Justus de Zeeuw, niedergelassener Pneumologe aus Köln. Gleichzeitig spreche diese Reaktion für eine gute Immunabwehr. Denn die Schmerzen der Patienten sind der Abwehrreaktion des Körpers geschuldet: „Töten die Immunzellen die befallenen Zellen ab, entstehen schmerzhafte Wunden im Halsbereich“, verdeutlichte de Zeeuw. Trocknen die Schleimhäute durch eine verstärkte Mundatmung aus, verstärkt dies die Beschwerden zusätzlich.

Das Ziel der Behandlung besteht folglich darin, die Schleimhäute im Hals vor weiteren Reizen zu schützen, ihre Regeneration zu fördern und sie möglichst feucht zu halten. Dies gelingt beispielsweise mit isla® junior Halspastillen für Kinder ab vier Jahren. Der pflanzliche Wirkstoff – Isländisch Moos – besteht hauptsächlich aus Schleimstoffen und wirkt lindernd und befeuchtend auf die trockenen, gereizten Mund- und Rachenschleimhäute. Zusätzlich sind Vitamin C, Zink und Calciumpantothenat enthalten; auf Zucker

sowie künstliche Farb- und Konservierungsstoffe wird verzichtet.

Efeu-Spezial-Extrakt lindert den Hustenreiz

Den Abschluss der Erkältung bildet meist ein trockener Reizhusten, der allmählich in einen produktiven Husten übergeht. „In diesem Stadium spielen die Sekreto- und Bronchospasmyse, also die Hustenreizlinderung sowie die Bekämpfung der Entzündungsvorgänge eine wichtige Rolle, erklärte Wacker. Seit vielen Jahren wird dazu der Efeu-Spezial-Extrakt EA575 (Prospan®) eingesetzt. Er steht in verschiedenen Darreichungsformen auch für Kinder zur Verfügung. So ist der Hustensaft aus dem Extrakt von Efeublättern bereits für Säuglinge ab dem ersten Lebenstag einsetzbar. Wie Wacker erläuterte, ist das Saponin α -Hederin ein wichtiger Inhaltsstoff des Efeuxtrakts. Denn α -Hederin initiiert verschiedene Vorgänge in den Lungenepithelzellen, die letztlich zu einer Verflüssigung des Schleimes führen, der dann leichter abgehustet werden kann. Zudem entspannt sich die glatte Bronchialmuskulatur und der Hustenreiz lässt deutlich nach.

Autorin
Dr. Marion Hofmann-Abmus

- Literatur**
1. Sudhoff, H. et al. PLoS One 2015; 10 (7): e0133040
 2. Juergens, U. R. Drug Res (Stuttg) 2014; 64 (12): 638-46

Quelle: Pressekonferenz „(Erkältungs-) Kurvendiskussion: Welche Vorteile bieten indikationsspezifische Behandlungsoptionen?“ am 11. Oktober 2018 in Maisach, veranstaltet von Engelhard Arzneimittel.

Sinolpan® auf einen Blick

- kleine, leicht zu schluckende Kapsel
- spezieller magensaftresistenter Polymer-Kapselüberzug löst sich erst im Dünndarm und verhindert unangenehmes Aufstoßen
- Dosierung 100 mg ist geeignet für Kinder ab 6 Jahren (< 8 Jahre: nach Rücksprache mit dem Arzt)
- Dosierung 200 mg (Sinolpan® forte) für Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren

