

bvkgj.

KINDER-UND JUGENDARZT

Berufsfragen:

Bedarfsplanung aus
Sicht der Kinder- und
Jugendmedizin –
ein Update

Fortbildung:

Fehlbildungen –
Häufigkeiten und
Risikofaktoren

Forum:

Fetale Alkohol-
spektrumstörungen

Magazin:

Famulatur im Ausland –
Horizonterweiterung

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK



KINDER-UND JUGENDARZT **bvkJ.**



Foto: © IANIFEST - istockphoto.com



Famulatur im Ausland

S. 717

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 10 | 16

Berufsfragen

- 645 **Editorial – Bedarfsplanung aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin – ein Update**
Roland Ulmer
- 648 **Kidnephrologie**
Ludwig Stapenhorst
- 652 **Der Honorarausschuss informiert**
Jörg Hornivius
- 654 **Schutzimpfungen bei (Klein-)Kindern Bestandteil der Alltagsorge?**
Andreas Meschke
- 656 **Praxisgemeinschaft – das Beste aus zwei Welten**
Andreas Michel
- 658 **Missbrauchsbeauftragter Rörig startet neue bundesweite Initiative „Schule gegen sexuelle Gewalt“**
- 661 **Assistentenkongress aus der Sicht der Teilnehmer**
Ronald G. Schmid
- 664 **Wahlergebnis**
- 666 **Wahlaufruf**
- 666 **Impressum**

Fortbildung

- 668 **Highlights aus Bad Orb: Fehlbildungen – Häufigkeiten und Risikofaktoren**
Annette Queisser-Wahrendorf
- 673 **Pädiatrische Versorgungssysteme in Europa: Vielfalt bewahren – Versorgungsstandards harmonisieren, Teil 1**
Jochen H. H. Ehrlich
- 683 **Impfforum**
Ulrich Heiningger
- 684 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Anne Schindler
- 688 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 690 **consilium: Lebendimpfung bei transplantierten Kindern**
Hans-Jürgen Laws

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe sind Beilagen der Aristo Pharma GmbH, Berlin, der Pari GmbH, Starnberg, sowie der Sanofi Pasteur MSD GmbH, Berlin, beigelegt. Wir bitten um freundliche Beachtung.

Forum

- 692 **Fetale Alkoholspektrumstörungen**
Mirjam N. Landgraf, Florian Heinen
- 697 **Neue Leitlinie zur Versorgung von Kindern nach Fremdkörperaspiration und -ingestion**
- 698 **Ergebnis der LA-MED-Erhebung 2016**
Wolfram Hartmann
- 702 **Minderjährige Asylsuchende oder Flüchtlinge: Frühes Leid und mangelnder Halt**
Harald Tegtmeyer-Metzdorf
- 704 **Vermischtes**
- 708 **Das Leserforum**
- 710 **Nachgefragt**

Magazin

- 717 **Famulatur im Ausland**
Corinna Golz, Eva Schneider
- 720 **Umsetzung der Kinderrechte in Deutschland**
Wolfram Hartmann
- 721 **Fortbildungstermine des BVKJ**
- 722 **Personalien**
- 723 **Pädindex**
- 724 **Nachrichten der Industrie**
- 731 **Wichtige Adressen des BVKJ**

s. S. 661



Bedarfsplanung aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin – ein Update

Die jetzige Bedarfsplanung geht auf das Jahr 1990 zurück. In diesem Referenzjahr wurde die damalige Versorgung, der Status quo, festgelegt und das Verhältnis von Einwohnern zu Ärzten wurde als Vollversorgung (100%) definiert. Eine Prüfung oder Definition eines „Bedarfes“ erfolgte allerdings nicht, sondern diese so definierte Menge war lediglich zur Kontrolle der Überversorgung gedacht, also als Wachstums- oder Ausgabenbremse. Wirkksam wurde die so festgelegte „Bedarfsplanung“ 1993, so dass durch die zwischenzeitlich niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bereits eine Überversorgung produziert wurde. Im Jahr 2000 kam mit der Regelung der „Verteilfunktion“ noch eine weitere Zielrichtung der Bedarfsplanung dazu. Damit sollte allen Versicherten ein vergleichbarer Zugang zur Versorgung gesichert werden.



Dr. Roland Ulmer

Aktuelle Situation

In vielen Städten arbeiten die pädiatrischen Praxen am Rande ihrer Kapazitäten. Teilweise werden keine neuen Patienten mehr angenommen. Grund genug, einen Blick auf die neuen Planungen zur Bedarfsplanung zu werfen.

Grundsätzlich steuert die Bedarfsplanung durch die Stellgrößen „Definition des Planungsbereiches“ (z. B. Landkreise oder kreisfreie Städte), „Soll-Versorgungsniveau je Arztgruppe (Verhältniszahlen) die Versorgung und legt nach einem Vergleich des Ist-Versorgungsniveaus mit dem Soll-Versorgungsniveau den Versorgungsgrad fest. (Überversorgung > 110 % = Sperrung des Planungsbezirkes)

Bei der Bedarfsplanungsreform 2012 wurden die Verhältniszahlen nicht verändert, sondern eher der Umfang der Planung mit der gesonderten fachärztlichen Versorgung und die räumliche Struktur in Form der Versorgungsebenen. Diese historisch festgelegten „Bedarfszahlen“ werden aber jetzt nach der letzten Gesetzesänderung noch zusätzlich als Maßstab für die Notwendigkeit eines Praxisaufkaufes durch die KV hergenommen. Der Gesetzgeber fordert jetzt eine bedarfsgerechte Prüfung der Verhältniszahlen, insbesondere unter Berücksichtigung der Sozial- und Morbiditätsstruktur und eine Berücksichtigung der Möglichkeit zur kleinräumigen Planung.

Um die vielen Fragen zu beantworten, hat der GBA ein Gutachten in Auftrag gegeben, das 2018 fertiggestellt sein wird. Es soll die Ergebnisse der bisherigen Planung beleuchten, den „angemessenen“ Versorgungsbedarf, unter Berücksichtigung der Fragen „Soziodemografie und Morbidität“ ermitteln, die räumliche Verteilung der Ärzte untersuchen und Maßstäbe für die Planung von ambulanter Versorgung erarbeiten. Das alles auch unter Berücksichtigung der Planungssysteme anderer Länder.

Erst danach ist eine „Ideal-Bedarfsplanung“ angedacht, die z. B. auch für die Kinder- und Jugendarztpraxen die Frage beantwortet, wie viele Patienten ein Pädiater mit einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden versorgen kann, welche Anfahrtswege zu einer Praxis zumutbar sind und wie mit den Fragen Mitversorgereffekte durch Großstädte oder Einbeziehung von sozialen Brennpunkten in Großstädten umgegangen werden soll.

Besonderheiten der Kinder- und Jugendmedizin

Speziell für den Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendärzte muss auch noch geklärt werden, inwieweit eine Planung für die Pädiatrie in den Subdisziplinen notwendig oder möglich ist, bzw. inwieweit der „hausärztlich-pädiatrische Versorgungsauftrag“ definiert werden muss, also z. B. mit einer Mindestanzahl von durchgeführten Vorsorgen oder durchgeführten Impfungen pro Quartal.

Unter den vielen Probleme, die sich hier stellen, ist vor allem die **Veränderung der pädiatrischen Versorgungsrealität** zu nennen. Es gibt heute drei neue Vorsorgen in der GKV-Versorgung (U7a, U9, J1) und die empfohlenen Impfungen haben sich verdoppelt. Wir haben es heute mit vielen veränderten Morbiditäten (Sozialpädiatrie, psychosozialen Problemen, ADHS aber auch Allergien usw.) zu tun. Bedingt durch frühere Betreuung von Kindern in Tageseinrichtungen ist auch eine häufigere Vorstellung im Krankheitsfall verbunden, da berufstätige Eltern für die Betreuung des erkrankten Kindes freigestellt werden müssen. Früher übliche Familienstrukturen mit enger Einbeziehung von Großeltern sind heute die Ausnahme, Eltern werden durch Internetrecherche und Gruppen wie PEKIP, Babymassage usw. verunsichert und stellen ihre Kinder häufiger vor.

Durch kürzere Verweildauern in Krankenhäusern und durch die Zunahme der ambulanten Operationen stellt man eine Verschiebung der Versorgung von stationär nach ambulant fest und nicht zuletzt übernimmt der Pädiater als Hausarzt für Kinder und Jugendliche auch die hausärztliche Versorgung der Kinder vom Allgemeinarzt, nicht zuletzt dadurch, dass der Allgemeinarzt bereits mit der Versorgung der älter werdenden Bevölkerung alle Hände voll zu tun hat. Neu dazugekommen ist jetzt auch noch die Flüchtlingsversorgung. Regionalen Veränderungen der Bevölkerung (Steigerung der Geburtenziffern, Zuwanderung von jungen Erwachsenen) kann nicht Rechnung getragen werden, wenn das Gebiet bereits nominell überversorgt ist.

Auf der Seite der Versorger arbeiten die Kolleginnen und Kollegen zunehmend in Angestelltentätigkeit oder im Job-Sharing, bzw. in Teilzeitstellen und brauchen verständlicherweise auch Zeit für die eigene Familie und die eigenen Kinder. Inzwischen werden auch den Ärztinnen und Ärzten Erziehungszeiten zur Betreuung der eigenen Kinder zugestanden. Die für die Arbeit in der Praxis zur Verfügung stehende Arztzeit hat sich insgesamt vermindert, ebenso die Zahl der niedergelassenen Vertragsärzte, wohingegen sich die Zahl der in Kliniken angestellten Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin drastisch erhöht hat.

Durch die fachlich notwendige Niederlassung von Kinder- und Jugendärzten mit Schwerpunkten und Zusatzweiterbildungen arbeiten die Praxen zu unterschiedlichen Anteilen sowohl pädiatrisch-hausärztlich als auch im Schwerpunkt. Wünschenswert wäre hier eine bedarfsgerechte Verteilung der verschiedenen Schwerpunkte ohne dass dadurch die pädiatrisch-hausärztliche Versorgung leidet.

Der Verlust von hausärztlichen Behandlungskapazitäten durch **Umwandlung von allemeinpädiatrischen Sitzen in ausschließlich im Schwerpunkt tätigen medizinischen Versorgungszentren** raubt der ambulanten hausärztlichen Pädiatrie weitere Behandlungskapazitäten.

Bundesweit ist die Versorgungslandschaft bei den Kinder- und Jugendärzten sehr inhomogen. Einerseits gibt es Gebiete, in denen das Gros der Praxen Aufnahmestopp verhängt hat und nur noch Neugeborene bzw. gar keine Neupatienten mehr annimmt, andererseits gibt es aber auch Gebiete, in denen der durch die Bedarfsplanung bedingte Zulassungsstopp als willkommener Konkurrenzschutz betrachtet wird.

Was ist zu tun?

Unter Mitwirkung des BVKJ wurde bereits erreicht, dass die sozialpädiatrischen Zentren ebenso wenig wie

die ermächtigten, im Schwerpunkt tätigen Kolleginnen und Kollegen in der Bedarfsplanung auf die Anzahl der der pädiatrischen Sitze angerechnet werden.

Weitere Anpassungsmöglichkeiten wäre die Herausnahme der Schwerpunktfälle aus der Betrachtung der notwendigen hausärztlich-pädiatrischen Sitze. Dadurch entstünden zusätzliche pädiatrische Behandlungsmöglichkeiten.

Auch stellt sich die Frage, ob im Umkreis von Praxen mit sehr geringen Fallzahlen nicht ein zusätzlicher Behandlungsbedarf besteht.

Besonders in Großstädten bereitet die Verteilung der Praxen ein Problem. Um hier eine bedarfsgerechtere Versorgung zu erreichen, wird über eine kleinräumigere Planung nachgedacht. Auch darf nicht vergessen werden, dass es in Gegenden, in denen bereits jetzt nicht alle offenen Arztsitze besetzt werden können, es durch eine Zunahme der pädiatrischen Niederlassungsmöglichkeiten sogar zu einer Verschlechterung der flächendeckenden Versorgung kommen könnte, da sich dann die Neuzulassungen in attraktiveren Niederlassungsgenden konzentrieren könnten.

Fazit

Eine Verbesserung der Versorgungssituation kann aber nur erreicht werden, wenn die Krankenkassen einer **Zunahme des pädiatrischen Anteils der morbiditätsbedingten Vergütung** zustimmen, da ansonsten die pädiatrischen Praxen die zusätzlichen Praxis-sitze mit einer Verminderung des eignen Honorars querfinanzieren. Hier müssen die Krankenkassen die verbesserte Versorgung auch durch ausreichende Honorare finanzieren, um den unstrittigen Bedarf zu decken. Nur dann kann es zu einer bedarfsgerechten Versorgung der Kinder und Jugendlichen bei gleichzeitiger Anpassung der Arbeitssituation der Kinder- und Jugendärzte an die veränderte Lebens- und Versorgungsrealität kommen.

Eine Steigerung der Zulassungsmöglichkeiten in der Pädiatrie ist aber nutzlos, wenn danach keine ausreichende Zahl von jungen Kolleginnen und Kollegen diese Sitze auch besetzen kann. Zu fordern ist daher, dass die **Weiterbildungsförderung** auch auf Gebiete, die im Moment aufgrund der Insuffizienz der bisherigen Bedarfsplanung „überversorgt“ sind, ausgeweitet wird und nicht die oben genannte nicht am eigentlichen Bedarf orientierte Bedarfsplanung als Maßstab für die Förderung der Weiterbildung in den Praxen herangezogen wird.

Dr. Roland Ulmer

91207 Lauf

E-mail: praxis@kinderaerzte-lauf.de

Red.: WH

Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen in der Kinder- und Jugendmedizin

In dieser Rubrik werden in loser Folge die pädiatrischen Subdisziplinen mit ihren Aufgabengebieten durch unseren „Ausschuss für Subdisziplinen in der Pädiatrie“ vorgestellt. Das Hauptaugenmerk liegt auf der ambulanten Versorgung in der Praxis, da inzwischen ein Großteil unserer jüngeren Kolleginnen und Kollegen nach der Facharztweiterbildung eine Zusatzweiterbildung absolviert.

Kidnernephrologie



Dr. Ludwig
Stapenhorst

Aktuelle Situation der ambulanten Kidnernephrologie

Einleitung

„Die Zusatz-Weiterbildung Kidner-Nephrologie umfasst in Ergänzung zur Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, konservative Akut- und Langzeitbehandlung und Rehabilitation von Erkrankungen der Niere und ableitenden Harnwege bei Kindern und Jugendlichen von Beginn bis zum Abschluss ihrer somatischen Entwicklung“ (Weiterbildungsordnung). Die Weiterbildungszeit beträgt 36 Monate und findet, da die Weiterbildung auch den Erwerb von Kenntnissen der Dialysebehandlung und Nierentransplantation im Kindesalter beinhaltet, fast ausschließlich in den großen Zentren statt, welche diese Behandlungsformen auch anbieten.

Ist-Zustand

In Deutschland gibt es zurzeit **19** solcher **ambulanten Kidnerdialysezentren**, von denen **16** durch das **Kuratorium für Dialyse und Transplantation (KFH)** überwiegend in Kooperation mit **Universitätskinderkliniken** betrieben werden. In diesen 19 Zentren werden auch die notwendigen Nierentransplantationen bei Kindern durchgeführt.

Neben der ambulanten Dialyse und den Nierentransplantationen bieten diese Nierenzentren kindernephrologische Sprechstunden, insbesondere für chronisch niereninsuffiziente sowie nierentransplantierte Kinder, aber auch für alle anderen Formen von Nierenerkrankungen im Kindesalter an.

Komplexe Behandlungsstrukturen

Die Behandlung chronisch nierenkranker Kinder ist ausgesprochen komplex. Dies zeigt sich am deutlichsten in der Behandlung der **chronischen Niereninsuffizienz**. Um die zahlreichen Begleiterkrankungen (renale Anämie, renale Osteopathie, renaler Minderwuchs, renale Hypertonie,) erfolgreich zu behandeln, bedarf es der Kooperation mit anderen Subdisziplinen der Kinder- und Jugendmedizin (Endokrinologie, Kardiologie, Rheumatologie) sowie mit Kinderradiologen,

Kinderchirurgen aber auch Humangenetiker. Psychosoziale und sozialpädiatrische Probleme sind vielfältig und bedürfen einer intensiven Unterstützung durch Psychologen, Pädagogen und Sozialarbeiter.

Tätigkeitsspektrum niedergelassener Kidnernephrologen

Grundsätzlich kann auch der in eigener Praxis niedergelassene Kidnernephrologe alle ambulanten Leistungen der Nierenzentren inklusive der Dialysebehandlung anbieten. Die Betreuung hochgradig niereninsuffizienter oder frisch nierentransplantierte Kinder ist aber sehr zeitintensiv und aufgrund der **mangelhaften Abrechnungsmöglichkeiten** in der Praxis nicht ökonomisch machbar und **sollte, aufgrund der oben beschriebenen Komplexität, nur in enger Kooperation mit einem Nierenzentrum für Kinder- und Jugendliche erfolgen**. Voraussetzung für die Durchführung einer **ambulanten Kidnerdialyse** ist eine **Genehmigung der KV**, für die nicht nur die technischen Voraussetzungen (z. B. durch Kooperation mit einer Erwachsenen-Dialyse), sondern auch hohe personelle Anforderungen, z. B. eine psychosoziale Betreuung (Sozialarbeiter, Psychologen, Ernährungsberater) erfüllt und nachgewiesen werden müssen.

Aufgrund dieser hohen Anforderungen und den damit verbundenen Kosten ist bei der sehr geringen Fallzahl terminal niereninsuffizienter Kinder (**ca. 150 dialysepflichtige Kinder, ca. 200 Nierentransplantationen bei Kindern im Jahr in Deutschland**) eine pädiatrische Dialyse- und frühe Post-Transplantationsbehandlung in eigener Praxis nicht wirtschaftlich darstellbar.

Erfahrungen aus der Praxis

Neben der Betreuung und Behandlung dieser Patientengruppen bieten sich dem niedergelassenen Kidnernephrologen aber einige gut in der Praxis durchzuführende Möglichkeiten der kindernephrologischen Behandlung:

- Diagnostik und Therapie akuter und chronischer Nierenerkrankungen (z. B. Glomerulonephritiden, Tubulopathien).

- Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit häufig wiederkehrenden Harnwegsinfekten.
- Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Fehlbildungen der Niere und ableitenden Harnwege (Reflux, Stenosen, Urethralklappen, Nierenagenesie, Nierenzysten...).
- Abklärung und Behandlung von Hämaturie und Proteinurie.
- Diagnostik und Therapie von Enuresis und Blasen-funktionsstörungen.
- Sonographie und Duplexsonographie der Nieren und Nierengefäße.
- Abklärung und medikamentöse Einstellung eines Bluthochdrucks.
- Vor- und Nachsorge einer Nierentransplantation jenseits der akuten Phase.

Zusätzlich zu der normalen **Praxisausstattung** erfordert die kindernephrologische Sprechstunde

- ein Ultraschallgerät
- eine 24h Blutdruckmessung
- ggf. ein Uroflow-Recorder für die Enuresis Sprechstunde
- Mikroskop zur Harnmikroskopie

Die **häufigsten Vorstellungsgründe** in meiner kindernephrologischen Sprechstunde sind sonographische Verlaufskontrollen von Fehlbildungen der Niere und Harnwege, die Abklärung von rezidivierenden Harnwegsinfekten, Enuresis, Hämaturie und Proteinurie.

Die Patienten finden häufig durch Eigeninitiative aufgrund ihrer Unzufriedenheit mit der kindernephrologischen Sprechstunde der Uniklinik oder durch Überweisung von niedergelassenen Pädiatern in meine Praxis. Nicht selten werden Patienten von nahegelegenen Erwachsenen-Nephrologen zu mir weitergeschickt.

Nach wie vor werden auch noch zu viele Kinder bei Erwachsenen-Urologen, Erwachsenen-Nephrologen oder in der Klinik mit Befunden vorgestellt, welche problemlos auch beim niedergelassenen Kinderneurologen abgeklärt werden könnten oder sollten. Da es in Zukunft immer mehr niedergelassenen Kinderneurologen geben wird, wird die Versorgung in der Fläche vielleicht dazu führen dass die Kompetenz der Kollegen mit der Subspezialisierung mehr genutzt wird. Bis dahin könnten zukunftssträchtige Modelle wie „Pädexpert“ möglicherweise auch für kindernephrologische Fragestellungen genutzt werden.

Leider zeigen die Kinderdialysezentren trotz über-voller Ambulanzen bisher kein großes Interesse an ko-operativen Behandlungsformen.

Honorarsituation

Der EBM kennt spezifische kindernephrologische Ziffern nur für die Betreuung hochgradig niereninsuf-fizienter Patienten mit einer GFR unter 20 ml/min, für Patienten nach einer Nierentransplantation sowie Pati-enten welche dialysiert (Hämo- oder Peritoneal Dialyse, Apherese) werden (Tabelle 1).

Wie bei anderen Subdisziplinen auch, ist es auf-grund der geringen Inanspruchnahme als niedergelas-sener Kinderneurologe **momentan praktisch nicht möglich, ausschließlich kindernephrologisch tätig zu sein.** Es bedarf einer allgemeinpädiatrischen Tätig-keit, um den notwendigen Umsatz zu generieren. Die kindernephrologischen Fälle ergänzen diese Tätigkeit lediglich. Außer den wenigen spezifisch kinderneph-rologischen Ziffern sind neben der erhöhten Versiche-rungspauschale vor allem Gesprächsziffern (04230), Sozialpädiatrische Ziffern (04355/04356) und psycho-somatische Ziffern (35100/35300) und die Abdomen-Sonographie (33042) abrechenbar.

Versuche die sehr zeitaufwendige Enuresissprechstun-de über Sonderverträge mit den Krankenkassen besser zu honorieren, sind in Nordrhein leider bisher nicht erfolg-reich gewesen. Ebenso gibt es für die von der Konsensus-gruppe Kontinenzschulung (www.kontinenzschulung.de) analog zur Asthma-, Neurodermitis- und Adipositas-Schulungen erarbeitete Kontinenz-Schulung bisher keine Kostenübernahme durch die Krankenkassen.

Fazit

Die ambulante Kinderneurologie in der nieder-gelassenen Praxis kann das gesamte Spektrum der Kinderneurologie bis auf Dialyse- und Nierentrans-plantation abdecken. Ein Großteil der Diagnostik und Therapie kann in der ambulanten Praxis erfolgen, Ko-operationen mit anderen Fachärzten und Kliniken sind aber unabdingbar. Aufgrund der niedrigen Morbidität sind Kinderdialysen auch in Zukunft vermutlich nur in einem der entsprechenden Zentren der Maximalversor-gung möglich.

*Dr. Ludwig Stapenhorst
Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin
Neonatologie, Kinderneurologie, 50354 Hürth
E-Mail: dr-stapenhorst@kinderaerzte-huerth.de*

Ziffer	Legende	Bewertung
04560	Zusatzpauschale Betreuung chronische Niereninsuffizienz (GFR<20 ml/min)	590 Punkte
04561	Zusatzpauschale Behandlung Nierentransplantatträger	590 Punkte
04562	Zusatzpauschale Betreuung Dialyse Patient	855 Punkte
04564-04566	Zusatzpauschalen bei Dialyseleistungen	210-635 Punkte
04572-04573	Zusatzpauschalen bei Aphereseleistungen (Plasma/Lipid)	420 Punkte

Tab. 1: Kinderneurologische Ziffern im EBM

Red.: WH

Der Honorarausschuss informiert ● ● ●

Thema des Monats: Der Notfallkoffer in der Pädiatrischen Praxis



Dr. Jörg Hornivius

Nach mehreren praxisinternen Fortbildungen zum Thema „Pädiatrische Notfälle“ empfiehlt der Honorarausschuss folgende Zusammenstellung eines pädiatrischen Notfallkoffers in der Praxis:

Das Instrumentarium muss zum größten Teil vom Praxisinhaber auf eigene Kosten erstanden werden. Gleiches gilt für die Medikamente.

Die Adrenalininjektoren können nach Gebrauch auf den Namen des Patienten verordnet werden.

Instrumentarium Notfallkoffer

Ambubeutel + O ₂ -Schlauch
Masken (Größe 0, 1, 2, 3)
O ₂ -Flasche 2 l mit Druck minderer, Flowmeter, Absaugventil
Pulsoxymeter
Ampullensäge
Verweilkanülen 20er, 22er, 24er je 3 Stück
Blutdruckmessgerät
1 Set zur Blutzuckerbestimmung
Butterfly (25 G oder 27 G)
Einmalkanülen
Stethoskop
Einmalspritzen (1 ml – 20 ml, je 2 x)
Elastische Binden (4-6 cm)
Larynxtuben (2,5 – 6,0)
Ersatzbatterien für Laryngoskopgriff
Alu-Decke
Handschuhe
Infusionsbesteck
Stauschlauch
Klemme
Kurze Infusionsleitungen (2 x)
Laryngoskopgriff mit Batterie
Trachealabsaugsonden
Magensonden (CH 8, 12)
Magill-Zange
Pflaster (braun, schmal und breit)
Absaugkatheter
Schere
Hautdesinfektionsmittel
Intraossäre Nadeln

Medikamente

Adrenalin 1:1000 1 ml. 5 Amp.
Atropin, 0,5 mg, 5 Ampullen
Atrovent N Dosieraerosol + Tropfen (Schublade)
Buscopan 20 mg , 4 Amp.
Diazepam 10 mg, 5 Amp.= 5 mg/ml
Diazepam Rectiole (5 mg, 10 mg) im Kühlschränk
Dextro med 10 ml 20% 3 Amp.
Infecto Krupp Inhal
Sab simplex susp. 100 ml
NaCl 0,9%, 250 ml/ 10 ml/ 5 ml
Paracetamol Supp. 500 mg/ 250 mg/ 125 mg
Rivotril 1 ml 1 mg 5 Amp.
Rectodelt Supp. 100 mg
Urbason 32 mg 1 Amp.
Sultanol Lsg.z. Inhalation (Schublade MF)
Solu-Decortin 50 mg, 1 Amp.
Solu-Decortin 250 mg, 1 Amp.
Fenistil 1 mg Amp. 5 Amp.
Tavor 2,5 mg Plättchen
Fastjekt junior 150 mg
Fastjekt 300 mg

Die zu Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit (Erstniederlassung) erforderliche Beschaffung der Grundausrüstung der Betriebsstätte darf nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden. Somit darf eine erstmalige Verordnung von Sprechstundenbedarf erst zum Ende des ersten Abrechnungsquartals als Ersatzbeschaffung der in diesem Quartal verbrauchten Mittel vorgenommen werden. Die Verordnung erfolgt ggf. auf mehreren Arzneiverordnungsblättern auf Muster 16. Es gelten die Vereinbarungen über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf welche in jeder KV geregelt sind.

Bei Eintritt in eine bestehende Praxis oder Übernahme einer Praxis können selbstverständlich bereits vorhandene Medikamente und Instrumente übernommen werden.

Dr. Jörg Hornivius
41061 Mönchengladbach
E-Mail: aesculix@aol.com

Red.: WH

Schutzimpfungen bei (Klein-)Kindern Bestandteil der Alltagsorge? – Zwei Gerichte kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen



Dr. Andreas Meschke

Immer wieder kommt es angesichts der zahlreichen Kinder von getrennt lebenden Eltern auch im Rahmen der elterlichen Auseinandersetzungen, die sich oft nicht am Kindeswohl orientieren, in der Praxis zu Auseinandersetzungen darüber, ob in den Fällen, in denen beide Eltern sorgeberechtigt sind, ein Elternteil allein entscheiden darf, ob eine Impfung entsprechend den Empfehlungen der STIKO durchgeführt werden darf oder ob die Zustimmung des weiteren sorgeberechtigten Elternteils einzuholen ist. Dies erschwert die Arbeit der impfenden Ärztinnen und Ärzte und führt immer wieder zu Verzögerungen oder sogar zu fehlendem Impfschutz. Jetzt hatten zwei Gerichte Gelegenheit zur Stellungnahme.

Vorgeschichte

Das Amtsgericht Darmstadt (Urteil vom 11.6.2015 – Az.: 50 F 39/15 SO) und das Oberlandesgericht Frankfurt/M. (Urteil vom 4.9.2015 – Az.: 6 UF 150/15) hatten in nachfolgenden Instanzen über denselben Sachverhalt zu urteilen: Die beiden getrennt lebenden, aber gemeinsam sorgeberechtigten Elternteile zweier Kinder, die zum Zeitpunkt der Entscheidung bei der Mutter ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatten, waren sich zunächst darüber einig, ihre Kinder in den ersten Lebensjahren nicht zu impfen. Nach ärztlicher Beratung entschied sich die Mutter dazu, die Impfungen gegen Keuchhusten, Pneumokokken, Tetanus und Diphtherie sowie die Pneumokokkenimpfung nach den Empfehlungen der STIKO doch durchführen zu lassen. Der Vater erteilte aber keine Zustimmung.

Daher kam es darauf an: Ist die Entscheidung, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Masern und Pneumokokken vorzunehmen, eine sog. Entscheidung in allen Angelegenheiten des täglichen Lebens (§ 1687 Abs. 1 Satz 2 BGB), die dann (nur) derjenige sorgeberechtigte Elternteil, bei dem die Kinder sich gewöhnlich aufhalten, trifft? Wenn ja, wäre die alleinige Zustimmung der Mutter ausreichend.

Diese hatte im konkreten Fall die Bestätigung durch das Gericht beantragt. Ein – trotz der wohl sehr hohen praktischen Relevanz und Häufigkeit der Situation – seltener Fall, denn Rechtsprechung zu der Frage, ob die Entscheidung, Schutzimpfungen bei einem gemeinsamen Kind durchführen zu lassen, eine „alltägliche“ ist, gibt es bislang kaum. Das Kammergericht Berlin hatte dies einmal wegen der Gefahr von Komplikationen und

Nebenwirkungen auch bei üblichen Schutzimpfungen abgelehnt (Beschluss vom 18.5.2005 – 13 UF 12/05). Das Oberlandesgericht Frankfurt/M. hatte dies einmal für eine Schweinegrippeimpfung bejaht (Beschluss vom 7.6.2010 – 2 WF 117/10).

Urteil in erster Instanz

Das AG Darmstadt hatte nun diese Frage zunächst bejaht. Denn die Folgen des Nichtimpfens seien eventuell derart gravierend, dass die Angelegenheit erhebliche Bedeutung erlangen könne. **Zudem entspreche es der häufigen und regelmäßigen Vornahme dieser Impfungen und somit auch der Lebenswirklichkeit, dass die Entscheidung von demjenigen Elternteil zu treffen sei, bei welchem sich die Kinder gewöhnlich aufhielten.** Auch seien die in Rede stehenden Impfungen Bestandteil der unmittelbaren Gesundheitsorge und von ihnen hänge auch das Verhalten im Alltag ab. So könne eine nichtvorhandene Tetanusimpfung den betreuenden Elternteil davon abhalten, die Kinder an bestimmten Stellen im Freien spielen zu lassen.

Korrektur des Urteils in zweiter Instanz

Nach Rechtsmittel gegen diese Entscheidung durch den Vater hat das OLG Frankfurt/M. allerdings eine andere Auffassung vertreten und das Urteil des AG Darmstadt korrigiert.

Denn **die beteiligten Eltern seien als gemeinsame Inhaber der elterlichen Sorge für die Kinder nur gemeinsam zur Entscheidung über das Ob und den Umfang der Impfung ihrer Kinder berechtigt.** Die Regelung des Ob und des Wie der Impfung betrifft eine Frage von erheblicher Bedeutung für beide Kinder, weil sie mit der Gefahr von gesundheitlichen Risiken und Komplikationen verbunden sei.

Urteilsgründe

Würden Impfungen durchgeführt, könne es im Einzelfall zu negativen gesundheitlichen Auswirkungen bei dem Impfling kommen, unterblieben sie, bestehe die Gefahr der Ansteckung mit der Krankheit, vor der die Vakzination Schutz gewähren solle. Darüber hinaus könnten sich weitere Folgen ergeben: So gelte bei Verdacht auf eine Masern-, Diphtherie- oder Keuchhusten-Erkrankung nach § 34 InfektionsschutzG ein Besuchsverbot in Schulen und Kindergärten. Auch nicht oder nicht ausreichend geimpfte Personen, die im selben Haushalt wie eine erkrankte oder krankheitsverdächtige

ge Person wohnten, seien für einen Zeitraum von 14 Tagen nach dem Kontakt zu dem Erkrankten vom Besuch der Einrichtungen ausgeschlossen.

Gerade die in letzter Zeit zu beobachtenden Folgen der Nichtimpfung, darunter das endemische Auftreten von Masern in Berlin seit Oktober 2014 mit weit über tausend Betroffenen, verbunden mit Schulschließungen und mindestens einem Todesfall sowie einem Schulverbot für nicht geimpfte Kinder oder zuletzt in Marburg im Mai 2015, das zu einem vorübergehenden Betretungsverbot des Schulgebäudes für nicht geimpfte Schüler geführt habe, verdeutlichten die erhebliche praktische Relevanz der Impfentscheidung der Sorgeberechtigten nicht nur für die Gesundheit, sondern mittelbar auch für die schulische Erziehung der betroffenen Kinder. Die Entscheidung des AG Darmstadt vermöge schon deshalb nicht zu überzeugen, weil mit der Entscheidung, die Impfung durchzuführen, auch stets die Entscheidung verbunden sei, nicht von der Impfung abzusehen.

Könnten Kindeseltern in dieser Frage keine Einigung finden, sei daher nach § 1628 BGB eine gerichtliche Entscheidung herbeizuführen.

Im konkreten Fall kam es auf diese gerichtliche Entscheidung schließlich nicht mehr an: Die Eltern konnten sich in der Verhandlung bei dem OLG Frankfurt/M. gütlich einigen. Dessen Urteil enthält den Inhalt der Einigung zwar nicht. Es lässt sich aber vermuten, dass die Einigung in der Impfentscheidung bestand.

Schlussfolgerung für die Praxis

In der Praxis sollte man, auch wenn es erhebliche Umstände bereitet und zeitgerechte Impfungen möglicherweise zum Nachteil des Kindes verhindert, immer die schriftliche Zustimmung beider sorgeberechtigter Elternteile zur Durchführung der Impfung bei Minderjährigen verlangen. Sollten sich die Eltern nicht einigen können, müsste das die Impfung befürwortende Elternteil eine richterliche Entscheidung herbeiführen.

Dr. Andreas Meschke

*Rechtsanwalt / Fachanwalt für Medizinrecht
www.moellerpartner.de*

Red.: WH

20. Kursus für Pädiatrische Rheumatologie

25. bis 26. November 2016

Bremen

Info:

hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de

Optionen pädiatrischer Tätigkeit ● ● ●

Teil 4: Praxisgemeinschaft – das Beste aus zwei Welten



Dr. Andreas Michel

Die Praxisgemeinschaft führt laut Erhebungen des BVKJ ein Mauerblümchendasein, ich meine zu Unrecht.

Historie

Als ich vor 10 Jahren eine Kinder- und Jugendarztpraxis in Greifswald übernahm war von vornherein klar, dass ich am alten Standort nicht bleiben kann. Eine gute Freundin von mir war in derselben Situation und so war rasch ausgemacht, dass wir uns in neuen Räumen zusammentun.

Neue schöne Räume zu finden, war leicht, zwei Praxen zu verschmelzen eher nicht. Unterschiedliche Patientenzahlen, Privatanteile, Mitarbeiter und Arbeitsweisen waren für uns schwer unter einen Hut zu bringen. Uns schwante bald, dass an dem Spruch „Praxispartnerschaft ist schwieriger als eine Ehe“ etwas dran sein könnte. Die Lösung war einfach, jeder bleibt mit seiner Praxis autark.

Umsetzung

Einige Regeln haben wir uns natürlich schon gegeben. Zuallererst soll die Praxis an normalen Werktagen immer besetzt sein. Das bedeutet, dass wir unseren Urlaub und andere freie Tage miteinander absprechen. Das hat aber umgekehrt auch den Vorteil, dass wir uns immer als Vertreter haben und dass der Vertretende dann zusätzlich Vertreterscheine abrechnen kann. Dies gleicht meiner Meinung nach den 10-Prozent-Zuschlag auf die Grundpauschale, die Gemeinschaftspraxen bekommen, mehr als aus. Wenn dank Schulferien beide Ärzte frei haben wollen, zahlt einer einen Vertreter, rechnet dafür aber eben auch die Vertreterscheine ab.

Die MFA sind in jeweils einer Praxis angestellt und nur für diese zuständig. Wir haben je 2 Angestellte, die Einsparmöglichkeiten bei den Personalkosten wären also bei einer Gemeinschaftspraxis sehr begrenzt. Dafür beschäftigen wir eine, demnächst zwei Auszubildende gemeinsam, die monatsweise zwischen den Praxen wechseln. Dies gibt uns die Möglichkeit, Erkrankungen der MFA auszugleichen.

Synergien gibt es ansonsten wie in einer Gemeinschaftspraxis. Wir teilen uns Miete, Nebenkosten, Parkplätze, Telefonanschluss und Reinigungsfirma, haben die gesamte Praxis gemeinsam eingerichtet und nutzen das Praxisverwaltungsprogramm mit einer Lizenz, zahlen also auch hier nur einmal und müssen auch nur einmal das Update einspielen. Alle größeren Geräte kaufen und nutzen wir zusammen, so waren die Miete und der anschließende Kauf eines Plusoptix® eine viel leichter zu treffende Entscheidung.

Natürlich ist jeder primär für seine Patienten zuständig, aber auch in einer Gemeinschaftspraxis ist jedem Patienten ein Arzt zugeordnet. Ich kenne durch die Vertretungen mittlerweile auch einen Großteil der Patienten der anderen Praxis und diese mich, die Zusammenarbeit ist sehr kollegial, kontrollbedürftige Befunde schicken wir uns auch mal gegenseitig in den Kinderärztlichen Notdienst. Da wir ohnehin nur Neugeborene und Zugezogene neu aufnehmen gibt es auch keine Probleme mit wechselwilligen Patienten, wobei dies auch selten mal vorkommt, z. B. wenn Jugendliche ab einem bestimmten Alter nicht mehr von einem Arzt bzw. einer Ärztin untersucht werden wollen.

Fazit

Unterm Strich war die Entscheidung für eine Praxisgemeinschaft für uns goldrichtig. Es gibt keinen Streit um den Urlaub, wer mehr oder weniger arbeitet und wie man das Einkommen aufteilt. Auf der anderen Seite sind wir keine Einzelkämpfer, können uns auch mal unter die Arme greifen und wissen die Patienten gut versorgt, wenn wir nicht da sind. Und betriebliche Feste feiern wir natürlich auch zusammen.

Dr. med. Andreas Michel
17489 Greifswald
E-Mail: praxis@kinderarzt-dr-michel.de

Red.: WH

Missbrauchsbeauftragter Rörig startet neue bundesweite Initiative „Schule gegen sexuelle Gewalt“

Der Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, Johannes-Wilhelm Rörig, hat am 13. September 2016 in Berlin gemeinsam mit den Bundesvorsitzenden Marlis Tepe, Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW), und Udo Beckmann, Verband Bildung und Erziehung (VBE), sowie mit Catharina Beuster, Mitglied im Betroffenenrat beim Unabhängigen Beauftragten, die neue bundesweite Initiative „Schule gegen sexuelle Gewalt“ vorgestellt.

„Schule gegen sexuelle Gewalt“ ist eine Initiative des Missbrauchsbeauftragten der Bundesregierung in Kooperation mit den 16 Kultusministerien. Der erste Länderstart erfolgt am 19. September 2016 in Nordrhein-Westfalen, gemeinsam mit Schulministerin Sylvia Löhrmann. Die weiteren Länder folgen bis Ende 2018.

Sexuelle Übergriffe auf Kinder und Jugendliche

Sexuelle Übergriffe auf Kinder und Jugendliche gehören noch immer zum Grundrisiko einer Kindheit in Deutschland. Fachleute gehen davon aus, dass sich in jeder Schulklasse betroffene Mädchen oder Jungen befinden, die sexuelle Übergriffe erlitten haben oder aktuell erleiden – meist in ihrem sozialen Umfeld (Familie), aber auch in Schulen, Vereinen und anderen Einrichtungen, zunehmend auch durch andere Jugendliche und Kinder und digitale Medien.

Analyse des Runden Tisches

Die Ergebnisse des Runden Tisches „Sexueller Missbrauch“, der 2010 von der Bundesregierung eingesetzt wurde, an dem ich als Vertreter der Kinder- und Jugendärzte teilgenommen habe, haben das ganze Ausmaß dieser schweren Verletzung der Kinderrechte gezeigt und die Politik zum Handeln gezwungen. Die Schilderungen Betroffener, die jahrelang, ja jahrzehntelang geschwiegen haben, weil sie in ihrer Not keine qualifizierten Ansprechpartner gefunden haben, haben uns alle sehr betroffen gemacht. (Den Abschlussbericht von 2011 finden Sie unter <https://beauftragter-missbrauch.de/der-beauftragte/das-amt/>)

Sozialraum Schule niedrigschwellig

Mit der Initiative „Schule gegen sexuelle Gewalt“ sollen die über 30.000 Schulen in Deutschland fachlich unterstützt und ermutigt werden, Konzepte zum Schutz vor sexueller Gewalt zu entwickeln und zum gelebten Schulalltag werden zu lassen. Ziel ist es, Unsicherheiten abzubauen und Mädchen und Jungen durch Maßnahmen der Prävention und Intervention besser zu schützen und ihnen schneller Hilfen anzubieten. Es geht hier nicht um frühen Sexualkundeunterricht in der Grund-

schule, wie jetzt zu Beginn in NRW von konservativen Eltern kritisiert wurde, nein es geht darum, Kinder stark zu machen, sexuelle Übergriffe als solche auch zu erkennen und ihnen Hilfen anzubieten.

„Es gibt an Schulen eine große Unsicherheit im Umgang mit sexueller Gewalt. Viele Lehrerinnen und Lehrer haben Angst vor Falschbeschuldigungen oder wissen nicht, was sie im Verdachtsfall tun können. Schutzkonzepte müssen zu einem Qualitätsmerkmal für Schulen werden. Genau hier setzt die Initiative „Schule gegen sexuelle Gewalt“ an, ohne Schulen unter einen Generalverdacht zu stellen. Schulen haben neben dem Bildungsauftrag auch einen Kinderschutz auftrag. Nur in der Schule sind alle Kinder und Jugendlichen zu erreichen. Ziel der Initiative ist, dass alle Schulen zu Schutz- und Kompetenzorten werden. Mädchen und Jungen, die sexuelle Gewalt in der Familie, im sozialen Umfeld, in Einrichtungen, durch Gleichaltrige und zunehmend auch durch die digitalen Medien erleiden, benötigen Schulen als Orte, an denen sie Schutz und Hilfen finden.“ (Zitat Rörig)

Fazit

Auch wir als in der Kinder- und Jugendmedizin tätige Ärztinnen und Ärzte sind hier gefordert und müssen aufmerksam sein. Ich verweise hierzu auf das Schwerpunktheft 2016 „Kinder- und Jugendschutz“ des BVKJ, in dem Herr Rörig auf den Seiten 10 bis 13 die Situation noch einmal eindringlich dargelegt hat. Wir hoffen sehr, dass sich nach NRW möglichst rasch alle Bundesländer dieser wichtigen Initiative zum Kinder- und Jugendschutz anschließen.

Link: www.schule-gegen-sexuelle-gewalt.de

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

Der Assistentenkongress aus der Sicht der Teilnehmer



Vor 13 Jahren organisierte der Berufsverband für Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) als erstes bundesweites Weiterbildungsangebot für AssistentInnen in der Weiterbildung zum Kinder- und Jugendmediziner einen Assistentenkongress, der seitdem jährlich an wechselnden Orten in Deutschland durchgeführt wird. Der 13. Assistentenkongress fand in München von 07.04.-10.04.2016 statt.

Ergebnisse der Teilnehmerbefragung

1. Fortbildungsurlaub und Kostenübernahme durch Arbeitgeber

Es wurden 153 Meinungsbögen abgegeben. Das entspricht einer Teilnahmequote von **42 Prozent**. Die Frage nach der Unterstützung durch den Arbeitgeber ergab: 50 % der Teilnehmer haben 2 Tage Fortbildungsurlaub erhalten und damit wohl Fortbildungsurlaub für die beiden Werktage des Assistentenkongresses. Nur 16 % der Teilnehmer haben keinen Fortbildungsurlaub erhalten, 10 % einen Tag, 7 % drei Tage und 5 % vier Tage. 12% der Teilnehmer haben somit auch Fortbildungsurlaub für den Samstag und Sonntag erhalten.

76 % der Teilnehmer haben ihre Kosten selbst getragen, 24 % der Teilnehmer haben die Kosten voll übernommen bekommen. Bei den Teilnehmern, die die Kosten selbst getragen haben, hat sich der Arbeitgeber in 49 % der Fälle beteiligt. Damit haben ca. 38 Prozent der Teilnehmer die kompletten Kosten voll selbst getragen. Diese Zahlen haben sich gegenüber der Umfrage 2012 in Dresden nur unwesentlich verändert.

2. Bewertung des Kongresses

Die Bewertung der 19 **Hauptvorträge** ergab mit einer Bewertung von **1,75** auf einer Notenskala von 1 bis 5 wiederum ein äußerst positives Ergebnis. Als besonders gelungen, und dringend erforderlich wurden die Vorträge zur Notfallmedizin, zur Kommunikation und zur Sonographie eingeordnet. Verstärkt in das Programm sollten aufgenommen werden: Kinderurologie, Dermatologie, HNO- und augenärztliche Themen, Antibiotikatherapie, Kinderkardiologie und Früherkennungsuntersuchungen.

Bei den **Sonderseminaren** lagen die Schwerpunkte des Interesses bei der Einführung in die Untersuchungsmethoden wie z. B. EEG, Sonographie, Radiologie und EKG. Das geringste Interesse bestand bei den Themenkreisen aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Fachbereich wie Autismus und Alkohol-Spektrumstörungen, aber auch bei der Entwicklungsdiag-

nostik und sehr stark praxisbezogenen Themen, bei denen aus der Thematik ersichtlich wird, dass sie nur begrenzt für die Weiterbildungsprüfung Erkenntnisse bieten. Die Durchschnittsbewertung der Sonderseminare war mit **1,5** besser als für die Hauptvorträge.

Am besten schnitten mit einer Durchschnittsbewertung von 1,43 die **ganztägigen Kurse** an den verschiedenen Kinder- und Jugendkliniken zu den Themen Sonographie, EEG, EKG, Pneumologie, Reanimation, Neuropädiatrie, Allergologie und Kardiologie. Diese Kurse waren bis auf wenige Plätze komplett ausgebucht.

3. Wer hat teilgenommen?

254 der Teilnehmer haben Angaben zu ihrem **Weiterbildungsstatus** gemacht. Von den Teilnehmern waren **89,8 Prozent** als Weiterbildungsassistenten in **Kliniken**, **10,2 Prozent** in Praxen angestellt. Das ist weitgehend repräsentativ zur realen Verteilung der besetzten Weiterbildungsstellen. 34 % der Teilnehmer waren in den ersten zwei, 48 % im dritten bis fünften, 8 % im 6-10 Weiterbildungsjahr. In letzterer Gruppe sind überwiegend Ärztinnen, die schon bis zu 5 eigene Kinder haben. Der **Anteil der Ärztinnen hat mit 90,6 Prozent** einen neuen Spitzenwert erreicht, spiegelt damit aber deutlich die Realität bei der Besetzung der Weiterbildungsstellen wider.

4. Rahmenprogramm

Die Assistentenkongresse des BVKJ bieten nach dem 8-10-stündigen Tagungsprogramm an einem Abend seit vielen Jahren eine **Stadtrallye** mit Besichtigungen und Erläuterungen durch Führer an 4 markanten Punkten der gastgebenden Stadt und einen Abschlussabend an. Diese beiden Veranstaltungen erhalten mit 1,41 die beste Programmbewertung.

Die beste Bewertung insgesamt erhält jedoch das **Kongressbüro** für den Service im Vorfeld und bei der Tagung mit 1.29. Dafür einen recht herzlichen Dank auch seitens der Organisatoren.

Hinweis: Der 14. Assistentenkongress des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e. V.) findet vom 06. bis 09. April 2017 in Berlin statt. Das Programm wird in der Novemбераusgabe dieser Zeitschrift veröffentlicht. (s. auch unter www.bvkj.de/kongresse)

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid, Vizepräsident des BVKJ, 84503 Altötting, E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de



Prof. Dr.
Ronald G. Schmid

Red.: WH

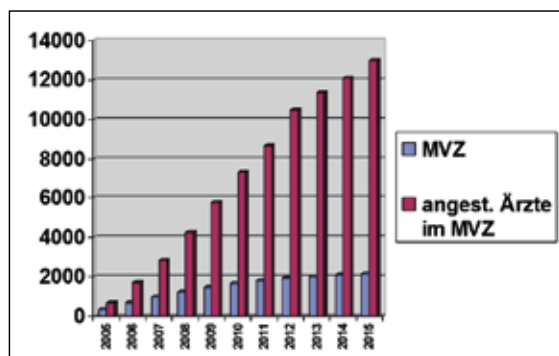
Möglichkeiten der ärztlichen Tätigkeit in der ambulanten Versorgung von Patienten aller Kassen

In einer Serie stellen wir Ihnen die unterschiedlichen Möglichkeiten der ärztlichen Tätigkeit in der ambulanten Versorgung von Patienten aller Kassenarten durch Kolleginnen und Kollegen vor, die entsprechende Versorgungsformen gewählt haben.

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
- Praxisgemeinschaft
- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
- Anstellung
- Praxisnetze
- Zusammenarbeit mit Krankenhäusern
- Jobsharing

Wie haben sich in den letzten 10 Jahren die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) entwickelt?

Auf der Grundlage der von den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellten Daten nachfolgend die Entwicklung der MVZ-Anzahl und der ange-



stellten Ärztinnen und Ärzte im MVZ für den Zeitraum 31.12.2005 bis 31.12.2015:

Die Anzahl der MVZ insgesamt und auch die Anzahl der MVZ, bei denen ein Krankenhaus als Träger beteiligt ist, steigt stetig. MVZ firmieren nahezu ausschließlich in Form einer GmbH bzw. GbR. MVZ in Krankenhausträgerschaft werden vorrangig als GmbH gegründet. Bis 2011 wurden hierunter auch gGmbHs erfasst. Die Anzahl der angestellten Ärzte in den MVZ steigt stetig an, die Anzahl der Vertragsärzte im MVZ ist seit 2014 rückläufig. In den MVZ, die sich in Trägerschaft eines Krankenhauses befinden, arbeiten Ärzte überwiegend im Anstellungsverhältnis.

MVZ arbeiten überwiegend mit „angestellten Ärzten“ oder aber mit „Vertragsärzten und angestellten Ärzten“. MVZ-Gründer entscheiden sich deutlich seltener dafür, ihr MVZ ausschließlich mit Vertragsärzten zu betreiben. Die durchschnittliche Arbeitsgröße der MVZ erhöht sich langsam aber stetig. Zum 31.12.2015 arbeiten die MVZ durchschnittlich mit 6,6 Ärzten.

Am 31.12.2015 waren 424 pädiatrische Kolleginnen und Kollegen in insgesamt 206 MVZ tätig. Die Mitgliederstatistik des BVKJ vom 31.07.2016 weist aus, dass 203 Kolleginnen und Kollegen in einem MVZ angestellt waren, in pädiatrischen Praxen hingegen 723. Die Anzahl von Kolleginnen und Kollegen, die als angestellte Ärztinnen und Ärzte in Praxen arbeiten, nimmt von Jahr zu Jahr auch bei uns Pädiatern deutlich zu.

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

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Entwicklung der Umsätze und Überschüsse aus vertragsärztlicher Tätigkeit 2014

Fachgruppe: Kinder- und Jugendmedizin

Quelle: KBV (<http://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>)

Die KBV hat im August 2016 Zahlen zur Entwicklung der Umsätze und Überschüsse der einzelnen Arztgruppen aus dem Jahr 2014 veröffentlicht. Den Gesamtüberblick über alle Arztgruppen und die Unterschiede in den einzelnen KVen finden Sie unter dem o. g. Link.

Demnach haben die Kinder- und Jugendärzte im Jahr 2014 im Durchschnitt einen **Gesamtumsatz** in Höhe von **220.284 €** (2013 waren es 218.472) je Arzt/Ärztin erzielt. Der **Fallwert** be-

trug im Jahr 2014 57,7 € (gegenüber 56,08 € in 2013). Der durchschnittliche **Überschuss** aus vertragsärztlicher Tätigkeit betrug 2014 **114.774 €** (2013 112.798 €) je Arzt/Ärztin.

Die Zahlen aus 2015 liegen noch nicht vor.

Privateinnahmen, Einnahmen aus sonstigen Leistungen und Einnahmen aus Selektivverträgen, die nicht über eine KV abgerechnet werden, sind bei diesen Zahlen nicht berücksichtigt.

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann, 57223 Kreuztal

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



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

ERGEBNIS

**Wahlen im Landesverband Westfalen-Lippe
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V.
für die Legislaturperiode 2016-2020**

Landesverbandsvorsitzende und Delegierte

Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter Dr. Burkhard Lawrenz, Arnsberg

1. stellv. Landesverbandsvorsitzender und 2. Delegierter Burkhard Frase, Münster

2. stellv. Landesverbandsvorsitzende und 3. Delegierte Karin Geitmann, Hagen

Delegierte

4. Delegierter Dr. Marcus Heidemann, Bielefeld

5. Delegierter Michael Achenbach, Plettenberg

6. Delegierte Dr. Christiane Günther-Ruppert, Lünen

Schatzmeister Dr. Dieter Göhler, Havixbeck

Ersatz-Delegierte

1. Ersatz-Delegierter Dr. Frank-Peter Drobnitzky, Gütersloh

2. Ersatz-Delegierter Dr. Dieter Göhler, Havixbeck

3. Ersatz-Delegierter Dr. Klaus Hante, Borken

4. Ersatz-Delegierter Ingrid Langer, Hamm

5. Ersatz-Delegierter Dr. Markus Elsbroek, Lippstadt

6. Ersatz-Delegierter Marco Guse, Dortmund

7. Ersatz-Delegierter Dr. Jürgen Krüger, Bönen

**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.



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

WAHLAUFRUF FÜR DEN LANDESVENBAND BERLIN

Gemäß der Wahlordnung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. findet in der Zeit vom **14.11.-05.12.2016** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden und seiner Stellvertreter statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **05.12.2016** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

Ich bitte alle Mitglieder im **Landesverband Berlin**, sich an der Wahl zu beteiligen und von ihrem Stimmrecht Gebrauch zu machen.

Klemens Senger, Berlin
Landesverbandsvorsitzender

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).

ISSN 1436-9559

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführerin: Christel Schierbaum, Tel.: (0221) 68909-14, Fax: (0221) 6890978, christel.schierbaum@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@khh-wilhelmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Wiesbaden, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-kliniken.de

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf, Tel.: (0211) 5560838, E-Mail: regine.hauch@arcor.de; Dr. Wolfram Hartmann, Im We-nigen Bruch 5, 57223 Kreuztal, Tel.: (02732) 81414, E-Mail: dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.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 12.867
lt. IVW II/2016

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, Christel Schierbaum, Köln, 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 – **Redaktionsassistentz:** Christiane Daub-Gaskow, Tel.: (0201) 8130-104, Fax: (02 01) 8130-

105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: grafik@schmidt-roemhild.com – **Druck:** ColorDruck Solutions GmbH, Leimen – „KINDER-UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 50 vom 1. Oktober 2016

Bezugspreis: Einzelheft 10,50 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 105,- 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

© 2016. 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.



LA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2016

Highlights aus Bad Orb ● ● ●

Aktuelle Daten aus dem Geburtenregister Mainzer Modell (MaMo)

Fehlbildungen – Häufigkeiten und Risikofaktoren



Priv.-Doz. Dr. Annette
Queisser-Wahrendorf

Dr. Awi Wiesel

Dr. Gabriela Stolz

Angeborene Fehlbildungen werden in Rheinhessen durch eine populationsbezogene Geburtenkohorte seit 1990 aktiv klinisch erfasst und Korrelationen mit anamnestischen Risikofaktoren epidemiologisch ermittelt. Die Basisprävalenz großer Fehlbildungen liegt in aktiven Registern bei ca. 6% (etwa jedes 15. Kind) wenn man Totgeburten und induzierte Aborte in die Analyse einbezieht. Am häufigsten sind das Muskel- und Skelettsystem, das Interne Urogenitalsystem sowie das Kardiovaskuläre Organsystem betroffen. In mehr als der Hälfte der Fälle sind die Ursachen der Fehlbildungen nicht bekannt. Während Faktoren wie z. B. der sozioökonomische Status und mütterliches Rauchen keinen Einfluss auf die Gesamtfehlbildungshäufigkeit haben, werden mögliche Zusammenhänge mit neuen Therapien wie zum Beispiel die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) zur Erfüllung des Kinderwunschs, mit konnatalen Infektionen oder mit der Einnahme von Medikamenten (z. B. Sympathomimetika bei Asthma) diskutiert.

Einleitung

Der zurzeit intensiv diskutierte Zusammenhang zwischen einer mütterlichen Zika-Virus-Infektion und dem Vorliegen eines ausgeprägten Mikrozephalus (mit oder ohne Hirnfehlbildungen) beim Kind machen deutlich, wie wertvoll und notwendig eine valide Fehlbildungserfassung für das Identifizieren von potentiellen teratogenen Agentien und die Ermittlung von Basisprävalenzen ist.

Ein Register ist eine Dokumentation von standardisierten Beobachtungseinheiten zu vorab festgelegten aber erweiterbaren Fragestellungen, für die ein präziser Bezug zur Quellpopulation transparent darstellbar ist. (Definition des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung).

Diesen Vorgaben wird das Mainzer Geburtenregister durch eine prospektive, aktive (Daten werden von speziell dafür ausgebildetem Personal erhoben, dokumentiert und ausgewertet), populationsbezogene und standardisierte Erhebung der Daten gerecht. Die Aufgaben einer Fehlbildungserfassung sind die Ermittlung valider Häufigkeiten, Erfassung zeitlicher und regionaler Trends (Frühwarnsystem/Cluster), Ermittlung von Ansatzpunkten zur Ursachenforschung (Notwendigkeit eines Kontrollkollektivs), Überprüfung von Präventionsmaßnahmen (z. B. perikonzeptionelle Folsäure), Instrument der Qualitätskontrolle (z. B. pränataler Ultraschall) und Basisdaten für gesundheitspolitische Maßnahmen.

Große Fehlbildungen sind Formabweichungen des Körpers, die die Lebensfähigkeit beeinträchtigen und

interventionsbedürftig sind. Sie werden in primäre und sekundäre Malformationen, Dysplasien und Deformationen eingeteilt (Abbildung 1).

Kinder mit angeborenen Fehlbildungen machen etwa ein Drittel aller pädiatrischen stationären Aufnahmen aus. Fehlbildungen sind die häufigste Ursache der neonatalen Mortalität und benötigen häufig intensive lebenslange Behandlungen, die hohe Kosten verursachen. Diese Kinder sind somit eine sehr wichtige Patientengruppe in der Pädiatrie. Die Ursachen für angeborene Fehlbildungen sind nur ungefähr zur Hälfte bekannt und verteilen sich wie folgt:

- Multifaktoriell 20-30%,
- Einzelgendefekt 10-20%,
- Chromosomal 10-15%,
- angeborene Infektionen 2-5%,
- mütterliche Medikamenteneinnahme 1-2%,
- Diabetes mellitus (präexistent) der Mutter 1-2%.

Weiterhin kommen physikalische und chemische Noxen, berufsspezifische Risiken und mütterliche Erkrankungen in der Schwangerschaft in Frage.

Arbeitsweise des Geburtenregister Mainzer Modell (MaMo)

Von den populationsbezogenen Geburten der Region Rheinhessen (95%) werden durch die aktive Surveillance des MaMo anamnestische Faktoren zur Familienanamnese, Sozialanamnese, Daten zum Schwangerschaftsverlauf und allgemeinen Expositionsdaten (z. B. Medikamente, Drogen) erfasst. Die lebendgeborenen Kinder

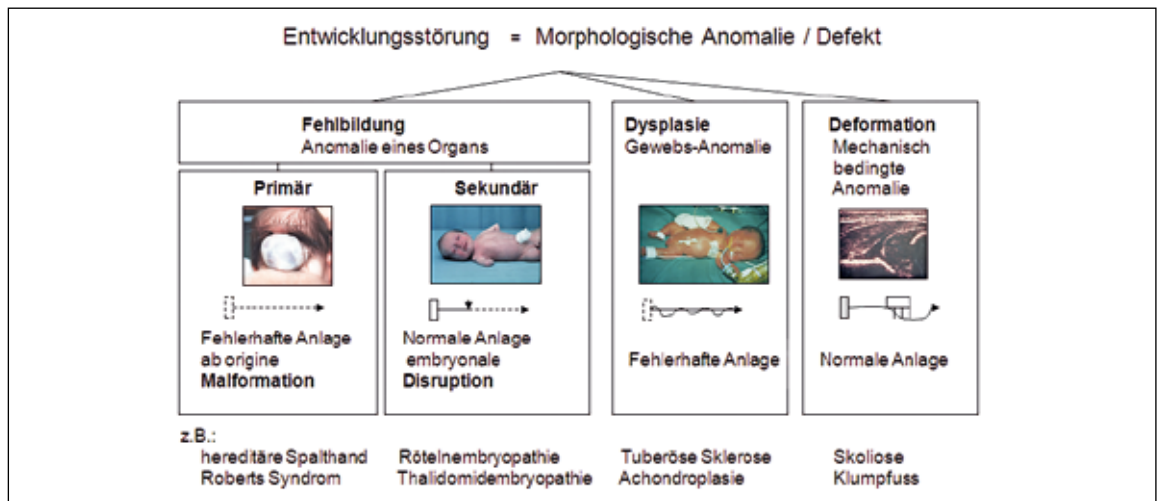


Abb. 1: Strukturelle Defekte pränatalen Ursprungs

(Kinder mit und ohne Fehlbildungen) werden innerhalb der ersten Lebensstage klinisch und sonografisch (Nieren) untersucht. Bei Totgeburten und Aborten werden die Befunde aus der Pathologie bzw. Perinatalmedizin herangezogen. Die hohe Datenqualität des MaMo wird durch eine vollständige, kontinuierliche Erfassung aller Fehlbildungsarten, eine unbeeinflussbare Meldehäufigkeit, die Einbeziehung von Lebendgeborenen, Totgeborenen und Aborten sowie einen eindeutigen Bevölkerungsbezug, standardisierte Untersuchungsverfahren, qualifizierte und speziell ausgebildete Untersucher und ein prospektives Studiendesign gewährleistet.

Ergebnisse

Im Zeitraum 1990 bis einschließlich 2011 wurden 69.621 populationsbezogene Neugeborene (Wohnort in Rheinhessen und Geburtsort Mainz) erfasst.

Von diesen hatten 6,3% mindestens eine große Fehlbildung.

Die diagnosebezogene Darstellung der Fehlbildungsprävalenzen ist der Tabelle 1 zu entnehmen. Dabei ist anzumerken, dass die drei häufigsten Fehlbildungskategorien – Muskel- und Skelettsystem, Internes Urogenitalsystem sowie Kardiovaskuläres System – etwa zwei Drittel aller Fehlbildungen ausmachen.

Ein ausgeprägter Mikrozephalus (< 3. Standardabweichung [SD]= 0,15er Perzentile, oder einfacher < 0,1 Perzentile) – wie er bei den Kindern nach mütterlicher Zika-Infektion auftritt – wird per Definitionem in der Geburtenkohorte bei 1/1.000 Geburten diagnostiziert und somit in Mainz 3-4-mal im Jahr.

Fehlbildungen können einzeln oder gehäuft vorkommen, eine entsprechende Aufschlüsselung ist in Tabelle 2 dargestellt.

Risikofaktoren

Risikofaktoren für Fehlbildungen werden in ursächliche Risikofaktoren (nachgewiesene Kausalzusammen-

Organkategorie	Häufigkeit / 10.000
Muskel- und Skelettsystem	168
Internes Urogenitalsystem	154
Kardiovaskuläres System	127
Chromosomen	59
Gastrointestinaltrakt	52
Zentralnervensystem	43
Externes Urogenitalsystem	43
Gesichtsspalten	34
Auge	9
Ohr	9

Gesamtfehlbildungsprävalenz: 6,3%

Tab. 1: Prävalenz großer Fehlbildungen im MaMo (diagnosebezogene Verteilung)

Fehlbildungen	%
Einzelfehlbildungen	68,2
Kombinationsfehlbildungen ¹	8,7
Multiple Fehlbildungen ²	6,2
Nicht-chromosmale Syndrome	8,6
Chromosomale Syndrome	8,3
Gesamt	100,0

¹ : <1 Fehlbildung einer Organkategorie

² : Fehlbildungen in mehr als Organkategorie ohne chromosomale / syndromale Zuordnung

Tab. 2: Fehlbildungskombinationen im MaMo

hänge, z. B.: toxische Substanzen) und konjunktionale Risikofaktoren (Faktoren, die mit Fehlbildungen assoziiert sind, z. B.: Frühgeburtlichkeit, Hydramnion) eingeteilt. Die wichtigsten Risikofaktoren für Fehlbildungen sind in der Tabelle 3 aufgeführt.

Das OR (odds ratio) gibt hier die Risikoerhöhung an. So bedeutet z. B. ein OR von 1,4 einen Anstieg um 40% auf das 1,4-fache, bzw. 0,7 einen protektiven Effekt von - 30%. Das 95-% Konfidenzintervall gibt die Signifikanz an. Ist die 1 nicht beinhaltet so gilt der Wert als signifikant, entsprechend eines p-Wertes von $< 0,05$ Irrtumswahrscheinlichkeit. Rauchen, Adipositas und niedriger sozio-ökonomischer Status sind somit keine Risikofaktoren für angeborene Fehlbildungen.