Nach Informationen von
Engelhard Arzneimittel GmbH & Co. KG,
Niederdorfelden

Bundesweite Initiative „ENTSCHIEDEN. Gegen Krebs.“ zur HPV-Prävention gestartet

Fast jeder Mensch infiziert sich im Laufe seines Lebens über Haut- und Schleimhautkontakt mit HPV.⁴ Persistierende Infektionen mit bestimmten HPV-Typen können sowohl bei Frauen, als auch bei Männern zu HPV-assoziierten Krebserkrankungen und Genitalwarzen führen. Impfungen gehören zu den wichtigsten Vorbeugemaßnahmen. Durch eine Impfung gegen HPV kann man sich vor möglichen Folgen einer Infektion mit bestimmten HPV-Typen schützen. Laut einer aktuellen repräsentativen Forsa-Umfrage ist Impfen für 66 % der Befragten ein sehr wichtiger Bestandteil der Gesundheitsvorsorge ihrer Kinder. Beim Blick auf die Impfquote gegen HPV in Deutschland wird allerdings eine Diskrepanz offenbar: Vollständig geimpft sind lediglich 44,6 % der 17-jährigen Mädchen (Stand 2015).⁵ Ein Grund hierfür kann eine unzureichende Aufklärung über HPV sein. 58 % der Befragten wünschen sich auf Nachfrage mehr Informationen zu dem Thema. Die Initiative „ENTSCHIEDEN. Gegen Krebs.“ erörterte heute im Rahmen einer Podiumsdiskussion, wie das Bewusstsein für HPV gestärkt und HPV-assoziierte Erkrankungen reduziert werden können. „Deutschland ist beim HPV-Schutz Entwicklungsland – viel zu wenige Kinder sind gegen HPV geimpft, viel zu wenige Eltern wissen über HPV und dadurch bedingte Erkrankungen Bescheid. Das wollen wir mit der gemeinsamen Kampagne ändern und damit die HPV-Neuinfektionen entscheidend senken“, so Dr. Klaus Schlüter, Director Business Unit Vaccines von MSD und Initiator der Initiative „ENTSCHIEDEN. Gegen Krebs.“. Die neu gegründete Initiative wird durch öffentliche Partner, wie dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ), unterstützt. Ziel ist es, HPV stärker ins Bewusstsein der Menschen und in die öffentliche Wahrnehmung zu rücken, vor allem aber, Mädchen und Jungen so weit wie möglich vor den späteren Folgen einer HPV-Infektion zu bewahren und bestimmte HPV-bedingte Erkrankungen zu reduzieren.

HPV-Impfempfehlung für alle Mädchen und Jungen bereits ab 9 Jahren

Seit diesem Jahr empfiehlt die STIKO die HPV-Impfung für alle Mädchen und Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren.¹ Spätestens bis zum Alter von 17 Jahren sollen versäumte Impfungen gegen HPV nachgeholt werden. Für Mädchen wird die HPV-Impfung bereits seit 2007 empfohlen.⁶ Grundlage der Erweiterung der Empfehlung war unter anderem die geringe HPV-Impfquote in Deutschland. Dadurch könne auch in absehbarer Zeit nicht mit einer soliden Herdenprotektion gerechnet werden.² Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat einer Änderung der Schutzimpfungsrichtlinie bereits zugestimmt und damit den Weg zur Übernahme der Kosten der HPV-Impfung durch die gesetzlichen Krankenkassen freigemacht. Die Änderungen treten am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Studiendaten zeigen u. a. Rückgang von hochgradigen zervikalen Neoplasien und Genitalwarzen

In anderen europäischen Ländern wie Italien, Österreich oder der Schweiz wird die HPV-Impfung für Jungen und Mädchen bereits seit längerem empfohlen. In Australien wird die Impfung für Mädchen im Alter von 12 bis 13 Jahren seit 2007 im Rahmen eines breit angelegten Impfprogramms an Schulen kostenfrei angeboten. Dieses Programm wurde im Februar 2013 auch auf gleichaltrige Jungen ausgeweitet.

Eine Beobachtungsstudie unter Analyse von Daten aus dem Victorian Cervical Cytology Registry zeigte, dass die Rate hochgradiger CIN pro 1.000 gescreenter Frauen unter 20 Jahren im Jahr 2013 gegenüber dem Jahr 2006 signifikant um 54 % (von 10,9 auf 5,0 pro 1.000; $p < 0,0001$) reduziert werden konnte.⁷ Bei heterosexuellen Männern unter 21 Jahren konnte in einer retrospektiven Studie am Melbourne Sexual Health Centre in Australien ein signifikanter Rückgang des Anteils der Männer

mit Genitalwarzen von 11,3 % (2004/2005) auf 2,8 % (2013/2014) beobachtet werden ($p < 0,001$).⁸

Dr. Thomas Fischbach, Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ), setzt sich daher für eine möglichst hohe HPV-Impfquote auch in Deutschland ein: „Die HPV-Impfung ist genauso wichtig wie die gegen Polio oder Masern und kann entscheidend dazu beitragen, bestimmte Krebsarten zu minimieren. Deshalb möchten wir Eltern so früh wie möglich über Schutzmöglichkeiten informieren.“ Durch das Engagement der Initiative „ENTSCHIEDEN. Gegen Krebs.“ wollen die Beteiligten diesem Ziel einen Schritt näher kommen.

Literatur

1. Ständige Impfkommission. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut – 2018/2019. *Epid Bull* 2018; 34:335–82.
2. Robert Koch-Institut. Wissenschaftliche Begründung für die Empfehlung der HPV-Impfung für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren. *Epid Bull* 2018; 26:233–54.
3. Gemeinsamer Bundesausschuss. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL): Umsetzung der STIKO-Empfehlung der HPV-Impfung für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren [abgerufen am 18/10/20]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3502/2018-09-20_SI-RL_Umsetzung-STIKO-Empfehlung_HP-V-Jungen.pdf.
4. Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum. Humane Papillomviren und Krebs: Antworten auf häufige Fragen; 2018 [abgerufen am 18.08.2018]. Verfügbar unter: <https://www.krebsinformationsdienst.de/vorbeugung/risiken/hpv2.php>.
5. Robert Koch-Institut. Aktuelles aus der KV-Impf surveillance – Impfquoten ausgewählter Schutzimpfungen in Deutschland. *Epid Bull* 2018; 1:1–18.
6. Robert Koch-Institut. Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV) für Mädchen von 12 bis 17 Jahren – Empfehlung und Begründung. *Epid Bull* 2007; 12:98–106.
7. Brotherton JML et al. Human papillomavirus vaccination is changing the epidemiology of high-grade cervical lesions in Australia. *Cancer Causes Control* 2015; 26(6):953–4.
8. Chow EPF et al. Ongoing decline in genital warts among young heterosexuals 7 years after the Australian human papillomavirus (HPV) vaccination programme. *Sex Transm Infect* 2015; 91(3):214–9.

**Nach Informationen von
MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar**

Meningokokken-Erkrankungen in der Kinder- und Jugendmedizin – Aufklärung und Schutzimpfung

GSK-Fachpressekonferenz am Welt-Sepsis-Tag // GSK veranstaltete am 13. September, dem Welt-Sepsis-Tag, die Fachpressekonferenz „Meningokokken-Erkrankungen in der Kinder- und Jugendmedizin – Aufklärung und Schutzimpfung“ auf dem Kongress für Kinder und Jugendmedizin (DGKJ) in Leipzig.

Ilka Einfeldt von GSK berichtete von ihrer Zusammenarbeit mit Patienten und Patientenorganisationen wie z. B. mit dem Institut AMPU VITA e. V., das Amputierte und deren Angehörige unterstützt. Die Fachjournalisten sahen u. a. ein Video-Interview mit einer Mutter, deren Sohn im Alter von elf Monaten an einer Meningokokken-Sepsis erkrankt war und dem aufgrund einer schweren Komplikation beide Beine amputiert werden mussten: „Betroffene Familien berichten, dass das Leben nach solchen Operationen im wahrsten Sinne des Wortes von den Beinen kippt“, so Einfeldt. „GSK liegt der Austausch mit Betroffenen und Familien am Herzen. Es zählt zu meinen Aufgaben deren Perspektiven und Bedürfnisse ins Unternehmen zu tragen.“

Persönliche Erfahrungen mit Meningokokken-Impfungen in der Praxis

Kinder- und Jugendmediziner Dr. med. Michael Horn berichtete aus seinem Praxisalltag und seinen Erfahrungen mit Meningokokken-Infektionen. „Invasive Meningokokken-Erkrankungen sind gefährlich und können einen schweren bis tödlichen Verlauf nehmen. Die Inzidenz in Deutschland ist mit rund 300 Fällen im Jahr zwar recht gering, aber der Verlauf einer invasiven Meningokokken-Erkrankung kann rapide voranschreiten und aufgrund der unspezifischen Symptome im Anfangsstadium falsch diagnostiziert werden. Es besteht dringender Aufklärungsbedarf, vor allem zum Schutz durch Impfungen“, so Dr. Horn.

Der Mediziner berichtete, dass aktuell Impfungen gegen alle fünf in Deutschland vorkommenden Serogruppen zur

Verfügung stehen: es sind sowohl Impfstoffe gegen Meningokokken-Typ C als auch gegen die Meningokokken-Typen A, C, W135 und Y verfügbar. Im Jahr 2013 wurde zusätzlich der erste Impfstoff gegen Meningokokken-Typ B eingeführt. Dieser GSK-Impfstoff (Bexsero) konnte in der Altersgruppe von zwei bis fünf Monaten bisher mit dem Schema 3+1 verimpft werden. Seit Juni 2018 haben Mediziner mit einem reduzierten 2+1-Schema bei



Säuglingen im Alter von drei bis fünf Monaten eine alternative Option (weitere Informationen zum neuen Impfschema des GSK-Impfstoffs Bexsero entnehmen Sie bitte der GSK Presseinformation („Mehr Flexibilität im Impfplan“). Über 60 % der gesetzlich Krankenversicherten erhalten auf Anfrage eine komplette oder teilweise Erstattung der Meningokokken-B-Impfung durch ihre Krankenkasse: Eine aktuelle Übersicht findet sich in der Ru-

brik „Impfen“ unter www.kinderaerzte-im-netz.de.