Intra-Cytoplasmatische-Spermien-Injektion (ICSI) als Ursache von Fehlbildungen

Im Zeitraum von 1993 bis 2012 (Gesamtkollektiv 61.801 Kinder; das erste Kind nach ICSI wurde 1993 in Mainz geboren) wurden 3.058 Neugeborene (4,95%) nach einer Sterilitätsbehandlung geboren. Bei 55% der Mütter wurde eine Hormonbehandlung und in 4% eine Insemination durchgeführt. In 41% erfolgte die Konzeption durch ART (Artifizielle Reproduktive Techniken: ICSI und IVF (In-Vitro-Fertilisation)). Der Abbildung 2 ist zu entnehmen, dass die Anzahl der rein hormoninduzierten Konzeptionen abnimmt und die Konzeptionen nach ICSI zunehmen.

Im Vergleich mit den Daten des Deutschen IVF-Registers zeigt sich kein Hinweis für eine Untererfassung. Die Hinwendung zu ICSI als häufigste invasive Methode seit ca. 2006 ist ebenfalls zu erkennen.

Im Vergleich mit den spontan entstandenen Schwangerschaften (0,5% Totgeborene (TG), 1,3% Aborte > 16 . SSW (A)) sind diese bei den Konzeptionen nach ART vermehrt zu beobachten (ICSI: 1,1%TG und 2,7% A; IVF: 1,4% TG und 4,8% A).

Die Fehlbildungsprävalenz, die im Kollektiv der Spontankonzeptionen bei 6,3% liegt, beträgt im IVF-Kollektiv 7,2% und im ICSI-Kollektiv 11,2% und ist somit insbesondere für die Kinder nach ICSI deutlich erhöht.

Der Tabelle 4 ist zu entnehmen, dass sich die ICSI- und IVF-Kollektive in ihrer Zusammensetzung nicht signifikant unterscheiden und somit keine ICSI-spezifische Selektion für die erhöhte Fehlbildungsprävalenz ursächlich verantwortlich ist. Zur Identifikation möglicher weiterer Risikofaktoren (Confounder) wurden logistische Regressionen durchgeführt. Die erhöhte Fehlbildungsrate konnte nicht durch andere Risikofaktoren für Fehlbildungen erklärt werden.

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass die Konzeption nach ICSI, ein unabhängiger und beständiger Risikofaktor für Fehlbildungen beim Kind ist und die Fehlbildungsprävalenz signifikant erhöht ist (OR 1,8; KI 1,4-2,4).

Die Ursache der erhöhten Fehlbildungsprävalenz nach ICSI ist bis heute nicht geklärt.

Als mögliche Ursachen wird die Methode selbst diskutiert. Zwar zeigt die zeitliche Betrachtung über die 20 Jahre so etwas wie einen „Lerneffekt“ und eine Verbesserung bei der Fehlbildungshäufigkeit. Es verbleibt jedoch immer noch ein erhöhtes Risiko.

Eine adäquate Begleitung der Paare, die eine qualifizierte genetische Beratung und ausführliche Aufklärung beinhaltet, ist entsprechend erforderlich.

Auswahl relevanter Risikofaktoren		Odds Ratio	95%-Konfidenzintervall	
Kausal	Antiepileptika-Einnahme	2,6	1,5 – 4,4	
	mütterlich	Sympathomimetika-Einnahme	2,2	1,1 – 4,4
		Alkoholabusus	2,0	1,1 – 3,9
		Diabetes mellitus	1,5	1,1 – 2,3
		Alter (≥ 35 Jahre)	1,1	1,0 – 1,2
		Rauchen	1,0	0,9 – 1,1
anamnestisch		Adipositas	0,9	0,8 – 1,1
		Konsanguinität	2,7	2,0 – 3,7
		Fehlbildungen in der Familie	2,0	1,7 – 2,3
		Niedriger sozio-ökonom. Status	1,1	0,9 – 1,2
	Konjunktionale	Gestationsalter < 32 .SSW	6,9	6,1 – 7,8
Polyhydramnion		4,7	3,5 – 6,5	
Oligohydramnion		2,2	1,7 – 2,7	

Tab. 3: Ursächliche und konjunktionale Risikofaktoren für kindliche FB im MaMo; n = 61.801, 1993 - 2012

Pädiatrische Versorgungssysteme in Europa: Vielfalt bewahren – Versorgungsstandards harmonisieren, Teil 1

Die Pädiatrie ist in den 53 europäischen Ländern sowohl durch sinnvolle Unterschiede als auch durch überflüssige Tradition und Variation bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen gekennzeichnet. Die European Paediatric Association – Union of National Paediatric Societies and Associations (EPA/UNEPSA) verfolgt die Strategie, unnötige Variabilität abzubauen, indem sie Brücken zwischen den nationalen Systemen baut und Verbindungen zwischen medizinischen und nicht-medizinischen Organisationen herstellt. EPA/UNEPSA Projekte versuchen, die Unterschiede der verschiedenen Gesundheitssysteme über Landesgrenzen auf verschiedenen Gebieten transparent zu machen. Die vorliegende Übersicht beschreibt Grundlagen der pädiatrischen Versorgungssysteme in Europa, ihre Zukunft und die Hindernisse bei der Umsetzung von Theorie in die Praxis sowie Diskussionsthemen von EPA/UNEPSA der Jahre 2009 bis 2015.

1. Teil: Zur Notwendigkeit der Harmonisierung von Behandlungsstandards im Orchester der pädiatrischen Versorgung Europas

Einleitung

Über pädiatrische Versorgungssysteme verschiedener europäischer Länder zu lesen ähnelt der Lektüre eines Reiseführers zur Vorbereitung einer anstehenden Reise. Beide bieten Informationen über die Geographie, die Geschichte, die Demographie, die Ökonomie, die Technologie und vor allem über das Verhalten und die Kultur der Menschen in den fremden Ländern. Unterschiede können sowohl inspirieren als auch irritieren. Es können Klischees und Vorurteile entstehen, die schon in der Geschichte zu Krisen beigetragen haben. Verschiedenheit zu akzeptieren heißt zu verstehen, dass jede Nation und jedes Volk einzigartig sind. Diese Einzigartigkeit konkretisiert sich in der Mentalität, der ethnischen Zugehörigkeit, dem Geschlecht, der Kultur, dem sozioökonomischen Status, der Religion, der politischen Überzeugung und dadurch auch in der medizinischen Versorgung.

Nach der Definition der Weltregionen gehören laut WHO 53 Länder zu Europa, d. h. neben den auf dem geographisch definierten Kontinent liegenden Ländern gehören auch Israel, die Türkei und alle ehemaligen GUS-Staaten zur Region Europa. Folglich gilt das auch für EPA/UNEPSA. Die Pädiatrie ist in den 53 europäischen Ländern sowohl durch sinnvolle Unterschiede als auch durch überflüssige Tradition und Variation bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen gekennzeichnet.

Vor diesem Hintergrund wurden 1976 die European Paediatric Association – Union of National Paediatric Societies and Associations (EPA/UNEPSA) unter der Federführung von Prof. Klaus Betke, München, und Prof. Bertil Lundquist, Stockholm, als Dachorganisation aller nationalen pädiatrischen Gesellschaften Europas gegründet (Tab. 1a-c) (Abb. 1-2) (1,2). Das zentrale



Abb. 1: Prof. K. Betke (1914 – 2011), einer der Gründer der EPA/UNEPSA, an seinem 95. Geburtstag



Prof. em. Jochen H.H. Ehrich¹

Ulrike Grote¹, MPH

Prof. Dr. Andreas Gerber-Grote^{2,3,4}

Prof. Dr. Hans Michael Straßburg^{5,6}

¹ Kinderklinik, Medizinische Hochschule, Hannover

² European Paediatric Association – Union of National Paediatric Societies and Associations (EPA/UNEPSA), Berlin

³ Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur, Schweiz

⁴ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Köln

⁵ Kinderklinik, Julius Maximilians Universität, Würzburg

⁶ Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, Berlin



Abb. 2: Logo der EPA/UNEPSA

Anliegen von EPA/UNEPSA ist es, die wissenschaftliche Zusammenarbeit zwischen den not-for-profit ausgerichteten nationalen pädiatrischen Gesellschaften und den Kinderärztinnen und Kinderärzten aller Versorgungsstufen in Europa zu stärken, um so die Gesundheit der Kinder zu verbessern und umfassende pädiatrische Versorgung zu fördern (Tab. 2).

EPA/UNEPSA verfolgt die Strategie, unnötige Variabilität abzubauen, in dem sie Brücken zwischen den

nationalen Systemen baut und Verbindungen zwischen medizinischen und nicht-medizinischen Organisationen herstellt. EPA/UNEPSA vermittelt damit Wissen über Länder- und Institutionsgrenzen hinweg und bietet während der alle zwei Jahre stattfindenden Kongresse „EUROPAEDIATRICS“ ein Forum für die Diskussion der nationalen Besonderheiten (Idiosynkrasien) mit den Präsidenten nationaler pädiatrischer Gesellschaften.

EPA/UNEPSA führt mittels Fragebögen und zusammen mit nationalen Experten seit 15 Jahren europaweite Studien zu den pädiatrischen Versorgungssystemen durch und publiziert die Daten vorwiegend im Journal of Pediatrics. Das Hauptziel aller Aktivitäten ist die Umsetzung von der Theorie in die Praxis. Die Projekte kreisen stets darum, alle Experten und Meinungsmacher auf dem jeweiligen Gebiet der Kindergesundheit anzusprechen und bei Entscheidungsprozessen einzubeziehen.

1. Die Generation der Pioniere: Die European Paediatric Association (EPA), vormalig Union of the National European Paediatric Associations and Societies (UNEPSA), wurde von Klaus Betke (Abb. 1), dem vormaligen Direktor (1967-1983) des Dr. von Haunerschen Kinderspital in München, in Zusammenarbeit mit Bertil Lindquist aus Schweden im Jahr 1976 gegründet. Diese beiden herausragenden europäischen Kinderärzte der Mitte des vorigen Jahrhunderts können zu Recht als Väter der EPA/UNEPSA (Abb. 2) bezeichnet werden.

Im Jahr 1987 fassten Betke und Lindquist am Ende ihrer internationalen Laufbahn zusammen, dass mehrere Meilensteine der Weiterentwicklung der europäischen Kinderheilkunde in den ersten 10 Jahren erreicht worden waren. Hierzu gehörte zunächst vor allem die Integration der europäischen Kinderheilkunde in die weltweite Kinderheilkunde, wie sie bereits damals durch die International Paediatric Association (IPA) vertreten wurde. Des Weiteren war ein intensiver Kontakt der europäischen Kinderärzte auf der Ebene der nationalen Präsidenten und ihrer Vorstände erreicht worden. UNEPSA verstand sich zum damaligen Zeitpunkt nicht als eine Art „Europäische Gesellschaft für Kinderheilkunde“, sondern als ein übergeordnetes Bindungsglied (engl. „Union“) aller europäischen pädiatrischen Vorstände (engl. „Councils“) aus den Bereichen primäre, sekundäre und tertiäre Kinderheilkunde sowie deren angrenzender Gebiete. EPA/UNEPSA war und ist Verbindungsglied zu den übergeordneten Organisationen wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dem Council of Europe (CoE) und der IPA, und ist dort mit zwei Repräsentanten vertreten. Ein dritter Meilenstein der Entwicklung bestand in der Schaffung eines kontinuierlichen Diskussionsforums für unterschiedliche pädiatrische Versorgungsstrukturen in Europa.

2. Die zweite Generation: Im Jahr 1986 übernahm Professor Eberhardt Schmidt aus Düsseldorf die Position des Generalsekretärs und führte zusammen mit Jean Rey aus Frankreich sowie anschließend Timothy Chambers aus Großbritannien die Geschicke der UNEPSA sehr erfolgreich bis 1994. In dieser Zeit wurde eine eigene wissenschaftliche Zeitschrift gegründet, die sich leider nicht durchsetzen konnte, und es fanden jährliche Kongresse zu spezifischen Fragen der Kinderheilkunde statt, die sich insbesondere mit Herausforderungen der Protektion, Prävention, Provision und Perspektiven in der Kinderheilkunde befassten.

3. Die dritte Generation: Von 1994 an etablierten Armido Rubino aus Neapel, Jochen Ehrlich aus Hannover, Manuel Katz aus Beer Sheva und Jan Janda aus Prag sowie Gerhard Gaedicke aus Berlin eine neue Kommunikationsbasis unter Verwendung einer eigenen Homepage (<http://www.EPA-UNEPSA.org/>), die mit den Websites der meisten angeschlossenen nationalen Gesellschaften verlinkt ist. Der regelmäßig erscheinende Newsletter (<http://www.EPA-UNEPSA.org/newsletters>) wird vom Vizepräsidenten der EPA, Julije Mestrovic aus Split, bearbeitet.

Ein weiterer Schwerpunkt der EPA/UNEPSA ist die Fortbildung der Allgemeinpädiater auf dem alle zwei Jahre stattfindenden europäischen Kinderärztekongress geworden. Der Name „EUROPAEDIATRICS“ wurde von Professor Johannes Brodehl aus Hannover vorgeschlagen. Die Europaediatrics-Kongresse begannen im Jahr 2000 in Rom mit 1700 Kongressteilnehmern. Der letzte Kongress im Jahr 2015 war in Florenz. Der nächste Europaediatrics Kongress wird vom 7. bis 11. Juni 2017 in Bukarest stattfinden (<http://www.EPA-UNEPSA.org>).

EPA/UNEPSA fühlt sich allen Kindern im ganzen geographischen Europa verpflichtet, insbesondere aber auch denjenigen Kindern (vornehmlich in Osteuropa), die noch keinen Zugang zur Hochleistungsmedizin haben. In Zusammenarbeit mit allen Kinderärzten und ihren fachspezifischen kinderärztlichen Organisationen nimmt EPA diese große Herausforderung an und strebt eine kooperative und konstruktive Zusammenarbeit aller europäischen Pädiater an. Die europäischen Kinderärzte sprechen leider noch nicht mit „einer Stimme“ und werden zu selten von den Meinungsmachern in Medien und Politik gehört. EPA/UNEPSA will somit die „Stimme der Kinder und ihrer Behandler“ sein. Die Mitgliedschaft in der EPA/UNEPSA ist den nationalen Kinderarztgesellschaften vorbehalten, und alle in Praxis, Krankenhaus oder öffentlichem Gesundheitswesen Europas tätigen kinderärztlichen Mitglieder nationaler pädiatrischer Gesellschaften sind automatisch auch Mitglied der EPA/UNEPSA.

Tab. 1a: Kurze geschichtliche Übersicht zur European Paediatric Association - Union of National Paediatric Societies and Associations (EPA/UNEPSA)

hen. Prinzipiell lassen sich vor allem erhebliche qualitative Unterschiede zwischen der Versorgung in nord- und mitteleuropäischen Ländern im Vergleich zu den südlichen Ländern und vor allem den osteuropäischen Ländern erkennen.

Grundlagen pädiatrischer Versorgungssysteme

Vier Grundelemente bilden das Rückgrat der pädiatrischen Versorgungssysteme und die Themen für den wissenschaftlichen Austausch zwischen den Kinderärzten: **Wissen, Technologie, Fürsorge und ethische Werte**. Auch wenn die Art, die Qualität und das Zusammenspiel dieser vier Elemente je nach Situation in den Ländern variieren kann, ist jedes Element im Bereich der Kinderheilkunde präsent. Die **ethischen Werte** sind oft ein vernachlässigtes Element der Systemforschung

zur Kindergesundheit. Eine gute **Kommunikation** zwischen dem medizinischen Personal und den Patienten ist die Grundlage einer erfolgreichen Gesundheitsversorgung. Das Ergebnis in der Kindergesundheit beruht nicht nur auf der Qualität medizinischer Behandlungsmethoden, sondern zum großen Teil auf der Qualität ärztlicher Kooperation mit den kranken Kindern und ihren Familien. **Das Recht der Kinder auf Gesundheit und die vom Europarat geforderten Kriterien kindgerechter Schutz, Prävention, Partizipation und medizinische Versorgung bilden die juristischen Grundlagen für die Anpassung der Versorgungssysteme an internationale Maßstäbe.**

Auf europäischer Ebene stellt die Kommunikation der Kinderärzte untereinander in Ost und West eine besondere Herausforderung dar. Einerseits besteht auf westlicher Seite ein Defizit an Wissen über die Situation in osteuropäischen Polikliniken und Krankenhäusern.

Länder			
1	Österreich	26	Zypern
2	Belgien	27	Irland
3	Frankreich	28	Luxemburg
4	Deutschland	29	Serbien
5	Vereinigtes Königreich	30	Slowakei
6	Italien FIMP	31	Slowenien
7	Italien SIRP	32	Kasachstan
8	Italien (Societa Italiana)	33	Albanien
9	Spanien	34	Armenien
10	Niederlande	35	Aserbeidschan
11	Russland	36	Bosnien-Herzegowina
12	Russland Academy of Paediatrics	37	Bulgarien
13	Schweden	38	Estland
14	Turkei TPaed Association Ista	39	Georgien
15	Turkei Millipaditr Ankara	40	Kosovo
16	Schweiz	41	Lettland
17	Dänemark	42	Litauen
18	Finnland	43	Mazedonien
19	Israel	44	Rumänien 1 Societa Romania
20	Portugal	45	Rumänien 2
21	Tschechische Republik	46	Kirgistan
22	Griechenland	47	Usbekistan
23	Ungarn	48	Ukraine
24	Polen	49	Montenegro
25	Kroatien	50	Moldawien

Tab. 1b: Mitgliedsländer und Mitgliedsgesellschaften von EPA/UNEPSA (in Reihenfolge der Mitgliedsdauer)

1. Erarbeitung von Netzstrukturen und Katalysator für die pädiatrischen Fachverbände in Europa
2. Versuch, die Lücke der Qualität von Kindergesundheit zwischen den Mitgliedsländern zu schließen
<ul style="list-style-type: none"> • zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Pädiatrie • zwischen kinderärztlicher Vorsorge und allgemeinärztlicher Vorsorge und • zwischen Qualitätsunterschieden der pädiatrischen Weiterbildung
3. EPA/UNEPSA verfolgt die nachfolgenden Strategien
<ul style="list-style-type: none"> • Ausweitung und Verteilung des Wissens und der Datensammlung durch Erforschung der Unterschiede in den Gesundheitssystemen • Beginn eines Dialoges bzw. einer Debatte zwischen den Meinungsführern • Lernen ohne Berücksichtigung der Grenzen und • Übertragung der theoretischen Erkenntnisse in die Praxis
4. Forschungsaktivitäten der EPA/UNEPSA
<ul style="list-style-type: none"> • Demographie der kinderärztlichen Versorgungsstrukturen in Europa (paediatric care) • Demographie der allgemeinen Gesundheits-Versorgungsstrukturen in Europa (child health care) Europa • Präventive Gesundheitsversorgung von Kindern in Europa • Grenzüberschreitende pädiatrische Versorgung in Europa • Pädiatrische Grundversorgung • Kinderkrankenhausstrukturen in Europa • Hochspezialisierte pädiatrische Kompetenzzentren in Europa • Sonstiges

Tab. 1c: Ziele der EPA/UNEPSA

Vermittlung
1. der Epidemiologie von Kinderkrankheiten in Europa
2. von internationaler Lehrmethoden durch internationale Experten
3. der Kooperation zwischen europäischen Kinderärzten verschiedener Länder
4. des Transfers von internationalen Standards auf nationale Ebenen
5. des Übertragens von Evidenz-basierten Fakten in die Praxis

Tab. 2: EUROPAEDIATRICS: Inhalte und Ziele der Kongresse der EPA/UNEPSA (7)

Andererseits gibt die auf östlicher Seite bestehende Kluft zwischen nationalen politischen Strategien und Praktiken und internationalem Standard an Wissen und Erfahrung Anlass zur Sorge. Dies stimmt umso bedenklicher, wenn die Wissenslücken damit einhergehen, dass die osteuropäischen Systeme nicht mit den aktuellen Behandlungsstandards des Westens Schritt halten können, und wenn die Rechte der Kinder nicht ausreichend beachtet werden.

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts ist **Globalisierung** das Schlagwort und die globale medizinische Versorgung bedeutet Versorgung mit Informationen und standardisierter Gesundheitsversorgung für alle. Noch vor 50 Jahren war die internationale Gesundheitsversorgung alleinige Domäne der WHO und selten im Fokus von kooperierenden Regierungen oder Nicht-Regierungsorganisationen. Dies hat sich inzwischen deutlich geändert.

Im interkulturellen Bereich waren Pädiater seit jeher für Verständnisschwierigkeiten aus zwei Richtungen anfällig: Je nach Herkunftsland waren sie zum einen zu stark den Sichtweisen der eigenen Kultur verhaftet und zum anderen wurden ihnen politische Dogmen aufgezwungen, die zu Barrieren zwischen ihnen und anderen Kulturen führten. Erst ein universeller Zugang zu medizinischen Informationen kann einen positiven Effekt auf die Qualität der pädiatrischen Versorgung in allen Ländern haben. Insbesondere internationale Kongresse fördern das Verständnis für Andersartigkeit und beleuchten Unterschiede in der Politik und Praxis der gesundheitlichen Versorgung in den verschiedenen Ländern. Aber warum haben beispielsweise Präventions- und Screeningmaßnahmen in den einzelnen Ländern einen unterschiedlichen Stellenwert? Warum unterscheiden sich die Impfk-

lender in den Ländern, obwohl die gleichen Impfstoffe verwendet werden? Warum ist die Morbidität der unter 14-Jährigen in Europa immer noch so unterschiedlich? Warum gibt es noch erhebliche Unterschiede bei der Säuglingsmortalität, bei den Ergebnissen der Frühgeborenen-Betreuung oder der Behandlung onkologischer Krankheiten?

Eine EPA/UNEPSA Umfrage ergab, dass 2013 viele europäische Pädiater unzureichenden Zugang zu medizinischen wissenschaftlichen Zeitschriften oder elektronischen Datenbanken für medizinische Fachliteratur hatten. Weiterhin verfügten im Jahre 2013 viele osteuropäische Pädiater noch immer nicht über genügend finanzielle Ressourcen, um an internationalen Kongressen teilzunehmen. Auch die Englischkenntnisse waren vor allem bei süd- und osteuropäischen Kinderärzten nicht ausreichend, um englischsprachige Literatur zu lesen oder um mit ausländischen Kollegen per E-Mail zu kommunizieren.

Im Jahre 2013 gab es keine europaweit einheitliche Definition für die Facharztausbildung und Akkreditierung von Pädiatern. Nationale Leitlinien für die Facharztausbildung zeigten gravierende und manchmal überflüssige und vermeidbare Unterschiede. Ein drei Jahre andauernder gemeinsamer Ausbildungsweg (sog. Common Trunk), gefolgt von zwei oder drei Jahren Weiterbildung in einem speziellen Gebiet der Pädiatrie, wurde nicht von allen europäischen Ländern angeboten. Die Forderung, dass ein Spezialtraining in den einzelnen pädiatrischen Subdisziplinen in spezialisierten Kompetenzzentren stattfinden sollte, wurde in vielen Ländern nicht erfüllt. Auch die Art der praktischen und theoretischen Weiterbildung wies große Unterschiede zwischen den Nationen auf. Es gibt vermehrt Daten über die Wirksamkeit und Effizienz verschiedener Lehr- und Lernmethoden im Gesundheitswesen. Vorträge und Seminare allein haben wenig Effekt und wirken erst nachhaltig in Kombination mit anderen Ansätzen, wie z. B. praktischen Übungen, um die Behandlungsqualität der Patienten zu verbessern. Diese Erkenntnisse sollten bei der Planung von Postgraduierten-Weiterbildung und Kongressen grundlegend sein, um ihre Effektivität und ihren Nutzen zu erhöhen.

Wie sieht die Zukunft der pädiatrischen Versorgung in Europa aus?

Es steht außer Zweifel, dass akademische pädiatrische Gesellschaften dazu beigetragen haben, ein höheres Niveau der pädiatrischen Versorgung in Europa zu erreichen. Was jedoch sind die gemeinsamen Ziele aller pädiatrischen Gesellschaften, die in den nächsten Jahren erreicht werden sollten? Was haben die führenden europäischen Pädiater bislang gemeinsam erreicht und was sind ihre Wünsche für die Zukunft? Unserer Meinung nach sollten Pädiater nicht versuchen, sich ein Monopol in der Behandlung von Kindern zu schaffen, sondern stattdessen Standards für die pädiatrische Versorgung festzulegen und aktiv mit anderen Berufsgruppen und Patientenorganisationen zusammen-

zuarbeiten. Denn insbesondere durch die Akademisierung der Gesundheitsberufe entstehen neue Möglichkeiten zur Zusammenarbeit und zur Steuerung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Bei der primären Versorgung sollten Pädiater bereit sein, multidisziplinäre Teams mit Allgemeinärzten und lokalen Gesundheits- und Krankenpflegern, Hebammen und Vertretern der Heilmittel-Erbringer für die ambulante Versorgung zusammenzustellen und zu leiten (Beispiel Schweden). Bei der tertiären Versorgung sollten sich pädiatrische Fachärzte auf die Diagnose und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit seltenen und schweren Erkrankungen fokussieren und aktiv mit Kollegen der sekundären Versorgungsstufe in allgemeinen Krankenhäusern zusammenarbeiten, damit eine medizinische Versorgung auch heimatnah für Patienten möglich wird. Diese Kooperationsstrategie muss den Bereich der Ko-Morbidität vor allem im psycho-sozialen Bereich berücksichtigen, die über die spezielle medizinische Versorgung hinausgeht und auch die Unterstützung der Eltern und Geschwister der Patienten umfasst. Durch die stärkere Integration von Rehabilitationszentren (Sozialpädiatrische Zentren und Rehabilitationseinrichtungen) für Kinder und Jugendliche können Lücken in der Versorgung geschlossen werden, nachdem sich die Kinder komplexen medizinischen Interventionen unterzogen haben. Im Gegensatz zum deutschsprachigen Raum haben sich Rehabilitationszentren für Kinder und Jugendliche nicht in allen europäischen Ländern etabliert und die allgemeine Anwendung der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation ist ein wichtiger Diskussionspunkt.

Aus europäischer Sicht sollten sämtliche Maßnahmen zur Etablierung einer familienfreundlichen Gesundheits-Versorgung klar definiert und von allen Ländern akzeptiert werden. Dabei ist es äußerst wichtig, eine Fragmentierung der pädiatrischen Versorgungssysteme zu vermeiden. Die klassische Organisationsstruktur von primärer, sekundärer und tertiärer Versorgung bedarf einer Neu-Formulierung mit klarer Zuweisung der Behandlungsebenen und der Behandlungsnetzwerke im Sinne eines „case management“. Beispielweise könnte ein erfolgreicher Ansatz für die Versorgung schwerstkranker Kinder oder Kinder mit seltenen Erkrankungen darin bestehen, dass die zentrale Organisation, Koordination und Entscheidung der Behandlung in Spezialzentren stattfindet und dass für Kinder zusätzlich eine dezentrale Behandlung ermöglicht wird, ohne dabei zu Informationsverlusten zu führen. Der Konsens aller Beteiligten im pädiatrischen Versorgungssystem sollte auf guter klinischer Führung („good clinical leadership“) und Steuerung („good governance“) sowie auf gemeinsamen Werten, standardisierten Protokollen und kompetenten Pädiatern beruhen, die in einem komplexen pädiatrischen Versorgungssystem zusammen arbeiten, das sich durch interne und externe Qualitätskontrollen auszeichnet.

Wo liegen die Hindernisse für neue und überregionale Konzepte?

Es gibt eine Anzahl von Einschränkungen für die lokale, nationale und internationale Kooperation. Bereits 1989 stellten die Kulturanthropologen E. T. Hall und M. Hall in ihrem Werk „Understanding Cultural Differences“ fest, dass Wissenschaftler im interkulturellen Bereich besonders anfällig für Verzerrungen der Sichtweise sind (3). Unterbewusst schauen sie auf andere Kulturen durch Augen, die bereits seit Generationen konditioniert wurden, Dinge in einem bestimmten Licht zu sehen. Es ist nicht einfach, Verhalten einer Kultur auf eine andere Kultur zu übertragen. Auch für Pädiater gibt es daher keine bessere Möglichkeit, kulturelle Differenzen zu verstehen, als selbst im Ausland studiert oder gearbeitet zu haben. Kultur ist im Wesentlichen national oder zumindest regional und nicht international. Kultur basiert auf verbaler Kommunikation, auf Verhaltensweisen und der Verfügung über materielle Güter, die sich in den Ländern stark unterscheiden. Nach neun Jahren intensiver Forschung zu den Unterschieden, die in der Medizin in Großbritannien, den Vereinigten Staaten von Amerika, Frankreich und Deutschland existieren, kam Lynn Payer in ihrem Buch „Medicine and Culture“ zu dem Schluss, dass diese Unterschiede auf dem einzigartigen nationalen Charakter bzw. den Eigentümlichkeiten und nicht so

sehr auf wissenschaftlichen Ergebnissen basieren (4). Auch Pädiater neigen zum Glauben, dass jegliche Abweichung einer Nation von der medizinischen Norm nur deshalb auftritt, weil dieser Nation kollektiv das nötige Wissen, die Ressourcen, die Organisation oder der Wille fehlen. Diese Sichtweise ließe annehmen, dass jede Nation für das gleiche Ziel arbeite, manche Länder jedoch weniger erfolgreich als andere. Stattdessen kommt Payer zu der Schlussfolgerung, dass selbst bei unbegrenzten finanziellen Ressourcen die individuellen Ziele aufgrund unterschiedlicher Prioritäten variieren würden.

Die Rolle der EPA/UNEPSA

Aufbauend auf den oben genannten Überlegungen hat die EPA/UNEPSA mit Beginn der 1990er Jahre angefangen, die praktischen Seiten der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Europa zu untersuchen. Im Jahre 1989 sollte erstmals herausgefunden werden, wie viele Pädiater in Europa tätig waren und wie viele davon zumindest theoretisch für internationale Kooperation und Studien herangezogen werden könnten. Zusammengerechnet ergab sich, dass ungefähr 200.000 Pädiater/innen in 53 verschiedenen Ländern arbeiten und für ca. 200 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sorgen. Das Verhältnis von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten zu

den in Krankenhäusern klinisch tätigen lag bei 50:50. Weniger als 10% aller akkreditierten Pädiater arbeitete nicht mehr im kinderärztlichen Bereich.

Der Anteil an Kindern und Jugendlichen in Europa, die im Rahmen der Grundversorgung von nicht-pädiatrischen Allgemeinmedizinerinnen gesehen werden, war sehr unterschiedlich. In den 1990ern wurden

zunächst drei verschiedene Modelle der primärärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen identifiziert: 1. Das pädiatrische System, in dem 75% aller primärärztlichen Versorgung durch einen Pädiater erfolgte. 2. Das kombinierte System, in dem die Versorgung zwischen Pädiatern und nicht-pädiatrischen Allgemeinärzten zu 50:50 geteilt war. 3. Das nicht-pädiatrische Allgemeinarzt-System, bei dem 75% aller primärärztlichen Versorgung durch den allgemeinen Hausarzt erfolgte. 2015 zeigte sich jedoch, dass es in Europa jetzt ein größeres Spektrum als nur diese drei Modelle gab. Einige Länder hatten weiterhin ein reines Solo-Allgemeinarzt-Modell ohne Pädiater (z. B. Irland). In anderen Ländern hatte sich dies zu multidisziplinären Teams weiterentwickelt, die den ambulanten pädiatrischen Patienten durch Allgemeinärzte, Pädiater, weiter gebildetes Pflegepersonal (z. B. nurse practitioners), Psychologen usw. in einer zentralen Anlaufstelle versorgten (z. B. Schweden). Vierzehn Länder hatten sich insgesamt von einem rein pädiatrischen System zu einem nicht-pädiatrischen Allgemeinärztesystem entwickelt (z. B. Serbien und Mazedonien). Die Hälfte der Präsidenten der nationalen Kinderarztgesellschaften dieser Länder berichtete eine Verschlechterung der Versorgungsqualität durch diese – maßgeblich von der Weltbank – initiierten Änderungen. Andere Länder hatten keine Veränderungen vorgenommen und versorgten Kinder und Jugendliche weiterhin hauptsächlich durch Pädiater (z. B. in Italien bis zum Alter von sechs Jahren), bzw. durch pädiatrische Polikliniken bis zum Alter von 18 Jahren (Russland). Interessanterweise waren diese Veränderungen in den letzten 15 Jahren nicht nur durch den Zerfall der Sowjetunion oder die Wirtschaftskrise 2008 zu erklären, sondern auch durch die Bereitschaft, das vorhandene Gesundheitssystem gezielt zu verändern und die Gesundheitsversorgung angesichts der wachsenden Anforderungen, wie z. B. durch die „new morbidities“ oder chronische und seltene Erkrankungen, anzupassen.

Laufende EPA/UNEPSA Projekte versuchen, die Unterschiede der verschiedenen Gesundheitssysteme über Landesgrenzen auf verschiedenen Gebieten transparent zu machen. Beispielhaft werden 22 Länder in einem Supplementband des Journal of Pediatrics vorgestellt, der im zweiten Halbjahr Jahr 2016 online erscheinen wird.