Die Laien-Aufklärungskampagne MENINGITIS BEWEGT.

Durch die Pressekonferenz begleitete Andreas Krause von GSK, der zudem die Eltern-Aufklärungskampagne *MENINGITIS BEWEGT.* vorstellte. Diese startete 2016 auf der Bundespressekonferenz in Berlin. Vorrangiges Ziel ist die Aufklärung und Sensibilisierung junger und werdender Eltern sowie weiterer Personen im Umgang mit Kleinkindern zum Thema Meningokokken.

Die ehemalige „Wissen macht Ah!“-Moderatorin Shary Reeves engagiert sich seit Beginn als Kampagnenbotschafterin. *MENINGITIS BEWEGT.* bietet Eltern auf der Webseite www.meningitis-bewegt.de speziell für sie zugeschnittene Inhalte an. Des Weiteren nutzt GSK soziale Medien, bundesweite Pressearbeit und die direkte Kommunikation mit Eltern auf BabyWelt-Messen. Krause präsentierte in diesem Zusammenhang den neuen Imagefilm der Kampagne *MENINGITIS BEWEGT.* Neben der Ansprache der Eltern unterstützt GSK im Rahmen der Aufklärungskampagne auch Kinder- und Jugendärzte mittels der Informationsbroschüre „Was sind eigentlich Meningokokken?“ bei der Aufklärung von Eltern in der Praxis. Diese kann unter <https://gskpro.com/de-de/services/> kostenlos heruntergeladen oder bestellt werden.

**Nach Informationen von
GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG,
München**

Gewusst wie's wirkt: Forscher präsentierten aktuellen Kenntnisstand zur Pharmakologie von Bronchipret®

Die klinische Wirksamkeit der Thymian-Efeu-Kombination in Bronchipret® ist schon seit längerem bekannt, der genaue Wirkmechanismus jedoch nur zum Teil entschlüsselt. Auf einem internationalen Kongress in Shanghai präsentierte eine Forschergruppe der Bionorica SE nun den aktuellen Erkenntnisstand zu den pharmakologischen Effekten von Bronchipret®: Das Präparat wirkt nicht nur hustenberuhigend und sekretnormalisierend, es bekämpft vor allem die Entzündungsreaktion in den Bronchien¹.

Pharmakologische Effekte erklären klinische Wirksamkeit

Bronchipret®, die spezielle Kombination aus Thymian- und Efeuextrakten, wird schon lange und erfolgreich zur Behandlung der akuten Bronchitis eingesetzt. Zwar wurde die Wirksamkeit des Phytopharmakons in modernen klinischen Studien nachgewiesen², bis vor wenigen Jahren war das Verständnis der zugrundeliegenden Wirkmechanismen jedoch spärlich. Erst ein umfassendes präklinisches Programm im Laufe des letzten Jahrzehnts lieferte einen spannenden Einblick in die pharmakodynamischen Wirkungen des pflanzlichen

Arzneimittels. Umfassende *in vivo*- und *in vitro*-Studien legen eine multi-modale therapeutische Aktivität für Bronchipret® nahe, bei der folgende Wirkungen besonders hervorstechen: Das Präparat verfügt über entzündungshemmende, sekretregulierende und hustenberuhigende Eigenschaften und wirkt folglich mit einem 3-fach Effekt. Damit greift es in zentrale Pathomechanismen der akuten Bronchitis ein.

Thymian bekämpft die Entzündungsreaktion

Es ist bekannt, dass die Entzündungsreaktion in den Atemwegen der wichtigste Auslöser des Hustenreizes ist. Daher waren detaillierte Beobachtungen in einem pharmakologischen Standardmodell der Bronchoalveolitis Teil des Forschungsprogramms. In diesem Modell reduzierte Bronchipret® nicht nur die Freisetzung von protussiven Entzündungsmediatoren in den Bronchien³, sondern auch abhängige Prozesse, wie die Infiltration neutrophiler Granulozyten um bis zu 80 %⁴.