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

Literatur:

Die Literatur ist im e-book 2012-2015 der EPA/UNEPSA zugänglich: <http://online.fliphtml5.com/yfjc/gfib/#p=1>

Korrespondenzanschrift:

Professor emeritus Jochen H.H. Ehrich
Kinderklinik, Medizinische Hochschule
Carl Neuberg Str. 1, 306125 Hannover
Privat: Höhenblick 13, 38104 Braunschweig
E-Mail: ehrich.jochen@mh-hannover.de

Red.: Huppertz

STIKO Empfehlungen 2016

Im Epidemiologischen Bulletin Ausgabe 34 wurden Ende August die aktuellen STIKO-Empfehlungen 2016/2017 publiziert. Nichts Neues aus kinderärztlicher Sicht, was die Standardimpfungen betrifft: Bei Meningokokken Gruppe B bleibt es bis auf weiteres bei der Indikationsimpfempfehlung (einschließlich postexpositionell). In der Kategorie Indikationsimpfempfehlungen gibt es eine bedeutsame Änderung bei der Pneumokokkenimpfung. Bislang sollten „gefährdete Kleinkinder“ bis zum Alter von einschließlich 4 Jahren mit einem Pneumokokken-Konjugatimpfstoff geimpft werden, ab dem Alter von 5 Jahren wahlweise mit dem 13-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff (PCV13) oder dem 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff (PPSV23). Neu gilt für die Indikationen „Immundefekte/Immunsuppression“ und „Anatomische und Fremdkörper-assoziierte Risiken für Pneumokokken-Meningitis“: Sequenzielle Impfung mit PCV13, gefolgt von PPSV23 nach 6–12 Monaten (frühestens im Alter von 2 Jahren). Für die Indikation „Sonstige chronische Krankheiten“ gilt Gleiches für die Altersgruppe 2–15 Jahre, ab 16 Jahren hingegen wird ausschließlich PPSV23 empfohlen. Die Altersangaben beziehen sich auf den Zeitpunkt, zu dem die Indikation bei dem Patienten gestellt wird. Früher bereits mit PCV7, PCV10 oder PPSV23 geimpfte Patienten sollen auch einmal PCV13 erhalten. Wegen der begrenzten Schutzdauer soll die Impfung mit PPSV23 in allen drei Risikogruppen nach >6 Jahren wiederholt werden. Alles klar? Ausführliche Begründungen finden Sie in den Epidemiologischen Bulletins 35 und 36.

Neu gibt die STIKO auch Hinweise zur Verringerung von Schmerz- und Stressreaktionen, die bekanntlich bei jeder (v.a. Injektions-)Impfung und in jedem Alter auftreten können. Untersuchungen haben gezeigt, dass Schmerzerfahrungen die Einstellung gegenüber Arztbesuchen, dem Impfen an sich und damit die Akzeptanz von Impfungen ein Leben lang negativ beeinflussen können. Um dies zu verhindern empfiehlt die STIKO, schmerzstillende Medikamente (z.B. Lidocain lokal) und altersangepasste Ablenkungsmethoden sowie bestimmte Injektionstechniken (keine Aspiration nach Injektion) zu erwägen. Wahrscheinlich haben Sie das aber ohnehin schon in Ihrem Impfalltag implementiert bzw. Ihre eigenen „Tricks“ eruiert.

Influenza-Impfempfehlung 2016/2017

Wenn es Ihre Zeit erlaubt: In einem lesenswerten, weil dank ausführlicher Hintergrundinformationen sehr informativen Dokument informiert die US-amerikanische Impfkommision ACIP über die saisonale Influenza-Impfung im kommenden Winter (<http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/pdfs/rr6505.pdf>). Bemerkenswert ist der Hinweis, dass „in Anbetracht der geringen Wirksamkeit gegen Influenza A (H1N1) pdm09 in den Vereinigten Staaten in den Influenzasaisons 2013/14 und 2015/16 für die 2016/17 Saison LAIV4 nicht verwendet werden sollte.“ Eine Analyse der Daten aus dem US-Influenza-Impfwirksamkeit-Netzwerk des letzten Winters, in dem in den USA wie auch bei uns A (H1N1) pdm09 Influenzaviren, also das 2009 Pandemievirus, vorherrschend waren, zeigte keine signifikante Wirksamkeit des intranasalen, quadrivalenten Lebendimpfstoffs (LAIV4) bei Kindern im Alter von 2 bis 17 Jahren: für alle Krankheitsfälle (Influenza A und B Viren kombiniert) betrug der Wert 3% (95% Vertrauensbereich: -49 bis 37), für Influenza A (H1N1) pdm09 lag er bei -21% (95% VB: -108 bis 30). Zu ähnlichen Er-



Impfforum

gebnissen kam eine Beobachtungsstudie in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt bei 2- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen in der Influenzasaison 2015/16. Die STIKO hat darauf reagiert und die bisherige bevorzugte Gabe von LAIV bei Kindern im Alter von 2 bis einschließlich 6 Jahren aufgehoben. Sie empfiehlt nun, dass bei Kindern im Alter von 2–6 Jahren eine Überlegenheit von LAIV gegenüber inaktivierten Influenzaimpfstoffen „derzeit nicht belegt ist“ und beide Impfstoffarten deshalb „gleichwertig angewendet werden können“ (<http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/Influenza/Influenza.html>). Sie haben also die (Qual der?) Wahl.

Pertussisimpfung in der Schwangerschaft

Auf die potentielle Bedeutung der Pertussisimpfung für Schwangere hatte ich schon im Impfforum im Juli 2012 hingewiesen. Im Oktober 2012 führte das Vereinigte Königreich die Impfung Schwangerer als Reaktion auf mehrere Todesfälle bei jungen Säuglingen landesweit ein – äußerst erfolgreich mit einer Schutzrate von 93% bei Säuglingen <2 Monaten, deren Mütter zwischen der 26. und 38. (relativ spät!) Schwangerschaftswoche eine Tdap-Impfung erhielten (*Dabrera et al, Clin Infect Dis 2015; 60: 333-7*). Dies mündete in der Empfehlung, allen Schwangeren zwischen der 28. und 32. SSW die Pertussisimpfung weiterhin anzubieten. Entscheidend dabei ist der transplazentare Transfer der mütterlichen Pertussistoxin-Antikörper auf den Feten. In der Zwischenzeit hat eine Studie aus Genf (*Eberhardt et al, Clin Infect Dis 2016; 62: 829-36*) gezeigt, dass auch vor der 28. SSW erfolgreich geimpft werden kann und das Risiko, bei Frühgeburtlichkeit nicht oder zu spät geimpft zu haben, dadurch reduziert werden kann. Seit April wird dies im UK umgesetzt und die Tdap-Impfung nun den Schwangeren zwischen der 16. und 32. SSW (idealerweise um die 20. SSW) empfohlen. Die Akzeptanz der Impfung in der Schwangerschaft ist mit ca. 70% übrigens beachtenswert gut, wozu sicherlich auch die medienwirksamen, bedauerlichen Pertussissterbefälle beigetragen haben. Hoffen wir, dass auch in Deutschland der Brunnen zugedeckt wird und Schwangeren in Deutschland diese Schutzmöglichkeit empfohlen wird.

Gelbfieberausbrüche

Zurzeit sorgen Gelbfieberausbrüche in der Demokratischen Republik Kongo, in geringerem Maße auch in Uganda und Angola, in-

ternational für Aufsehen. Zur Erinnerung: Gelbfieber ist eine akute Viruskrankheit, welche in Endemiegebieten Afrikas und Süd- und Mittelamerikas durch Stechmücken (*Aedes aegypti*) übertragen wird, zu hohem Fieber und allgemeinen Krankheitszeichen führt, und mit bedrohlichen Komplikationen wie generalisierten Blutungen, Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenversagen einhergeht. Ein Lebendimpfstoff ist ab dem Alter von 6 Monaten zugelassen. Die Ausbrüche haben zu einem Impfstoffengpass vor Ort geführt, sodass dort nun standardmäßig 1/5 der üblichen Dosis intradermal appliziert wird. Besorgniserregend am Ausbruch ist auch die Tatsache, dass eine Vielzahl chinesischer Gastarbeiter in den Ausbruchs-

regionen Afrikas beschäftigt ist und bereits erste nach Peking exportierte Gelbfieberfälle gemeldet wurden. Da im Süden Chinas *Aedes aegypti* Mücken vorkommen, ist eine Ausbreitung des Gelbfiebers (bisher in Asien nicht endemisch) theoretisch vorstellbar und wäre in Anbetracht der dichten Besiedelung in vielen asiatischen Ländern ein echtes epidemiologisches Horrorszenerio.

Prof. Dr. Ulrich Heininger
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
Basel (Schweiz)

Red.: Huppertz

Welche Diagnose wird gestellt?

Anne Schindler



Abb. 1: livid-bräunliche, unscharf begrenzte, leicht schuppige Papel im Halsbereich.

Anamnese

Ein 2,5 Monate alter, männlicher Säugling wird mit einer bräunlichen Papel im Halsbereich, die bereits bei der

Geburt aufgefallen sei, vorgestellt. Die Hautveränderung sei im Verlauf größer, dicker und röter geworden.

Untersuchungsbefund

2,5 Monate alter, männlicher Säugling in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Im Bereich des Halses zeigt sich eine 6 x 5 mm ausmessende, livid-bräunliche, unscharf begrenzte, etwas derb palpable und leicht schuppige Papel. Übriges Integument unauffällig.

Histologisch zeigt sich ein kalottenförmig vorgewölbtes Epithel. In der Übersicht stellt sich eine zeldichte Proliferation von teils epitheloiden, teils synzytialen Zellverbänden dar. Im zentralen Abschnitt findet sich eine pseudozystische Hohlraumbildung. Einige dieser histiozytoiden Zellverbände imponieren schaumig, dazwischen eingestreut zeigen sich zahlreiche neutrophile und eosinophile Granulozyten (Abb. 2). Die epitheloiden Zellen und die synzytialen Zellen reagieren deutlich positiv für CD68 (Histiozyten-Marker) sowie fokale auch für S100-Protein.

Welche Diagnose wird gestellt?

Diagnose:**Juveniles Xanthogranulom**

Das juvenile Xanthogranulom (JXG) stellt die häufigste Form der Nicht-Langerhanszell-Histiozytosen dar. Die Ätiologie ist bisher unklar. Wie bei der Langerhanszellhistiozytose könnte es sich um eine reaktive, klonale Erkrankung handeln. Jungen sind etwas häufiger als Mädchen betroffen (Verhältnis ca. 1,4:1) (1). Es handelt sich um meist solitär auftretende, 0,5-2 cm durchmessende, derbe, nicht dolente, zu Beginn rötlich, dann gelblich-orangefarbene Papeln und Nodi. Sie treten vorwiegend am Kopf, Hals und Oberkörper auf, seltener am übrigen Stamm und Extremitäten. Extrakutane Manifestationen sind selten (2). Die häufigste extrakutane Manifestation ist das Auge (vordere, seltener hintere Augenabschnitte). Ein erhöhtes Risiko hierfür haben Kinder, die kleiner als 2 Jahre sind und multiple JXG zeigen. Daher sollte bei augennahen oder multiplen JXG eine ophthalmologische Vorstellung erfolgen. Lunge, Herz, Gastrointestinaltrakt, zentrales Nervensystem, Nebenniere, Hypophyse, Knochen, Knochenmark und Nieren stellen weitere, seltene extrakutane Manifestationen dar (1). JXG treten überwiegend innerhalb des ersten Lebensjahres auf, in 5-17% der Fälle bereits bei Geburt, sowie bei Kleinkindern, nur selten bei älteren Kindern und Erwachsenen (2). Eine Assoziation mit Neurofibromatose Typ I, Langerhanszell-Histiozytose, CML und CLL, Morbus

Niemann-Pick und Urtikaria pigmentosa wurde beobachtet (3).

Diagnostik

Die Diagnose JXG wird meist klinisch gestellt. Bei unklarem Hautbefund und zur Abgrenzung von anderen Hautveränderungen ist gelegentlich eine Biopsie sinnvoll. Histologisch zeigt sich ein dichtes Infiltrat der Dermis mit Schaumzellen, Histiozyten, Touton-Riesenzellen, Eosinophilen und Lymphozyten (Abb. 2). Zum Ausschluss von Komorbiditäten sollte die gesamte Haut inspiziert werden (weitere Xanthogranulome?, Café-au-lait-Flecken?), eine allgemeinpädiatrische Untersuchung (Hepatosplenomegalie?, Knochenschmerzen?) sowie bei multiplen und größeren JXG eine augenärztliche Untersuchung, eine Abdomen-Sonographie und die Abnahme eines Differenzialblutbildes erfolgen. Aufgrund des deutlich erhöhten Risikos der Entwicklung einer CML bei Vorhandensein von JXG in Kombination mit Café-au-lait-Flecken (4) sollten bei diesen Kindern regelmäßige Blutbildkontrollen erfolgen.

Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch kommen Mastozytome, Spitz-Naevi, Langerzell-Histiozytose und benigne zephalische Histiozytose in Betracht. Eine sichere Abgrenzung bei klinisch unklarem Befund sollte histologisch erfolgen.

Therapie

Bei der kutanen Manifestation ist eine Therapie nur bei kosmetischer Beeinträchtigung erforderlich. In der Regel bilden sich die JXG innerhalb von 1-5 Jahren komplett zurück. Bei ca. 50 % der JXG bleibt eine kleine Narbe oder eine Hyperpigmentation zurück. Selten kommt es zur Ulzeration. Eine Behandlung (Exzision oder Radiotherapie) sollte bei obstruierenden Tumoren im Auge, im Bereich der oberen Atemwege und des ZNS erfolgen. Gelegentlich kommt eine Abtragung mit dem CO₂-Laser in Betracht. Bei Patienten mit einer symptomatischen viszeralen Beteiligung werden systemische Steroide mit oder ohne ergänzende Chemotherapie (Vincristin, Cytarabin, Methotrexat) eingesetzt (4).

Literaturangaben

1. Pajazitil et al. Juvenile xanthogranuloma: a case report and review of the literature. BMC Research Notes 2014; 7:174
2. Dehner LP. Juvenile Xanthogranulomas in the first two decades of life: a clinicopathologic study of 174 cases with cutaneous and extracutaneous manifestations. Am J Surg Pathol 2003; 27:579-93.
3. Burns T et al. Rook's Textbook of Dermatology, 8th ed., Oxford: Wiley-Blackwell 2010; S. 55.15-17
4. Jans SRR et al. Neurofibromatosis type 1 diagnosed in a child based on multiple juvenile xanthogranulomas and juvenile myelomonocytic leukemia. Pediatr Dermatol. 2015; 32: 29-32

Dr. Anne Schindler

Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Liliencronstraße 130

22149 Hamburg

Red.: Höger

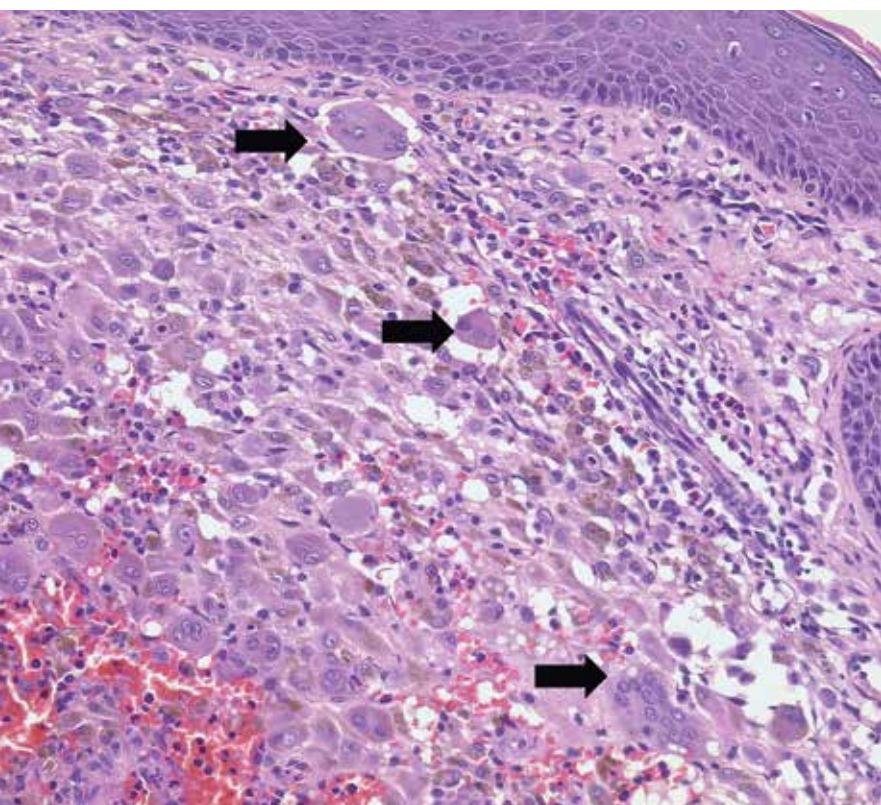


Abb. 2: Histologie: Dichtes Infiltrat der Dermis mit Schaumzellen, Histiozyten, Touton-Riesenzellen (-> Pfeile), Eosinophilen und Lymphozyten



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Führt die pränatale Einnahme von SSRIs zu Depressionen bei heranwachsenden Kindern?

Gestational Exposure to Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Offspring Psychiatric Disorders: A National Register-Based Study

Malm H et al., *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, (epub), März 2016

Serotonin-Re-Uptake-Inhibitoren (SSRIs) gelten bei der Behandlung von Depressionen als Mittel der Wahl. Welchen Einfluss hat die Einnahme während der Schwangerschaft auf die kindliche neurologische Entwicklung? Elf Studienautoren haben versucht, auf diese Frage eine Antwort zu finden.

Sie bedienten sich hierzu der Daten des nationalen finnischen Gesundheitsregisters zwischen 1996 bis 2010. Schwangere Frauen und ihre Kinder wurden in 4 Gruppen eingeteilt: SSRI exponiert (n=15.729); psychiatrisch erkrankt, keine Antidepressiva (n=9.651); SSRI exponiert nur vor der Schwangerschaft (n=7.980); nicht SSRI exponiert und keine psychiatrischen Erkrankungen (n=31.394). Die kumulative Erkrankungs-Inzidenz an Depressionen, Angststörungen, Autismus Spektrum Störungen (ASD) und Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitäts-Störungen (ADHD) wurde vom Zeitpunkt der Geburt bis zum Alter von 14 Jahren unter Berücksichtigung von möglichen Störfaktoren (Schwere der Erkrankung, psychiatrische Vordiagnosen, Suizidalitäts-Risiko) verfolgt.

Die kumulative Inzidenz für Depressionen betrug für die einzelnen Gruppen: 8,2 % bei den Nachkommen der Mütter (n=15.729), die 30 Tage vor Schwangerschafts-Beginn bis zur Geburt SSRIs eingenommen hatten, 2,8 % bei den Nachkommen der Mütter (n=7980), die bis ≥ 30 Tage vor der Schwangerschaft SSRIs eingenommen hatten, 1,9 % bei den Nachkommen der Mütter (n=9651), die unter mit Depressionen verbundenen psychiatrischen Erkrankungen litten, aber weder Antidepressiva noch Anti-Psychotika eingenommen hatten, 1,6 % bei den Nachkommen der Mütter (n=31.394, Kontroll-Gruppe), die unter keinen psychiatrischen Störungen litten und keine psychotropen Medikamente eingenom-

men hatten. Die Erkrankungsraten für Angststörungen, ADHD und ASD in den einzelnen Gruppen waren mit denen von Müttern vergleichbar, die unter psychiatrischen Störungen litten, aber keine Medikamente eingenommen hatten. Die pränatale SSRI-Exposition scheint, das Depressions-Risiko der Nachkommen im Jugendalter zu erhöhen, nicht aber das Risiko für ASD und ADHD.

Kommentar

Depressionen gehören weltweit zu den häufigsten Erkrankungen und besitzen einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität. Der Serotonin-Transporter (5-HTT) scheint, ein wichtiger Regulator der emotionalen Entwicklung zu sein. Er ist das molekulare Ziel vieler Antidepressiva, vor allem aber der SSRIs, die heute als erste Wahl zur Behandlung von Depressionen gelten. Klinische Studien, die sich mit dem Einfluss von SSRIs, die während der Schwangerschaft eingenommen werden, auf die Nachkommenschaft befassen haben, konnten bisher keine wesentlichen Entwicklungsstörungen nachweisen. Die Autoren waren allerdings über mögliche Spätfolgen besorgt. In tierexperimentellen Studien konnten von Ansoorge et al. zeigen, dass Mäuse mit einem oder zwei funktionierenden Serotonin-Transporter-Allelen, die postnatal den SSRI Fluoxetin erhielten, an Angst- und Depressions-ähnlichen Störungen erkrankten. Dies galt auch für Mäuse ohne ein Serotonin-Transporter-Allel, die kein Fluoxetin erhalten hatten. In einer prospektiven klinischen Longitudinal-Studie an einer Geburtskohorte wiesen Caspi et al. nach, dass ein Polymorphismus in der Promoter Region des Serotonin-Transporters-Gens (5-HTT-Gen) die Genese von Depressionen im Verlauf stressreicher Lebensereignisse beeinflusste. Individuen mit zwei Kopien eines kurzen Allels des 5-HTT-Gens scheinen für Depressionen anfälliger zu sein als Individuen, die mit einem homozygoten langen Arm des 5-HTT-Gens ausgestattet sind. Die aktuellen Ergebnisse von Malm et al. lassen jetzt vermuten, dass die Einnahme von SSRIs bei Schwangeren das vorhandene genetische Risiko beeinflusst und zu einer dauerhaften Verschiebung des Serotonin-Transporter-Systems in die Richtung von Depressions-Störungen führen kann. Möglich ist auch, dass die pränatale SSRI-Exposition nicht nur zu einem verstärkten internalisierenden Verhalten, sondern auch zu Angststörungen des Nachwuchses führt, wie eine weitere Studie vermuten lässt. Dies konnte die aktuelle Studie aber nicht nachweisen. Es konnte keine Verbindung zu Autismus-Spektrum-Störungen hergestellt werden, was die Ergebnisse einer älteren Studie von Hviid et al. bestätigen.

(Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr)

Parenterale Ernährung bei akut erkrankten Kindern – früh vs spät

Early versus Late Parenteral Nutrition in Critically Ill Children

T Fivez, D Kerklaan, D Mesotten, S Verbruggen, et al *N Engl J Med* 2016; 374:1111-22

Die Autoren aus Belgien, den Niederlanden und Kanada führten eine randomisierte, kontrollierte 3-Zentren-Studie (Leuven, Belgien; Rotterdam, NL; Edmonton, Kana-

da) bei 1440 akut, kritisch erkrankten Kindern vom Neugeborenen-Alter bis zum Alter von 17 Jahren (45 % in beiden Gruppen < 1 Jahr) durch, die zwischen dem 18. Juni 2012 und 27. Juli 2015 auf der jeweiligen Intensiv-Station (ICU) der betreffenden Krankenhäuser aufgenommen wurden.

Standard Routine war auf allen teilnehmenden ICUs zunächst die frühe parenterale Ernährung beginnend innerhalb der ersten 24 Stunden nach stationärer Aufnahme unabhängig von der Diagnose. Dieser Standard wurde nun in Zweifel gezogen.

Nach Randomisierung erhielten 723 Kinder eine parenterale Ernährung früh (innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme auf der ICU), 717 Kinder erhielten die parenterale Ernährung spät (erst ab dem Morgen des 8. Tages auf der ICU). Die Kinder in der spät parenteral ernährten Gruppe erhielten für 7 Tage ein 5 % Glucose-Elektrolyt-Gemisch, bei Abfall der Blutglukose < 50 mg/l wurde die Glukose-Konzentration in der Infusionslösung auf 10 % erhöht bis die Blutglukose stabil > 80 mg/L lag. Die Flüssigkeitsvolumina waren in beiden Gruppen vergleichbar. Bei der parenteralen Ernährung erfolgte die Kalorienhöhung durch Aminosäuren-Gemisch-Zusätze und Lipidzusätze.

Primäres Studienziel waren frisch auftretende Infektionen auf der ICU und die angepasste Verweildauer auf der ICU. In beiden Gruppen wurde eine enterale Ernährung frühzeitig versucht und es wurden i.v. Micronutrients (Mineralien, Spurenelemente und Vitamine) verabreicht.

Bei einer vergleichbaren Mortalität in beiden Gruppen (n=21 vs 19) war der Prozentsatz der Patienten mit einer neuen Infektion mit 10,7 % in der Gruppe der Patienten mit einer späten parenteralen Ernährung gegenüber 18,5 % der Patienten der Gruppe mit früher parenteraler Ernährung deutlich niedriger.

Die mittlere Verweildauer auf der ICU betrug $6.5 \pm 0,4$ Tage in der Gruppe mit später parenteraler Ernährung im Vergleich mit $9.2 \pm 0,8$ Tage in der Gruppe mit früher parenteraler Ernährung. Allerdings waren in der Gruppe der früh parenteral ernährten Kinder am Tag 4 bereits 55 % von der ICU entlassen oder verlegt, bei den spät parenteral ernährten Kindern am Tag 8 bereits 77 % entlassen resp. verlegt.

Bei den spät parenteral ernährten Kindern war die Wahrscheinlichkeit einer lebenden Entlassung aus der ICU deutlich höher als bei den früh parenteral behandelten, auch die Notwendigkeit einer apparativen Beatmung war bei den spät parenteral behandelten Kindern deutlich niedriger. Die gesamte stationäre Behandlungszeit in dem Krankenhaus war bei den spät parenteral behandelten Kindern 4.1 Tage kürzer (17. 2 vs 21.3).

Kommentar

Die Studie besticht durch die eindeutige Verbesserung der Studienergebnisse bei den spät prenteral ernährten Kindern. Kritisch anzumerken ist die große Altersspanne vom Neugeborenen-Alter bis zum Alter von 17 Jahren, sowie die hohe Zahl der Patienten, die bereits vor Studien-Ende von der ICU entlassen resp. verlegt wurden und somit nicht für die Endauswertung zur Verfügung standen. Die Daten in der Originalarbeit belegen allerdings im Prinzip eine Einheitlichkeit der Ergebnisse in den einzelnen Altersgruppen, z. B. auch für 206 Neugeborene im Alter < 4 Wochen.

Auch in den verschiedenen Diagnosegruppen ergaben sich keine prinzipiellen Unterschiede in den Resultaten. Wenn man sich auf die Ergebnisse dieser Studie verlässt, dann müsste man zumindest in den 3 Krankenhäusern der Studie von der generell frühen parenteralen Ernährung ab dem 1. stationäre Tag auf der ICU Abstand nehmen. Diese Schlussfolgerung haben aber die Autoren nicht ausgesprochen.

Richtig ist sicher, dass eine ausreichende Kalorienzufuhr auf der ICU für Kinder zunächst individuell aufgrund von Symptomen und Messwerten erfolgen muss und nicht generell routinemäßig. Auch sind die Patientenzahlen für eine generelle Änderung des Systems in den einzelnen Alters- und Diagnose-Subgruppen hierfür zu klein. Bemerkenswert ist schließlich der Studienansatz. Er zwingt manche pädiatrische ICU zum Überdenken ihres Routine-Ernährungssystems unter Berücksichtigung von über- und unterkalorischer Ernährung unter Intensivstationsbedingungen und der (Infektions-)Risiken der parenteralen Ernährung.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Lebendimpfung bei transplantierten Kindern

consilium

Priv.-Doz. Dr. med.
Hans-Jürgen Laws

Frage

Ich betreue einen jetzt 10 Jahre alten Patienten, der wegen einer Gallengangsatresie im Alter von 6 Monaten eine Lebertransplantation bekommen hat. Bislang hatte dieser Patient keine Lebendimpfungen erhalten. Die Familie möchte ihn jetzt gegen Masern impfen lassen.

- Welche Alternativen habe ich (der allgemein verfügbare Impfstoff ist ein Lebendimpfstoff)?

Antwort

Allgemein wird in Empfehlungen nach soliden Organtransplantationen von Lebendimpfungen abgeraten (1-3). Allerdings gibt es zu der Frage von Lebendimpfungen nach solider Organtransplantation nur wenige aussagekräftige Studien. Optimalerweise sollten die Patienten vor der Organtransplantation geimpft werden; attenuierte Masern-Mumps-Röteln- und Varizellen-Impfstoffe können ab dem 6. Lebensmonat genutzt werden. Da der o. g. Patient bereits im 6. Lebensmonat transplantiert wurde, ergab sich diese Möglichkeit nicht. Wie die immer wieder beschriebenen Masern-Ausbrüche zeigen, ist es jedoch relevant, dass auch immunsupprimierte Patienten sinnvoll geschützt werden, da es durchaus Hinweise gibt, dass durch die Wild-Masern-Infektion das transplantierte Organ abgestoßen werden kann (4).

Während Totimpfungen immer möglich sind, aber in Abhängigkeit der Immunsuppression evtl. nicht zu protektiven Antikörpertitern führen, muss bei Lebendimpfung die potentielle Infektion mit dem attenuierten Virus mitbedacht werden. Nach 10-jährigem Abstand zur Lebertransplantation dürfte die Immunsuppression nur gering sein, wenn nicht sogar völlig abgesetzt (5).

In zwei aktuellen Studien aus Japan wurden insgesamt 87 Kinder im Median 13 bzw. 18 Monate nach Lebertransplantation gegen MMRV geimpft (6, 7). Einschlusskriterien waren u. a. fehlende Hinweise auf eine Transplantatabstoßung, ein intaktes Immunsystem und eine niedrige Immunsuppression. Letztere war definiert, dass entweder kein Kortison oder weniger als 0,2 mg/kg gegeben wurde sowie niedrige Spiegel von Tacrolimus (< 5 ng/ml) oder Ciclosporin A (< 100 ng/ml) vorlagen. Als Kriterien für ein funktionsfähiges Immunsystem wurden neben der Gesamtzahl der Lymphozyten (> 1.000/µl) und einer CD4-Zahl von > 500/µl, normale Immunglobulinspiegel

herangezogen. Die serologische Ansprechrate lag in den beiden Studien zwischen 50 und 100 %, schwerwiegende Nebenwirkungen traten keine auf.

Dass Lebendimpfungen unter Immunsuppression möglich sind, wurde bereits für Kinder und Jugendliche mit rheumatologischen Erkrankungen gezeigt und ist in entsprechenden Empfehlungen publiziert (8, 9). Ebenso sind minimal notwendige CD4-Zellzahlen, die für eine Lebendimpfung ausreichend sind durch Untersuchungen an HIV erkrankten Kinder bekannt (10) und wurden ebenso wie Dosierungen für Kortison von der STIKO übernommen (2).

Alternativen zur Masern (Lebend-)Impfung gibt es derzeit eingeschränkt nur in Form der passiven Immunisierung mit Immunglobulinen; wobei die Gabe rechtzeitig nach Kontakt erfolgen muss und für etwa 6-12 Wochen einen Schutz darstellt. Virostatika sind nicht verfügbar. Ein gemeinsam mit dem *Paul-Ehrlich-Institut* entwickelte Substanz, die die RNA-Polymerase des Virus hemmt, wurde bisher nur an Frettchen getestet, die an einem verwandten Virus erkrankten (11). Sofern es als Medikament verfügbar sein wird, wäre es kein Ersatz für eine Impfung. Es könnte sich aber als nützliche Präventivbehandlung bei einer Masernepidemie für nicht geimpfte Menschen erweisen.

Häufig stehen die Transplantationszentren für Fragen der Nachsorge sowie der Impfung zur Verfügung, wobei zentrumsspezifische Empfehlungen gegeben werden. Bei fehlenden Hinweisen in der Anamnese auf rezidivierende Infektionen und Transplantatabstoßung, ein normales Blutbild mit ausreichender Lymphozytenzahl, ausreichenden IgG-Spiegel sowie niedriger (fehlender) Immunsuppression, ist die Impfung möglich. Ggfs. kann die Untersuchung durch ein dokumentiertes Ansprechen auf Totimpfungen (z. B. Tetanus/Hepatitis B und/oder Diphtherie-Titer) und Bestimmung der CD4-Zellzahl ergänzt werden. Es sollten 2 MMRV-Impfungen erfolgen, die durch eine serologische Titerbestimmung 4-6 Wochen nach der 2. Impfung den Erfolg dokumentieren.

Literatur bei InfectoPharm

Priv.-Doz. Dr. med. Hans-Jürgen Laws
Klinik für Kinder, Onkologie,
Hämatologie und Klinische Immunologie
Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf

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.

Fetale Alkoholspektrumstörungen

Das Wissen der Kinder- und JugendärztInnen ist die Basis für Diagnose, Aufklärung und Prävention in der Bevölkerung



Dr. med. Dipl.-Psych.
Mirjam N. Landgraf



Prof. Dr. med.
Florian Heinen

Definition

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft kann zu schwerwiegenden Folgen beim Kind führen. Im Vordergrund steht die intrauterine alkoholtoxische Gehirnschädigung, die lebenslang anhaltende Funktionsbeeinträchtigungen bedingt. Dazu gehören neben Wachstumsdefiziten und facialen Auffälligkeiten auch insbesondere Beeinträchtigungen in der Entwicklung, in den kognitiven Fähigkeiten, im Verhalten und in den Alltagsfunktionen.

Die klinisch relevanten intrauterinen Alkoholschädigungen werden unter dem Oberbegriff Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) zusammengefasst und beinhalten das Fetale Alkoholsyndrom (FAS), das partielle Fetale Alkoholsyndrom (pFAS) und die alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störung (ARND – alcohol related neurodevelopmental disorder). Die Diagnose ARBD – alkoholbedingte angeborene Malformationen (alcohol related birth defects) – soll wegen der fehlenden Spezifität der Malformationen und der fehlenden Evidenz der ARBD als Krankheitsentität nicht mehr verwendet werden.

Prävalenz

In der Studie „Gesundheit in Deutschland Aktuell“ (GEDA, Robert-Koch-Institut, 2012) zeigen ca. 20 % der schwangeren Frauen einen moderaten und ca. 8 % einen riskanten Alkoholkonsum. 12 % der Schwangeren geben Rauschtrinken (≥ 5 Getränke pro Gelegenheit) seltener als 1x/Monat an, knapp 4 % jeden Monat und 0,1 % mindestens jede Woche. Eine für das ungeborene Kind ungefährliche, für jeden Schwangerschaftszeitpunkt und jede Schwangere geltende Menge an Alkohol kann aktuell nicht festgelegt werden (Center for Disease Control CDC, 2016).

Expertenschätzungen in Deutschland gehen von ca. 1 % FASD-Prävalenz aus. Somit wären ca. 130.000 Kinder und insgesamt ca. 0,8 Millionen Menschen in Deutschland von FASD betroffen. Nur ein Bruchteil dieser Menschen erhält tatsächlich die Diagnose FASD.

Diagnose FASD und Differenzialdiagnosen

Die Diagnose der FASD bei Kindern und Jugendlichen kann anhand der aktuellen, Juni 2016 veröffentlichten, S3-Leitlinie gestellt werden (siehe <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/022-025.html>).

Niedergelassene Kinder- und JugendärztInnen stellen die erste Anlaufstelle für betroffene Kinder und Jugendliche und ihre leiblichen, Adoptiv- und Pflege-Familien dar und sind somit hauptverantwortlich für das Stellen der Verdachtsdiagnose. Wenn ein Verdacht hinsichtlich FASD entsteht, sollten alle diagnostischen Säulen eingehend und differenziert beurteilt und von anderen Erkrankungen abgegrenzt werden. Dazu sind spezielle Erfahrung und Interdisziplinarität notwendig.

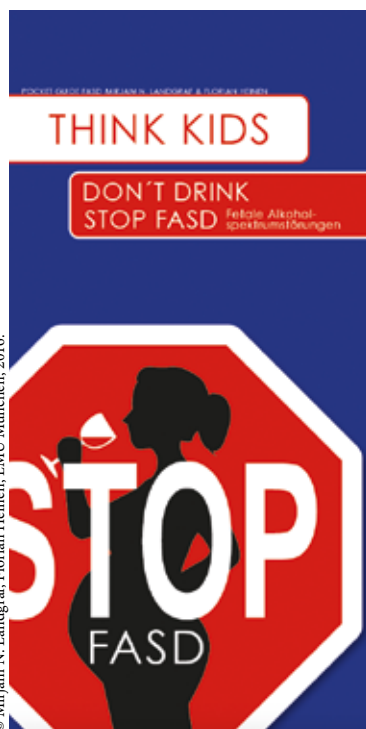
Das Kind/der Jugendliche mit Verdacht auf FASD sollte daher zu einem FASD-erfahrenen Leistungserbringer zur weiterführenden Diagnostik und Differenzialdiagnostik überwiesen werden (z. B.

SPZ mit FASD-erfahrenem (Neuro-)Pädiater und Psychologen).

Wichtig im diagnostischen Prozess ist sowohl die Detektion von Kindern mit FASD, die von der Diagnose und der daraus resultierenden Anpassung der individuellen Förderung profitieren, als auch die Vermeidung von Überdiagnostik bzw. Fehldiagnosen.

Zur Implementierung der empfohlenen diagnostischen Kriterien wurde ein Pocket Guide FASD für alle Beteiligten des Gesundheits- und Hilfesystems entworfen. Dieser Pocket Guide beinhaltet die Leitlinien-Algorithmen für die Abklärung der Fetalen Alkoholspektrumstörungen bei Kindern und Jugendlichen, Differenzialdiagnosen für die einzelnen Diagnostik-Säulen sowie Web-Adressen mit Links zu weiterführenden Informationen und zur Homepage der Patientenvertretung FASD Deutschland e. V.

Der **Pocketguide** kann über die Drogenbeauftragte der Bundesregierung per Mail (publikationen@bunderegierung.de) mit der Bestell-



nummer BMG-D-11011 angefordert oder von der Homepage des iSPZ Hauner (Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der Universität München) heruntergeladen werden (www.ispz-hauner.de TESS-FASD).

Prävention und Prognose

Die Wissenssteigerung und -verbreitung unter den professionellen Helfern im Gesundheits- und Sozialsystem über die häufigen gravierenden Folgen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und über das Krankheitsbild FASD ist die Basis für die Aufklärung der Bevölkerung.

Eine frühzeitige Diagnose und ein stabiles, förderndes (und gewaltfreies) Umfeld können zudem die Prognose von Kindern mit FASD verbessern und Sekundärkompli-

kationen wie Delinquenz, psychiatrische Erkrankungen, Misshandlungsoffer und eigener Alkohol-/Drogenabusus verhindern oder zumindest reduzieren (Streissguth et al., 2004).

Literatur bei den Verfassern

Dr. med. Dipl.-Psych.

Mirjam N. Landgraf

*Prof. Dr. med. Florian Heinen
Abteilung Pädiatrische Neurologie, Entwicklungsneurologie,
Sozialpädiatrie mit integriertem
Sozialpädiatrischen Zentrum
(iSPZ Hauner)*

*Dr. von Haunersches Kinderspital
Ludwig-Maximilians-Universität
München*

E-Mail: mirjam.landgraf@med.uni-muenchen.de

Red.: WH

Versorgung von Kindern mit Rheuma lückenhaft



Foto: © dalaprod - Fotolia.com

Bundesweit leiden etwa 40.000 Kinder und Jugendliche an entzündlich-rheumatischen Erkrankungen (GKJR 2010). Hierbei handelt es sich in erster Linie um Gelenkentzündungen unklarer Ursache. Etwa eines von 1.000 Kindern unter 16 Jahren erkrankt pro Jahr an einer Gelenkentzündung. Häufig sind diese Beschwerden mild und klingen bei acht bis neun von zehn Kindern nach Tagen, Wochen oder Monaten ohne weitere Komplikationen und Spätfolgen ab. Bei circa 10 bis 20 Prozent verläuft die Krankheit hingegen chronisch, die Diagnose lautet „Gelenkrheuma“.

Eine Gelenkentzündung äußert sich durch Schmerzen, Schwellung, Überwärmung und Bewegungseinschränkung des betroffenen Gelenkes. Erste Anzeichen können Morgensteifigkeit, Anlaufschmerzen nach dem Aufstehen und längerem Sitzen oder Schonhinken sein. Aber auch Verhaltensänderungen der Kinder wie nicht mehr laufen wollen, Missmutigkeit oder Leistungsminderung, Fieber, Hautausschläge oder Augenentzündungen können auf Gelenkrheuma hinweisen. Die Diagnose ergibt sich wie ein Puzzle aus Krankheitsgeschichte, klinischen, laborchemischen, röntgenologischen und weiteren Untersuchungsbefunden.

Ambulante Betreuung: Baden-Württemberg und NRW führend

Mehr als 90 kinderrheumatologische Ambulanzen haben sich in Fachkliniken, Kinderkrankenhäusern und im niedergelassenen Bereich etabliert. Diese sind aber ungleichmäßig in Deutschland verteilt. Das zeigt eine neue Karte des Leibniz-Instituts für Länderkunde (IfL) im Rahmen des Online-Projekts „Nationalatlas aktuell“. In Mecklenburg-Vorpommern z. B. nehmen zurzeit (Stand: Ende 2015) keine kinderrheumatologischen Einrichtungen an der Kerndokumentation rheumakrankter Kinder und Jugendlicher und der jährlichen GKJR-Umfrage (Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie) zur Versorgungs- und Weiterbildungssituation in der Kinder- und Jugendrheumatologie teil (Stand: Oktober 2015). Die meisten Betreuungseinrichtungen für rheumakranke Kinder und Jugendliche gibt es in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen mit jeweils 17, in Ostdeutschland führt Sachsen mit neun Einrichtungen.

Eine Besonderheit in der Betreuung von Patienten mit juveniler Ar-

thritis ist die Langzeitbeobachtung JuMBO zur Wirksamkeit und Sicherheit von Biologika. Mit Hilfe der gesammelten Daten soll erforscht werden, wie sicher und wirksam diese Medikamente auf lange Sicht sind.

Mitwirkung der Elternkreise

Ein wichtiger Faktor in der rheumatologischen Versorgung stellen die Elternkreise rheumakrankter Kinder und Jugendlicher im Rahmen der Deutschen Rheuma-Liga dar. Etwa 120 Eltern engagieren sich bundesweit in mehr als 80 Elternkreisen. Der erste Elternkreis wurde bereits 1980 gegründet. Daneben gibt es noch Elternansprechpartner. Darüberhinaus besteht seit vielen Jahren das bundesweite telefonische Beratungsangebot für betroffene Eltern und junge Menschen mit Rheuma: das „Rheumafoon“.

Versorgungssituation

Schon vor Jahren hat die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie darauf hingewiesen, dass die Behandlungsangebote nicht ausreichen, um alle rheumakranken Kinder und Jugendlichen adäquat ambulant versorgen zu können (GKJR 2008). Bemerkenswert war auch die Erkenntnis, dass unzureichende Zugangsmöglichkeiten zu einem Kinderrheumatologen, aber auch das Nichterkennen der rheumatischen Erkrankung dazu führen kann, dass heute nicht einmal jedes zweite Kind mit Gelenkrheuma jemals einem Spezialisten vorgestellt wird. Die aktuelle Deutschlandkarte belegt, dass es derzeit immer noch Regionen ohne Versorgungseinrichtungen gibt: Es besteht somit erheblicher Bedarf an zusätzlichen kinderrheumatologischen Ambulanzen, um eine gleichwertige bundesweite Versorgung zu gewährleisten, schreibt Klaus Vogt, der die Daten zur IfL-Karte zusammengetragen in seinem Begleittext.

Quelle: <http://aktuell.nationalatlas.de/kinderrheumatologie>

Red.: ReH

Neue Leitlinie zur Versorgung von Kindern nach Fremdkörperaspiration und -ingestion

Die vermutete Aspiration bzw. Ingestion von Fremdkörpern gehört zu den relativ häufigen Verdachtsdiagnosen in der kinderärztlichen Akutmedizin. Dabei führen Nüsse und Magnete die Hitliste an. Während erstere zumeist in die Atemwege gelangen (Fremdkörperaspiration), hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass Magnete auch eine hohe Anziehungskraft auf Säuglinge und Kleinkinder ausüben und von diesen auffällig häufig in den Verdauungstrakt verschluckt werden (Fremdkörperingestion). Die Folgen können schwerwiegend sein.

In so einem Fall muss schnell gehandelt werden“ erklärte Universitätsprofessor Dr. Dr. Kai Zacharowski, Kongresspräsident des diesjährigen HAI, dem Hauptstadt-kongress der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI), der vom 15. bis zum 17. September stattfand. Reibungslos funktionierende, fachübergreifende Absprachen und Prozesse seien essentiell, um die Patientensicherheit und eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten. Daher ist unter Federführung der DGAI eine neue interdisziplinäre Leitlinie zur medizinischen Versorgung der betroffenen Patienten erschienen. Auf dem HAI 2016 in Berlin wurde diese von Experten diskutiert.

Kleinkinder im Alter zwischen sechs Monaten und vier Jahren aspirieren oft Fremdkörper, Jungen dabei etwa doppelt so häufig wie Mädchen. Objekte, die über die Luft-röhre in die Atemwege gelangen, sind überwiegend Nahrungsmittel (v. a. Nüsse, Weintrauben oder Karotten), bei älteren Kleinkindern auch kleine Spielzeugteile und Gebrauchsgegenstände (z. B. Schrauben oder Nadeln). Werden kleine Fremdkörper über die Speiseröhre verschluckt, durchwandern diese den Magen-Darm-Trakt der Kinder meistens ohne Beschwerden zu verursachen und werden erst beim nächsten Windelwechsel entdeckt. Kritisch wird es, wenn die Objekte in der Speiseröhre oder in der Kehle feststecken oder sich mehrere Magnete im Darm gegenseitig anziehen und ihn dadurch schädigen. Batterien/Knopfzellen können wiederrum

eine Gefahr für die Schleimhaut des Magen-Darm-Traktes sein. Entladen sie sich dort, kann es zu Verätzungen kommen. „Es ist wichtig, dass Eltern aufmerksam sind, mögliche Symptome erkennen und Kinder- und Jugendärzte diese richtig einordnen“, betonte Professorin Dr. Thea Koch, Präsidentin der DGAI.

Symptomatik bei Fremdkörperaspiration und -ingestion

Eine Fremdkörperingestion kann sich beim kleinen Patienten mit Würgen und/oder Erbrechen beziehungsweise Schluckstörungen, Fremdkörpergefühl und starkem Speichelfluss bemerkbar machen. Begleitend kann auch Atemnot auftreten. In manchen Fällen zeigen sich eher unspezifische Symptome wie Unruhe, Fieber oder Entwicklungsstörungen. Gelangt ein Fremdkörper hingegen in die Atemwege, kommt es meist zu plötzlichem Husten, der mit der Zeit nachlässt oder ganz verschwindet. Gegebenenfalls ist dieser mit Luftnot, pfeifender Atmung oder einem „jauchzenden“ Geräusch bei der Einatmung (Stridor) verbunden. In manchen Fällen zeigen sich zudem Begleiterscheinungen wie akute oder chronische Atemwegsinfekte. Auch wenn sich Eltern oder Betreuungspersonen häufig selbst nicht aktiv an das Ereignis erinnern, sollte man hellhörig werden, wenn ein Kleinkind, das mit Nahrungsmitteln oder Kleinteilen gespielt hat, plötzlich derartige Symptome zeigt. Im Zweifelsfall heißt es schnell reagieren und die nächste Kinderklinik aufsuchen.

Fachübergreifende Organisation der Behandlung

Die Behandlung besteht in der endoskopischen Entfernung des Gegenstandes unter Narkose. Über die Notwendigkeit eines Eingriffes, die Art sowie den Zeitpunkt und die Technik sollte interdisziplinär entschieden werden. Dabei sollten je nach Lokalisation des Fremdkörpers Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Pneumologen, Gastroenterologen, Kinder- und Jugendärzte, Pädiatrische Intensivmediziner, Kinderchirurgen und Kinderanästhesisten eingebunden sein. „Eine hohe Versorgungsqualität und Patientensicherheit sind unser gemeinsames Ziel. Wir freuen uns, dass sich alle relevanten Facharztgruppen an der Erstellung der Leitlinie beteiligt haben. Damit ist uns eine praxisorientierte Entscheidungshilfe mit hohem Nutzen für die kleinen Patienten gelungen“, erklärte Professor Dr. Dr. Hugo Van Aken, DGAI-Generalsekretär.

Der Leitlinien-Experte des BVKJ, Dr. Burkhard Lawrenz, kommentierte das Zustandekommen der neuen Leitlinie kritischer: „Der BVKJ war leider mal wieder nicht eingebunden, obwohl den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten meist die Aufgabe zukommt, Anamnese und Symptome richtig einzuordnen und die betroffenen Kinder an die richtige Klinik weiter zu leiten. Immerhin war unsere Facharztgruppe durch einen Pädiater für die GPP und die GNPI beteiligt. Dieser ist allerdings ein Kliniker.“

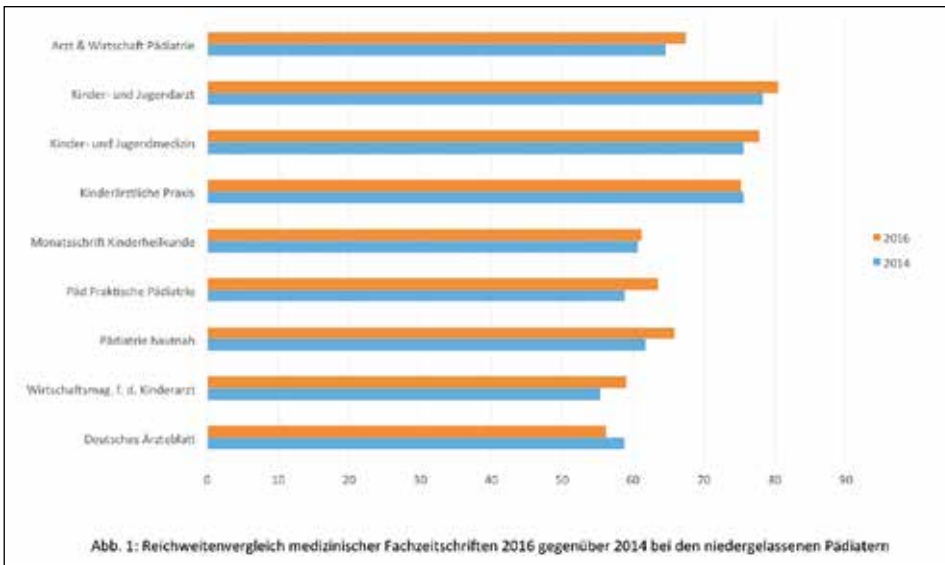
Link zur neuen Leitlinie:

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-0311_S2k_Fremdk%C3%B6rperversorgung_Kinder_2016-01.pdf

Red.: ReH

Ergebnis der LA-MED-Erhebung 2016

Die Arbeitsgemeinschaft LA-MED ist ein eingetragener Verein, der sich der Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen, insbesondere Reichweitenanalysen in Medizin, Zahnmedizin und Pharmazie widmet. Alle 2 Jahre veröffentlicht die LA-MED Daten zum Lese- und Mediennutzungsverhalten der niedergelassenen Pädiater.



Leser-Blatt-Bindung

Auch die Leser-Blatt-Bindung wird für die Fachzeitschriften erhoben. Mittels einer fünfstufigen Skala wird abgefragt, wie stark man die Titel vermissen würde, wenn es sie nicht mehr gäbe. Auch hier konnte der „Kinder- und Jugendarzt“ seine führende Rolle bestätigen: Keine andere pädiatrische Fachzeitschrift ist bei den Niedergelassenen so stark verwurzelt wie unser Verbandsorgan. Das macht uns stolz und gibt Antrieb für weiteres Engagement und gezielte Verbesserungen.

Bei Chef- und Oberärzten haben wir allerdings noch einen Nachholbedarf gegenüber einigen anderen pädiatrischen Zeitschriften, obwohl der BVKJ neben den Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung gerade auch für diese Zielgruppe viele Angebote macht und auch berufspolitisch aktiv ist.

Bei der Frage an niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, ob sie die letzten 6 Ausgaben der in der Umfrage berücksichtigten pädiatrischen Fachzeitschriften gelesen oder durchgeblättert haben, schneidet der „Kinder- und Jugendarzt“ mit 71,9% weit vor allen anderen Zeitschriften ab, an zweiter Stelle folgt mit 50,8% die „Monatsschrift Kinderheilkunde“ und mit 47,9% folgt dann das „Deutsche Ärzteblatt“.

Print lebt

Neben Informationen zu Reichweiten und Leser-Blatt-Bindung liefert die LA-MED eine Fülle weiterer Informationen, insbesondere was die Nutzung von Fachzeitschriften im Allgemeinen betrifft.

Reichweite

Diese repräsentative Auswertung weist 2016 für den unser Verbandsorgan „Kinder- und Jugendarzt“ eine Reichweite von 80,5% (83,28% ♂ und 77,74% ♀) aus, was eine leichte Steigerung gegenüber der Vorgängerstudie 2014 bedeutet und den Titel als führende

pädiatrische Fachzeitschrift bei der Fachgruppe der Kinder- und Jugendärzte in den letzten Jahren bestätigt. In der Bekanntheit unter allen pädiatrischen Zeitschriften (einschließlich dem Deutschen Ärzteblatt) gehört mit 98% unsere Zeitschrift zu den führenden bei den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten.

Rund 73 % der befragten niedergelassenen Pädiater zählen entgegen manchen Schreckensmeldungen zu den intensiven Nutzern von Fachzeitschriften, wenn es um die Beschaffung von beruflichen Informationen geht. Im Vergleich dazu gab die überwiegende Mehrheit an, dass Podcasts und Webinare für die tägliche Arbeit keine Rolle spielen. Wir hoffen, dass diese Tatsachen auch bei der Industrie ankommen, mit deren Werbeanzeigen wir den „Kinder- und Jugendarzt“ finanzieren.

Print wirkt. Dies spiegelt sich auch in der abgefragten Aktivierungsleistung von medizinischen Fachzeitschriften wieder. Rund 90 % sind durch die Lektüre in den letzten 12 Monaten mindestens einmal zu einer neuen Therapieform bzw. Behandlungsmethode

angeregt worden bzw. ziehen diese in Erwägung. Knapp 73 % der Befragten gaben an, mindestens einmal Informationsmaterial bestellt zu haben.

Über 80 % der niedergelassenen Pädiater haben aufgrund von Fachzeitschriften an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teilgenommen, während rund 70 % sich veranlasst sahen, einen Fachkongress oder eine Tagung zu besuchen.

Internet-Nutzung

Zwar gaben rund 71 % der niedergelassenen Pädiater an täglich im Internet zu surfen. Allerdings sind dafür in erster Linie private Gründe verantwortlich; der Anteil der beruflichen Nutzung ist nach wie vor vergleichsweise gering.

Leserbefragung

Der BVKJ hat ja im September unter seinen Mitgliedern eine Online-Leserbefragung durchgeführt. Das Ergebnis wird in der nächsten Ausgabe dieser Zeitschrift veröffentlicht, es ist aber jetzt bereits im Intranet „PädInform“ unter BVKJ Aktuell und im Ordner „Kinder- und Jugendarzt“ nachzulesen.

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Robert-Koch-Institut:

Bis zu 6,6 Millionen Kinder leben in Deutschland mit riskant trinkenden Eltern



Foto: © Axel Burekett – Fotolia.com

Das Robert-Koch-Institut hat im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums aktuelle Kennziffern zu Familien erhoben, in denen mindestens ein Elternteil in riskantem Maße Alkohol konsumiert. Der Bericht enthält soziodemographische Merkmale der Gruppe der riskant Alkohol konsumierenden und regelmäßig rauschtrinkenden Väter und Mütter.

Die Ergebnisse auf Grundlage der bevölkerungsweiten Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) von 2012 zeigen, dass 22 Prozent der Elternteile, die mit mindestens einem eigenen minderjährigen Kind im Haushalt leben, einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen, 14 Prozent der Elternteile trinken regelmäßig bis zum Rausch. Dies entspricht etwa 3,8 Millionen Elternteilen mit riskantem Alkoholkonsum bzw. 2,4 Millionen Elternteilen mit regelmäßigem Rauschtrinken. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Kinderzahl dieser Elternteile ist davon auszugehen, dass in Deutschland bis zu 6,6 Millionen Kinder bei einem Elternteil mit riskantem Alkoholkonsum respektive 4,2 Millionen

Kinder bei einem Elternteil mit regelmäßigem Rauschtrinken leben, wobei bei der Interpretation dieser Zahl methodische Einschränkungen zu berücksichtigen sind. Ein direkter Vergleich der Zahlen aus GEDA 2012 mit anderen Studien ist aufgrund unterschiedlicher Definitionen der elterlichen Alkoholbelastung nicht möglich. Beispielsweise kommt eine Hochrechnung auf Basis einer Studie aus den 1990er-Jahren zu dem Schluss, dass in Deutschland etwa 2,65 Millionen Kinder mit mindestens einem alkoholmissbrauchenden oder -abhängigen Elternteil leben (KLEIN 2005). In GEDA 2012 wurden dagegen aus methodischen Gründen Eltern mit riskantem Alkoholkonsum bzw. regelmäßigem Rauschtrinken erfasst und somit eine deutlich höhere Anzahl an betroffenen Kindern ermittelt als bei Studien, die auf elterlichen Missbrauch oder Abhängigkeit fokussieren.

Väter, Mittelschicht und ältere Eltern

Anhand der Ergebnisse aus GEDA 2012 wird deutlich, dass es sich

bei der Mehrheit der im riskanten Maß Alkohol konsumierenden und regelmäßig rauschtrinkenden Elternteile um Väter handelt. Außerdem ist ein riskanter Alkoholkonsum bzw. regelmäßiges Rauschtrinken der Eltern vor allem in der mittleren und hohen sozialen Statusgruppe sowie ein riskanter Alkoholkonsum insbesondere bei älteren Eltern (ab 40 Jahren) verbreitet. Darüber hinaus weisen Eltern, die ausschließlich mit älteren Kindern im Haushalt leben, tendenziell einen höheren Anteil an Risikokonsumenten auf als Eltern, die mit jüngeren Kindern zusammenleben. Die vorliegenden Ergebnisse ermöglichen es, die Gruppe der im riskanten Maß Alkohol konsumierenden und regelmäßig rauschtrinkenden Väter und Mütter detailliert zu beschreiben und somit Zielgruppen für Präventionsmaßnahmen zu bestimmen. Zudem weisen die gewonnenen Erkenntnisse auf Zugangswege hin, über die die identifizierten Zielgruppen gut erreicht werden können.

Das Bundesgesundheitsministerium wird gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) weitere Schritte prüfen, damit die oben genannte Zielgruppe besser über Präventionsmaßnahmen erreicht werden kann. Um konkretere Zahlen zu Kindern bis 18 Jahren im Haushalt von Eltern mit substanzbezogenen Abhängigkeiten zu erhalten, wurde mit den Verantwortlichen des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) vereinbart, dass entsprechende Fragen bei der nächsten ESA-Befragung in 2018 aufgenommen werden sollen.

Quelle:
**Bundesministerium
für Gesundheit**

Red: ReH

Frühes Leid und mangelnder Halt

Zur psychischen Situation von unbegleiteten, minderjährigen Asylsuchenden (UMA) oder Flüchtlingen (UMF).



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

Wir erleben die größte Flüchtlingswelle weltweit seit dem 2. Weltkrieg: 60 Mill. Menschen sind auf der Flucht; täglich gibt es 42.500 neue Flüchtlinge. Jedes neunte Kind auf der Welt lebt in einem Krisengebiet, zumeist ohne Schule. In Deutschland wurden im Jahr 2015 1.091.894 Flüchtlinge registriert, von Januar bis April 2016 „nur“ noch 189.648. Mit der Umsetzung der Verträge mit der Türkei hat es eine Atempause gegeben, deren Ende allerdings aktuell durch die Ereignisse nach dem dortigen Putschversuch und der Reaktion der von Erdogan geführten Regierung absehbar ist. Dieser Artikel widmet sich schlaglichtartig der Situation minderjähriger Flüchtlinge und Asylsuchender und ihrer psychischen Situation in unserem Land.

Es gab in Deutschland bisher etwa 500.000 Asylanträge, darunter 30 Prozent für Kinder und Jugendliche und davon wiederum acht Prozent durch unbegleitete minderjährige Asylsuchende (UMA). 91 Prozent der letztgenannten Gruppe sind männlichen Geschlechts. Viele machen unvorstellbar schlimme Erfahrungen im Herkunftsland, auf der Flucht und zum Teil auch im Aufnahmeland. Während die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) unter Deutschen eine Prävalenz von etwa zwei Prozent aufweist, leiden unter der Gruppe der männlichen UMAs darunter, je nach Studie, 17 bis 62 Prozent. Mädchen und junge Frauen erreichen Deutschland nur mit einem geringen Anteil: sie machen nur neun Prozent der UMAs aus, sind aber durchschnittlich deutlich höher mit einer PTBS belastet, nämlich bis zu 71 Prozent. UMAs, besonders die wenigen weiblichen, die es geschafft haben, sind zu mindestens 50 Prozent bis >70 Prozent schwer psychisch belastet. Sogenannte „man-made-desasters“ verursachen nach Folter zu 80 Prozent eine PTBS, nach Vergewaltigung zu 50 Prozent, nach Naturkatastrophen hingegen nur bei zwei Prozent eine solche. Die Prävalenz psychischer Störungen beträgt bei UMAs 42 bis 56 Prozent, davon ein Drittel internalisierend. Externalisierende Störungen sind hingegen seltener als in der deutschen Bevölkerung und kommen in zwei Prozent zum Tragen. Dagegen finden sich psychische Störungen mit einer

Häufigkeit von 20 Prozent sowohl bei deutschen Kindern und Jugendlichen als auch bei den Flüchtlingen insgesamt in ähnlicher Häufigkeit. Tatsächlich kommen nur maximal vier Prozent der Flüchtlinge mit psychischen Störungen in psychotherapeutische Behandlung, in der Regel nicht beginnend vor 15 Monaten seit dem Beginn ihres Aufenthalts in Deutschland. Dazu kommen gravierende psychosomatische Störungen wie diffuse Schmerzen oder Schlafstörungen. Abteilungen und Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie werden hinsichtlich ihrer Kapazitäten unter diesem Druck gesprengt. In der Regel kommen nur noch junge Menschen mit akuter Suizidalität in die stationäre Behandlung. Nur Flüchtlinge ohne PTBS oder mit der Chance zur Bearbeitung derselben sind perspektivisch integrierbar in unsere Gesellschaft. Besondere Chancen zur Unterstützung dafür haben minderjährige Flüchtlinge. Gemäß der UN Kinderrechtskonvention, Artikel 22, soll ihnen Teilhabe in jeder Form garantiert werden. Medizinische Untersuchungen zur Einschätzung des biologischen Alters, insbesondere durch Inspektion des Genitalbereichs, können retraumatisierend wirken.

Ruhe und Normalität fördern Resilienz

Für die ankommenden Flüchtlinge mit Traumatisierung vor und/oder während der Flucht ist es zunächst wichtig, hier zur Ruhe und in eine

Normalität zu kommen. Sie brauchen Transparenz, Freundlichkeit, Verlässlichkeit und Gewaltfreiheit. Das sind Resilienz fördernde Basismaßnahmen. Wichtig ist die Trennung ethnischer Gruppen, um Herkunftskonflikte zu vermeiden, z. B. unter Afghanen und Syrern. Anfangs findet sich ein hoher Anteil an Somatisierung mit Myogelosen, Schlafstörungen, Gastritiden bis hin zu Stressulzera, Kopf- und Bauchschmerzen u.a.m. Dazu leiden nicht Wenige unter einem rezidivierend auftretenden flashback. Ungewissheit über die weitere Perspektive und mangelnde Einbindung fördern Passivität und Depression. Möglichst schnell müssen die Kinder und Jugendlichen in Schulen, Ausbildung und Arbeit gebracht werden. In Berlin bleiben sie sechs bis zwölf Monate in sogenannten Willkommensklassen und müssen dann in die Regelbeschulung.

Das Bundesamt für Migration und Flucht (BAMF) ist mit der Bearbeitung der Asylanträge weit hinterher. Es hat bei einem Mitarbeiterstamm von etwa 7.000 dafür circa 2.000 Entscheider. Für UMF, Folteropfer, Opfer von Menschenhandel, Traumatisierte und geschlechtsspezifisch Verfolgte müssen aber Sonderbeauftragte entscheiden; das sind etwa nur 150 bis 200 Personen. Bei den UMF gibt es viele Fluchtgründe wie Zwangsrekrutierung, Zwangsprostitution (z. B. Nigeria), Genitalverstümmelung, Ausbeutung durch Kinderarbeit (z. B. Eritrea), Versklavung, religiöse Verfolgung oder Verfolgung von Albinos in Ostafrika.

Verschiedene mögliche Schutzstadien bringen unterschiedliche Sicherheit: politische Verfolgung und Anerkennung nach Artikel 16a, Abs. 1, des Grundgesetzes ist besser als der Flüchtlingsschutz nach § 3, Abs. 1, des Asylgesetzes mit je drei Jahren Bleiberecht. Darunter rangieren der subsidiäre Schutz nach § 4, Abs. 1, des Asylgesetzes (drohender Tod oder Folter bei Abschiebung) und danach das Abschiebungsverbot nach § 60, Abs. 5, des Aufenthaltsgesetzes (kein konkreter Akteur, aber keine Therapie im Herkunftsland bei fluchtbedingter Traumatisierung) mit jeweils nur einem Jahr Schutz. Die vielfältigen Rechtsgrundlagen sind unübersichtlich und auch nicht immer in Übereinstimmung zu bringen. Das Dublinverfahren wird nur noch zur Familienzusammenführung angewendet. Ansonsten ist die Asylpraxis unterschiedlich und besonders in Bayern problematisch. Einreisende UMF werden vorläufig in Obhut genommen über 14 Tage nach § 42a, SGB VIII, sobald die Einreise nach Deutschland festgestellt ist. Seit November 2015 werden auch sie nach dem Königsteiner Schlüssel verteilt, so dass die Grenzbundesländer nicht mehr so überlastet werden wie bis dahin. (Davon abgesehen erreichen seit dem gerade in Frage stehenden „Türkei-Deal“ praktisch keine unbegleiteten Minderjährigen mehr die Bundesrepublik.) In einem Clearingverfahren wird über drei Monate hinweg über die „Verteilbarkeit“ der UMF entschieden mit gesundheitlicher Prüfung, Altersprüfung, Verwandtenzusammen-

führung und Kindeswohlgefährdung. Anschlussmaßnahmen kommen danach mit Anmeldung bei der Krankenkasse, in der Regel der AOK. Die unbegleiteten Kinder und Jugendlichen kommen dann in Familien oder Jugendheimen, wobei nach dem Subsidiaritätsprinzip die freien Träger Vorrang haben. Für die gesundheitliche Versorgung dürfen die Bundesländer die Krankenkassenkarte einsetzen.