In vitro-Versuche legen nahe, dass dem in Bronchipret® enthaltenen Thymian-Extrakt eine besondere Rolle bei der Entzündungshemmung zukommt³.

Für jeden Patienten die richtige Darreichungsform

Von dem positiven Effekt auf die Beschwerden einer akuten Bronchitis profitieren viele Patientengruppen. Neben dem bewährten Saft für Kinder ab einem Jahr ist die Thymian-Efeu-Kombination in einer extra starken* Tropfenform erhältlich. Durch ihre höhere Konzentration* sind die Bronchipret® Tropfen speziell für Erwachsene geeignet, die sich eine schnell spürbare Wirkung wünschen.

* Extra stark in Bezug auf die Gesamtmenge pflanzlichen Ausgangsmaterials, das mit einer Einzeldosis Tropfen in Vergleich zum Saft verabreicht wird. Eine höhere Wirkstoffmenge ist nicht gleichzusetzen mit einer stärkeren Wirkung./Hoch konzentriert in Bezug auf die Gesamtmenge pflanzlichen Ausgangsmaterials [mg/ml] in Tropfen im Vergleich zu Saft.

Literatur

1. Seibel J et al. 66th Annual Meeting of GA (Shanghai, China); August 2018 (Kongressposter).
2. Kemmerich B et al. (2006) *Arzneim.-Forsch.* | *Drug. Res.* 56(9): 652-660.
3. Seibel J et al. (2014) *ERJ* 44 (Suppl 58): P1794.
4. Seibel J et al. (2015) *Phytomedicine* 22: 1172-1177.

Nach Informationen von BIONORICA SE, Neumarkt

Dimet® 20 bei Kopfläusen: Bestbewertung der Stiftung

Die Stiftung *Warentest* veröffentlichte im September eine Untersuchung von zwölf auf dem Markt befindlichen Präparaten zur Behandlung von Kopfläusen¹. Darin konnte Dimet® 20 in allen Punkten überzeugen und erhielt die beste Bewertung „Geeignetes Läusemittel“. Dieses positive Testurteil bestätigt die klare Empfehlung des unabhängigen Expertengremiums des *arznei-telegramm*, das wiederholt bei Kopfläusen Dimet® 20 als Mittel der Wahl empfohlen hat^{2,3}.

Dimet® 20 nutzt ein zweifaches, physikalisches Wirkprinzip: Dimeticon erstickt die Kopfläuse und Dodecanol greift ihren Schutzpanzer an. *In vitro*-Untersuchun-

gen zeigten auch eine überzeugende Wirksamkeit gegen Laus-Eier. Dank seiner gut belegten Wirksamkeit wird das Medizinprodukt Dimet® 20 in der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) unter den verordnungsfähigen Medizinprodukten geführt. Es ist damit als eines von wenigen Dimeticon-Präparaten erstattungsfähig für Kinder bis 12 Jahren.

Dimet® 20 steht in einer praxistauglichen Packungsgröße (100 ml, PZN 11125934) zur Verfügung, so dass in Abhängigkeit von der Haarlänge eine Packung für die mehrmalige Anwendung entsprechend den Empfehlungen des *Robert Koch-Institutes* ausreicht. Die Anwendung ist denkbar einfach: Di-

met® 20 wird als Lösung direkt auf das trockene Haar aufgetragen und nach 20 Minuten Einwirkzeit mit Shampoo ausgewaschen.

Mit Dimet® 20 steht Ärzten und Apotheken-Teams in der Läuse-Saison 2018/2019 demnach das Mittel der Wahl zur Verfügung, das schnell, sicher und zuverlässig seine Wirksamkeit entfaltet.

Literatur

1. *test* 2018, 9, 90-94.
2. *arznei-telegramm* 2016, 47(9), 84-86.
3. *arznei-telegramm* 2018, 49(3), 31.

Nach Informationen von Pädia 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@kinderaerzte-lauf.de

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartezky

E-Mail: dr@bartezky.de

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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann (WH)

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

Regine Hauch (ReH)

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführer:

Dr. Michael Stehr

Tel.: 0221/68909-11

michael.stehr@uminfo.de

Geschäftsstellenleiter:

Armin Wölbeling

Tel.: 0221/68909-0

armin.woelbeling@uminfo.de

**Teamleiterin Bereich 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

**Politische Referentin
des BVKJ in Berlin:**

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de