Diejenigen Flüchtlinge, die sich auf den Weg machen und durchkommen, sind durchschnittlich gebildeter und Angehörige gehobener Schichten. Die Flucht bedeutet also einen Brain-Drain. Unter den iranischen und syrischen Flüchtlingen haben etwa 18 Prozent eine Hochschule besucht und 20 Prozent das Gymnasium. 48 Prozent haben gute Voraussetzungen, circa 25 Prozent schlechte. Anders sieht es bei Flüchtlingen aus Serbien und Mazedonien aus.

Die Sprachkompetenzen sind sehr unterschiedlich verteilt. Insbesondere für die Mitteilung von psychischen Problemen braucht es zumeist kompetente Übersetzer, die wiederum das Gehörte häufig mit eigenen Meinungen oder Bewertungen vermischen. Davon unabhängig ist die Verfügbarkeit von geeigneten Übersetzern oft sehr eingeschränkt, wie überhaupt der Arbeitsmarkt für Sozialarbeiter und Sozialpädagogen so gut wie leergefegt ist. Darunter leiden dann auch wieder stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe, de-



Foto: © Jonathan Stutz - Fotolia.com

ren Betrieb bei Ausfall von Arbeitskräften zunehmend in Frage steht. Ohne die besondere Unterstützung durch die Helferkreise in vielen Orten in Deutschland wären die aufgeführten Probleme überhaupt nicht zu bewältigen. Die involvierten Institutionen und Ministerien befinden sich in einem intensiven Lern- und Anpassungsprozess, um mit unbürokratischen Regelungen den Herausforderungen gerecht werden zu können. Es ist zu hoffen, dass die anhaltenden innerdeutschen politischen Auseinandersetzungen und Ressentiments nicht zu einem Rollback bei diesen Bemühungen führen.

Dr. med. Dipl.-Psych. Harald Tegtmeier-Metzdorf
 88131 Lindau
 E-Mail: dr.harald.tegtmeier@t-online.de

Red.: ReH

Einkommensarmut in München und Tirschenreuth

Wo die wirklich Armen leben

Dass man mit 1.000 Euro irgendwo auf dem Land wesentlich besser zurecht kommen kann als in Hamburg oder München, leuchtet ein. In der Diskussion um die Einkommensarmut spielt das aber keine Rolle. Deshalb hat das IW Köln den einheitlichen Schwellenwert für Einkommensarmut – 60 Prozent des mittleren Einkommens – um die unterschiedlichen Preisniveaus bereinigt – und kommt zu überraschenden Ergebnissen.

Im Jahr 2013 galten laut Statistischem Bundesamt 15,5 Prozent der Bundesbürger als arm.

Wie arm ein Mensch jedoch wirklich ist, hat viel damit zu tun, wie teuer das Leben am jeweiligen Wohnort ist. Denn tatsächlich klaffen die Lebenshaltungskosten in Deutschland weit auseinander:

In München – Deutschlands teuerster Region – sind die Lebenshaltungskosten 37 Prozent höher als im oberpfälzischen Tirschenreuth, dem preisgünstigsten Kreis.

Berücksichtigt man diese Preisunterschiede, wird aus der Einkommensarmut eine Kaufkraftarmut. Ein Single in München ist dann bis zu einem Monatseinkommen von 1.106 Euro kaufkraftarm, während ein Alleinstehender in Tirschen-

reuth schon ab 818 Euro nicht mehr dazu zählt.

Dieses Beispiel lässt ahnen, wie stark die preisbereinigte Sicht der Dinge die regionalen Armutsgefährdungsquoten beeinflusst

Die Ost-West-Unterschiede schmelzen. Nach herkömmlicher Lesart – also ohne Preisbereinigung – hat Ostdeutschland eine um 5,5 Prozentpunkte höhere Quote an Einkommensarmen als Westdeutschland. Da aber das Preisniveau im Westen fast sechs Punkte höher ist als im Osten, schmilzt der Unterschied bei der Kaufkraftarmut auf 2,8 Punkte zusammen.

Das Stadt-Land-Gefälle wächst. Lässt man die unterschiedlichen Preise für Mieten, Lebensmittel und Dinge, die der Mensch sonst

noch so braucht, außer Acht, ist die Quote der Einkommensarmen in Städten 4,6 Prozentpunkte höher als auf dem Land. Aufgrund der im Schnitt um sieben Prozent teureren Lebenshaltung in den Städten wächst der Unterschied zum Land nach der Preisbereinigung auf fast acht Prozentpunkte.

Das hohe urbane Preisniveau sorgt dafür, dass sogar vermeintlich wohlhabende Städte eine überdurchschnittlich hohe Armutsquote haben:

Die Autostadt Stuttgart, die Handelsmetropole Hamburg, die Modestadt Düsseldorf und die Bankenhochburg Frankfurt am Main liegen mit Quoten von 20 bis 22 Prozent deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 15,4 Prozent.

Kaufkraftarmut: Die Top 5 und die Flop 5

Die Top 5

1. Bodenseekreis, Landkreise Sigmaringen und Ravensburg (Quote: 8,3 Prozent). Die Region am Bodensee gehört dank zahlreicher Industriebetriebe – etwa im innovativen Maschinenbau – zu den wirtschaftlich stärksten in Deutschland. Durch die Nähe zur prosperierenden Schweiz profitiert die Wirtschaft zusätzlich. Die Arbeitslosenquote liegt nur bei rund drei Prozent, und durch die ländlich-kleinstädtische Struktur sind alleinstehende Nichterwerbstätige Studenten und Alleinerziehende als Risikogruppen unterrepräsentiert.

2. Ingolstadt und Landkreise Eichstätt, Neuburg-Schrobenhausen, Pfaffenhofen (Quote: 9,0 Prozent). Ingolstadt und die angrenzenden

Landkreise sind ebenfalls stark industriell geprägt, vor allem durch den Autobauer Audi und seine Zulieferer. Die Wirtschaftskraft der Region ist hoch – mit 122.000 Euro je Einwohner erreicht Ingolstadt den zweithöchsten BIP-Wert in Deutschland – und die Arbeitslosigkeit ist die niedrigste Deutschlands: Ingolstadt selbst mit seinen immerhin 133.000 Einwohnern liegt unter drei Prozent und im Kreis Eichstätt herrscht mit einer Quote von 1,3 Prozent Vollbeschäftigung.

3. Die Landkreise Erlangen-Höchstadt, Fürth, Nürnberger Land und Roth (Quote: 9,0 Prozent). Diese Region beherbergt viele Industriebetriebe, vor allem Metall- und Elektro-Unternehmen, aber auch die Zentralen von zwei globalen Marktführern im Sportartikelbereich. Die

Arbeitslosenquote in der Region liegt nur bei rund 2,5 Prozent.

4. Die Landkreise Augsburg, Dillingen, Donau-Ries und Aichach-Friedberg (Quote: 9,2 Prozent). Die Arbeitslosenquote in diesen vier Kreisen liegt im Schnitt nur bei rund 2,5 Prozent. Neben der intraregionalen, meist mittelständischen Wirtschaft bietet auch Augsburg selbst viele Arbeitsplätze. Da das Preisniveau nicht an das der Großstädte heranreicht, ist die Kaufkraft entsprechend hoch.

5. Landau in der Pfalz mit den Landkreisen Südliche Weinstraße und Germersheim (Quote: 9,4 Prozent). Hier zeigt sich, dass auch in weniger wirtschaftsstarken Regionen die Armutsquoten sehr gering sein können. Das gute Abschneiden erklärt sich nicht dadurch, dass die Re-

gion kaum sogenannte Risikogruppen beheimatet. Der Anteil der Migrantenhaushalte ist mit einem Viertel zwar überdurchschnittlich hoch. Doch die meisten von ihnen sind erwerbstätig. Die Arbeitslosenquote in Landau liegt bei fünf Prozent, in den Landkreisen bei vier Prozent.

Die Flop 5

1. Bremerhaven (Quote: 29,3 Prozent). Die zum Land Bremen gehörende Hafenstadt mit 114.000 Einwohnern hat die höchste Armutsquote Deutschlands und mit zuletzt 14,6 Prozent auch die zweithöchste Arbeitslosenquote. Versuche, die durch das Ende der Fischerei und den Verlust von Werftarbeitsplätzen gebeutelte Wirtschaft auf Tourismus und Dienstleistungen umzustellen, haben bislang kaum gefruchtet.

2. Köln (Quote: 26,9 Prozent). Dass die Domstadt deutschlandweit den zweithöchsten Anteil relativ kaufkraftarmer Personen hat, über-

rascht. Denn die Arbeitslosigkeit ist mit knapp neun Prozent nicht auffällig hoch und die Wirtschaftskraft ist mit einem Bruttoinlandsprodukt von 51.000 Euro je Einwohner sogar überdurchschnittlich. Offenbar ist die Einkommensspreizung in Köln sehr hoch – nicht zuletzt wegen der vielen Studenten. Hinzu kommt das – wie in den meisten Metropolen – hohe Preisniveau.

3. Die Landkreise Vorpommern-Rügen und Vorpommern-Greifswald (Quote: 25,7 Prozent). Während die Arbeitslosenquote fast überall in Ostdeutschland nur noch einstellig ist, verharrt sie in den beiden nordöstlichsten Kreisen Deutschlands deutlich über zehn Prozent. Da zudem die Einkommen niedrig sind und das Preisniveau aufgrund der Touristen etwas höher ausfällt als sonst in der ostdeutschen Provinz, ist die Armutsquote die höchste aller ländlichen Regionen in Deutschland.

4. Westberlin (Quote: 25,0 Prozent). In Westberlin konzentrieren

sich Problemkiese mit hohen Migrantenanteilen und Arbeitslosenquoten. Das ehemalige Ostberlin dagegen ist in Sachen Kaufkraftarmut unauffällig: Mit einer Quote von 18,6 Prozent steht der Stadtteil kaum schlechter da als München.

4. Gelsenkirchen (Quote: 24,8 Prozent). Die Stadt mit 260.000 Einwohnern am Nordrand des Ruhrgebiets hält mit einer Arbeitslosenquote von 14,9 Prozent im Juli 2016 die rote Laterne in Deutschland. Der früher führende Kokereisstandort hat sich bis heute nicht vom Niedergang der Kohle- und Montanindustrie erholt. Mit einem verfügbaren Einkommen von 15.900 Euro je Einwohner hat Gelsenkirchen den niedrigsten Wert aller Städte. Dass sie trotzdem eine geringere Armutsquote als zum Beispiel Köln aufweist, dürfte auf die höhere Kaufkraft aufgrund des niedrigen Preisniveaus zurückzuführen sein.

Quelle: IW

Red.: ReH

Arme Eltern, schlechte Schüler



Foto: © Industrieblick - Fotolia.com

Finanzielle Armut und Bildungsarmut gehen oftmals Hand in Hand. So zeigt eine Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln (IW), dass in den meisten Regionen, in denen vergleichsweise viele Kinder und Jugendliche in finanziell schwierigen Verhältnissen leben, auch mehr Schüler die Schule abbrechen als anderswo.

Spätestens seit der ersten PISA-Studie ist klar: In Deutschland ist die Schulleistung von Kindern und Jugendlichen besonders eng an die soziale Herkunft gekoppelt. In der Bundesrepublik lebten 2013 rund 19 Prozent der Kinder und Jugendlichen in armen oder von Armut

bedrohten Verhältnissen. Kinder aus Elternhäusern mit beschränktem finanziellen Spielraum haben nicht per se schlechtere Karten. Das Kernproblem liegt vielmehr darin, dass finanzielle Armut und Bildungsarmut in Deutschland oftmals Hand in Hand gehen. So fällt es vielen sozial schwach gestellten Eltern schwer, ihre Kinder beim Lernen und bei den Schulaufgaben optimal zu unterstützen. Dies wiederum kann bei den Sprösslingen zu schlechten Leistungen und – schlimmstenfalls – zum Schulabbruch führen.

Annähernd sechs Prozent der Schüler verließen die allgemeinbildende Schule 2014 ohne Abschluss.

Vielen jungen Menschen gelingt es allerdings noch im beruflichen Übergangssystem – etwa im Rahmen des Berufsvorbereitungsjahres –, einen Schulabschluss nachzuholen.

Weniger Schulabbrecher im Süden Deutschlands als im Norden

Dass in Regionen, in denen vergleichsweise viele Kinder – unter Berücksichtigung der Kaufkraft – von Armut gefährdet sind, auch deutlich mehr Jugendliche die Schule abbrechen als in wohlhabenderen Stadt- und Landkreisen, weist eine neue Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln (IW) nach. Dies zeigt auch der Bundesländervergleich.

Im Süden Deutschlands, wo besonders wenige Kinder in einkommensschwachen Familien leben, sind auch Schulabbrüche besonders selten.

In Bayern beispielsweise, wo nur knapp 13 Prozent der Kinder und Jugendlichen armutsgefährdet sind, beträgt die Quote der Schulabbre-

cher lediglich etwas mehr als vier Prozent.

In den meisten neuen Bundesländern dagegen sind beide Quoten – also die Armutsgefährdungs- und die Abbrecherquote – besonders hoch. In Sachsen-Anhalt verließen 10 Prozent der Jugendlichen die allgemeinbildende Schule ohne Abschluss.

Ein Hauptschulabschluss sollte die Ausbildungsreife dokumentieren

Aus dem Raster fallen Nordrhein-Westfalen und Hamburg: Obwohl hier überdurchschnittlich viele Minderjährige von Armut bedroht sind, verlassen nicht mehr Schüler die Schule ohne Abschluss als im Bundesdurchschnitt. Daraus lässt sich allerdings nicht automatisch ableiten, dass diese Länder besonders erfolgreich darin sind, Bildungsarmut bei benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig zu vermeiden. Denn vielen jungen Menschen fehlen trotz eines erlangten Hauptschulabschlusses die notwendigen Basics – etwa in Deutsch und Mathematik –, um eine Ausbildung oder eine weitere schulische Laufbahn zu absolvieren.

So lässt sich Bildungsarmut vermeiden

Um Bildungsarmut zu bekämpfen, muss die Politik an anderer Stelle ansetzen, fordern die Autoren der iw-Studie. Sie sollte für Kinder aus armutsgefährdeten Haushalten ein Lernumfeld schaffen, das es ihnen leichter macht, erfolgreich in der Schule zu sein. Die dafür nötigen Maßnahmen setzen zum Teil bereits vor dem Schuleintritt der Kinder an.

Von zentraler Bedeutung ist eine qualitativ hochwertige **frühkindliche Bildung**, also eine ausreichende Zahl an Kindertagesstätten, die eine optimale Betreuung und Förderung für die Ein- bis Sechsjährigen gewährleisten. Da die individuelle Förderung umso besser funktioniert, je kleiner die Gruppe ist, ist der Betreuungsschlüssel – neben der Qualifikation der Erzieher – ein entscheidendes Qualitätsmerkmal.

Die Bertelsmann Stiftung empfiehlt, dass maximal drei Krippenkinder beziehungsweise sieben Kindergartenkinder von einer Bezugsperson betreut werden. Tatsächlich lag der Betreuungsschlüssel in Deutschland 2015 bei 1 zu 4,3 für Krippenkinder und bei 1 zu 8,7 für die Dreis- bis Siebenjährigen.

Gezielte Unterstützungsangebote für Kinder mit Förderbedarf – etwa Sprachförderung für jene, die Probleme mit der deutschen Sprache haben.

Deutschland ist von einer ausreichenden Versorgung mit **Ganz-**

tagsschulen noch weit entfernt. So gibt es derzeit nur für ein Drittel der Grundschüler Ganztagsangebote.

Für Kinder aus benachteiligten Familien ist insbesondere eine **qualifizierte Hausaufgabenbetreuung** wichtig. Denn rund ein Drittel der 17-Jährigen, die maximal einen Hauptschulabschluss haben beziehungsweise anstreben, erhalten von den Eltern keine Unterstützung beim Lernen oder bei den Hausaufgaben.

Quelle: iw

Red.: ReH

Mindestlohn hilft nicht gegen Kinderarmut

Die Einführung des Mindestlohns hat die Kinderarmut in Deutschland offenbar nicht spürbar vermindert. Die Zahl der Minderjährigen in so genannten Aufstocker-Haushalten sei zwölf Monate nach Einführung des Mindestlohns praktisch konstant geblieben, hieß es in einer Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Grünen-Fraktion, aus der die „Frankfurter Rundschau“ am 30. 9. zitierte.

Quelle: Frankfurter Rundschau

Red.: ReH

MULTIPLE SCHICKSALE – Vom Kampf um den eigenen Körper



Der außergewöhnliche Dokumentarfilm **MULTIPLE SCHICKSALE – Vom Kampf um den eigenen Körper**, das Langfilmdebüt des heute 20-jährigen Schweizers Jann Kessler, zeigt ganz persönlich Schicksalsschläge und Zuversicht, Verzweiflung und Mut, erschütternde, aber auch unbeschwertere und intensiv-berührende Momente.

Im Film verarbeitet der Filmemacher auch die Erfahrungen mit seiner Mutter. Er versucht zu verstehen, wieso sie den Weg des Verdrängens der Krankheit gegangen ist und probiert, ihre Entscheidungen im Nachhinein zu akzeptieren.

Der Film läuft mit Unterstützung des BVKJ.

Red.: ReH

Kann Krankheit auch eine Chance sein? Ein Film über sieben Menschen, die mit MS leben. Zwischen Mut, Verzweiflung und Zuversicht.

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).



**Ein Pädiater berichtet:
Vor Ort in Tschernobyl von
Regine Hauch, KiJuA 2016,
Heft 8, S. 556 ff.**

Svetlana Alexejewitsch, die belarussische Literatur-Nobelpreisträgerin hat im März diesen Jahres in einem Zeitungsinterview darauf hingewiesen, dass Tschernobyl unsere Zukunft ist und mitnichten eine Vergangenheit, die jetzt 30 Jahre zurückliegt. Und das betrifft nicht nur uns Menschen, sondern die gesamte Tier- und Pflanzenwelt mit ihrer vergleichsweise kurzen Generationenfolge. Auf dem IPPNW-Kongress in Berlin im Februar diesen Jahres beschrieb der kanadische Biologe Professor Timothy Mousseau, dass in der Tschernobyl-Region unter dem Einfluss des Fallouts auch nach 30 Jahren kaum ein genetischer Reparaturmecha-

nismus korrekt funktioniert: das Wachstum von Kiefern führt zu grotesken Verformungen, bei Vögeln tritt eine hohe Rate an Mikrocephalie auf und der Feuerkäfer ist 30 Jahre nach der Katastrophe phänotypisch völlig verändert. Der Atomausstieg ist also eine Überlebensnotwendigkeit und bedarf weiter unseres Engagements.

**Dr. med. Christoph Dembowski
Kinder- und Jugendarzt
Geberstrasse 19
27356 Rotenburg (Wümme)
Tel.: 04261-4016**

Red.: ReH



**Eine Frage an:
Martina Wiesmann
KiJuA Heft 9/2016, S. 616**

Stottertherapie – es gibt keine Lösung von der Stange

Martina Wiesmann zeigt sich im Interview mit dem Kinder- und Jugendarzt sehr optimistisch, was die Diagnose und (frühe) Therapie des Stotterns betrifft.

Leider irrt sie hier. Das vielschichtige Phänomen des Stotterns mit all seinen Verursachungs- und Ausprägungsformen wird von keiner Definition vollständig erfasst. Ebenso wenig existiert eine Therapiemethode, die nach den Wunschvorstellungen betroffener Patienten und Eltern, „das Stottern an der Wurzel packt und ausmerzt“. Stottern kann ohne ersichtlichen Grund auftauchen und ohne Therapie wieder verschwinden.

Stottern umgibt trotz ernsthafter wissenschaftlicher Erklärungsversuche eine Aura des Geheimnisvollen, zeigt doch die langjährige Erfahrung, dass es vermutlich keine Einzelmethode gibt, mit der im Einzelfall nicht tatsächlich eine positive Veränderung der Störung herbeigeführt werden könnte, was durch die z. T. sehr hohen suggestiven und therapeutenspezifischen Wirkfaktoren von Therapiemethoden erklärt werden kann (Johannsen & Schulze 1988) oder durch glückliche Veränderungen der Lebensumstände.

Es gibt keine Lösung von der Stange. Ebenso vielfältig wie die Erscheinungsformen können die Ansätze zur Therapie sein. Der Arzt, der die Therapie verordnet, muss sie nicht unbedingt selbst beherrschen.

Zumindest aber sollte er die theoretischen Ansätze kennen.

Die wichtigsten Stottherapiekonzepte

Die Stottermodifikation wurde von *Charles van Riper (1905-1994)* in der Form entwickelt, wie sie noch heute am meisten verbreitet ist. *Van Riper* hat selbst lebenslang gestottert und duldet bei seinen Patienten bis zu einem gewissen Grad eine Toleranz zu stottern.

Das vorgeschlagene *Lidcombe*-Programm ist ein operantes Verfahren, das darauf beruht, flüssige Sprache durch verbale Rückmeldung anzuerkennen, zu loben und zu fördern. Gestotterte Sprache wird hingegen systematisch durch korrigierende verbale Rückmeldung abgebaut. Wichtig ist nach *Onslow & Packmann (1999)*, dass ein Verhältnis von fünfmal Lob zu einer Korrektur eingehalten wird. In der ärztlichen Beratung sollte sehr genau abgewogen werden, ob die Familie in der Lage ist, die therapeutischen Aufgaben innerhalb des straff gegliederten Therapieplans durchzuführen und das ehrgeizige Therapieziel des stotterfreien Sprechens auf diesem operanten Weg der klassischen Konditionierung zu erreichen.

Das alternative Therapiekonzept *KIDS („Kinder dürfen stottern“)* setzt hingegen auf den konsequenten Abbau von Defizitgefühlen im Sinne einer Desensibilisierung gegenüber dem eigenen Stottern. Das Akzeptieren der Redeflussstörung mit dem Ziel eines fröhlich entspannten Stotterers ohne Defizitgefühle wird sicher auch seine Klientel und Befürworter finden. Da die ganz überwiegende Erwartungshaltung meiner Patienten dem nicht entspricht, würde diese Therapie mir vermutlich schnell eine relativ leere Praxis bescheren.

Der *PCI*-Ansatz („*Palin Parent Child Interaction Therapy*“, *Kelman & Nicholas 2008, 2014*) beruht auf einem bewährten Verfahren, das mit einem neuen Label versehen wurde. Es zeigt den Eltern systematisch, wie sie die Sprechflüssigkeit im Alltag unterstützen kön-

nen. Ich führe diese Vorgehensweise bei unflüssig sprechenden Kindern im Vorschulalter in der Form von Beratungssitzungen durch – wann immer die Eltern diese Absicherung benötigen. Meistens reichen zwei bis sechs Beratungssitzungen zu Stottern auslösenden und Stottern reduzierenden Faktoren.

Eine frühe Sprachtherapie ab dem dritten Geburtstag bis zum Vorschulalter macht nur Sinn, wenn sie in Form von Beratungen der Eltern stattfindet (s. *Therapieindikationsschema Tigges-Zuzok*).

Mit zunehmende Erzählfähigkeit und Sprechsicherheit bilden sich bei den meisten Kindern die Sprechunflüssigkeit und auch das beginnende Stottern bis zur Schulreife zurück. Die Zahl derer, die das Stottern beibehalten, liegt bei etwa einem Prozent der Bevölkerung (*Silverman 1996*). „Was als unmittelbarer Nutzen einer Therapie angesehen wird, beruht manchmal lediglich auf Zufall oder dem natürlichen Genesungsverlauf“ (*Casarett 2016*). Hierzu bemerkt *Wirth (2000)*: „Trotz des Vorliegens zahlreicher Richtlinien-schemata lässt sich daher noch keine eindeutige Abgrenzung zwischen physiologischem Entwicklungsstottern¹ und echtem chronischem Stottern vornehmen, insbesondere lässt sich nicht sicher voraussagen, ob sich aus einem Entwicklungsstottern ein echtes Stottern entwickelt“. Das können auch Logopäden noch nicht.

Jede dieser Therapieformen kann – richtig dosiert – zu einem entspannten Redefluss führen – muss aber nicht unbedingt. Keine rechtfertigt eine jahrelange Stotterbehandlung. Und keine wirkt besser, wenn man sie bereits im Alter von zwei bis drei Jahren beginnt.

¹ Pädiater sprechen von physiologischem Entwicklungsstottern – Logopäden möchten den Begriff „entwicklungsbedingte normale Unflüssigkeiten“ hierfür etablieren.

Literatur bei der Verfasserin

Dr. Cornelia Tigges-Zuzok
Erziehungswissenschaftlerin u.
Logopädin
45134 Essen
E-Mail@audiente.de

Red.: ReH

● Nachgefragt

Ist eine vegetarische oder vegane Ernährung für Kleinkinder möglich?

Mit der Rubrik „Nachgefragt“ will das Netzwerk „Gesund ins Leben“ regelmäßig, kurz und knapp über die aktuellen vom Netzwerk erarbeiteten Handlungsempfehlungen und die ihnen zugrunde liegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse bei den Themen „Säuglingsernährung“ und „Ernährung der stillenden Mutter“ informieren.

Immer mehr Menschen in Deutschland verzichten teilweise oder vollständig auf tierische Lebensmittel. Viele Eltern möchten auch beim Familienessen weniger Fleisch auf den Tisch bringen. Kann eine vegetarische Ernährung bei Kleinkindern den Bedarf an Nährstoffen decken? Und ist eine vegane Ernährung ohne Fleisch, Fisch, Eier und Milch für Kleinkinder empfehlenswert?

Eltern können ihr Kind vegetarisch (also ohne Fleisch und Fisch) ernähren, wenn es Milch, Milchprodukte und Eier bekommt und die Ernährung ausgewogen und abwechslungsreich ist. Die Versorgung mit einigen Nährstoffen wie Eisen und Zink sollten Eltern im Blick behalten. Eine vegane Ernährung – ganz ohne tierische Lebensmittel – ist für Kleinkinder nicht geeignet. Einige wichtige Nährstoffe tierischen Lebensmitteln sind nur schwer zu ersetzen. Das kann

zu einem Mangel und später zu schweren Schäden beim Kind führen. Entscheiden sich Eltern trotz der Risiken für eine rein pflanzliche Ernährung für ihr Kind, sind regelmäßige medizinische Kontrollen und Supplemente erforderlich, weil die Gefahr für einen Nährstoffmangel groß ist.

Die ausführliche Antwort mit Literaturverweisen finden Sie hier: www.gesund-ins-leben.de/Nachgefragt-Vegetarisch-oder-vegan-bei-Kleinkindern

Zur Rubrik „Nachgefragt“:

In der Rubrik „Nachgefragt“ möchte das Netzwerk Gesund ins Leben Irrtümern auf den Grund gehen und altes Wissen neu erklären. Hier lesen Sie mehr: www.gesund-ins-leben.de/fuer-fachkraefte/nachgefragt

Über Gesund ins Leben:

Gesund ins Leben ist ein Netzwerk von Institutionen, Fachgesellschaften und Verbänden, die sich

mit jungen Familien befassen. Das Ziel ist, Eltern einheitliche Botschaften zur Ernährung und Bewegung zu vermitteln. Damit sie und ihre Kinder gesund leben und aufwachsen. Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft fördert Gesund ins Leben als Teil des Nationalen Aktionsplans IN FORM: www.gesund-ins-leben.de

Über IN FORM:

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

Red.: ReH

Zartbitter veröffentlicht neue Broschüren gegen Gewalt

Alle Jungen haben Rechte“ ist der Titel der neuen Informationsbroschüre für Jungen von 10 bis 99 Jahre.

Die Broschüre vermittelt Jungen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund Informationen über ihre Rechte (zum Beispiel auf Schutz vor sexueller Belästigung, gewaltfreie Erziehung, auf Ruhe) und gibt zugleich Orientierung über gesellschaftlich anerkannte Normen (zum Beispiel, dass Diebstahl strafbar ist, niemand Jungen bedro-

hen und erpressen darf und jeder das Recht hat, respektvoll behandelt zu werden). Die Illustrationen sind sehr aussagestark, so dass die Broschüre auch ohne Sprachkenntnisse verständlich ist.

Die Abbildungen eignen sich zur Illustration von institutionellen Regeln und institutionellen Schutzkonzepten – nicht nur für Flüchtlingsunterkünften.

Info: www.zartbitter.de

Red.: ReH



Medizinstudenten helfen unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge

Am 12. September fiel in Berlin der Startschuss zu einem ungewöhnlichen Projekt: ein Netzwerk für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge.

Im „Not alone“-Netzwerk arbeiten künftig Medizinstudierende, Freiwillige aus Sozialverbänden, Ärzteschaft und Flüchtlingsheimen zusammen und kümmern sich die Minderjährigen.

Reiner Felsberg, Geschäftsführer des Marburger Bundes Berlin/Brandenburg: „Ziel von not alone ist, unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen Angebote zu machen, sie zu informieren, sie zu begleiten auf dem Weg in unsere Gesellschaft, Sportangebote, musische Angebote,

Praktika, Berufsorientierung und –begleitung.“

Neben dem MB und neben der Ärztekammer Berlin sind unter anderem Vivantes, der Handelsverband Berlin Brandenburg, der Landessportbund Berlin, die Diakonie Berlin-Brandenburg, die Fachschaft der Charité, das Paul Gerhardt Werk, die Bertelsmann Stiftung, der Internationale Bund der freien Jugend-, Sozial- und Bildungsarbeit, das K.I.T. Eventmanagement und die Deutsche Apotheker- und Ärztekbank mit an Bord. Das Netzwerk will sich auch zukünftig weiter öffnen.

„Was ganz wichtig ist für konkrete Integrationskonzepte, das ist der intensive Kontakt zu Einrichtungen

der Jugendhilfe.und so sind wir über die Diakonie an das Paul Gerhardt Werk mit 160 unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen gekommen, mit dem wir konkret als Einrichtung gestartet sind. Und der Clou ist, dass es über super engagierte Medizinstudierende, die unwesentlich älter sind als die Flüchtlinge eine direkte Vermittlung und Begleitung gibt,“ so Feldberg weiter. „Wir wollen den jungen Flüchtlingen, wenn sie dann aus dem Schutz des Kinder- und Jugendgesetzes fallen, einen Handwerkskoffer, Infonetzwerk und wenn es gelingt sogar einen Ausbildungsweg an die Hand geben.“

Red.: ReH

Start des nestwärme Pilotprojekts „Ambulante Brückenpflege“ für Familien mit schwerstkranken Kindern

Brücke ins Leben



Das Pilotprojekt „Ambulante Brückenpflege“ unterstützt Familien mit schwerstkranken und pflegeintensiven Kindern beim Übergang von der Klinik in den heimischen Alltag. An der Seite erfahrener Pflegefachkräfte erlernen die Eltern die Betreuung ihrer Kinder selbst zu bewerkstelligen und können die zahlreichen Angebote des gesamten nestwärme Entlastungsnetzwerks nutzen. Am 17. August eröffnete die Ambulante Brückenpflege in Trier als bundesweit erstes Angebot mit diesem Konzept.

„Die Ambulante Brückenpflege von nestwärme ist für Eltern und ihre schwerstkranken Kinder eine Chance aufs Leben“, so Elisabeth Schuh, zweite Vorsitzende des nestwärme e. V. Deutschland und Geschäftsführerin der nestwärme

Kinderzentrums gGmbH. Bevor die Familien nach dem Klinikaufenthalt zurück in die eigenen vier Wände ziehen, können sie in den Räumlichkeiten der Ambulanten Brückenpflege in ihre neue Situation hineinwachsen und einen natürlichen Umgang mit ihren Herausforderungen – ein Angebot, das es in dieser Form bislang noch nicht.

Alleine in Rheinland-Pfalz und im Saarland gibt es rund 5.000 Kinder, mit einem pflegerischen Hilfsbedarf, der durch eine Pflegestufe angezeigt ist. „Oft stürzen Eltern in eine echte Krise, wenn die Entlassung ihres schwerstkranken Kindes aus der Klinik ansteht und es darum geht, eine 24-Stunden-Pflege zu organisieren. Schlimmer ist noch die Unsicherheit, die aus der Unkenntnis herrührt. Die Eltern kennen die

Bedürfnisse ihres Kindes noch nicht und haben auch keinerlei Rüstzeug für die Betreuung zuhause“, berichtet Elisabeth Schuh. nestwärme schließt mit der Ambulanten Brückenpflege nun erstmals die Lücke auf dem Weg von der Klinik nach Hause.

Stabilisierung der Familie und Strukturierungshilfe

Die Eltern lernen sich in der Welt aus Therapieplänen, Heil- und technischen Hilfsmitteln zurechtzufinden und auf die Anforderungen zuhause vorzubereiten. Dazu bekommen sie einen Überblick über neue Therapieformen, die die Entwicklung des Kindes entsprechend fördern und Kontakt zum nestwärme-Entlastungsnetzwerk sowie zu Partnern aus der Region.

Vollzeitbetreuung in sicherer Umgebung

Voraussetzung für die Inanspruchnahme des Angebotes ist eine ärztlich verordnete 24-Stunden-Behandlungspflege. Kind und Familie werden rund um die Uhr medizinisch und pflegerisch ambulant versorgt. Die Eltern steuern den Tagesablauf. Die ärztliche Begleitung ist durch die Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin des Kinder- und Jugendzentrums am Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen unter der Leitung von Chefarzt Dr. med. Wolfgang Thomas sowie durch die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte gesichert.

Finanzierung und Kosten

Die finanzielle Unterstützung für das Pilotprojekt stammt anteilig aus dem Erlös des Spendenmarathons 2015 der Stiftung RTL – Wir helfen Kindern – mit Mario Götze als Paten sowie der Trierer Stiftung REHKIDS. Die Kosten für die Behandlungspflege, Pflegehilfsmittel, wie z. B. das Pflegebett und die Geräte, werden von der Krankenkasse übernommen oder teilfinanziert. Kost und Logis tragen die Eltern selbst.

Red.: ReH

Über nestwärme e. V. Deutschland

nestwärme e. V. Deutschland entlastet, berät und begleitet seit 1999 Familien, die ihre schwerkranken Kinder zuhause pflegen. Bundesweit engagieren sich in zehn Nestern im Rahmen des mehrfach ausgezeichneten Projekts „ZeitSchenken“ rund 1.800 Ehrenamtliche als Familienpaten, Talent- und KompetenzSchenker. Mit dem neuen Projekt der Ambulanten Brückenpflege schließen sie erstmals die Lücke von der Klinik nach Hause für pflegeintensive Kinder.

Bildung in Deutschland 2016

Auszüge aus der Pressemitteilung 067/2016 des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) vom 16.06.2016

Die Ausgaben für Bildung, Forschung und Wissenschaft sind im Jahr 2013 auf 257,4 Milliarden € und nach vorläufigen Berechnungen auf 265,5 Milliarden € im Jahr 2014 gestiegen (jeweils 9,1 % des BIP). Die Ausgaben je Schülerin bzw. Schüler sind von 4.900 € (2005) auf 6.500 € im Jahr 2013 gestiegen.

- Der Bildungsstand der Bevölkerung hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert: Bei den Abschluss- und Abgängerquoten an Schulen bleibt der Trend zu höheren Schulabschlüssen ungebrochen. In 2014 erhielten 41 % an allgemeinbildenden und beruflichen Schulen die allgemeine Hochschulreife, 2006 waren es noch 29,6 % der gleichaltrigen Bevölkerung.
- Der Anteil der Schülerinnen bzw. Schüler ohne Hauptschulabschluss hat sich von 8 % in 2006 auf 5,8 % in 2014 reduziert.
- Der Ausbau der Ganztagsangebote schreitet in allen Schularten kontinuierlich voran, 2014 wurde eine Ganztagsquote von knapp 60% aller Schulen erreicht.
- Inzwischen besucht ein gutes Drittel aller Lernenden mit sonderpädagogischem Förderbedarf eine allgemeinbildende Schule (2014: 34,1 %), 2012 waren es noch 28,2 %.
- Der Trend zum Hochschulstudium ist ungebrochen, die Studienanfängerquote liegt nach vorläufigen Berechnungen 2015 erneut bei 58 %, wobei auch ausländische Studierende dazugezählt werden.
- Seit 2000 hat sich der Anteil der Studienanfängerinnen und Studienanfänger des Dritten Bildungswegs mehr als vervierfacht (2014: 3,5 %).
- Die Gesamtteilnahmequote an Weiterbildung ist auf 51 % angestiegen, vor allem bedingt durch die betriebliche Weiterbildung.
- Das Schwerpunktkapitel zu Bildung und Migration kommt zu folgenden Befunden:
 - Der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung ist im Zeitraum von 2005 bis 2013 mit rund 20 % relativ konstant geblieben. In den besonders bildungsrelevanten Altersgruppen beträgt der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund 35 % (unter 10-Jährige) und rund 30 % (10- bis unter 20-Jährige). Von den 2015 zugewanderten Schutz- und Asylsuchenden ist mehr als die Hälfte unter 25 Jahre alt.
 - Die Bildungsbeteiligungsquoten von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund nähern sich an. Der Anteil der unter 3-Jährigen mit Migrationshintergrund, die Kindertageseinrichtungen besuchen, hat sich seit 2009 auf 22% im Jahr 2015 verdoppelt. Im Kindergartenalter liegt die Bildungsbeteiligung von Kindern mit Migrationshintergrund 2015 sogar bei 90%.
 - Unter Berücksichtigung des sozioökonomischen Hintergrunds sind Kinder und Jugendliche mit und ohne Migrationshintergrund zu vergleichbaren Anteilen in schulischen Bildungsgängen vertreten.
 - Im Sekundarbereich haben sich die Kompetenzen von Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund verbessert.
- Dennoch bleiben Kompetenzunterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund, die vor allem auf den sozioökonomischen Status zurückzuführen sind.
- In der Berufsausbildung hat sich die Situation von Ausländerinnen und Ausländern zwischen 2005 und 2014 verbessert. So erhöhte sich die Quote derer, die ins duale System einmünden, von 27 % auf 36 %, im Übergangssystem sank sie von 60 % auf 47 %.
- Der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die sich in mindestens einer Risikolage befinden, hat sich seit 2006 um 10 Prozentpunkte reduziert, sie liegt mit 44 % im Jahr 2014 noch immer deutlich über dem Anteil der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (19 %).
- Zusätzliche Platz-, Personal- und Finanzierungsbedarfe entstehen durch die Zuwanderung von Schutz- und Asylsuchenden. So schätzen die Autoren des Bildungsberichts, dass für frühkindliche Bildung, Schule und Berufsausbildung jährlich ein zusätzlicher Finanzbedarf von bis zu 3 Mrd. Euro entsteht.

Zu wesentlichen Herausforderungen des Bildungsberichts machten **Bundesministerin Johanna Wanka** und die **Präsidentin der Kultusministerkonferenz und Bremer Senatorin für Kinder und Bildung, Claudia Bogedan**, deutlich: „Chancengleichheit ist und bleibt unser zentrales bildungspolitisches Ziel. Jedes Kind, jeder Jugendliche und jeder Erwachsene soll in Deutschland die bestmöglichen Bildungschancen erhalten, unabhängig von kultureller oder sozi-

aler Herkunft oder materiellen Möglichkeiten. Wir sind froh, dass es vielfach gelungen ist, die Kluft zumindest zu verringern, etwa zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund. Aber wir sehen gleichzeitig, dass regionale Unterschiede wachsen, zum Beispiel zwischen Ballungsgebieten und ländlichen Räumen. Darauf müssen wir gemeinsam, Bund und Länder, ein Auge haben, damit nicht neue Ungerechtigkeit entsteht.“

Den Bericht sowie weiterführende Materialien und Informationen finden Sie im Internet unter www.bildungsbericht.de. Wichtige Ergebnisse finden Sie hier: http://www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2016/pdf-bildungsbericht-2016/wichtige_ergebnisse_Presse_2016.pdf

Ergänzende Anmerkungen der Redaktion aus dem Bildungsbericht, dessen Zahlen sich im Wesentlichen auf das Jahr 2014 beziehen.

Risikolagen für Kinder:

- Aufwachsen in einem Haushalt mit erwerbslosen Eltern
- Aufwachsen in einem Haushalt mit formal gering qualifizierten Eltern
- Lebenslage unterhalb der Armutgefährdungsgrenze

Der Anteil der Kinder mit einer dieser drei Risikolagen lag 2014 immer noch bei 27,5 %, der Anteil der Kinder mit allen drei Risikolagen liegt unverändert bei knapp unter 4 %. Überproportional häufig wachsen Kinder mit Migrationshintergrund in derartigen Risikolagen

auf. In der 1. Generation etwa 55 %, in der 2. Generation immer noch 42 %.

Ein Viertel der 5-Jährigen weist in Deutschland einen Sprachförderbedarf auf. Trotz vieler Anstrengungen ist dieser Anteil seit Jahren konstant (Anmerkung der Redaktion: Sprachförderbedarf heißt aber nicht gleich medizinische Indikation zur Verordnung des Heilmittels Logopädie!). Insbesondere Kinder aus Elternhäusern mit niedrigem Schulabschluss sowie mit nicht deutscher Familiensprache werden vermehrt als sprachförderbedürftig eingestuft. Zudem werden diese Kinder häufiger vermehrt verspätet eingeschult.

Anmerkung der Redaktion: Umso wichtiger ist die frühe Förderung dieser Kinder in bestens ausgestatteten Kindertageseinrichtungen mit hochqualifiziertem Personal!

Der Anteil an unter 3-jährigen Kindern mit Migrationshintergrund in Kindertageseinrichtungen, die eben sehr unterschiedlich ausgestattet sind und nur zu einem geringen Anteil wirklichen Bildungsanforderungen genügen, hat

sich in den letzten Jahren zwar auf 22 % gesteigert, liegt aber gegenüber den Anteilen von Kindern ohne Migrationshintergrund (38 %) noch deutlich zu niedrig.

Im Schulwesen sind Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund an niedriger qualifizierenden Schulen deutlich überrepräsentiert. Unter Berücksichtigung des sozioökonomischen Hintergrunds besuchen 15-jährige Jugendliche mit und ohne Migrationshintergrund zu vergleichbaren Anteilen die jeweiligen Bildungsgänge.

Es bleibt hinsichtlich der Chancengleichheit für alle Kinder und Jugendlichen in Deutschland also noch sehr viel zu tun. Es darf nicht sein, dass der sozioökonomische Status der Familie nach wie vor ganz wesentliche Bildungs- und Lebenschancen von Kindern beeinträchtigt.

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

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.



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



Auf der Frühchenstation: 6-8 Neugeborene auf einem Tisch unter einer Wärmelampe

Famulatur im Ausland – Horizontweiterung

Kindermedizin in Burkina Faso – „Kaum medizinische Mittel aber dafür reichlich Geburten“

Die Medizin in einem anderen Kulturkreis kennenlernen und die Möglichkeiten einer längerfristigen Unterstützung vor Ort auszuloten, war unsere Motivation, 2014 und 2015 für jeweils einige Wochen in das Binnenland Westafrikas, Burkina Faso, zu reisen.

Vorgeschichte

Wir, zwei Medizinstudentinnen aus Köln, haben dabei an der Uniklinik in Bobo-Dioulasso, der mit 600.000 Einwohnern zweitgrößten Stadt des Landes, eine Infrastruktur in der Medizin kennengelernt, die uns nachhaltig beeindruckt und bewegt hat. Die Herzlichkeit und Offenheit der Burkinabé (Einwohner dort) war unglaublich und ist uns

in dieser Form bis dahin noch nicht begegnet.

Der Kontakt nach Burkina Faso kam über den afrikanischen Ingenieur Monsieur Philippe Sawadogo zustande, der vor 20 Jahren über ein Stipendium längere Zeit in Deutschland gelebt und gearbeitet hat. Gewohnt haben wir in einer Art Jugendherberge in Bobo-Dioulasso, die wir nach einer fünfständigen Busfahrt von der Hauptstadt Ouagadougou aus erreichten.

Räumliche Besonderheiten in der Kinderklinik der Uni-Klinik

Unser Einsatzort war die Kinderklinik der Uniklinik – ein einstöckiges Gebäude aus den 70er- Jahren mit gewaltigem Renovierungsstau:

ein Geruch wie im Tiergehege aufgrund freilaufender Katzen, dunkel, staubig, Schimmel im Gemäuer, ungesicherte Kabel an Decken und Wänden, Stromausfall mehrmals täglich.

20 Zimmer mit insgesamt 132 Betten, zwei Untersuchungszimmer mit jeweils einem Tisch, drei Stühlen und einer kaputten Liege. In der sog. „Ambulanz“ ein Tisch für alles: Blutabnahmen, Lumbalpunktionen (mit Nadeln, die zuvor bei anderen Patienten in Gebrauch waren), sterbende Kinder. Ein Bett neben dem anderen mit jeweils bis zu vier Kindern belegt. Hochinfektiöse Meningitisfälle lagen neben kleinen Patienten mit Malaria, Durchfall, Erbrechen oder Verdacht auf Lungenentzündung.

Zu Beginn gestaltete sich die Kommunikation mit den Patienten als schwierig, da diese meist nur die Eingeborenen-sprachen wie Mooré oder Dioula sprachen. Zu den Kinderärzten und Pflägern entwickelte sich zunehmend ein freundschaftliches Verhältnis und sie übersetzten uns die Dialoge ins Französische – die dortige Amtssprache.



Unsere Ansprechpartner vor Ort: Zwei einheimische Kinderärzte, die uns viel gezeigt und erklärt haben und zu denen regelmäßiger Kontakt besteht. Die Autorinnen: (links) Corinna Golz, (rechts) Eva Schneider



Anenzephalie: 5 Stunden altes Neugeborenes wurde vom Vater in die Klinik gebracht – „zum Fieber messen“

Versorgungsalltag

Unser Alltag begann morgens um 7.30 Uhr mit der Frühbesprechung. Ein junger Assistenzarzt berichtete dem Team über Neuaufnahmen, Verstorbene und sonstige Vorkommnisse der vergangenen Nacht.

Die anschließende Visite in den vollen Krankenzimmern mit Ratschlägen an die Eltern stellte häufig die einzige „Behandlung“ dar. Dies verdeutlichte die markante Aussage der ärztlichen Klinikleitung an uns Famulanten: „Ihr habt die medizinischen Mittel, wir haben die Geburten.“ Dies bezog sich auch auf die Kindersterblichkeitsrate von knapp 15% in diesem Land – insbesondere in Folge einer mehr als 90%igen Durchseuchung mit Malaria tropica.

Zur Aufnahme kamen neben Kindern mit eitrigen Entzündungen im Genitalbereich durch die kurz nach der Geburt stattgefundenen Beschneidung auch Verätzungen und Verbrennungen im Bereich der Fontanelle – aus Glaubensgründen, um die pulsierenden Dämonen aus den kleinen

zerbrechlichen Kinderköpfen zu vertreiben.

Krankheitsbilder

Nicht selten waren auch ausgeprägte Fehlbildungen wie bspw. vollständige Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten oder ein vor fünf Stunden geborenes Kind mit Anenzephalie, welches vor sich hin röchelnd vor unseren Augen verstarb – gebracht vom Vater zum Fieber messen...

Auf der Frühchenstation lagen mehrere Neugeborene dicht nebeneinander unter Wärmelampen und kämpften teilweise mit gerade einmal 500g Geburtsgewicht um ihr Leben. Wir haben klinische Symptome in einer Ausprägung erlebt (z.B. Meningismus, akutes Abdomen bei beidseitigem Nephroblastom), wie wir sie in Deutschland wohl nicht so oft antreffen werden.

Vor dem Hintergrund dieser Eindrücke haben wir über private Spendensammlungen bereits die Logistik der Kinderklinik verbessern können (EKG-Gerät, Perfusor, Pulsoxymeter, Sauerstoffgerät, Magensonden, Infusionslösungen u. a.) und finanzieren z. Zt. die Facharztausbildung

eines einheimischen Kinderarztes an der Uniklinik in Bobo.

Über unser Unterkonto beim europäischen Medikamentenhilfswerk „Action Medeor“ unterstützen wir weiterhin gezielt diese Klinik, mit der wir in ständigem Kontakt stehen.

Die Welt können wir nicht retten – aber an diesem Ort etwas Gutes tun!

Kontakt:

cand. med. Corinna Golz

E-Mail: corinna.golz@gmail.com

cand. med. Eva Schneider

E-Mail: e.schneider3006@t-online.de

Wenn Sie uns unterstützen möchten:

Empfänger: action medeor
Verwendungszweck für unser Unterkonto: 2 - 32 - 0030
Sparkasse Krefeld
BIC:
SPKRDE33
IBAN:
DE78 3205 0000 0000 0099 93

Red.: WH

Stellungnahme der Kinderkommission des Deutschen Bundestages zur Umsetzung der Kinderrechte in Deutschland

In einer ausführlichen Stellungnahme zum Stand der Umsetzung der Kinderrechte („Übereinkommen über die Rechte der Kinder“ – UN-Kinderrechtskonvention UN-KRK vom 20. November 1989) zieht die Kinderkommission des Deutschen Bundestages eine erneute Zwischenbilanz gemäß der Verpflichtung der Vertragsstaaten, regelmäßig einen Bericht über das Voranschreiten der Umsetzung der Konvention im jeweiligen Land vorzulegen.

Die Kinderkommission hat folgende Punkte besonders herausgestellt:

- I. Diskriminierungsverbot
- II. Förderung behinderter Kinder
- III. Alle UN-Kinderrechte gelten auch für Flüchtlingskinder
- IV. Anwendung des allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes auch für Inter* und Trans* Kinder durch Änderung des Personenstandsrechts
- V. Recht auf eigene Familie
- VI. Recht auf Schule, Bildung, Ausbildung. Das gilt auch für die nach Deutschland geflüchteten Kinder und Jugendlichen
- VII. Allgemeine Forderungen wie
 - Kinderrechte ins Grundgesetz
 - Einsetzung von Ombudspersonen auf allen föderalen Ebenen
 - Öffentlichkeitskampagne, um die Kinderrechte bekannter zu machen
 - Stärkung der Kinder- und Jugendhilfe
 - Kinder und Jugendliche in Entscheidungen, die sie betreffen, altersgemäß einzubeziehen

Deutschland hat bisher vier Berichte vorgelegt, der zuständige UN-Ausschuss hat in seinen „Abschließenden Bemerkungen – concluding observations“ eine Zwischenbilanz gezogen und zahlreiche Empfehlungen an die Bundesregierung vorgelegt.

Auch wenn sich die Bedingungen für gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland in den letzten 25 Jahren wesentlich verbessert haben, hat Deutschland in einigen Punkten noch deutlichen Nachholbedarf, um die Vorgaben der UN-KRK zu erfüllen.

Die Kinderkommission hat etliche Punkte, die auch der BVKJ seit vielen Jahren immer wieder öffentlich angesprochen hat, in ihrer Stellungnahme berücksichtigt. Trotzdem bleibt noch viel zu tun und wir alle sind aufgerufen, uns als Anwälte von Kindern und Jugendlichen (advocacy) zu Wort zu melden und auf die politischen Entscheidungs-

träger im Sinne der Verwirklichung der Kinderrechte einzuwirken. Immer noch hängen die Chancen von Kindern und Jugendlichen auf ein gesundes Aufwachsen, auf Bildung und Teilhabe ganz wesentlich von ihrem sozialen Umfeld ab, immer noch lässt unsere reiche Gesellschaft zu viele Kinder zurück und fördert ihre zweifellos vorhandenen Anlagen nur unzureichend.

Der UN-Ausschuss nimmt mit Befriedigung zur Kenntnis, dass die meisten Bundesländer die Kinderrechte in ihren Verfassungen ausdrücklich anerkennen. Dennoch bleibt der Ausschuss besorgt darüber, dass die Kinderrechte bisher in den Verfassungen von Hamburg, Hessen und des Bundes (Grundgesetz) noch nicht ausdrücklich anerkannt werden. In der Stellungnahme des UN-Ausschusses wird in 85 Punkten erläutert, wo der Ausschuss noch Handlungsbedarf für Deutschland zur Umsetzung des UN-KRK sieht.

Das ist im Grunde eine Ohrfeige für die gesamte deutsche Politik.

Hier ein auch immer wieder von uns angeprangerter wichtiger Punkt aus dem Ausschussbericht:

„Der Ausschuss empfiehlt, dass der Vertragsstaat die erforderlichen Mittel bereitstellt und seine Bemühungen bei der Bekämpfung der eigentlichen Ursachen der Kinderarmut verstärkt und eine umfassende Evaluation der Bereiche vornimmt, in denen Familien besonders von Armut bedroht sind, sowie angemessene abhilfeschaftende Strategien ausarbeitet und umsetzt. Der Ausschuss empfiehlt darüber hinaus, dass der Vertragsstaat die materielle Hilfe und Unterstützung für wirtschaftlich benachteiligte Familien erhöht, um einen angemessenen Lebensstandard für Kinder sicherzustellen.“ (Zitat Ende)

Bis spätestens 4. April 2019 muss die Bundesregierung einen erneuten Bericht vorlegen. Wir sind gespannt, was sich bis dahin tut.

Links:

http://www.bundestag.de/blob/433634/a3eea52ce794584e49c356d95d2e0bd1/stellungnahme_kinderrechte-data.pdf

http://www.netzwerk-kinderrechte.de/fileadmin/publikationen/NC_25KRK_web.pdf

http://www.netzwerk-kinderrechte.de/fileadmin/dokumente/crc_state_report.pdf

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Dritte Phase des Lesestart-Programms beginnt

Das Lesestart-Programm ist erfolgreich in seinen dritten Meilenstein gestartet und mit Schulbeginn 2016/2017 werden nun bundesweit allen Grundschulen Lesestart-Sets für alle Erstklässlerinnen und Erstklässler zur Verfügung gestellt. Das BMBF konnte von der Stiftung Lesen überzeugt werden, auch den niedergelassenen teilnehmenden Kinder- und Jugendarzt-Praxen die aktuellen Lesestart-Materialien für die Wartezimmer zur Verfügung zu stellen.

Die Stiftung Lesen kann ab Ende Oktober allen über 5.000 teilnehmenden Praxen Muster-Sets der

aktuellen Grundschul-Sets zur Verfügung stellen. Da bundesweit fünf verschiedene Buchtitel auf die Sets verteilt sind, sind das pro Praxis 5 Bücher. Die Stiftung Lesen hofft, dass die Praxen sich über dieses Angebot freuen und somit erneut angeregt werden, das wichtige Thema „Leseförderung“ in den Elterngesprächen zu den Vorsorgeuntersuchungen aufzugreifen.

Über dieses flankierende Angebot wurden die Praxen auch im aktuellen Lesestart-Newsletter informiert. Weitere Informationen rund um den dritten Meilenstein und das Set-Material finden Sie wie immer unter www.lesestart.de.



Darüber hinaus sind wir nach wie vor im intensiven Austausch mit dem BMBF zu einer möglichen Fortführung bzw. Neukonzeption des aktuellen Programms, das im Juni 2019 endet, bei der möglichst erneut die Kinder- und Jugendärzte als verlässliche und wichtige Partner eingebunden werden sollen.

Dr. Wolfram Hartmann
57223 Kreuztal

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

Fortbildungstermine



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

Oktober 2016

26. Oktober 2016
Immer etwas Neues MÜNCHEN
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

November 2016

5. November 2016
bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen
im Hotel Niedersachsenhof,
Verden/Aller
Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham /
Dr. Ulrike Gitmans, Rhaderfehn
Auskunft: ③

9. November 2016
Immer etwas Neues NÜRTINGEN
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

16. November 2016
Impfworkshop des BVKJ Fulda
„Kleiner Piks, viel dahinter“ Update
für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

19.-20. November 2016

14. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg
Leitung: Dr. Carl Peter Bauer, Gaißach
Auskunft: ③

23. November 2016

Impfworkshop des BVKJ Berlin
„Kleiner Piks, viel dahinter“ Update für
das gesamte Praxisteam, Auskunft: ⑤

30. November 2016

Immer etwas Neues BIELEFELD
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

Dezember 2016

3. Dezember 2016
7. Pädiatrie zum Anfassen in Berlin
Leitung: Prof. Dr. V. Stephan, Berlin/
Dr. B. Ruppert, Berlin,
Auskunft: ①

7. Dezember 2016
**Impfworkshop
des BVKJ Nürtingen**
„Kleiner Piks, viel dahinter“
Update für das gesamte Praxisteam
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.: 0451-7031-202, 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
Email: bvkj.kongress@uminfo.de



Geburtstage im November 2016

65. Geburtstag

Herr Dr. med. Heinz J. *Füchsel*,
Karlsruhe, am 01.11.
Herr Dr. med. Peter *Bittner-Dersch*,
Gießen, am 02.11.
Herr Ekkehard *Baumgrafs*,
Lauenburg, am 06.11.
Frau Dr. med. Brigitte *Kerkmann*,
Berlin, am 12.11.
Frau Dr. med. Marion *Landgraf*,
Berlin, am 15.11.
Frau Dipl.-Med. Doris *Wenzel*,
Berlin, am 17.11.
Frau Dipl.-Med. Gabriela *Sachse*,
Grimma, am 18.11.
Frau Dr. med. Elisabeth *Tuschen-Hofstaetter*,
Bonn, am 18.11.
Frau Dipl.-Med. Monika *Berg*,
Goslar, am 21.11.
Frau Dr. med. Christiane *Trapp*,
Güstrow, am 22.11.
Herr Dr. med. Lutz *Bellingrath*,
Bamberg, am 22.11.
Frau Dr. med. Janina *Joiko*,
München, am 23.11.
Frau Dr. med. Sylvia *Odemarck*,
Berlin, am 24.11.
Herr Dr. med. Gerhard *Rösener*,
Bocholt, am 25.11.
Herr Dr. med. Nono *Arijanto*,
Altötting, am 26.11.
Herr Prof. Dr. med. Dietmar *Schranz*,
Gießen, am 26.11.
Herr Dr. med. Gerhard *Stegmann*,
Köln, am 28.11.
Herr Dr. med. Christoph *Grünert*,
Döhlau-Tauperlitz, am 29.11.
Frau Dr. med. Renate *Eichhorn*,
Regensburg, am 29.11.

70. Geburtstag

Herr Dr. med. Jörg W. *Ottweiler*,
Hann. Münden, am 01.11.
Herr Dr. med. Herbert *Piesendel*,
Erlbach, am 02.11.
Herr Dr. med. Samih *Resheq*,
Osterhofen, am 02.11.
Herr Heinrich *Ehlers*,
Hannover, am 02.11.
Frau Dr. med. Barbara *Diez*,
Fürth, am 04.11.
Frau Dipl.-Med. Brigitte *Berge*,
Magdeburg, am 09.11.

Frau Dr. med. Susanne *Nogai*,
Berlin, am 10.11.
Herr Dr. med. Karl F. *Bruchhaus*,
Holzgerlingen, am 14.11.
Herr Dr. med. Christian *Steinhagen*,
Hilden, am 19.11.
Frau Barbara *Borchers*,
Potsdam, am 21.11.
Frau Bettina *Heintze*, Adorf, am 24.11.
Frau Dr. med. Eleonore *Adams-Schönefelder*,
Erfstadt, am 25.11.
Herr Horst *Reibisch*,
Büdelsdorf, am 27.11.
Frau Dr. med. Dorothee *Schlunk*,
Tübingen, am 30.11.
Frau Dr. med. Irmgard *Leitritz*,
Ochsenhausen, am 30.11.

75. Geburtstag

Herr Dr. med. Wilfried *Stark*,
Hausen ob Verena, am 03.11.
Herr Dr. med. Gustav *Marsmann*,
Varel, am 05.11.
Frau Dr. med. Ursula *Kaehler*,
Burgwedel, am 06.11.
Herr Dr. med. Ludwig *Seitz*,
Dortmund, am 10.11.
Herr Dr. med. Ayman *Sabbagh*,
Gladbeck, am 15.11.
Frau Dr. med. Angela *Veigel*,
Freiburg, am 19.11.
Frau Dr. med. Karin *Gauer*,
Leipzig, am 23.11.
Frau Dr. med. Regina *Rehmann*,
Eberswalde, am 24.11.
Herr Dr. med. Günter *Pützfeld*, Köln, am
25.11.
Herr Dr. med. Arnulf *Schacht*,
Kassel, am 27.11.
Frau Dr. med. Roswitha *Krafft*,
Berlin, am 29.11.

80. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Werner *Kirsch*,
St. Ingbert, am 06.11.
Herr Dr. med. Ludolf *Carstens*,
Hamburg, am 10.11.
Frau Dr. med. Frauke *Wegener*,
Dortmund, am 11.11.
Herr Dr. med. Harut *Kassabian*,
Rottach-Egern, am 12.11.
Herr Dr. med. Götz *Götzing*,
Witten, am 13.11.
Frau Dr. med. Anna *Ernst*, Kaarst, am 17.11.

81. Geburtstag

Herr Dr. med. Hans Emil *Fredrich*,
Backnang, am 17.11
Herr Dr. med. Eberhard *Schölzke*,
Remscheid, am 21.11.

82. Geburtstag

Herr MR Dr. med. Christian *Töpfer*,
Fürstenberg, am 01.11.

Frau Dr. med. Tilla *Gritzmann*,
Stuttgart, am 07.11.
Herr Dr. med. Josef *Lang*, Stade, am 15.11.
Herr Dr. med. Helmut *Jung*,
Hamburg, am 28.11.

83. Geburtstag

Herr Dr. med. Christoph *Atzler*,
Nittendorf, am 12.11.
Herr Dr. med. Claus *Hager*,
Ingolstadt, am 25.11.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Jürß*,
Altenhagen, am 02.11.
Herr Dr. med. Hermann *Stapper*,
Johannesberg, am 04.11.

86. Geburtstag

Herr Dr. med. Christof *Schütz*,
Lappersdorf, am 04.11.
Frau Dr. med. Helge *Schöppe*,
Hannover, am 11.11.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Ingeborg *Waldmann*,
Krefeld, am 06.11.
Herr Prof. Dr. med. Dieter *Lüders*,
Seesen, am 21.11.

89. Geburtstag

Herr Dr. med. Kurt *Weimar*,
Wiesbaden, am 07.11.

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Margot *Puschmann*,
Tönisvorst, am 12.11.

91. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Schmitz*,
Nettetal, am 02.11.

94. Geburtstag

Herr Dr. med. Karl-Ernst *Sudhoff*,
Leer, am 14.11.
Herr Dr. med. Heinz *Schmidt-Rohr*,
Wiesloch, am 27.11.

95. Geburtstag

Frau Dr. med. Hildegard *Schneider*,
Edingen-Neckarhausen, am 05.11.

96. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Heinrich *Rodeck*,
Recklinghausen, am 01.11.

97. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Härtel-Bothe*,
Hannover, am 01.11.
Herr Dr. med. Burckhardt *Knaut*,
Lage, am 20.11.

Wir trauern um:

Frau Dr. med. Heike *Bachmann-Klotz*,
Bremen
Herrn Prof. Dr. Helmut *Bartels*,
Würzburg
Frau Dr. med. Lore *Kunkel*, Krefeld
Frau Dr. Ingeborg *Lobers*, Berlin
Herr Dr. Heiner *Replöh*, Lenggries

Im Monat August durften wir 20 neue Mitglieder begrüßen.

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

**Baden-Württemberg**

Frau Dr. med. Barbara *Kaiser*

**Rheinland-Pfalz**

Herrn Dr. med. Matthias *Pick*

**Schleswig-Holstein**

Herrn Dr. med. Carsten *Beck*
Herrn Dr. med. Simon *Modlich*

**Hessen**

Frau Dr. med.
Hartini Judith *Mutschler*

**Sachsen**

Frau Julia *Wiegand*

**Westfalen-Lippe**

Herrn Benedikt *Methling*

**Nordrhein**

Frau Claudia *Osterwinter*

Neu: IQYMUNE® – Intravenöses, 10 %-iges Immunglobulin von LFB



Aktuell führt die LFB GmbH das sehr gut verträgliche 10 %-ige, flüssige IVIG-Präparat IQYMUNE® in Deutschland ein. LFB ist die deutsche

Tochter des französischen Biotechnologie-Unternehmens LFB Biomédicaments, das in diesem Bereich in Frankreich bereits auf jahrelange Erfahrung und Erfolg mit

dem 5 %-igen i. v. Präparat CLAIRYG® zurückblickt. IQYMUNE® wurde nach den neuesten EMA-Kriterien für Immunsatztherapie (PID) und Immunmodulationstherapie (ITP) zugelassen und wird als 10 %-ige Zubereitung in den Packungsgrößen 2, 5, 10 und 20 g/Flasche angeboten.

Das aus derzeit von deutschen und österreichischen Plasmaspendern hergestellte Präparat verfügt über einen hohen Reinheitsgrad von 99% (z. B. geringer Gehalt an IgA und IgM). Zudem ist dieses Immunglobulin Zucker-, Natrium- und Latexfrei. Die in Studien geprüfte und für zahlreiche Patienten verträgliche Infusionsgeschwindigkeit beträgt maximal 8 ml/kg pro Stunde.

Weitere Informationen erhalten Sie auch unter www.lfb-pharma.de

Nach Informationen von LFB GmbH, Münster

Dr. med. Dr. nat. med. Miguel Angel Alejandro Alcázar erhielt Heinrich Nestlé Wissenschaftspreis



Zum 200. Geburtstag von Heinrich Nestlé und in Anerkennung seiner Errungenschaften wurde in diesem Jahr erstmalig der Heinrich Nestlé Wissenschaftspreis in den Fachgebieten Geburtshilfe und Gynäkologie, Pädiatrie sowie Hebammenwesen verliehen.

Die prämierte Arbeit in der Kategorie Pädiatrie von Dr. med. Dr. nat. med. Miguel Angel Alejandro Alcázar, Köln, trägt den Titel „Prevention of Early Postnatal Hyperalimentation Protects against Activation of Transforming Growth Factor-β/Bone Morphogenetic Protein and Interleukin-6 Signaling in Rat Lungs after Intrauterine Growth Restriction“.

Aufholwachstum nach IUGR – Freund oder Feind?

In den letzten Jahrzehnten hat sowohl die Inzidenz für Übergewicht und Adipositas wie auch die Rate an chronischen Lungenerkrankungen (zum Beispiel Asthma bronchiale) erschreckend zugenommen. Klinische und experimentelle

Studien belegen, dass hier eine kausale Verknüpfung vorliegt. Das Besondere der Lungenentwicklung ist, dass sie mit der Geburt nicht abschließt, sondern über das erste Lebensjahr hinaus andauert. Neugeborene mit intrauteriner Wachstumsrestriktion (IUGR) oder nach Frühgeburt benötigen respiratorische und nutritive Unterstützung, aber „intrauterine Wachstumsrestriktion ist ein Risikofaktor für chronische Lungenerkrankungen. Alcázar und sein Team konnten in einem Tiermodell zeigen, dass ein frühes postnatales Aufholwachstum nach IUGR entzündliche und fibrotische Mechanismen triggert und somit wesentlich zu der Pathogenese der IUGR-assoziierten Lungenerkrankung beiträgt. Eine Vermeidung des Aufholwachstums nach IUGR wirkte hingegen protektiv.

Red.: ReH

Nach Informationen von Nestlé Nutrition Institute, Frankfurt

Dringende Empfehlung pflanzlicher Arzneimittel

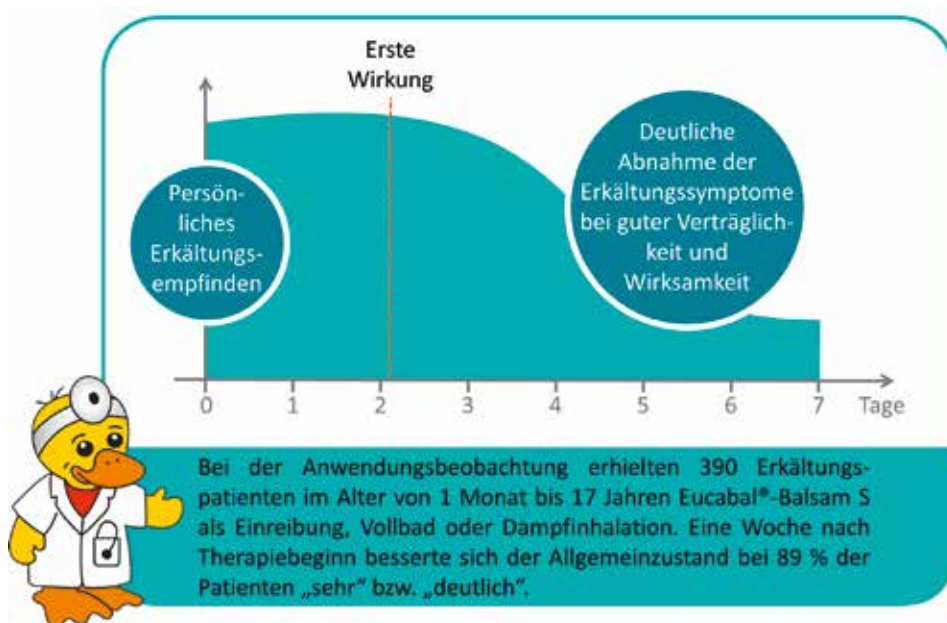
Antibiotika bei Erkältungen?

In der pädiatrischen Praxis keine Seltenheit: Eltern, die für ihre erkälteten Kinder Antibiotika verlangen. Hier ist auf Patientenseite Aufklärung gefragt. Denn bei grippalen Infekten empfehlen sich Ruhe und zunächst Linderung durch Erkältungsmittel auf pflanzlicher Basis wie Eucabal®-Balsam S.

Eine Umfrage des Eurobarometers zeigt, dass auch die Bundesbürger immer noch sehr wenig über den Einsatz und die Wirkung von Antibiotika wissen. Fast die Hälfte der Befragten gab an, dass derartige Präparate im Kampf gegen Viren eingesetzt werden. Mehr als jeder Dritte war außerdem davon überzeugt, dass Grippe und Erkältungen mit einem Antibiotikum behandelt werden sollten.¹ Diese Zahlen überraschen in Zeiten aktueller Debatten um Resistenzen und des zunehmenden Wunsches nach einer bewussten, gesunden Lebensweise. Beim Patienten besteht hier also erhöhter Aufklärungsbedarf. Ursache für Erkältungen sind keinesfalls Bakterien, sondern Viren (z. B. Rhinoviren). Auch verfärbtes Nasensekret zu Beginn einer Erkältung deutet nur in seltenen Fällen auf eine bakterielle Superinfektion hin. Viele viral bedingte entzündliche Prozesse klingen nach einiger Zeit von alleine ab. Lästige Symptome wie Schnupfen, Husten oder Heiserkeit lassen sich jedoch lindern – und dabei können Eltern guten Gewissens auf Phytotherapeutika vertrauen. Diese sind arm an Nebenwirkungen und haben ein breites Wirkspektrum.

Experten von Phytos überzeugt

Seit Jahren hat sich bei viralen Infekten der Atemwege die pflanzliche Kombination aus Eukalyptus- und Kiefernnadelöl bewährt. So hat auch die Kommission E, eine selbstständige wissenschaftliche Expertengruppe für pflanzliche Arzneimittel beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM, früher BGA), bereits vor zwei Jahrzehnten eine entsprechende Monographie publiziert. Darin wurde die fixe Kombination der beiden ätherischen Öle zur äußerlichen Anwendung und Inhalation bei Erkältungskrankheiten der Atemwege empfohlen.²



Eine starke Kombination

Auf die sekretolytischen, bronchospasmolytischen und reizlindernden Effekte von Eukalyptus und Kiefernnadel setzt auch Eucabal®-Balsam S von Aristo Pharma (GKV-erstattungsfähig bis 12 Jahre). Das Phytopräparat verflüssigt und löst zähes Bronchialsekret. Über die Thermorezeptoren, deren Impulse über den Nervus trigeminus weitergegeben werden, wird das Flimmerepithel stimuliert und dadurch die mukoziliäre Clearance gefördert. Zusätzlich hat die pflanzliche Kombination antibakterielle Eigenschaften, die vor Sekundärinfektionen schützen und das Risiko vor Komplikationen senken können. Die Wahrscheinlichkeit einer späteren Antibiotikagabe wird somit deutlich herabgesetzt.

Durch den Verzicht auf Campher und Menthol eignet sich der Balsam auch schon für Kleinkinder ab sechs Monaten zur Rückeneinreibung. Ab einem Alter von zwei Jahren kann er auch auf der Brust aufgetragen werden. Dort zieht die Erkältungscreme schnell ein, die ätherischen Öle verflüchtigen sich und gelangen in die Atemwege. Bei älteren Kindern ab sechs Jahren besteht außerdem die Möglichkeit, den Balsam in heißem Wasser aufzulösen und die Dämpfe zu inhalieren. Diese lindern die Erkältungssymptome, befeuchten die Schleimhäute und erschweren ein weiteres Festsetzen von Pathogenen.

Gut verträglich

Eine Anwendungsbeobachtung bezeugt die Wirksamkeit der Erkältungscreme³: Insgesamt wurden 390 Kinder im Alter zwischen einem Monat und 17 Jahren in 72 pädiatrischen und zehn weiteren Praxen mit Eucabal®-Balsam S behandelt. Dieser konnte entweder als Einreibung, Vollbad oder Dampf-inhalation verwendet werden. 49 Stunden nach Therapiebeginn setzten die ersten Besserungen ein. Und nach einer Woche hatte sich bei 89 % der Patienten der Allgemeinzustand deutlich verbessert. Während der Behandlung traten keine unerwünschten Arzneimittelwirkungen auf. Sowohl die Ärzte (60 %) als auch die behandelten Kinder bzw. je nach Alter deren Eltern (93 %) gaben an, dass sie die therapeutischen Effekte des rein pflanzlichen Balsams überzeugt haben.

Quellen:

- Spezial Eurobarometer 445, Antibiotikaresistenz, April 2016.
- Monographie Kommission E (BGA/BfArM), Fixe Kombination aus Eukalyptusöl und Kiefernnadelöl, Bundesanzeiger 128 (14.7.1993).
- Cooperative Clinical Drug Research and Development GmbH. Anwendungsbeobachtung. Wirksamkeit und Verträglichkeit von Eucabal®-Balsam S bei Patienten mit Infektionen der oberen Luftwege. (Projekt Nr. 402-17-97-08-0000), 03.07.2000.

Nach Informationen der
Aristo Pharma GmbH, Berlin

NEU von PARI: PARI ProtECT – erste Inhalationslösung mit natürlichem Ectoin®

Wenn insbesondere während der kalten Jahreszeit das erste Kratzen im Hals und trockener Husten eine Erkältung ankündigen, ist es insbesondere für Kinder mit häufigen Bronchitiden oder Asthma hilfreich, die Atemwege mittels Inhalation rechtzeitig zu unterstützen.

Jetzt gibt es mit PARI ProtECT erstmals eine Inhalationslösung mit Ectoin®. Durch den Aufbau eines Hydrokomplexes befeuchtet und schützt Ectoin die Schleimhaut, mindert Entzündungen und ist sogar für Säuglinge und Kleinkinder gut verträglich.

PARI ProtECT enthält 1,3% Ectoin, Meersalz und Wasser, ist isoton, steril und ohne Konservierungsmittel.

Ab 1. Oktober stehen drei therapiegerechte Packungsgrößen zur Anwendung mit einem Inhalationsgerät zur Verfügung: 10 x 2,5 ml und 20 x 2,5 ml Ampullen für den akuten Atemwegsinfekt und 60 x 2,5 ml Ampullen zum nachhaltigen Schutz der Atemwege.

Weitere Informationen zur Wirkweise finden Sie unter www.pari.com/protect.



Nach Informationen von PARI Medical Holding GmbH, Starnberg

10 Jahre Engagement für Forschung, Ärzte und Patienten

Hexal als Teil der globalen Sandoz-Gruppe hat sich seit der Einführung des ersten Biosimilars Omnitrope® (Somatotropin) über zehn Jahre vielfältig und intensiv für Forschung, Ärzte und Patienten in der Endokrinologie engagiert. Neben Investitionen in eigene Forschungsaktivitäten und Innovationen standen dabei die Förderung von universitären Forschungsprojekten, die Förderung und Durchführung wissenschaftlich-medizinischer Veranstaltungen sowie Informationsangebote für Patienten im Vordergrund.

Zur bisherigen Förderung von Forschung an Hochschulen zählen Projekte auf den Gebieten der vorgeburtlichen Wachstumsverzögerung (SGA), der Adipositas und der Nierenerkrankungen bei Kindern ebenso wie Projekte im Themengebiet der Akromegalie bei Erwachsenen. Weitere Themenschwerpunkte waren die psychosoziale Betreuung von Patienten mit seltenen Erkrankungen und die Transition von jungen Patienten.

Regelmäßig fördert das Unternehmen Stipendien und wissenschaftliche Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Schwestern.

Die Informationskampagne *hormongesteuert.net* der Deutschen Gesellschaft für

Endokrinologie e. V. (DGE) ist speziell auf Patienten zugeschnitten und erklärt anhand typischer Alltagsszenen Probleme, die bei Über- oder Unterversorgung von Hormonen entstehen können, wie z. B. starkes Schwitzen, Gewichtszunahme, Konzentrationsschwierigkeiten etc. Interessierte finden auf dieser Webseite unter anderem Informationen zum Metabolischen Syndrom, zu Schilddrüsenunter/überfunktion sowie Cortisol- und Wachstumshormonmangel und -überschuss. Hexal engagiert sich zusammen mit weiteren Firmen des Industrieforums Hormone für diese Informationsinitiative der deutschen Fachgesellschaft.

Das Engagement zeigt sich auch durch die Erstellung von eigenen Webseiten zur

Information und Aufklärung in themenspezifischen Gebieten. Auf der neuen Webseite www.surepal.de bietet Hexal zum Beispiel indikationsspezifische Informationen zu Wachstumshormonmangel für Patienten und ihre Angehörigen, sowie eine einfache Anleitung und ein Video zur Anwendung des Injektionspens. Dieses seit zehn Jahren beständige wissenschaftliche und medizinische Engagement werden Sandoz und Hexal auch künftig fortsetzen – als Förderer und aktiver Partner in der Endokrinologie und als Anbieter maßgeschneiderter Therapien und Services.

Nach Informationen von Hexal AG

Rotavirus- und Meningokokken-Impfung Wo stehen wir heute?

In Deutschland und einigen Nachbarländern ist die Impfung gegen Rotaviren seit einigen Jahren Bestandteil der Impfkalender bzw. der Impfprogramme. Wie sich die Krankheitslast seitdem verändert hat, wurde auf der 112. DGKJ-Jahrestagung in Hamburg ebenso diskutiert wie das Meningokokken-B-Impfprogramm in England.

Mit Rotaviren infiziert sich nahezu jedes Kind und gerade deshalb wird die Erkrankung oft unterschätzt. „Denn schwer verlaufende Fälle verbergen sich quasi hinter der Menge leichter verlaufender Erkrankungen,“ erklärte Dr. Jens Vollmar, Leiter der Medizinischen Fachbereiche Impfstoffe, Reise- und Tropenmedizin bei GlaxoSmithKline. Problematisch ist die Infektion insbesondere für Säuglinge, die aufgrund der Brech-Durchfälle leichter dehydrieren und häufig im Krankenhaus behandelt werden müssen.

Dass sich mittels Rotavirus-Impfung viele Erkrankungen und deren teilweise schwere Folgen verhindern lassen, zeigen aktuelle Daten aus Deutschland und den Nachbarländern England und Belgien. In England und Wales wurde die Impfung mit Rotarix® im Rahmen eines Impfprogramms im Jahr 2013 eingeführt.¹ „Daraufhin kam es innerhalb kürzester Zeit zu einem dramatischen Rückgang der saisonalen Rotavirus-Infektionen um 84 %“, berichtete Vollmar. Aufgrund dieser deutlichen Effekte wurde das Impfprogramm verlängert. Belgien konnte vergleichbare Erfolge mit der Impfung erzielen. Im Vergleich zur Zeit vor der Impfstoff-Einführung sanken die Fälle an Rotavirus-bedingten Gastroenteritiden um 79 % bei Kindern zwischen 0 und 2 Jahren, die Hospitalisierungen gingen um 87 % zurück.² Zudem zeigte sich ein Herdeneffekt: Auch bei Kindern, die aufgrund ihres höheren Alters nicht geimpft worden waren, sanken die Infektionsraten.

In Deutschland sind seit 2006 zwei Impfstoffe gegen Rotaviren zugelassen. Die ersten Jahre stiegen die Impfraten jedoch nur langsam an. Dies änderte sich im Jahr 2013, als die STIKO empfahl, Säuglinge möglichst frühzeitig mittels Schluckimpfung gegen Rotaviren zu schützen. „Als diese Impfhürde genommen war, verbesserten sich die Impfraten innerhalb

eines Jahres massiv“, erklärte Vollmar. Zugleich sanken die beim RKI gemeldeten Krankheitsfälle zwischen 2013 und 2015 um insgesamt 45 %. Vor allem bei den vornehmlich betroffenen kleinen Kindern verringerte sich die Krankheitslast. So verzeichnete man bei den unter Zweijährigen 70 % weniger gemeldete Rotaviruserkrankungen und einen Rückgang der Hospitalisierungen um 65 % (von 2009 bis 2014). „Damit sehen wir auch in Deutschland einen enormen Effekt der Rotavirus-Impfung“, konstatierte Vollmar.

Meningokokken B: Haupterreger in Europa

Invasive Meningokokken-Erkrankungen sind selten, sie können jedoch fatale Folgen bis hin zum Tod haben. In 10-20 % der Fälle kommt es zu Komplikationen wie Sepsis oder Meningitis, die oft bleibende Schäden verursachen. Die globale Verteilung der Meningokokken-Serogruppen ist unterschiedlich. „Bei einer Reiseimpfung sollte man daran denken, dass beispielsweise in Brasilien Meningokokken der Serogruppe C die vorherrschenden Erreger sind“, erinnerte Dr. Gunnar Kattenstroth, Leiter der Abteilung Kinderimpfstoffe bei GlaxoSmithKline. Hier kann der seit April 2012 zugelassene, 4-valente Konjugatimpfstoff (Nimenrix®) gegen die Serogruppen A, C, W-135 und Y verabreicht werden. In Europa bzw. Deutschland sind hingegen Meningokokken der Serogruppe B (MenB) die Hauptverursacher der Erkrankung. Laut RKI gehen 72 % aller Fälle auf MenB zurück, bei Säuglingen sind es sogar 85 %.³ Obwohl MenB-Infektionen viermal häufiger für den Ausbruch der Erkrankung verantwortlich sind als MenC (2015: 172 versus 40 gemeldete Fälle), empfiehlt die STIKO bislang nur die Impfung gegen MenC. „Das ist einerseits historisch bedingt, andererseits fehlen wohl noch zusätzliche Daten“, erläuterte Kattenstroth.

Erste Erfolge der MenB-Impfung in England

In UK startete im September 2015 ein Impfprogramm mit einem MenB-Impfstoff (Bexsero®), das die Sicherheit und Effektivität der Impfung in einer routinemäßigen Anwendung überprüfen soll. Alle Kinder erhalten zwei Impfungen im Alter von 2 und 4 sowie eine Auffrischung mit 12 Monaten. Zudem erfolgt unmittelbar nach der Impfung eine prophylaktische Paracetamol-Gabe. Wie das Gesundheitsamt der britischen Regierung (Public Health England, PHE) mitteilte, lag die Impfquote für die erste Impfung bei 95 % und erreichte fast 90 % bei der zweiten Impfung.⁴ Auch sei die Impfung sehr effektiv. Bereits innerhalb von 10 Monaten hat sich die Anzahl der Fälle mit MenB-bedingter Sepsis oder Meningitis nahezu halbiert. Bei Kindern unter einem Jahr – der am meisten betroffenen Altersgruppe – wurden 37 Fälle gemeldet, gegenüber durchschnittlich 74 Fällen in den Jahren vor der Einführung des Impfprogramms. Insgesamt liegt die Erkrankungsrate laut PHE bei den geimpften Kindern um mindestens ein Fünftel niedriger als bei ungeimpften Kindern.

Autor:
Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Quelle:
Pressegespräch „Aktuelle Erfolge wichtiger Kinderimpfungen heute – am Beispiel der Rotavirus- und der Meningokokken-Impfung“ im Rahmen der 112. DGKJ-Jahrestagung in Hamburg, am 17.9.2016, veranstaltet von GlaxoSmithKline

- Literatur:**
- 1 PHE Weekly National Norovirus Report – Summary of surveillance of norovirus and rotavirus 06. Juli 2016 – reporting weeks 23-25
 - 2 Sabbe M et al. Euro Surveill 2016;21(27):30273
 - 3 Robert-Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0 Stand: Ende KW 01 2016
 - 4 PHE: Pressemitteilung, 5. September 2016

Interview zur Nutricia-Forschung mit Dr. Bernd Stahl, Leiter Nutricia-Muttermilchforschung

„Muttermilch ist für mich das größte Wunder der Natur!“

Geheimnisvoll, heilsam und einfach unerreichbar: Muttermilch ist die beste Ernährung für einen Säugling. Die Forschung befasst sich seit Jahrzehnten damit, ihre Geheimnisse zu entschlüsseln, um zu verstehen, was ihre Inhaltsstoffe so wertvoll für Babys macht. Diese Erkenntnisse werden auch für die Herstellung von Säuglingsnahrung eingesetzt. Dr. Bernd Stahl, wissenschaftlicher Leiter der Nutricia-Muttermilchforschung von Milupa in Utrecht, erklärt im Interview, dass hierbei Inhaltsstoffe wie LCP und Prebiotika im Fokus stehen.

Jennifer Gabler: Stichwort Muttermilch: Sie gilt als die beste Nahrung für ein Baby. Warum?

Dr. Stahl: Muttermilch ist das Maß aller Dinge. Sie bietet dem Baby alles, was es für den optimalen Start ins Leben benötigt: Essenzielle Nährstoffe wie Eiweiße, Kohlenhydrate, Fette, Vitamine. Dabei ist Stillen für das Baby wie eine natürliche Impfung: Sie enthält u.a. Antikörper, die es vor Kinderkrankheiten wie Durchfall und Infektionen schützen. Sie stärkt sein Immunsystem und schützt es vor Allergien. Außerdem kann Stillen das Risiko für Übergewicht und Typ-2-Diabetes reduzieren.

Jennifer Gabler: Sie analysieren Muttermilchproben. Wie können wir uns das vorstellen?

Dr. Stahl: In unseren Labors arbeiten wir mit modernsten Analysegeräten, die es uns erlauben, auch noch in winzigen Tropfen, Muttermilch physikalisch, chemisch und mikrobiologisch zu untersuchen. Wir finden mit diesen Geräten nicht nur die berühmte Nadel im Heuhaufen, sondern können sie auch noch bis ins kleinste Detail beschreiben. Wir verwenden zum Beispiel ein künstliches Darmmodell, um Verdauungsprozesse zu simulieren. Ziel ist es dabei, die kindliche Verdauung einschließlich der für den Menschen so wichtigen Darmflora sowie die Rolle der Muttermilch bei deren Ausbildung besser zu verstehen.

Jennifer Gabler: Was fasziniert Sie als Forscher an der Muttermilch?

Dr. Stahl: Faszinierend ist zum Beispiel, dass sich ihre Konsistenz den Bedürfnissen des Babys im jeweiligen Moment optimal anpasst. Außerdem steigt der Gehalt an Immunzellen in der Muttermilch, wenn der Säugling krank ist. Als Forscher ist das

für mich ein regelrechter Geniestreich der Natur, aber auch Ansporn, dieses Wunderwerk besser zu verstehen und die Säuglingsnahrung kontinuierlich zu optimieren. Mein Ziel ist es, Mütter beim Stillen zu bestärken und zugleich Müttern, die nicht stillen können, mit einer Säuglingsnahrung eine Möglichkeit an die Hand zu geben, auch über die Stillzeit hinaus das Wohlergehen ihres Kindes positiv zu beeinflussen.

Jennifer Gabler: Welche Bestandteile der Muttermilch sind wichtig?

Dr. Stahl: Wir haben uns in den letzten beiden Jahrzehnten ganz intensiv mit Prebiotika und deren Wirkung auf das Verdauungs- und das Immunsystem beschäftigt. Prebiotika sind unverdauliche Kohlenhydrate. Sie unterstützen die Darmflora, indem sie gezielt die Zahl und Aktivität der „guten“ Bakterien fördern und somit Krankheitskeime verdrängen. Darüber hinaus helfen sie den reifenden Immunzellen des Kindes.

Jennifer Gabler: Was passiert mit diesen Erkenntnissen?

Dr. Stahl: Ein Ziel unserer Forschung ist natürlich auch die kontinuierliche Weiterentwicklung der Säuglingsnahrungen. Dabei ist es uns gelungen, eine spezielle Mischung unverdaulicher Ballaststoffe aus kurzkettigen Galacto-Oligosacchariden und langkettigen Fructo-Oligosacchariden (GOS/FOS, im Verhältnis 9:1) zu entwickeln. Diese Mischung hat sich als besonders wirksam herausgestellt.

Jennifer Gabler: Welche weiteren Geheimnisse der Muttermilch konnten Sie bereits entschlüsseln?

Dr. Stahl: Wir haben viele Inhaltsstoffe erforscht, die den Grundstein für die



Dr. Bernd Stahl,
Leiter Nutricia-Muttermilchforschung

spätere positive Entwicklung, Gesundheit eines Menschen legen. Wir haben z.B. die besondere Verteilung der LCP in der Muttermilch zu verschiedenen Stillzeitpunkten entdeckt. LCP sind langkettige, mehrfach ungesättigte Fettsäuren. Sie sind deshalb so wichtig, weil das Baby sie in den ersten Monaten in ausreichender Menge nicht selbst bilden kann. Und die langkettige, mehrfach ungesättigte Fettsäure DHA fördert beispielsweise die Entwicklung des Nervensystems und des Gehirns. Milupa Nutricia setzte diese LCP als erstes Unternehmen überhaupt seinen Säuglingsmilchen zu, und heute sind sie Standard aller hochwertigen Nahrungen.

Nach Informationen von
Milupa Nutricia GmbH, Frankfurt

Praxisworkshops „Werkstatt ADHS 2016“: Den Alltag im Griff

Im Rahmen der Praxisworkshops „Werkstatt ADHS 2016“ wurden aktuelle Therapieoptionen im Erfahrungsaustausch mit renommierten Experten diskutiert: In der Pharmakotherapie ist Methylphenidat (MPH) ab dem sechsten Lebensjahr immer noch der Goldstandard. Amfetamine, wie z. B. das dexamfetaminhaltige Fertigarzneimittel *Attentin*[®], ist eine erfolgversprechende Option für Patienten, die auf die Erstlinientherapie nicht ausreichend ansprechen oder sie nicht vertragen. Mit dem breiten Spektrum der MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH an schnell anflutenden und verzögert freisetzenden Präparaten kann nach den Erfahrungen der Workshopteilnehmer durch individuelle Aufdosierung eine effektive Behandlungsstrategie für die Patienten gefunden werden.

Multimodale Behandlungsansätze einsetzen

Wie Dr. Bodo Müller, Düren, erläuterte, ist ein multimodaler Therapieansatz, wie er auch in den deutschen Leitlinien empfohlen wird, weiterhin am erfolgversprechendsten.¹ Da derzeit in Deutschland keine aktualisierten Leitlinien verfügbar sind, warf Müller einen Blick in die Leitlinien anderer Länder: In den USA empfiehlt die CDC (Centers for Disease Control and Prevention) als Bausteine einer individualisierten Behandlung Verhaltenstherapie, Elternt raining, Medikation und die Intervention in der Schule. Wie Müller betonte, wird zum Elternt raining in allen Altersklassen angeraten.² Auch die englischen Behandlungsempfehlungen, die NICE Guidelines (National Institute for Health and Care Excellence), kombinieren verhaltenstherapeutische und medikamentöse Ansätze, etwa mit Methylphenidat (MPH). Ein wichtiger Aspekt ist die jährliche Überprüfung der medikamentösen Behandlung hinsichtlich des klinischen Bedarfs, Wirkung und Nebenwirkungen – aus dem Blickwinkel von Patienten, Eltern, Betreuern und Lehrpersonen.³

Erweiterte Therapieoptionen durch Amfetamine

In der medikamentösen Therapie stellen Amfetamine für Patienten, die auf MPH nicht ansprechen, oder die Therapie nicht vertragen, eine weitere Option dar. Dr. Henrik Uebel-von Sandersleben, Göttingen, beschrieb anhand von zwei Fallbeispielen, wie das Amfetamin-Fertig-

arzneipräparat *Attentin*[®] die Behandlung deutlich vereinfacht hat.

Entscheidend bei der Dexamfetamin-Therapie ist wie bei anderen Stimulanzien die schrittweise Titration auf die individuell optimale Dosierung.⁴ „Mit *Attentin*[®] ist das sehr komfortabel möglich, weil die 5-mg-Tablette dank ihrer zwei Bruchkerben durch Druck von oben mit dem Finger problemlos teilbar ist“, so Uebel-von Sandersleben. Dieser Mechanismus erlaubt Dosisanpassungen von Dexamfetamin in feinen Schritten. Der Experte empfahl, bei der Titration mit einer Dosierung von 5 mg anzufangen und dann wöchentlich um 5 mg zu steigern.⁴ „Ziel sollte sein, dass nicht mehr gegeben wird, als nötig ist“, betonte der Kinder- und Jugendpsychiater. Wie bei jeder medikamentösen ADHS-Therapie, sei auch bei der Langzeitanwendung von Amfetaminen die regelmäßige Neubewertung des Nutzens wichtig. Zudem wird die regelmäßige, sorgfältige Überwachung des Patienten empfohlen hinsichtlich kardiovaskulärem Status, Körpergröße, Wachstum und Appetit, weiteren psychiatrischen Störungen und Anzeichen von Substanzmissbrauch.

Schlafstörungen bei ADHS

Kinder und Jugendliche mit ADHS berichten häufig von Schlafstörungen. Unter medikamentöser Therapie stellt sich die Frage, welcher Auslöser hier infrage kommt: Die ADHS-Problematik inklusive der Schlafstörungen, oder die Unterdrückung des Schlafs durch aktivierende Substanzen. Laut einer aktuellen Metaanalyse waren die beobachteten Unterschiede im Schlafverhalten zwischen ADHS-Betroffenen und

Kontrollen geringer als erwartet. In Studien mit Polysomnographie beobachtet man jedoch klare Unterschiede⁵: „ADHS geht mit einer abweichenden Schlafarchitektur einher, die jedoch nicht spezifisch für ADHS ist“, erläuterte Prof. Michael Huss, Mainz.

Die Frage, welchen Einfluss die medikamentöse Therapie mit MPH auf das Schlafverhalten ausübt, wird kontrovers diskutiert. „Treten Schlafstörungen unter der Behandlung mit Stimulanzien auf, so muss in erster Linie geklärt werden, ob es sich dabei um mögliche Nebenwirkungen handelt, auch wenn dies nicht notwendigerweise der Fall sein muss“, gab Huss zu bedenken. Während manche Studien MPH für die Störung verantwortlich machen, kommen andere Untersuchungen zu dem Schluss, dass Stimulanzien den Schlaf nicht beeinflussen oder in Einzelfällen sogar verbessern. Der Mediziner und Psychologe berichtete aus eigener klinischer Erfahrung, dass manche Kinder mit einer geringen Dosis MPH am Abend sogar besser einschlafen können. Die Datenlage dazu ist aber nicht so, dass man daraus eine Empfehlung ableiten könnte.

Quelle:

Praxisworkshops „Werkstatt ADHS 2016“, 11. Juni 2016, Unterschleißheim bei München

Literatur:

- 1 Döpfner M, Frölich J, Lehmkuhl G. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), 2. Auflage 2013, ISBN: 9783801719395
- 2 CDC Recommendations Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/guidelines.html>
- 3 NICE Guidelines [CG72] Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg72>
- 4 Fachinformation *Attentin*[®] 5mg Tablette; Stand Juli 2015
- 5 Diaz-Román A et al. J Clin Sleep Med 2016;12(5):747-56

*Nach Informationen von Medice
Arzneimittel Pütter GmbH, Iserlohn*

Malnutrition neurologisch schwer behinderter Kinder verhindern

Das Füttern von Kindern mit schweren körperlichen Beeinträchtigungen, z. B. aufgrund einer Zerebralparese, kann sehr aufwändig sein. Betreuer überschätzen dabei oft die Energiezufuhr und unterschätzen die Fütterungszeiten. So können Nahrungsmenge und damit die Energiezufuhr deutlich unterhalb des Bedarfs liegen. 25 bis 68 Prozent der neurologisch erkrankten Kinder sind deshalb mangelernährt.^{1,2} Angesichts dieser Situation forderte PD Dr. Anjona Schmidt-Choudhury im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neuropädiatrie im April 2016 in Bochum: „Die Überwachung des Ernährungszustandes behinderter Patienten muss deshalb integraler Bestandteil der Betreuung sein.“

Eine Verbesserung der Situation bei orofazialen Störungen kann durch eine

Zusammenarbeit von Pädiatern, Neuropädiatern und Logopäden erreicht werden, auch die Einbeziehung von Psychologen, Physiotherapeuten, Ernährungsberatern und Ergotherapeuten kann hilfreich sein. Bei hartnäckigen Problemen kann Schmidt-Choudhury zufolge auch das Legen eines Gastrostomas hilfreich sein. Eine prospektive Längsschnittstudie zeigt unter anderem eine signifikante Gewichtszunahme und verstärktes Wachstum der Extremitäten bei Kindern, die mit einem Gastrostoma versorgt wurden.²

Für den bestmöglichen Therapieerfolg medizinischer Ernährung

Das auf medizinisch enterale Ernährung spezialisierte Unternehmen Nutricia unterstützte die Veranstaltung und bietet

mit seinen Produktreihen Infatrini® und Nutrini® altersadaptierte pädiatrische Trink- und Sondennahrung an, die speziell auf den individuellen Nährstoffbedarf von Kindern zugeschnitten ist. Darüber hinaus unterstützt das Unternehmen Ärzte, Pflegefachkräfte und Eltern mit einem auf die Bedürfnisse von Kindern abgestimmten Service – den MEHRnahrungsexperten junior. Bei diesen speziell ausgebildeten Fachkräften sind die kleinen Patienten in guten Händen, von der Entlassung aus der Klinik bis zur weiteren Versorgung in Pflegeeinrichtungen oder zuhause.

Quellen:

- 1 Dahlseng et al., 2012
- 2 Sullivan P et al., Dev Med & Child Neuro 2005; 47: 77-85

Nach Informationen von Nutricia GmbH, Erlangen

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

www.paediatricboerse.de

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater

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

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

Zentraler Vertreternachweis

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:

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

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

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

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

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

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@kinderaezte-lauf.de

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartzky

E-Mail: dr@bartzky.de

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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann

E-Mail: dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de

Regine Hauch

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**

Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-11

christel.schierbaum@uminfo.de

Büroleiterinnen:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Martina Wegner

Tel.: 0221/68909-10

martina.wegner@uminfo.de

Bereich

Tel.: 0221/68909-0

Mitgliederservice/Zentrale:

Tfx.: 0221/683204

bvkj.buero@uminfo.de

Bereich

Tel.: 0221/68909-15/16,

Fortbildung/Veranstaltungen:

Tfx.: 0221/68909-78

bvkj.kongress@uminfo.de

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.kinderaezte-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